

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор ВНПЗ «Дніпровський
гуманітарний університет»

Олег КИРИЧЕНКО

«_____» _____ 2025

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь **Магістр**

(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)

Спеціальність **С4 Психологія**

(шифр і назва)

Освітня програма **«Психологія»**

(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)

наказ від 24.04.2025, № 32-02

Статус навчальної дисципліни **обов'язкова**

(обов'язкова або вибіркова)

Мова навчання: **українська**

Дніпро – 2025

Психологія ментального здоров'я // Робоча програма навчальної дисципліни.
Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 15 с.

РОЗРОБНИК(-И): Лихолат О.А., д.б.н., професор; Алещенко О.В., викладач; Пріснякова Л.М., зав.кафедрою, доц., к. псих.н.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Сергієні О. В. професор кафедри психології та педагогіки ДДУВС, доктор медичних наук, професор.

Горіна О. Т., доцент кафедри психології та педагогіки ДДУВС, кандидат педагогічних наук.

Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри психології.
Протокол від «19» серпня 2025 р. № 1

Схвалено Вченою радою університету, рекомендовано для використання в освітньому процесі протягом п'яти років. 29.08.2025 протокол № 13.

Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, збереження якого залежить від самої людини. Усвідомлення здоров'я як цінності виражається гармонійною стратегією поведінки, що прийнято називати – здоровим способом життя. Ментальне здоров'я є невід'ємною частиною щасливого життя. Це поняття дуже широке і поєднує різні аспекти. Згідно з визначенням ВООЗ, ментальне здоров'я — це стан щастя та добробуту, в якому людина реалізує свої творчі здібності, може протистояти життєвим стресам, продуктивно працювати та робити внесок у суспільне життя. Це означає, що ментальне здоров'я об'єднує здоровий дух та психіку людини із соціальним складником. Воно є важливим для втілення бажань, реалізації цілей, доброго фізичного самопочуття. А з іншого боку — психічне здоров'я кожного індивіда важливе для всього суспільства. Психічне здоров'я забезпечується на різних, але взаємозалежних рівнях функціонування: біологічному, психологічному і соціальному. Вивчення навчальної дисципліни «Психологія ментального здоров'я» може сприяти переглядові ставлення студентів до власного способу життя, що ґрунтується на принципах поліпшення психологічного здоров'я, основних аспектах взаємовпливу позитивних (негативних) емоційних станів, способи психологічного захисту, профорієнтації, професійного довголіття та ін.

Метою вивчення навчальної дисципліни «Психологія ментального здоров'я» є підготовка висококваліфікованих фахівців, які володітимуть методологією наукової та психологічної діяльності, здатних забезпечити ефективне використання сучасних психологічних методів для надання психологічної допомоги різним верстам населення, що її потребують, до застосування психологічних знань в умовах професійної діяльності з урахуванням загальнолюдських цінностей та норм професійної етики психолога.

Результати вивчення навчальної дисципліни «Психологія ментального здоров'я». Магістр повинен

знати:

1) *на понятійному рівні:* основні поняття психології ментального здоров'я;

2) *на фундаментальному рівні:*

– теоретико-методологічні засади та методи психології ментального здоров'я;

– основні напрями психології ментального здоров'я в галузі психології особистості та клінічній психології;

– уявлення про психологічні фактори деструктивного впливу на свідомість людини, про основні принципи застосування психологічних знань для вирішення проблем, пов'язаних із формуванням здорового способу життя;

3) *на практично-творчому рівні:*

– розпізнавати етіологічні та діагностичні кореляти здоров'я, хвороби, використовуючи релевантні психодіагностичні засоби аналізу впливів

негативних чинників на стан здоров'я людини;

- використовувати первинні діагностичні процедури для аналізу психологічного здоров'я;
- індивідуальні та соціально-психологічні способи збереження ментального здоров'я;

вміти:

- 1) *на репродуктивному рівні:* аналізувати психологічні фактори здорового способу життя;
- 2) *на алгоритмічному рівні:*
 - складати програми позитивного розвитку особистості;
 - створювати програми розвитку лідерських якостей особистості за допомогою інструментів позитивної психології;
- 3) *на евристичному рівні:* володіти основними прийомами першої психологічної допомоги та метода психокорекції для збереження ментального здоров'я
- 4) *на творчому рівні:* застосовувати знання з психології ментального здоров'я в особистому житті та в практиці психолога та педагогічній діяльності.

Курс спрямований на формування в магістрантів наступних **загальних компетентностей:**

- ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- ЗК2. Здатність проведення досліджень на відповідному рівні.
- ЗК4. Уміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
- ЗК6. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
- ЗК7. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.

Спеціальні компетентності:

СК1. Здатність здійснювати теоретичний, методологічний та емпіричний аналіз актуальних проблем психологічної науки та/або практики.

СК2. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження з елементами наукової новизни та/або практичної значущості.

СК3. Здатність обирати і застосувати валідні та надійні методи наукового дослідження та/або доказові методики і техніки практичної діяльності.

СК4. Здатність здійснювати практичну діяльність (тренінгову, психотерапевтичну, консультаційну, психодіагностичну та іншу залежно від спеціалізації) з використанням науково верифікованих методів та технік.

СК8. Здатність оцінювати межі власної фахової компетентності та підвищувати професійну кваліфікацію.

СК13. Здатність розробляти та застосовувати превентивні та корекційні програми збереження психологічного здоров'я людини.

Програмними результатами навчання є:

ПР2. Вміти організовувати та проводити психологічне дослідження із застосуванням валідних та надійних методів.

ПР4. Робити психологічний прогноз щодо розвитку особистості, груп, організацій.

ПР13. Здійснювати адаптацію та модифікацію існуючих наукових підходів і методів до конкретних ситуацій професійної діяльності.

ПР14. Надавати оперативну психологічну допомогу особистості з гострими стресовими реакціями.

ПР16. Надавати кваліфіковану психологічну допомогу особистості у кризовому стані для активізації ресурсів її життєстійкості.

Передумови для вивчення навчальної дисципліни. Навчальна дисципліна «Психологія ментального здоров'я» перебуває у певному зв'язку з такими дисциплінами, що створюють загальну світоглядну і методологічну основу для сприйняття магістрантами змісту цієї навчальної дисципліни. Це такі дисципліни, як філософія, соціологія, основи менеджменту, маркетингу та ін. Вивчення дисципліни дозволить ефективніше опановувати дисципліни циклів загальної та професійної підготовки.

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Тема 1. Поняття ментального та психологічного здоров'я особистості Основні визначення поняття здоров'я. Поняття про психічне здоров'я. Критерії психічного здоров'я. Оцінка психічного здоров'я. Психологічне та ментальне здоров'я. Гармонія особистості та її саногенний потенціал. Шляхи збереження психічного здоров'я. Поняття про здоровий спосіб життя, здоров'я особистості. Основні поняття: здоров'я, ментальне здоров'я, гармонія особистості, саногенний потенціал, здоровий спосіб життя.

Тема 2. Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів на ментальне здоров'я особистості

Зовнішні фактори, що впливають на ментальне здоров'я. Роль спадковості у розвитку психічних розладів. Салютогенез. Вплив сучасного медіа простору на ментальне здоров'я особистості. Взаємодія між фахівцями різних галузей у збереженні та відновленні ментального здоров'я особистості. Профілактика психічних розладів.

Тема 3. Порушення ментального здоров'я в дорослому віці.

Психічні розлади. Депресія. Тривожно-фобічні розлади. Обсесивно-компульсивні розлади. Розлади харчової поведінки. Деменція. Шизофренія. Причини виникнення психічних розладів, клінічні ознаки. Методи діагностики.

Тема 4. Психічні розлади дитячого та підліткового віку.

Розумова відсталість. Затримка психічного розвитку. Розлади аутичного спектру. Синдром дефіциту уваги. Причини виникнення психічних розладів в дитячому віці. Психосоціальна адаптація дітей з ЗПР. Дитяча й підліткова депресія.

Тема 5. Психологія адиктивної поведінки Визначення поняття «адиктивна поведінка». Причини виникнення адиктивної поведінки. Види адикцій. Психоактивні речовини та їхній вплив на людину. Алкоголізм. Куріння. Наркоманія. Нехімічні адикції. Комп'ютерна залежність. Ігрова залежність. Профілактика адиктивної поведінки в дитячому, підлітковому й дорослому віці.

Тема 6. Проблема екстремальних впливів на психіку людини.

Поняття «екстремальний вплив». Стрес і дістрес. Психофізіологія стресу. ПТСР. Резил'єнтність й посттравматичне зростання. Психологічний капітал людини. Панічна атака: клінічні прояви й перша психологічна допомога.

Тема 7. Основні методи підтримки й відновлення ментального здоров'я. Медикаментозне лікування психічних розладів. Психотерапія й психокорекція в збереженні ментального здоров'я. Техніки стабілізації. Профілактика психічних розладів. Суїцидальна превенція.

Тема 8. Ментальне здоров'я представників соціономічних професій.

Поняття «соціономічна професія». Психологічні особливості професійної придатності психологів. Волонтерська діяльність та її вплив на ментальне здоров'я особистості. Емоційне вигорання: причини, клінічні прояви, лікування та профілактики. Методи відновлення ресурсів.

МЕТОДИ НАВЧАННЯ

Методи навчання – взаємодія між викладачем і студентами, під час якої відбувається передача та засвоєння знань, умінь і навичок від викладача до студента, а також самостійної та індивідуальної роботи студента.

При проведенні визначених планом видів занять використовуються такі методи та жанри.

1. *Під час викладання навчального матеріалу:*

- ✓ словесні (бесіда, пояснення, розповідь, інструктаж);
- ✓ наочні (ілюстрування, демонстрування, самостійне спостереження);
- ✓ практичні (вправи, практичні роботи, дослідні роботи).

2. *За організаційним характером навчання:*

- ✓ методи організації та здійснення навчально-пізнавальної діяльності;
- ✓ методи стимулювання і мотивації навчально-пізнавальної діяльності;
- ✓ методи контролю та самоконтролю у навчанні;
- ✓ бінарні (поєднання теоретичного, наочного практичного...) методи

навчання.

3. *За логікою сприймання та засвоєння навчального матеріалу:*

- ✓ індуктивно-дедукційні,
- ✓ репродуктивні,
- ✓ прагматичні,
- ✓ дослідницькі,
- ✓ проблемні тощо

ПОЛІТИКА КУРСУ, ЗАСОБИ Й КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ,

Освітня діяльність здобувача у закладі вищої освіти – це одна зі сторін цілісного професійного та особистісного формування людини, звідси, як цілеспрямований, регламентований планами та програмами, керований процес засвоєння знань, умінь і навичок, розвитку і становлення особистості

здобувача. У процесі освітньої діяльності здобувач виступає як її суб'єкт, тобто є носієм предметно-практичної активності та пізнання.

Педагогічна взаємодія в системі «викладач – здобувач» є системою взаємних впливів суб'єктів, включених у спільну діяльність на основі загальних цілей професійної освіти. Ця взаємодія впливає на формування системи цінностей майбутнього фахівця, таких як особистість, істина, освіта, професія та інші. Взаємодія між викладачем і студентом розглядається як безперервний діалог, в процесі якого вони спостерігають, осмислюють наміри один одного і реагують на них.

Вивчення змісту дисципліни «Анатомія та еволюція НС» на 2 курсі передбачається за очною (денною) та заочною формою на першому бакалаврському рівні та індивідуальною формою навчання.

Очна форма навчання передбачає щоденне та систематичне відвідування лекційних та семінарських занять, виконання самостійної та індивідуальної роботи відповідно до вимог Робочої програми навчальної дисципліни (далі – РПНД). Здобувач зобов'язаний використовувати необхідні матеріали (зошит, підручник тощо) з метою фіксування прослуханого матеріалу та для виконання завдань.

Здобувач зобов'язаний:

- ✓ виконувати завдання, які пропонує викладач. Форма виконання завдань залежить від тематичного змісту заняття;
- ✓ відпрацювати пропущені заняття відповідно до графіка проведення консультацій викладачем, дотримуючись тематичного змісту занять затверджених РПНД. Проведення перескладання матеріалу, який здобувач пропустив, відбувається за дозволом декана факультету;
- ✓ у ході освітнього процесу відповідально ставитися до навчання, бути активним, виявляти ініціативу, з повагою відноситися до викладача та одногрупників, виконувати завдання, поставлені перед ним викладачем на семінарських та лекційних заняттях;
- ✓ з'являтися на заняття своєчасно, привітатися з одногрупниками та викладачем. У разі запізнення спокійно заходити до аудиторії та не звертати увагу на себе. Дозволяється запізнення до 15 хвилин. Якщо здобувач запізнився більш ніж встановлений час, то він має право бути присутнім на занятті, але присутність на занятті буде не врахована. У такому випадку здобувач має право відпрацювати пропущений матеріал згідно з графіком консультацій викладача. Забороняється відвертати одногрупників та викладача, самовільно залишати аудиторію, користуватися мобільним телефоном. Забороняється прослуховування та перегляд аудіо- та відеоконтенту, не пов'язаного з темою заняття, а також ведення телефонних розмов в аудиторії під час освітнього процесу. У разі порушення дисципліни викладач має право зобов'язати здобувача написати пояснювальну записку на ім'я завідувача кафедри та/або запропонувати залишити аудиторію. Грубе порушення дисципліни прирівнюється до пропуску заняття без поважної причини.

Здобувач має право на отримання знань за індивідуальною формою навчання згідно з індивідуальним графіком.

Консультування викладачем здобувачів, які мають індивідуальний графік навчання, здійснюється за семестровим графіком консультацій викладача кафедри впродовж семестру не менше ніж один раз на місяць у визначені консультаційні дні (або за погодженням обох сторін в інший день).

Здобувач, який має дозвіл на відвідування занять за індивідуальним графіком, бере участь у підсумковій семестровій атестації (заліково-екзаменаційній сесії) на загальних підставах.

Не виконання здобувачем програмного змісту з дисципліни є підставою для недопущення до складання заліку та відрахуванням. Здобувач, який отримав за семестр бали від 0 до 34 може бути не допущений до складання заліку. У такому випадку здобувачу надається можливість набрати відповідні бали та отримати допуск після відпрацювання програмного змісту та написання модульної контрольної роботи.

Здобувач, який отримав бали від 35 до 59 має можливість повторно написати модульну контрольну роботу та виконати самостійну роботу в повному обсязі відповідно до вимог РПНД.

Здобувач, який успішно виконав програмний зміст, може отримати позитивну оцінку автоматично, але він повинен бути присутнім на заліку відповідно до графіка складання заліково-екзаменаційної сесії в момент виставлення балів у відомість успішності.

Здобувачам нараховуються заохочувальні бали за виконання наступних видів робіт: участь у конференціях, семінарах, тренінгах за темою дисципліни тощо.

У випадку продовження активних бойових дій на території України допускається навчання в режимі онлайн, що передбачає використання таких інструментів дистанційної освіти як Zoom, Google Classroom, MOODLE.

Методи контролю знань.

Лекція: вхідне тестування, попереднє усне чи письмове опитування, фронтальне опитування, вибіркове усне опитування.

Семінарське заняття: співбесіда, дискусія, мозковий штурм, усне та письмове опитування, тестування, вирішення задач, захист доповідей (рефератів), діалог, письмова модульна робота (проміжний контроль).

Практичне заняття: виконання спеціально сформульованих завдань, формування вмінь і навичок практичного застосування теоретичних положень.

Самостійна робота студентів: перевірка конспекту, перевірка відповідей на проблемні питання, опитування на семінарському занятті, захист індивідуального творчо-наукового завдання.

Поточний контроль: проведення семінарських занять, відпрацювання академічних заборгованостей.

Модульний контроль: включає до себе перевірку засвоєння матеріалу вибіркових тем курсу згідно з тематичним планом шляхом виконання самостійних та практичних завдань, проведення рубіжного атестування.

Підсумковий контроль: проводиться з метою оцінки результатів навчання та здійснюється у формі проведення семестрового заліку (екзамену) в обсязі навчального матеріалу, визначеного робочою програмою, і в терміни, встановлені навчальним планом.

Засоби діагностики визначають рівень досягнення запланованих навчальних результатів, повинні мати прозорі критерії оцінювання, забезпечувати об'єктивний поточний та підсумковий контроль.

Під час контрольних заходів застосовується система об'єктивної оцінки здобутих компетенцій, зокрема, з використанням технічних засобів. Тестові завдання для проміжного і підсумкового контролю знань здобувачів вищої освіти є складовими навчально-методичних комплексів навчальних дисциплін і входять до пакетів кваліфікаційних завдань із дисципліни.

Для навчальної дисципліни «Психологія ментального здоров'я» засобами діагностики успішності навчання виступають:

- тестові завдання з кожної теми навчальної дисципліни;
- комп'ютерні тестові завдання;
- кваліфікаційні завдання з дисципліни.

Критерії оцінювання рівня знань за видами навчальної роботи здобувачів визначені кафедрою психології та знайшли своє відображення у «Стандарті організації та критеріїв оцінювання навчальної роботи здобувачів вищої освіти з дисциплін, що закріплені за кафедрою психології». Зі змістом документу можна ознайомитися на сайті Університету в розділі «Силабуси навчальних дисциплін/ Магістр / 053 Психологія» або за посиланням: <https://surl.li/fdotxa> або за QR-кодом.



Для навчальної дисципліни «Психологія ментального здоров'я» засобом діагностики знань (успішності навчання) є **іспит**.

Іспит із перевірки компетентності з навчальної дисципліни, складається письмово або усно за білетами підсумкового контролю які пропонуються здобувачу. Максимальна кількість балів з підсумкового контролю становить 40 балів. Оцінювання компетентності здобувача під час підсумкового контролю здійснюється шляхом встановлення відповідного рівня знань за кожне питання. Виставляючи рівень компетентності, науково-педагогічний працівник має його обґрунтувати, керуючись логікою та існуючими критеріями.

Політика доброчесності. Здобувач повинен дотримуватися принципів, норм етикету та забезпечення академічної доброчесності ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет». Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає: самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб з особливими освітніми потребами ця вимога

застосовується з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей); посилання на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; надання вірогідної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використані методики досліджень і джерела інформації.

Дотримання академічної доброчесності педагогічними, науково-педагогічними та науковими працівниками передбачає: посилання на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; надання вірогідної інформації про методики та результати досліджень, джерела використаної інформації та власну педагогічну (науково-педагогічну, творчу) діяльність; контроль за дотриманням академічної доброчесності здобувачами освіти; об'єктивне оцінювання результатів навчання.

Додаток 1.1.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

ВНПЗ

«Дніпровський

гуманітарний університет»



Тетяна АЛФЬОРОВА

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь Магістр Спеціальність С4 Психологія
(назва ступеня вищої освіти) (шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

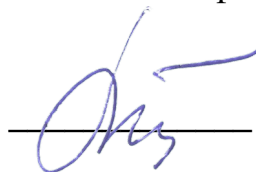
Форма навчання ДЕННА Обсяг 4 кредитів ЄКТС, (120 годин)
Курс 1 Групи ПМ-25

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Поняття ментального та психологічного здоров'я особистості	15	6	2		4	9
2	Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів на ментальне здоров'я особистості	15	6	2		4	9
3	Порушення ментального здоров'я в дорослому віці	15	6	2		4	9
4	Психічні розлади дитячого та підліткового віку	15	6	2		4	9
5	Психологія адиктивної поведінки	15	6	2		4	9
6	Проблема екстремальних впливів на психіку людини.	15	6	2		4	9
7	Основні методи підтримки й відновлення ментального здоров'я	15	6	2		4	9

№ теми згідно з РПНЛ	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
8	Ментальне здоров'я представників соціономічних професій	15	6	2		4	9
	Разом за семестр	120	48	16		32	72
	Форма підсумкового контролю	екзамен					

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

Додаток 1.2.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

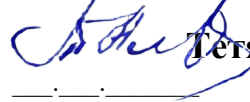
ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

ВНПЗ

«Дніпровський

гуманітарний університет»



Тетяна АЛФЬОРОВА

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь

магістр

Спеціальність

С4 Психологія

(назва ступеня вищої освіти)

(шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

Форма навчання

ЗАОЧНА

Обсяг

4

кредитів ЄКТС, (**120** годин)

Курс

1

Групи

ПМЗ-25

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Поняття ментального та психологічного здоров'я особистості	14	2	2			12
2	Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів на ментальне здоров'я особистості	17	4	2	2		13
3	Порушення ментального здоров'я в дорослому віці	12	2	2			10
4	Психічні розлади дитячого та підліткового віку	10					10
5	Психологія адиктивної поведінки	12	2	2			10
6	Проблема екстремальних впливів на психіку людини.	19	4	2	2		15
7	Основні методи підтримки й відновлення ментального здоров'я	24	4	2	2		20

№ теми згідно з РПН/Л	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
8	Ментальне здоров'я представників соціономічних професій	12					12
	Разом за семестр	120	18	12	6		102
	Форма підсумкового контролю	екзамен					

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

Додаток 2
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

ІНФОРМАЦІЙНЕ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь	магістр	Спеціальність	С4 Психологія
	(назва ступеня вищої освіти)		(шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

Підручники:

1. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнерьова, В.М. Невмержицький. Київ: Людмила, 2021. 438 с.
2. Тимофєєва М.П., Слобоцька О.В. Психологія здоров'я. К.:Медпринт, 2022. 600 с.

Навчальні посібники, інші дидактичні та методичні матеріали:

1. Штифурак В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Вінниця, 2025. 340 с.
2. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. /за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
3. Власенко І.А., Фурман В.В., Рева О.М., Канюка І.О. Психологічне здоров'я студентської молоді. Вінниця : ТВОРИ, 2022. 224 с.
4. Жадан М.А. Психогігієна та психопрофілактика: навчальний посібник. Київ. Каравела, 2018. 346 с.
5. Кокун О.М. Сприяння підвищенню життєстійкості фахівців соціономічних професій. Київ – Львів: Вид.Вікторія Кундельська, 2021. 84 с.
6. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.
7. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. 2-е вид. Київ. Міленіум, 2006. 345 с.
8. Рибалка О.Я. Психологія здоров'я та психологічного благополуччя Методичні вказівки до практичних занять для студентів

освітньо-кваліфікаційного рівня магістр, спеціальності 053 «Психологія». Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2024. 52 с.

9. Психологія здоров'я [Електронний ресурс]: електрон. метод. рекомендації до практичних занять з курсу «Психологія здоров'я» для студ. першого (бакалавр.) рівня вищої освіти / уклад. Є. Л. Базики. - Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. 38 с.

10. Тат'яничков А. О. Психологія здоров'я: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня бакалавра факультету психології, політології та соціології); кафедра психології НУ «Одеська юридична академія». Одеса : Фенікс, 2021. 35 с.

11. Мушкевич М. І. Психологія здоров'я: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня магістра факультету психології). Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 76 с.

Монографії та інші наукові видання:

1. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця, 2019. 331с.

Інші джерела:

1. Павлик Н. Структура й критерії психологічного здоров'я особистості, *Психологія і особистість*. 2022. № 1(21). С. 34–59.

2. Бамбурак-Кречківська Н.М., Бригадир М.Б. Теоретичні аспекти аналізу проблематики психічного здоров'я людини. *Габітус*. 2022. Секція 7 «Соціальні та поведінкові науки». С.279 - 284.

3. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я: поняття, критерії та рівні. *Вісник післядипломної освіти*. 2023. Вип. 25(54). Серія «Соціальні та поведінкові науки». С.56 - 69.

4. Lykholat O. et al. Research of phenolic compounds content in yoshta berries for the perspective of cultivation and use in healthy nutrition in the steppe zone of Ukraine *EUREKA: Life Sciences*. 2023. 3. 27-33.

5. Лихолат О.та ін. Українські superfoods: економічні, екологічні, психофізіологічні, гастрокультурні, аспекти. *Науковий погляд: економіка та управління*, № 1 (81). 2023. С.128 - 133.

Інтернет-ресурси:

1. Види здоров 'я: фізичне, психічне, психологічне, моральне, соціальне. Основи здоров 'я URL: <https://ukrnova.com/zdorovia/vidi-zdorov-ya-fizichne-psikhichne-psikhologichne-moralne-sotsialne-osnovi-zdorov-ya.html>

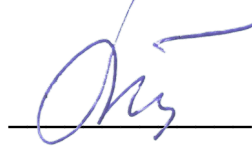
2. Психічне здоров'я, його основні ознаки URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/3518-psihichne-zdorovya-yogo-osnovni-oznaki/>

3. Особливості депресивних станів у молоді: діагностика та психологічна допомога. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/37.pdf>

4. [Салютогенез.](https://www.pscho-institut.com/%D1%81%D0%B0%D0%BB%D1%8E%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7/) URL: <https://www.pscho-institut.com/%D1%81%D0%B0%D0%BB%D1%8E%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7/>

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

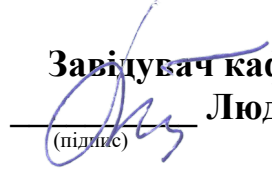
**ПЛАНИ СЕМІНАРСЬКИХ (ПРАКТИЧНИХ) ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

ПСИХОЛОГІЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Освітній ступінь	(назва навчальної дисципліни)		
	магістр	Спеціальність	С4 Психологія
	(назва ступеня вищої освіти)		(шифр і назва)
Освітня програма	«Психологія»		
	(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)		
	наказ від 24.04.2025 № 32-02		
Форма навчання	денна		
	(денна/заочна)		
	у 2025/2026 навчальному році		

Плани семінарських (практичних)
занять обговорені та схвалені на
засіданні кафедри психології
протокол від 19.08.2025 № 1

Завідувач кафедри


(підпис) **Людмила ПРИСНЯКОВА**

Дніпро – 2025

Психологія ментального здоров'я // Плани семінарських (практичних) занять для денної/заочної форми навчання. Дніпро: ВВПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. с.

РОЗРОБНИК(-И):

Лихолат О.А., д.б.н., професор;

Алещенко О.В., викладач;

Пріснякова Л.М., зав.кафедрою, доц., к. псих.н.

ТЕМА 1. ПОНЯТТЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Практичне заняття № 1 – 2 год.

План

1. Основні визначення поняття здоров'я.
2. Психічне здоров'я.
3. Гармонія особистості та її саногенний потенціал.
4. Шляхи збереження психічного здоров'я. Поняття про здоровий спосіб життя.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: здоров'я, психічне здоров'я, гармонія особистості, саногенний потенціал, здоровий спосіб життя.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: вміння користуватися науковими джерелами, виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію.

Практичне заняття № 2 – 2 год.

План

1. Здоров'я особистості як складова розвиненого суспільства.
2. Mental health.
3. Порівняльна характеристика категорій «психічне здоров'я» й «психологічне здоров'я».

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: психічне здоров'я, психологічне здоров'я, ментальне здоров'я, державні заходи збереження психічного здоров'я

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: формування навичок аналізу та узагальнення власного практичного досвіду й досвіду міжнародних та українських організацій у формуванні здорового способу життя та збереженні психічного здоров'я.

Завдання для самостійної роботи до Теми 1:

1. Дослідити поняття «психічне здоров'я» в сучасних фахових наукових джерелах.
2. Підготувати рекомендації для формування здорового способу життя (не менше 10 пунктів).

Індивідуальні завдання до Теми 1:

1. Підготувати презентацію “Дефініція щастя: порівняльний аналіз наукових, культурних та релігійних теорій”.
2. Виконати порівняльний аналіз державних заходів збереження психічного

здоров'я в Україні та в інших країнах (будь-яка країна за вибором).

ТЕМА 2. ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ ТА ВНУТРІШНІХ ФАКТОРІВ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Практичне заняття № 3 – 2 год.

План

1. Зовнішні фактори, що впливають на ментальне здоров'я особистості.
2. Внутрішні фактори ментального здоров'я.
3. Салютогенез. Теорії салютогенезу.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
зовнішні фактори, що впливають на ментальне здоров'я, внутрішні фактори, психосоматика

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: вміння користуватися науковими джерелами, виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію

Практичне заняття № 4 – 2 год.

План

1. Позитивне мислення у формуванні ментального здоров'я.
2. Медіапростір та його вплив на ментальне здоров'я.
3. Психокорекція й психотерапія: в чому різниця

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
позитивне мислення, психокорекція, психотерапія

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: вміння користуватися науковими джерелами, виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію

Завдання для самостійної роботи до Теми 2:

1. Дослідити дефініцію «салютогенез» в сучасних наукових джерелах.
2. Запропонувати рекомендації для зниження негативного впливу засобів масової інформації на ментальне здоров'я.

Індивідуальні завдання до Теми 2:

1. Підготувати есе на тему: «Основні види порушень психічного здоров'я».
2. Підготувати презентацію «Народні традиції та обряди як методи збереження ментального здоров'я».

ТЕМА 3. ПОРУШЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

Практичне заняття № 5 – 2 год.

План

1. Депресія
2. Тривожно-фобічні розлади
3. Розлади харчової поведінки.
4. Деменція.
5. Шизофренія

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
депресія, тривожно-панічні розлади, розлади харчової поведінки, деменція, шизофренія

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: відпрацювання навичок первинної діагностики психічних розладів в дорослому віці.

Практичне заняття № 6 – 2 год.

План

1. Компетенції психолога й психіатра.
2. Техніки стабілізації та заземлення: можливості й переваги використання технік в умовах кабінету психолога та в повсякденному житті.
3. Лікування психічних розладів.
4. Первинна, вторинна, третинна профілактика психічних розладів в дорослому віці.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
техніки стабілізації та заземлення, дихальні вправи, лікування психічних розладів, первинна, вторинна, третинна профілактика психічних розладів

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- розуміння взаємодії психолога, психотерапевта й психіатра в процесі корекції психічного здоров'я;
- опанувати техніки дихальних вправ;
- опанувати техніки стабілізації та заземлення.

Завдання для самостійної роботи до Теми 3:

1. Ознайомитися з методами роботи психотерапевта при психічних розладах у дорослих.
2. Опанувати діагностичні критерії
 - депресії;
 - тривожно-фобічних розладів;

- розладів харчової поведінки;
- деменції;
- шизофренії.

Індивідуальні завдання до Теми 3:

1. Підготувати презентацію “Методи психокорекції та психотерапії при психічних розладах у дорослих”.
2. Підготувати просвітницьку бесіду: «Адаптація людини з психічними розладами до життя в соціумі”.

ТЕМА 4. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Практичне заняття № 7 – 2 год.

План

1. Основні психологічні особливості різних вікових періодів.
2. Внутрішня картина здоров’я дітей і підлітків.
3. Розумова відсталість.
4. Розлади аутичного спектру (РАС).
5. Синдром дефіциту уваги й гіперактивності (СДУГ).

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: вікові особливості розвитку особистості, нормативні вікові кризи, діти, підлітки, внутрішня картина здоров’я, розумова відсталість, РАС, СДУГ.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: розуміння вікових особливостей особистості та використання різних психодіагностичних підходів у відповідності до віку.

—

Практичне заняття № 8 – 2 год.

План

1. Дитяча й підліткова депресія.
2. Розлади харчової поведінки (РХП) в підлітковому віці.
3. Психокорекційна робота з дітьми та підлітками

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: дитяча й підліткова депресія, підліткові РХП, психокорекційна робота з дітьми та підлітками.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: розпізнавати симптоми депресії у підлітків, діагностувати РХП у підлітків, засвоїти методичні підходи до психокорекційної роботи з дітьми та підлітками.

Завдання для самостійної роботи до Теми 4:

1. Підготувати презентацію «Дитина із затримкою психічного розвитку».
2. Підготувати й представити психопрофілактичні рекомендації для батьків дитини з СДУГ
3. Підготувати й представити рекомендації щодо профілактики РХП в підлітковому віці.

Індивідуальні завдання до Теми 4:

1. Провести порівняльну характеристику методичних підходів до навчання дитини (підлітка) з РАС (СДУГ) в Україні та за кордоном (країна за вибором).
2. Проаналізувати сучасні науково-обґрунтовані підходи до психокорекційної роботи з підлітками, що мають РХП (симптоми депресії) в Україні та закордонний досвід.

ТЕМА 5. ПСИХОЛОГІЯ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Практичне заняття № 9 – 2 год.

План

1. Аддиктивна поведінка: визначення поняття, причини, наслідки
2. Форми аддиктивної поведінки поведінки.
3. Алкоголь та його вплив на ментальне здоров'я.
4. Наркоманія

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:

аддиктивна поведінка, форми аддиктивної поведінки, психоактивні речовини,

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: вміння визначати вид аддиктивної поведінки й розуміти її можливі наслідки.

Практичне заняття № 10 – 2 год.

План

1. Нехімічні аддикції
2. Комп'ютерна залежність
3. Ігрова залежність.
4. Взаємодія фахівців різних галузей в психопрофілактиці аддиктивної поведінки

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: нехімічні аддикції, комп'ютерна залежність, лудоманія

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: отримати уявлення про способи корекції девіантної поведінки та взаємодію фахівців різних галузей

Завдання для самостійної роботи до Теми 5:

1. Проаналізувати визначення поняття «аддиктивна поведінка» в сучасних наукових джерелах.
2. Підготувати есе за темою : «Чому в людини виникають залежності».

Індивідуальні завдання до Теми 5:

1. Підготувати й представити рекомендації для батьків учнів молодшої школи «Попередження комп'ютерної залежності» .
2. Розробити й представити практичні рекомендації з профілактики аддиктивної поведінки для учнів старшої школи та студентів.
3. Підготувати й представити лекцію для дорослих «Психоактивні речовини та їхній вплив на здоров'я людини».

ТЕМА 6. ПРОБЛЕМА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВПЛИВІВ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ

Практичне заняття № 11 – 2 год.

План

- 1.Визначення понять «стрес», «дистрес», «екстремальна ситуація».
2. Психофізіологія стресу.
3. Психологічний капітал особистості.
4. Перша психологічна допомога
5. Резил'єнтність

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: стрес, дистрес, криза, екстремальна ситуація, психофізіологія стресу, резил'єнтність

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- розуміння впливу екстремальних ситуацій на психічне здоров'я;
- вміння надавати першу психологічну допомогу в екстремальних ситуаціях

Практичне заняття № 12 – 2 год.

План

1. ПТСР: основні клінічні прояви
2. Дерезалізація й деперсоналізація при ПТСР
3. Посттравматичне зростання
4. Профілактика ПТСР в дитячому й дорослому віці

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
ПТСР, дереалізація, деперсоналізація, посттравматичне зростання, профілактика ПТСР

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- засвоїти техніки подолання стресу, що застосовуються в екстремальних ситуаціях;
- засвоїти техніки на відновлення психологічного ресурсу особистості.

Завдання для самостійної роботи до Теми 6:

1. Скласти таблицю “Порівняльна характеристика впливу стресу і дистресу на здоров'я людини”.
2. Проаналізувати методи психотерапевтичної та психокорекційної роботи при ПТСР.

Індивідуальні завдання до Теми 6:

1. Підготувати есе за темою: «Чому люди займаються екстремальними видами спорту».
2. Розробити й представити психопрофілактичні рекомендації для рідних військового, який повернувся із зони бойових дій.

ТЕМА 7. ОСНОВНІ МЕТОДИ ПІДТРИМКИ Й ВІДНОВЛЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Практичне заняття № 13 – 2 год.

План

1. Методи лікування психічних розладів
2. Поєднання медикаментозного та психотерапевтичного впливу на психічне здоров'я.
3. Первинна, вторинна, третинна профілактика психічних розладів.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
медикаментозна терапія, психотерапія, антидепресанти, протитривожні препарати.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- визначення можливості поєднання медикаментозного та психотерапевтичного впливу на психічне здоров'я;
- здійснювати первинну, вторинну, третинну профілактику психічних розладів.

Практичне заняття № 14 – 2 год.

План

1. Суїцидальна поведінка: на що варто звернути увагу психологу.
2. Причини суїцидальної поведінки.
3. Суїцидальна превенція.
4. Взаємодія психолога та психіатра.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
суїцидальна поведінка, суїцидальна превенція

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- визначати предиктори суїцидальної поведінки;
- взаємодіяти з психіатром для попередження суїциду

Завдання для самостійної роботи до Теми 7:

1. Скласти таблицю “Основні медикаментозні препарати для лікування психічних розладів”
2. Підготувати презентацію «Антидепресанти: міфи й правда».
3. Основні ознаки суїцидальної поведінки.

Індивідуальні завдання до Теми 7:

1. Підготувати санітарно-просвітницьку бесіду: «Адаптація людини з психічними розладами до життя в соціумі»
2. Розробити рекомендації для родичів людини зі схильністю до суїцидальної поведінки.

**ТЕМА 8. МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ПРЕДСТАВНИКІВ
СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ**

Практичне заняття № 15 2 год.

План

1. Професії, що відносяться до соціономічних.
2. Психологічні особливості представників професій типу «людина-людина».
3. Вплив професії на ментальне здоров'я особистості.
4. Емоційне вигорання та його вплив на ментальне здоров'я
5. Стадії емоційного вигорання.
6. Лікування та профілактика емоційного вигорання у психологів

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
соціономічні професії, професійна придатність, емпатія емоційне вигорання, емоційне вигорання, лікування емоційного вигорання, профілактика емоційного вигорання

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: визначення психологічних особливостей професійної придатності психологів

Практичне заняття № 16 2 год.

План

1. Волонтерська діяльність
2. Вплив волонтерства на ментальне здоров'я людини.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: волонтерство, мотивація, самореалізація, емпатія, соціальна відповідальність, стрес і тривожність, задоволеність життям та соціальна інтеграція.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- вміння визначати симптоми емоційного вигорання у волонтерів;
- навички надання психологічної допомоги волонтерам;
- навички з профілакування емоційного вигорання у волонтерів.

Завдання для самостійної роботи до Теми 8:

1. Скласти таблицю “Методи профілактики емоційного вигорання”.
2. Підготувати презентацію: «Необхідність супервізії для успішної роботи психолога».

Індивідуальні завдання до Теми 8:

1. Підготувати презентацію «Як психологу зберегти своє ментальне здоров'я»
2. Розробити рекомендації для волонтерів “Як не вигоріти, допомагаючи іншим”.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Рекомендована література до Теми 1:

1. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрєва, В.М. Невмержицький. Київ: Людмила, 2021. 438 с.
2. Штифурак В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Вінниця, 2025. 340 с.
3. Тимофєєва М.П., Слобоцька О.В. Психологія здоров'я. К.:Медпринт, 2022. 600 с.
4. Павлик Н. Структура й критерії психологічного здоров'я особистості, *Психологія і особистість*. 2022. № 1(21). С. 34–59.
5. Бамбурак-Кречківська Н.М., Бригадир М.Б. Теоретичні аспекти аналізу проблематики психічного здоров'я людини. *Габітус*. 2022. Секція 7 «Соціальні та поведінкові науки». С.279 - 284.
6. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я: поняття, критерії та рівні. *Вісник післядипломної освіти*. 2023. Вип. 25(54). Серія «Соціальні та поведінкові науки». С.56 - 69.

Рекомендована література до Теми 2:

1. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця, 2019. 331с.
2. Рибалка О.Я. Психологія здоров'я та психологічного благополуччя. Методичні вказівки до практичних занять для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня магістр, спеціальності 053 «Психологія». Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2024. 52 с.
3. Психологія здоров'я [Електронний ресурс]: електрон. метод. рекомендації до практичних занять з курсу «Психологія здоров'я» для студ. першого (бакалавр.) рівня вищої освіти / уклад. Є. Л. Бази́ка. - Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. 38 с.
4. Лихолат О.та ін. Українські superfoods: економічні, екологічні, психофізіологічні, гастрокультурні, аспекти. *Науковий погляд: економіка та управління*, № 1 (81). 2023. С.128 - 133.
5. Lykholat O. et al. Research of phenolic compounds content in yoshta berries for the perspective of cultivation and use in healthy nutrition in the steppe zone of Ukraine *EUREKA: Life Sciences*. 2023. 3. 27-33.

Рекомендована література до Теми 3:

1. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрєва, В.М. Невмержицький. Київ: Людмила, 2021. 438 с.
2. Штифурак В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Вінниця, 2025. 340 с.
3. Тимофєєва М.П., Слобоцька О.В. Психологія здоров'я.

К.:Медпринт, 2022. 600 с.

4. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця, 2019. 331.

5. Татьянчиков А. О. Психологія здоров'я: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня бакалавра факультету психології, політології та соціології); кафедра психології НУ «Одеська юридична академія». Одеса : Фенікс, 2021. 35 с.

Рекомендована література до Теми 4:

1. Власенко І.А., Фурман В.В., Рева О.М., Канюка І.О. Психологічне здоров'я студентської молоді. Вінниця : ТВОРИ, 2022. 224 с.

2. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрєва, В.М. Невмержицький. Київ: Людмила, 2021. 438 с.

3. Штифурак В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Вінниця, 2025. 340 с.

4. Тимофєєва М.П., Слобоцька О.В. Психологія здоров'я. К.:Медпринт, 2022. 600 с.

Рекомендована література до Теми 5:

1. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця, 2019. 331с.

2. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрєва, В.М. Невмержицький. Київ: Людмила, 2021. 438 с.

3. Штифурак В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Вінниця, 2025. 340 с.

4. Тимофєєва М.П., Слобоцька О.В. Психологія здоров'я. К.:Медпринт, 2022. 600 с.

5. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.

Рекомендована література до Теми 6:

1. 1. Бамбурак-Кречківська Н.М., Бригадир М.Б. Теоретичні аспекти аналізу проблематики психічного здоров'я людини. *Габітус*. 2022. Секція 7 «Соціальні та поведінкові науки». С.279 - 284.

2. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я: поняття, критерії та рівні. *Вісник післядипломної освіти*. 2023. Вип. 25(54). Серія «Соціальні та поведінкові науки». С.56 - 69.

3. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.

4. Штифурак В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Вінниця, 2025. 340 с.

5. Тимофєєва М.П., Слобоцька О.В. Психологія здоров'я. К.:Медпринт, 2022. 600 с.

Рекомендована література до Теми 7:

1. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця, 2019. 331с.

2. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. /за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

3. Власенко І.А., Фурман В.В., Рева О.М., Канюка І.О. Психологічне здоров'я студентської молоді. Вінниця : ТВОРИ, 2022. 224 с.

4. Психологія здоров'я [Електронний ресурс]: електрон. метод. рекомендації до практичних занять з курсу «Психологія здоров'я» для студ. першого (бакалавр.) рівня вищої освіти / уклад. Є. Л. Базики. - Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. 38 с.

5. Татьянчиков А. О. Психологія здоров'я: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня бакалавра факультету психології, політології та соціології); кафедра психології НУ «Одеська юридична академія». Одеса : Фенікс, 2021. 35 с.

Рекомендована література до Теми 8:

1. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. /за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

2. Кокун О.М. Сприяння підвищенню життєстійкості фахівців соціономічних професій. Київ – Львів: Вид. Вікторія Кундельська, 2021. 84 с.

3. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. 2-е вид. Київ. Міленіум, 2006. 345 с.

ПИТАННЯ ДО ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Охарактеризуйте психологію ментального здоров'я як галузь психологічних знань.
2. Визначте предмет психології здоров'я, завдання цієї галузі
3. Охарактеризуйте міждисциплінарні зв'язки психології здоров'я.
4. Проаналізуйте рівні життєдіяльності людини
5. Визначте критерії оцінювання здоров'я людини.
6. Охарактеризуйте основні еталони здоров'я і здорової особистості.
7. Охарактеризуйте модель самоактуалізованої особистості А. Маслоу.
8. Проаналізуйте гуманістичну модель здорової особистості Гордона Олпорта.
9. Опишіть модель здорової особистості Віктора Франка.
10. Охарактеризуйте теорію розвитку особистості Ніколаса Енкельмана.
11. Охарактеризуйте поняття «ментальне здоров'я».
12. Визначте основні фактори ризику, що впливають на ментальне здоров'я особистості.
13. Розкрийте ознаки порушення ментального здоров'я.
14. Охарактеризуйте поширені розлади ментального здоров'я.
15. Дайте визначення та проаналізуйте поняття «стрес».
16. Охарактеризуйте основні стадії стресу.
17. Розкрийте відмінності між поняттями «дистрес» та «еустрес».
18. Охарактеризуйте концептуальну модель стресу.
19. Опишіть дві форми змін поведінкової активності у відповідь на стрес.
20. Опишіть види стресу.
21. Охарактеризуйте причини виникнення стресу.
22. Охарактеризуйте особливості поведінкових реакцій особистості в ситуації стресу.
23. Охарактеризуйте поняття «посттравматичний стресовий розлад».
24. Охарактеризуйте ознаки посттравматичного стресового розладу.
25. Дайте визначення та проаналізуйте поняття «адикція», «адиктивна поведінка».
26. Охарактеризуйте психологічні особливості осіб із адиктивними формами поведінки.
27. Проаналізуйте форми адиктивної поведінки.
28. Визначте основні мотиви вживання алкоголю і наркотичних речовин.
29. Охарактеризуйте основні чинники виникнення хімічної адикції.
30. Охарактеризуйте таку модель профілактики наркотизації як модель моральних принципів.
31. Проаналізуйте модель залякування як модель профілактики наркотизації.

32. Опишіть модель таку модель профілактики наркотизації як модель фактичних знань.

33. Охарактеризуйте модель ефективного навчання як модель профілактики наркотизації.

34. Проаналізуйте модель поліпшення здоров'я як модель профілактики наркотизації.

35. Дайте визначення та проаналізуйте поняття «профілактика».

36. Проаналізуйте соціальні, педагогічні психологічні та медичні технології первинної профілактики адиктивної поведінки.

37. Охарактеризуйте вторинну профілактику адиктивної поведінки.

38. Проаналізуйте основні стратегії третинної профілактики адиктивної поведінки.

39. Охарактеризуйте методи профілактики адиктивної поведінки.

40. Опишіть характерологічні особливості свідомості.

41. Охарактеризуйте структурні компоненти самосвідомості.

42. Охарактеризуйте зміст процесу психологічного захисту.

43. Охарактеризуйте заперечення як механізм психологічного захисту.

44. Охарактеризуйте витіснення як механізм психологічного захисту.

45. Охарактеризуйте раціоналізацію як механізм психологічного захисту.

46. Охарактеризуйте ідентифікацію як механізм психологічного захисту.

47. Охарактеризуйте відчуження як механізм психологічного захисту.

48. Охарактеризуйте заміщення як механізм психологічного захисту.

49. Охарактеризуйте сублімація як механізм психологічного захисту.

50. Охарактеризуйте катарсис як механізм психологічного захисту.

51. Охарактеризуйте основні теоретичні напрямки дослідження психологічних механізмів забезпечення ментального здоров'я.

52. Охарактеризуйте шляхи допомоги для збереження ментального здоров'я.

53. Проаналізуйте компенсаторні механізми психіки.

54. Дайте характеристику основним формам психогігієни.

55. Дайте визначення та проаналізуйте поняття «спосіб життя».

56. Дайте визначення та проаналізуйте поняття «здоровий спосіб життя».

57. Охарактеризуйте фактори, які впливають на ментальне здоров'я студентів.

58. Дайте визначення та проаналізуйте поняття «саморегуляція», види саморегуляції.

59. Проаналізуйте типи компенсації психічних функцій.

60. Охарактеризуйте психічну саморегуляцію як невід'ємний компонент здорової особистості.

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

ПСИХОЛОГІЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Освітній ступінь	(назва навчальної дисципліни)	
	магістр	Спеціальність
	(назва ступеня вищої освіти)	(шифр і назва)
Освітня програма	«Психологія»	
	(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)	
	наказ від 24.04.2025 № 32-02	
Форма навчання	денна	
	(денна/заочна)	
	у 2025/2026 навчальному році	

Дніпро – 2025

Психологія ментального здоров'я // Конспект лекцій з навчальної дисципліни.
Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 40 с.

РОЗРОБНИК(-И):

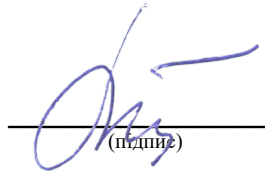
Лихолат О.А., д.б.н., професор;

Алещенко О.В., викладач;

Пріснякова Л.М., зав.кафедрою, доц., к. псих.н.

Конспект лекцій обговорений та схвалений на засіданні кафедри психології
протокол від 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



(підпис)

Людмила ПРИСНЯКОВА

ЗМІСТ

ТЕМА 1. ПОНЯТТЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....	4
ТЕМА 2. ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ ТА ВНУТРІШНІХ ФАКТОРІВ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....	10
ТЕМА 3. ПОРУШЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ.....	16
ТЕМА 4. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ....	21
ТЕМА 5. ПСИХОЛОГІЯ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	23
ТЕМА 6. ПРОБЛЕМА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВПЛИВІВ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ.....	28
ТЕМА 7. ОСНОВНІ МЕТОДИ ПІДТРИМКИ Й ВІДНОВЛЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я.....	31
ТЕМА 8. МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ПРЕДСТАВНИКІВ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ.....	33
ЛІТЕРАТУРА:.....	39

ТЕМА 1. ПОНЯТТЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Тривалий час термін «психологічне здоров'я» слугував базовою категорією для психічного здоров'я, оскільки досвід психопатології використовувався стосовно психіки здорової людини. Пізніше, однак, почали розмежовувати сфери психічного та психологічного здоров'я. І.В. Дубровіна, яка запропонувала термін «психологічне здоров'я» в 1991 році, вважає, що психічне здоров'я відноситься до окремих психічних процесів і механізмів. Тоді як психологічне здоров'я характеризує особистість в цілому.

Цю думку поділяє О.В. Шувалов, який стверджує, що визначення терміну «психологічне здоров'я людини» складається з двох категоріальних понять: «психологія здоров'я» і «психологія людини». На перетині цих галузей знань з'являються психологічні моделі, які розглядають проблему здоров'я з гуманістичних позицій. Дослідники виділяють такі позиції щодо **психологічного здоров'я**:

1. Термін «психологічне здоров'я» фіксує суто людський вимір і є по суті науковим еквівалентом духовного здоров'я.
2. Проблема психологічного здоров'я – це питання норми і патології в психологічному розвитку особистості.
3. Основою психологічного здоров'я є нормальний розвиток людської суб'єктивності.
4. Визначальними критеріями психологічного здоров'я є спрямованість розвитку і характер самореалізації людської сутності.

Однак ряд вчених, а саме О.С.Васильєва, В.А.Лабунська, Г.В.Ложкін та Ф.Р.Філатов, вважають, що проблему психічного здоров'я на індивідуально-особистісному рівні неправомерно зводити до проблеми з функціонуванням окремих підсистем психіки. Психологічне здоров'я також визначають як: стан рівноваги між різними аспектами людської особистості (Р. Ассаджіолі); рівновагу між потребами індивіда і потребами суспільства, що підтримується постійними зусиллями (С. Ассаджіолі. Фрайберг); процес життєдіяльності людини, в якому рефлексивні, емоційні, інтелектуальні та поведінкові аспекти знаходяться в рівновазі (М. Г. Гаранін, А. Б. Холмогорова); функція підтримання рівноваги між індивідом і навколишнім середовищем, правильної регуляції поведінки та діяльності людини, здатність протистояти життєвим труднощам без негативних наслідків для здоров'я (А. В. Петровський, М. Г. Ярошевський).

Якщо намалювати загальний «портрет» психологічно здорової людини, то можна отримати наступне. Психологічно здорова людина – це, перш за все, спонтанна і творча особистість, щаслива і життєрадісна, відкрита, яка пізнає себе і навколишній світ не тільки розумом, а й почуттями та інтуїцією. Вона повністю приймає себе, визнаючи при цьому цінність і унікальність людей, які її оточують. Така людина покладає відповідальність за своє життя переважно на себе і робить висновки з негативного досвіду. Життя сповнене сенсу, навіть якщо вона не завжди артикулює його для себе. Вона постійно розвивається і, природно, сприяє розвитку інших людей. Її життєвий шлях може бути

нелегким, а іноді навіть складним, але вона чудово адаптується до швидкоплинних життєвих обставин. Важливо те, що вона знає, як діяти в ситуації, що характеризується невизначеністю, довіряючи тому, що станеться завтра.

О.В. Хухлаєва описує психологічне здоров'я як систему, що включає оціночний, інструментальний та потребово-мотиваційний компоненти. Оціночний компонент представлений цінностями власного «Я» та цінностями «Я» інших людей. Він відповідає як абсолютному прийняттю себе з достатнім знанням про себе, так і прийняттю інших людей незалежно від статі, віку, культурних особливостей тощо [9]. Інструментальний компонент включає володіння індивідом рефлексією як засобом самопізнання, вміння концентрувати свою свідомість на собі, своєму внутрішньому світі та своїй позиції по відношенню до інших. Він відповідає здатності особистості розуміти та описувати свої та чужі емоційні стани, вмінню вільно та відкрито виражати свої почуття, не завдаючи шкоди іншим, усвідомленню причин та наслідків власної та чужої поведінки.

Потребово-мотиваційний компонент визначає, чи є у людини потреба у самовдосконаленні. Це означає, що особистість стає суб'єктом свого життя, має внутрішнє джерело активності, яке виступає рушійною силою її розвитку. Вона бере на себе повну відповідальність за власний розвиток і стає «автором власної біографії». При цьому окремі компоненти психологічного здоров'я (позитивне ставлення до себе та інших, особистісна рефлексія та потреба в саморозвитку) взаємопов'язані та динамічно взаємодіють між собою. Для того, щоб мати можливість розвивати позитивну та невротичну рефлексію, необхідно мати позитивне ставлення до себе. Саморозвиток людини, в свою чергу, впливає на зміну ставлення до себе. А особистісна рефлексія є одним із механізмів саморозвитку. Отже, можна зробити висновок, що самотавлення, рефлексія та саморозвиток є взаємодоповнюючими і постійно взаємодіють [8]. Для подальшого визначення форм і видів психологічної допомоги необхідно звернутися до питання норм, а потім і критеріїв психологічного здоров'я.

На сьогоднішній день проблема нормальності далеко не однозначна. Однак розмежування понять психологічного та психічного здоров'я певною мірою допомагає визначитись з поняттям норми. На думку О.В. Хухлаєвої, у випадку психічного здоров'я правомірно вважати нормою відсутність патології, відсутність симптомів, які перешкоджають адаптації людини до соціуму. У випадку психологічного здоров'я нормою є, навпаки, наявність певних особистісних характеристик, які дозволяють не тільки адаптуватися до соціуму, а й сприяти його розвитку через саморозвиток [9]. Норма – це певний образ, який слугує орієнтиром для організації педагогічних умов, необхідних для його досягнення. Слід також зазначити, що у випадку психічного здоров'я альтернативою нормі є хвороба. У випадку психологічного здоров'я альтернативою нормі є не хвороба, а відсутність прогресу в життєвому процесі, нездатність виконати життєве завдання.

З цієї точки зору, розуміння нормальності має ґрунтуватися на аналізі взаємодії людини з навколишнім середовищем, що передбачає, перш за все, гармонію між здатністю індивіда адаптуватися до навколишнього середовища і

здатністю середовища адаптуватися до його потреб. Виходячи з цієї концепції нормальності, можна дати наступне визначення рівнів психічного здоров'я. До високого рівня психічного здоров'я (творчого) належать люди зі стійкою адаптацією до навколишнього середовища, запасом сил для подолання стресових ситуацій, активним творчим ставленням до дійсності і творчим світовідчуттям. Ці люди не потребують психологічної допомоги. До середнього (адаптивного) рівня відносяться люди, які в цілому добре адаптовані до соціуму, але демонструють незначне підвищення тривожності. Таких людей можна віднести до групи ризику, оскільки вони не мають запасу міцності з точки зору психічного здоров'я, і можуть бути включені в профілактичні та розвиваючі групові програми. Низький рівень – дезадаптовані. До нього належать особи з дисбалансом процесів асиміляції та адаптації, які використовують асимілятивні або адаптивні методи для вирішення своїх внутрішніх конфліктів. Асимілятивний стиль поведінки переважно характеризується прагненням людини пристосуватися до зовнішніх обставин на шкоду власним бажанням і здібностям. Неасимілятивний стиль

Психічне здоров'я – це стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізовувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своєї громади. Це невід'ємна складова здоров'я та благополуччя, яка лежить в основі нашої індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки та формувати світ, у якому ми живемо. Психічне здоров'я є основним правом людини. Воно має вирішальне значення для особистого, суспільного та соціально-економічного розвитку. Психічне здоров'я - це більше, ніж відсутність психічних розладів. Воно існує в складному континуумі, який переживається по-різному від однієї людини до іншої, з різним ступенем труднощів і дистресу та потенційно дуже різними соціальними і клінічними наслідками. Психічні розлади включають психічні розлади та психосоціальні порушення, а також інші психічні стани, пов'язані зі значним дистресом, порушенням функціонування або ризиком заподіяння собі шкоди. Люди з розладами психічного здоров'я, як правило, мають нижчий рівень психічного благополуччя, але це не завжди і не обов'язково так.

У статті в журналі World Psychiatry йдеться про те, що психічне здоров'я офіційно виокремилось в окрему галузь знань у 1946 році під час Міжнародної конференції з охорони здоров'я. Саме під час цієї конференції була заснована Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). У Статуті ВООЗ зазначено, що психічне "благополуччя" є невід'ємною частиною загального здоров'я, навіть за відсутності психічних захворювань. До появи поняття «психічне здоров'я» термін "психічна гігієна" використовувався в 19-20 століттях для позначення впливу психічних процесів на загальний стан здоров'я. Рух за психічну гігієну сформувався в Сполучених Штатах у 1908 році. Його мета полягала в тому, щоб захищати людей, які були «психічно хворими» або мали психічні розлади, у більш гуманний спосіб, оскільки історично люди з психічними захворюваннями зазнавали жорстокого поводження, нехтування та не отримували належного догляду[23]. Хоча стигма, пов'язана з психічними захворюваннями, все ще існує, все більше людей усвідомлюють важливість

отримання лікування - наприклад, психотерапії - для підтримки свого психічного благополуччя, незалежно від того, чи є у них психічне захворювання. Крім того, численні дослідження виявили, що позитивне психічне здоров'я пов'язане з покращенням якості життя, включаючи кращу продуктивність, тісніші соціальні зв'язки, вищу успішність у навчанні та кращі стосунки.

Психічне здоров'я стосується не лише емоційного благополуччя, але й того, як люди думають і поведуться. Існує низка різних факторів, які впливають на психічне здоров'я. Психічне здоров'я не існує саме по собі. Це невід'ємна частина загального здоров'я, яке можна визначити щонайменше трьома способами - як відсутність хвороб, як стан організму, що дозволяє повноцінно виконувати всі його функції, як організму, або як стан рівноваги всередині себе та між собою фізичним і соціальним оточенням (Сарторіус, 2002). Яке з цих трьох визначень використовується, залежить від того, наскільки задоволені базові потреби у здоров'ї. Вони включають в себе потреби в їжі, житлі, виживанні, захисті, соціальній підтримці, свободі від болю, екологічної небезпеки, непотрібного стресу і будь-якої експлуатації (Маслоу, 1968). Взаємодія між окремими особами та суспільством стає критично важливою для побудови здорових спільнот, що, в свою чергу, може сприяти зміцненню психічного здоров'я.

Вразливість до психічних розладів включає в себе внутрішні фактори, такі як відсутність емоційної стійкості, низька самооцінка та соціальний статус, відчуття пастки та безпорадності, а також проблеми, пов'язані з сексуальністю чи сексуальною орієнтацією, ізоляцією та поганою інтеграцією. Зовнішні фактори, що сприяють цій вразливості, були описані як погані соціальні умови (житлові умови, бідність, безробіття), дискримінація або насильство, культурні конфлікти, стигматизація та недостатня автономія, серед інших чинників. Людина в стані доброго психічного здоров'я має сильне відчуття себе та інших; вона буде здатна і формувати позитивні стосунки і водночас почуватися комфортно у власній компанії. Уявлення про себе будуть дуже сильно залежати від культури, і те, чи є людина соціоцентричною чи егоцентричною. Будь-які спроби змінити це уявлення про себе може призвести до культурного конфлікту, індивідуального дисонансу і нещастя. Основні почуття психічного здоров'я включають довіру, виклик, компетентність, досягнення і гумор, а можливості, які пропонує психічне здоров'я включають здатність розвиватися психологічно, емоційно, інтелектуально і духовно; ініціювати, розвивати і підтримувати взаємне емоційне задоволення, здатність усвідомлювати інших та співпереживати їм; використовувати психологічний дистрес як процес розвитку та вчитися на ньому, щоб він не заважав і не шкодив подальшому розвитку. Фонд психічного здоров'я (МНФ, 2008) зазначає, що психічне здоров'я визначається тим, як люди думають і відчують про себе і своє життя, і що це впливає на те, як людина справляється з труднощами та керує ними в часи негараздів. Психічне здоров'я розглядається як таке, що впливає на здатність людини функціонувати та максимально використовувати наявні можливості, а також брати повноцінну участь у житті сім'ї, на роботі та повною мірою брати участь у житті сім'ї, на робочому місці, у громаді та з однолітками. Існує тісний

зв'язок між фізичним і психічним здоров'ям, оскільки вони впливають одне на одного прямо і опосередковано. Таким чином, можна припустити, що психічне здоров'я - це стан рівноваги, коли людина перебуває в мирі з собою, здатна ефективно функціонувати собою, здатна ефективно функціонувати в суспільстві та здатна задовольняти свої базові потреби, а також вищі функціональні потреби. Позитивна функціональність означає управління змінами, стосунками та емоціями конструктивним чином. Виклик для психіатрії полягає в тому, що вона повинна охоплювати збереження і зміцнення психічного здоров'я у своїй практиці, дослідженнях і навчанні. А також

Активно брати участь у впровадженні цих понять в систему охорони здоров'я.

- **Задоволеність життям.** Здатність людини насолоджуватися життям часто використовується як показник психічного здоров'я та благополуччя. Її часто визначають як ступінь, до якого людина отримує задоволення від найважливіших аспектів свого життя. Деякі фактори, які відіграють важливу роль у задоволеності життям, включають відсутність поганого самопочуття, хороші стосунки, почуття приналежності, активність у роботі та дозвіллі, відчуття досягнень і гордості, позитивне самосприйняття, відчуття автономії та почуття надії.

- **Стійкість.** Здатність оговтуватися від негараздів називають життестійкістю. Життестійкі люди також схильні позитивно оцінювати свою здатність справлятися з труднощами і шукати соціальної підтримки, коли вона їм потрібна. Ті, хто є більш життестійкими, краще здатні не лише впоратися зі стресом, але й процвітати навіть в умовах стресу.

- **Соціальна підтримка** важлива для позитивного психічного здоров'я. Самотність пов'язана з проблемами як фізичного, так і психічного здоров'я, включаючи серцево-судинні захворювання, депресію, проблеми з пам'яттю, зловживання наркотиками, зловживання алкоголем і змінені функції мозку [27]. Ризики для здоров'я, пов'язані з соціальною ізоляцією загалом, а також у молодому, середньому та похилому віці. Зменшення соціальної підтримки, спричинене життєвими змінами, такими як вступ до коледжу, соціальні негаразди, зміна роботи або розлучення, може мати негативний вплив на психічне здоров'я. На щастя, дослідження показують, що важлива не стільки кількість підтримуючих зв'язків, скільки якість цих зв'язків.

- **Жорсткі очікування** іноді можуть створювати додатковий стрес. Емоційна гнучкість може бути настільки ж важливою, як і когнітивна. Психічно здорові люди відчують цілу низку емоцій і дозволяють собі висловлювати ці почуття. Деякі люди відгороджуються від певних почуттів, вважаючи їх неприйнятними.

Брак психологічної гнучкості пов'язаний з деякими видами психопатології, в той час як дослідження показують, що підвищена гнучкість пов'язана з кращим життєвим балансом і підвищеною життестійкістю.

Стан психічного здоров'я людини має значний вплив на якість її життя. Турбота про своє психічне здоров'я дозволяє робити внесок у життя суспільства, справлятися зі стресом, мати якісні стосунки та підтримувати

фізичне здоров'я [21]. Психічне здоров'я може допомогти реалізувати свій потенціал у всіх аспектах життя. Покращення психічного здоров'я також пов'язане з покращенням фізичного здоров'я. Дослідження показали, що гарне психічне здоров'я може знизити ризик серцевих нападів та інсультів[22]. Погане психічне здоров'я, з іншого боку, пов'язане з такими проблемами, як підвищений рівень стресу, проблеми зі сном, куріння та вживання психоактивних речовин.

Для людей, що живуть на пострадянському просторі все, що стосується вислову « психічне» може викликати негативні асоціації. Тож, в своїй роботі ми будемо використовувати міжнародне поняття- mental health- ментальне здоров'я. Враховуючи тему кваліфікаційної роботи й визначення всесвітньої організації охорони здоров'я: «психічне здоров'я як стан благополуччя, при якому людина здатна справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та ефективно працювати на користь своєї громади», й результати теоретичних досліджень, вважаємо доцільним використовувати в роботі термін «психологічне» здоров'я.

ТЕМА 2. ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ ТА ВНУТРІШНІХ ФАКТОРІВ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Упродовж нашого життя численні індивідуальні, соціальні та структурні детермінанти можуть поєднуватися, щоб захистити або підірвати наше психічне здоров'я та змінити нашу позицію в континуумі психічного здоров'я.

Салютогенетичний підхід, згідно з яким здоров'я є не пасивним станом рівноваги (гомеостаз), а активним процесом (гетеростаз - Постійне встановлення нового цільового стану (наприклад, гарна оцінка) Мотивація діяти для досягнення цього стану), на відміну від патогенезу, опікується не питанням «Чому людина хворіє», а питанням: «Що підтримує її здоров'я». Людина постійно рухається континуумом між крайніми полюсами досконалого здоров'я та хвороби. Для того, щоб зв'язок між двома змінними був у рівновазі або навіть більше в бік «здоров'я», вона використовує різні доступні їй ресурси. Саме так Антоновський визначив термін «Почуття узгодженості», яке описує здатність людини використовувати наявні в неї ресурси для збереження свого здоров'я. Ці ресурси можуть бути найрізноманітнішими залежно від соціального середовища та оточення. За словами Антоновського, тепер у гру вступає НС, тому що тепер постає питання, чому двоє людей, які зазнають того самого стресу і мають у своєму розпорядженні одні й ті самі ресурси, реагують настільки принципово по-різному. Одна людина хворіє, інша залишається здоровою. З цього Антоновський робить висновок, що почуття узгодженості у двох людей різне [18].

Салютогенез – це концепція, яка фокусується на факторах, що сприяють здоров'ю і благополуччю, а не тільки на факторах ризику і хвороби. Цей підхід пропонує новий погляд на те, як ми можемо зміцнити наше психічне здоров'я і створити умови для щасливого і задовільного життя

Основні принципи салютогенезу:

- Орієнтація на ресурси. Салютогенез надає великого значення виявленню та активізації ресурсів, які ми маємо. Це можуть бути наші особисті якості, підтримка оточення, знання та навички.
- Розуміння стресу. У салютогенезі стрес сприймають як невіддільну частину життя, і важливо навчитися справлятися з ним і робити з нього уроки.
- Постійне навчання і розвиток. Салютогенез має на увазі активне навчання і розвиток як засіб підтримки психічного здоров'я. Вчитися новому і прагнути до зростання позитивно впливає на наше самопочуття
- Сенс і мета. Пошук сенсу і мети в нашому житті є важливим аспектом психічного благополуччя. Салютогенез сприяє пошуку сенсу і мети в наших діях.
- Соціальна підтримка. Важливість підтримки від соціальної мережі та близьких відзначається в салютогенезі. Взаємодія з іншими та почуття приналежності сприяють зміцненню психічного здоров'я.

Індивідуальні психологічні та біологічні фактори, такі як емоційні навички, вживання психоактивних речовин та генетика, можуть зробити людей більш вразливими до проблем психічного здоров'я.

Вплив несприятливих соціальних, економічних, геополітичних та екологічних обставин, включаючи бідність, насильство, нерівність та екологічну депривацію, також підвищує ризик виникнення психічних розладів.

Ризики можуть проявлятися на всіх етапах життя, але ті, що виникають у чутливі для розвитку періоди, особливо в ранньому дитинстві, є особливо шкідливими. Наприклад, відомо, що суворе виховання та фізичні покарання підривають здоров'я дитини, а булінг є провідним фактором ризику психічних розладів. Захисні фактори діють протягом усього нашого життя і слугують для зміцнення життєстійкості. Вони включають наші індивідуальні соціальні та емоційні навички та якості, а також позитивні соціальні взаємодії, якісну освіту, гідну роботу, безпечне сусідство та згуртованість громади, серед іншого.

Ризики для психічного здоров'я та захисні фактори можна знайти в суспільстві на різних рівнях. Локальні загрози підвищують ризик для окремих осіб, сімей та громад. Глобальні загрози підвищують ризик для всього населення і включають економічні спади, спалахи хвороб, гуманітарні надзвичайні ситуації та військові конфлікти.

Психічне здоров'я є комплексним і наше благополуччя визначається поєднанням біологічних, психологічних і соціальних факторів:

- біологічні фактори, наприклад, фізичне здоров'я, генетика, дієта, сон, вік
- психологічні фактори, наприклад, переконання, діагнози психічного здоров'я, сприйняття, залежності
- соціальні фактори, наприклад, стосунки, сім'я, культура, робота, гроші, житло.

Образ тіла – це термін, який використовується для опису того, що ми думаємо і відчуваємо про своє тіло, включаючи те, наскільки ми задоволені своїм тілом і наскільки ми цінуємо те, що інші люди думають про наше тіло.

Образ тіла - це складна річ, тісно пов'язана з психічним здоров'ям, на яку впливає багато речей, що нас оточують - люди, місця, образи, культура, і цей список можна продовжувати. Проблеми з образом тіла можуть торкнутися кожного з нас у будь-якому віці і безпосередньо впливати на наше психічне здоров'я. Дослідження показують, що прагнення до нереалістичного образу тіла може створити шкідливе ставлення до себе. Ми переконуємо себе, що повинні прагнути до досконалості, виходячи з того, що ми сприймаємо навколо себе, але ми знаємо, що насправді ніхто не є досконалим. Це призводить до того, що ми відчуваємо, що нам завжди чогось не вистачає. Ми завжди прагнемо досконалості, але ніколи її не досягнемо. Це призводить до нездорового образу тіла, але робота над прийняттям себе може привести до більш здорового образу тіла. Хоча занепокоєння щодо образу тіла не є діагностованою проблемою психічного здоров'я, воно може бути фактором ризику виникнення проблем із психічним здоров'ям. Образ тіла тісно пов'язаний з проблемами психічного здоров'я, такими як дисморфічні розлади тіла (BDD) та розлади харчової поведінки, такі як анорексія та булімія. Дисморфічний розлад тіла - це

психічний розлад, при якому людина витрачає багато часу на переживання через недоліки своєї зовнішності, часто непомітні для оточуючих, до такої міри, що це впливає на її повсякденне життя.

Люди грають в азартні ігри з багатьох причин: приплив адреналіну, бажання виграти гроші, спілкування або втеча від турбот чи стресу. Однак для деяких людей азартні ігри можуть вийти з-під контролю. Залежність від азартних ігор-лудоманія- може вплинути на ваше здоров'я, стосунки та залишити вас у боргах. Це також може називатися компульсивною грою або ігровою залежністю. У людини можуть бути проблеми з азартними іграми, якщо вона витрачає на азартні ігри більше грошей, ніж може собі дозволити, грає в азартні ігри, коли повинна займатися чимось іншим, наприклад, працювати або проводити час із сім'єю, відчуває занепокоєння або стрес через те, що грає в азартні ігри, використовує азартні ігри, щоб впоратися з проблемами або важкими почуттями.

Проблеми з психічним здоров'ям є поширеним явищем, яке зачіпає тисячі людей в Україні. Незважаючи на це, все ще існує сильна стигма (негативне ставлення) до психічного здоров'я. Люди з проблемами психічного здоров'я також можуть зазнавати дискримінації (негативного ставлення) у всіх аспектах свого життя. Ця стигма та дискримінація погіршують проблеми багатьох людей. Вона може виходити від суспільства, роботодавців, засобів масової інформації і навіть від наших друзів та родини. Ви навіть можете відчувати внутрішню стигму, коли ви починаєте вірити негативним повідомленням або стереотипам про себе. Як стигма та дискримінація впливають на людей з психічними розладами? Майже дев'ять з десяти людей з проблемами психічного здоров'я кажуть, що стигма та дискримінація негативно впливають на їхнє життя.

Коли ми стикаємося з травматичною подією, наше тіло реагує, готуючи нас до відповіді. Це автоматичний механізм виживання, і ми не можемо його контролювати. Зазвичай тіло повертається до нормального стану протягом півгодини після події. Однак іноді ці відчуття тривають ще довго після того, як травма минула. Наші тіла і розум застрягають у режимі небезпеки, навіть коли загроза минула. Людина може переживати подію у спогадах або кошмарах, відчувати постійну напругу, злість, провину або засмучення, панічні атаки, відчувати себе заціпенілим або відстороненим від інших, мати проблеми зі сном. Травма може зробити людина більш вразливою до розвитку проблем з психічним здоров'ям. Вона також може безпосередньо спричинити посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Деякі люди зловживають алкоголем, наркотиками або завдають собі шкоди, щоб впоратися з важкими спогадами та емоціями. Залежно від того, як на людину вплинула травма, вона може спричинити труднощі у повсякденному житті. Наприклад, може бути важче довіряти людям, що може ускладнити підтримання стосунків і дружби. Людині може бути складно доглядати за собою, утримуватися на роботі або отримувати задоволення від речей, які раніше вам подобалися. Може бути важко керувати своїми емоціями і може реагувати нелогічно або надмірно - тому що ваш розум реагує на спогади про те, що з вами сталося, а не на поточну ситуацію. Травма може вплинути як на тіло, так і на розум.

Дослідження показують, що вона може підвищити ризик розвитку проблем із фізичним здоров'ям, у тому числі довготривалих хвороб.

Психічне здоров'я та гроші пов'язані між собою. Проблеми з психічним здоров'ям можуть ускладнити заробляння грошей та управління ними, а борги можуть спровокувати або погіршити такі стани, як тривога, депресія та стрес.

Існує поширена помилкова думка, що люди потрапляють у борги через надмірний спосіб життя або через те, що вони «шаленіють у походах» з кредитними картками. Насправді безробіття та скорочення є найпоширенішими причинами виникнення боргових проблем, які можуть трапитися з будь-ким, незалежно від того, яким є їхнє ставлення до грошей. Життєві зміни, такі як втрата роботи, проблеми з психічним чи фізичним здоров'ям або розлучення з партнером, можуть призвести до того, що вам буде складно оплачувати рахунки за комунальні послуги. Пристосуватися до таких фінансових змін може бути складно. Дослідження Королівського коледжу психіатрів на тему «Борг і психічне здоров'я» показало, що половина дорослих, які мають проблеми з боргами, також живуть з психічними розладами. Це варіюється від постійного відчуття тривоги та поганого настрою до діагностованого психічного розладу. Борги можуть змусити людину відчувати тривогу, особливо якщо вона не має підтримки від друзів, сім'ї або кредиторів. Борг може бути значним тягарем, який ще більше погіршується, коли людина має справу з ним наодинці.

Якісне, доступне та безпечне житло є життєво важливим для міцного психічного здоров'я. Наш дім має бути не лише дахом над головою, а й безпечним, сприятливим місцем для життя. Погане житло - наприклад, з проблемами вогкості та плісняви, асоціальними сусідами, невизначеними умовами оренди або перенаселеністю - може погіршити проблеми з психічним здоров'ям. Згідно зі звітом організації Shelter, кожен п'ятий з нас стикався з проблемами психічного здоров'я через житлові проблеми. У порівнянні із загальним населенням, люди з психічними розладами у півтора рази частіше живуть в орендованому житлі, вдвічі частіше незадоволені своїм житлом в чотири рази частіше стверджують, що погані житлові умови погіршують їхнє здоров'я.

Що стосується психічного здоров'я, то соціальний градієнт впливає як на ризик виникнення розладів, так і на доступ до послуг, а отже, на покращення результатів. У фундаментальному огляді соціальних детермінант Аллен та його колеги застосували багаторівневу структуру, яка включає: підхід, що охоплює життєвий цикл від пренатального періоду до старості; контекст на рівні громади, включаючи навколишнє середовище та системи охорони здоров'я; та контекст на рівні країни, включаючи політичні та економічні фактори, культурні норми та конкретну політику. Загалом, вони виявили, що бідні та неблагополучні верстви населення найбільше страждають від психічних розладів, а кумулятивний стрес і фізичне здоров'я слугують механізмами, за допомогою яких вплив соціальних детермінант множить протягом усього життя. Інші дослідження описують, як кумулятивні переваги та недоліки впливають на здоров'я кількох поколінь.

З розвитком концепцій соціальних детермінант з'явилося розмежування між «висхідними» та «низхідними» детермінантами. Braveman та його колеги

підкреслюють, що висхідні соціальні детермінанти (наприклад, економічні можливості) діють як «фундаментальні причини» і, як правило, впливають на здоров'я через низхідні соціальні детермінанти (наприклад, умови життя). Вони також розширюють поняття соціальних детермінант, включаючи в нього "будь-які немедичні фактори, що впливають на здоров'я, таким чином включаючи фіксовані індивідуальні характеристики, такі як стать і раса/етнічна приналежність, а також більш гнучкі фактори, такі як рівень освіти, професійний статус і соціальна підтримка. Ця робота також висвітлює вплив расизму та повсюдного щоденного стресу. Фішер і Баум аналогічно характеризують вплив хронічного стресу на результати психічного здоров'я через біологічні шляхи. Вони пропонують механізми, за допомогою яких низький соціально-економічний статус впливає на психічне здоров'я тих, хто перебуває на нижньому кінці соціального градієнта, включаючи стрес від повсякденних обставин, тривогу через небезпечні та непередбачувані умови життя, а також відчуття відсутності контролю. Шведські дослідження показали, що поганий стан психічного здоров'я переважає серед осіб з низьким рівнем доходів та значним фінансовим навантаженням. Подібні висновки були зроблені в Кореї, Європі та Північній Америці, особливо серед груп населення з іншими несприятливими умовами. Катц-Вайз та його колеги помітили, що нижчий дохід пов'язаний із самоушкодженням, спробами самогубства та депресією серед дорослих трансгендерів у Сполучених Штатах. Аналогічно, нижчий дохід був пов'язаний із симптомами депресії та тривожності серед вагітних жінок - однак цей зв'язок був частково опосередкований матеріальними труднощами (наприклад, недостатнім харчуванням, транспортом або житлом). Лонгітудні дослідження показали, що постійний вплив неякісних житлових умов (наприклад, недостатнє опалення, перенаселеність) може мати негативний вплив на психологічне здоров'я молоді та дорослих. Відсутність продовольчої безпеки та низька якість харчування також були пов'язані з погіршенням психічного здоров'я у Сполучених Штатах та Канаді. Дискримінація, пов'язана з расовою/етнічною приналежністю, статусом іммігранта, сексуальною орієнтацією та/або професійним статусом, неодноразово була пов'язана з негативними наслідками для психічного здоров'я в США і Канаді. Крім того, повідомлялося, що досвід дискримінації пов'язаний з посиленням депресивних симптомів серед африканських шукачів притулку в Гонконзі і погіршенням психічного благополуччя серед іракців, які проживають у Швеції. Сприйняття дискримінації також має кумулятивний вплив на психологічний дистрес з плином часу у Великій Британії, особливо для пакистанців. Хан та його колеги стверджують, що багатофакторна дискримінація (тобто дискримінація за кількома ознаками ідентичності меншин) може бути описана як «фундаментальна причина» депресії та предиктор тривожності. Сімейні стосунки - як позитивні, так і негативні - також можуть сильно впливати на психічне здоров'я. Проживання з сім'єю, задоволеність сімейними стосунками та зв'язок із сім'єю пов'язані з меншою кількістю депресивних симптомів. Стилі виховання можуть впливати на психічне здоров'я, оскільки «менш залучене» батьківство (порівняно з "авторитетним") було пов'язане з більшою інтерналізацією та екстерналізацією

симптомів серед мексиканської молоді в Сполучених Штатах. Аналогічно, історія жорстокого поводження та нехтування з боку члена сім'ї була пов'язана з симптомами ПТСР, тривожністю та агресією. Соціальна підтримка, приналежність до громади та довіра до інших значною мірою пов'язані з результатами психічного здоров'я, а сприйняття емоційної підтримки та розмір мережі сім'ї/друзів були визначені як фактори захисту від загальних розладів психічного здоров'я, особистісної дисфункції та психотичних переживань. Соціальна підтримка та участь можуть бути особливо важливими для таких груп населення, як мігранти, біженці та трансгендерні особи.

Соціальні медіа можуть надавати можливості для зміцнення психічного здоров'я користувачів, сприяючи налагодженню соціальних зв'язків та підтримці з боку однолітків. Дійсно, онлайн-спільноти можуть забезпечити простір для обговорення стану здоров'я, несприятливих життєвих подій або повсякденних викликів, що може зменшити відчуття стигматизації та підвищити відчуття приналежності та емоційної підтримки. Взаємна дружба, корисна соціальна взаємодія та гумор у соціальних мережах також зменшили стрес під час пандемії COVID-19. З іншого боку, деякі дослідження вказують на потенційно шкідливий вплив використання соціальних мереж на психічне здоров'я. Висловлювалися побоювання, що соціальні мережі можуть призвести до незадоволення власним тілом, підвищити ризик виникнення залежності та залучення до кібербулінгу, сприяти фобіям та негативно впливати на настрій. Надмірне використання призводить до посилення самотності, страху щось втратити, зниження суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям. Користувачі, схильні до ризику залежності від соціальних мереж, часто повідомляють про депресивні симптоми та зниження самооцінки.

ТЕМА 3. ПОРУШЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

Є кілька моделей, що пояснюють причини психопатології:

1. Біомедична (органічна) модель.

Заснована на елементарних твердженнях про те, що розлади пов'язані з біохімією мозку, а соціальні, психологічні та поведінкові фактори ігноруються. Згідно моделі всіх хворих потрібно іменувати пацієнтами, лікувати в клініках, при необхідності застосовувати примусове лікування. Органічна модель стала базою, на якій почалося формування психіатричної науки, і залишалася популярною до початку ХХ століття.

2. Психосоціальна модель.

Об'єднує кілька концепцій (соціологічну, гуманістичну, діяльнісну), але головною причиною порушень називає психологічну. Будь розлади вона пояснює травматичними подіями, які трапились з людиною в ранньому дитинстві: конфліктами, блокуванням природних потреб, порушеною комунікацією.

3. Морально-виховна модель.

Пояснює порушення особливостями виховання, яке дитина отримує в сім'ї. Коли занадто опікають і контролюють батьки не дозволяють дитині виявляти самостійність, він психічно не розвивається. Тобто біологічний вік збільшується, а психологічний «застряє» десь на рівні молодшої школи. У підсумку психологічно незрілий людина не вміє справлятися зі стресами і отримує розлад психіки.

4. Биопсихосоциальная модель.

Основна на сьогодні теорія походження психопатологій, згідно з якою за прояв захворювання відповідальні біологічні (спадкові, нейрофізіологічних), психологічні, соціальні фактори. Заснована в 70-х роках ХХ століття системна теорія пояснює розлад спільним впливом взаємопроникних негативних факторів, які взаємодіють, доповнюють і підсилюють один одного.

Психічний розлад – це широкий спектр хвороб, які характеризуються зміною в психіці, що впливають на звички, працездатність, поведінку і положення в суспільстві. У міжнародній класифікації захворювань, подібні патології мають кілька значень. Код за МКХ 10 – F00 – F99.

Депресія.

Цей комплекс психічних порушень, пов'язаних з емоційною сферою, не завжди проявляється очевидними симптомами: загальмованістю, безпричинним плачем, злістю.

Головні ознаки та особливості депресії: поганий настрій не змінюється протягом дня, триває більше двох тижнів, проблеми зі сном, замість звичного активного відпочинку вибирається пасивне проведення часу: перегляд телевізора, сон, хронічна втома навіть після повноцінного сну. труднощі з концентрацією, проблеми з пам'яттю. емоційна відчуженість, нездатність відчувати позитивні і негативні емоції.

Симптоми проявляються комплексно, але в кожного по-різному. Буває, що настрій залишається в нормі, зате з'являються головне болі або проблеми з потенцією. Позбутися від депресії без допомоги лікарів і психотерапії практично неможливо. Але правильна схема лікування покращує стан і надовго закріплює результат.

Тривожно-фобичні розлади.

Основний ознака фобії – стійке уникнення певних об'єктів або ситуацій. Тобто страх перед стоматологом, який можливо подолати логічними доводами, це не фобія. А боязнь замкнутого або відкритого простору, патологічна замкнутість – це прояви фобії.

Додаткові симптоми тривожно-фобичного розладу: ірраціональний неконтрольований страх без об'єктивних зовнішніх причин. страх передбачення (паніка виникає від однієї думки про можливу ситуації), вегетативно-гормональна реакція тіла (прискорений пульс, слабкість, тремор).

Наука пояснює виникнення фобій генетичними, біологічними, соціальними і психологічними причинами, які взаємодіють між собою, посилюючи вплив один одного. Позбутися ірраціонального страху одними вмовляннями неможливо. Лікування проводиться комплексно: ліками, психотерапією, гіпнозом, медитацією.

Розлади харчової поведінки (РХП).

З подібними порушеннями стикаються люди, заціклені на своїй вазі. Причому прояви розладу не обов'язково позначаються на зовнішності – з вигляду людина виглядає цілком здоровим. РПП – серйозна проблема поведінки і психіки, при якій спотворюється образ власного тіла.

Найвідоміші прояви

-Анорексія пов'язана зі страхом людини не стати досить худим, який не проходить навіть коли маса тіла стає критично низькою. У хід йдуть будь-які методи: повна відмова від їжі, викликана блювання, надмірні фізичні вправи.

-Булімія характерна циклами патологічного переїдання і подальшого очищення будь-якими діями: викликанням блювоти, прийомом проносних засобів. Самооцінка хворого безпосередньо пов'язана з його вагою і з відчуттям втрати контролю над вживанням їжі.

-Психогенне переїдання, як правило, є реакцією на пережитий стрес (смерть близької людини, розлучення). Характеризується споживанням великого об'єму їжі в малі проміжки часу, часто без всякого апетиту і відчуття насичення. Почуття провини і пригнічений настрій після чергового зриву не допомагають зупинитися, а тільки погіршують стан.

-Орторексія характеризується нав'язливим бажанням харчуватися правильно. Людина в таких випадках вибирає їжу не за своїм бажанням, а за уявленням про здорове харчування. Страхі поширюються і на способи приготування страв, а паралельно проявляється тривожність, перфекціонізм, маніакальне бажання підрахувати кожен калорій.

Обсесивно-компульсивний розлад.

ОКР раніше діагностували як тривожний розлад, але сьогодні все частіше відносять до окремих захворювань. Для нього характерні такі симптоми:

- Обсесії — зухвала тривога, нав'язливі переживання, сумніви, образи. Це може бути страх спілкування, страх заразитися якоюсь смертельною хворобою або нав'язливі думки сексуального чи релігійного характеру.

- Компульсії — нав'язливі дії, які з точки зору хворого допомагають не зустрітися з лякаючим стимулом. Іноді дії перетворюються в незрозумілі для оточуючих ритуали, іноді стають своєрідним спектаклем, розіграним сім'єю для спокою хворого.

Незалежно від причин ОКР включає три обов'язкові стадії: а) нав'язливі думки (обсесії), б) викликана ними тривога, в) дії для зниження тривоги.

Деменція (лат. dementia — безумство) — синдром стійкого порушення когнітивних функцій внаслідок органічного ураження мозку. Частота деменції зростає з віком: від 2 % — у віці до 65 років, до 20 % — у людей 80 років і старше.

В Україні на деменцію страждають 63 тисячі людей. Щороку занедужують понад 4,5 тисячі осіб. У 40 % випадків їх спіткає судинна деменція.

Клінічні ознаки: порушення короткочасної та довгочасної пам'яті (за даними психіатричного інтерв'ю, суб'єктивного та об'єктивного анамнезів, нейро- та патофизиологічної діагностики); принаймні одне з такого: порушення абстрактного мислення; порушення критики, що виявляється як нездатність будувати реальні плани відносно навикишніх, рідних та питань, пов'язаних з роботою; нейрофизиологічні симптоми і синдроми: афазія, апраксія, агнозія («три А»), а також порушення зорово-просторових функцій і конструктивної діяльності; зміни особистості. соціальна дезадаптація у родині та на роботі. відсутність проявів делірію в період деменції. наявність органічного фактору в історії хвороби (за результатами лабораторних досліджень, аналізів і т. п.).

За локалізацією ураження структур мозку виділяють кіркову — з переважним ураженням кори головного мозку (хвороба Альцгеймера, лобово-скронева часткова дегенерація, алкогольна енцефалопатія); підкіркову — з переважним ураженням підкоркових структур (прогресуюча судинна лейкоенцефалопатія (хвороба Бінсвангера), прогресуючий надядерний параліч, хвороба Гантінгтона, хвороба Паркінсона, мультиінфарктна деменція (ураження білої речовини)); кірково-підкіркову (хвороба з тільцями Леві, кірково-базальна дегенерація, судинна деменція); мультифокальну — з множинними вогнищевими ураженнями (хвороба Кройцфельда — Якоба).

Основна класифікація деменцій пізнього віку

- Судинні деменції (церебральний атеросклероз).
- Атрофічні деменції (хвороба Альцгеймера, хвороба Піка).
- Змішані.

Синдромальна класифікація:

- Лакунарне (дисмнестичне) слабоумство. Більш за все страждає пам'ять: прогресуюча та фіксаційна амнезія. Хворі можуть компенсувати свій дефект, записуючи важливе на папері тощо. Емоційно-особистісна сфера страждає не сильно: ядро особистості не зачіпається, можливі сентиментальність та емоційна лабільність, як при хворобі Альцгеймера.

- Тотальне слабоумство. Грубі порушення як у пізнавальній сфері (патологія пам'яті, порушення абстрактного мислення, довільної уваги та сприйняття) та особистості (розлади моральності: зникають почуття обов'язку, делікатність, коректність, чемність, сором'язливість; руйнується ядро особистості). Причини: локальні атрофічні та судинні ураження лобних часток мозку як при хворобі Піка.

Захворювання та стани, які можуть супроводжуватись деменцією: хвороба Альцгеймера (50 — 60 % всіх випадків деменції), судинна (мультиінфарктна) деменція (10 — 20 %), алкоголізм (10 — 20 %), внутрішньочерепні об'ємні процеси — пухлини, субдуральні гематоми та мозкові абсцеси (10 — 20 %), черепно-мозкова травма (10 — 20 %), нормотензивна гідроцефалія (10 — 20 %),

хвороба Паркінсона (1 %), хвороба Гантінгтона (1 %), вірусні захворювання (COVID-19, ВІЛ-інфекція), інфекційні захворювання, дефіцитні стани, метаболічні порушення

Шизофренія належить до класу психічних захворювань, які пов'язані з розпадом розумових процесів і емоційного сприйняття.

Хвороба характеризується наявністю цілого спектру симптомів. Їх різноманіття навіть стало причиною для версії, згідно з якою шизофренія не хвороба, а набір різних синдромів. Шизофренія може приймати різні форми, але в більшості випадків вона вносить складності у соціальну адаптацію хворого. Як правило, перебіг хвороби хронічний, але при відповідному лікуванні і сприятливій обстановці, можна досягти стійкої ремісії, а іноді і одужання.

- Проста форма шизофренії відрізняється повільним, часто непомітним, процесом прогресування. Не дивлячись на відсутність епізодів гострого психозу, розпад особистості є остаточним етапом розвитку простої шизофренії. В даному випадку через відсутність яскравої симптоматики, утрудняється діагностика хвороби, яку вдається виявити вже на пізніх етапах.

- Параноїдна шизофренія є однією з найпоширеніших форм цієї хвороби. Її діагностують у 70 % випадків захворювання. Відмінними рисами параноїдної шизофренії є схильність до галюцинацій, а також нав'язливим ідеям (див. невроз нав'язливих станів). А ось порушення вольової або емоційної сфери в даному випадку менш виражені. При параноїдній формі найчастіше відбувається так зване самовилікування.

- При кататонічній формі шизофренії найяскравішою ознакою є психомоторні порушення. У хворого відбувається чергування психічного збудження з періодами заціпеніння і ступору. Як правило, хвороба стає

помітною для оточуючих саме в активній фазі, так як людина веде себе агресивно і може бути небезпечним.

- Гебефренічна шизофренія в більшості випадків дає про себе знати в підлітковому періоді. Найбільше вона проявляє себе в емоційно-вольовій сфері: хворий стає неадекватним і надмірно активним. А от процеси мислення і пам'ять при такій формі шизофренії практично повністю зберігаються.

Одним з найяскравіших симптомів шизофренії є наявність галюцинацій, особливо слухових. Спочатку вони сильно лякають хворого, але з часом він починає сприймати їх як належне. До галюцинацій приєднуються маячні стани. Людина стає одержимий якоюсь ідеєю, намагається підпорядкувати їй весь звичний уклад свого життя. Так, наприклад, він може бути впевненим, що він спілкується з інопланетянами, або, що його переслідують іноземні спецслужби. Також часто присутній так званий синдром Кандинського-Клерамбо, коли пацієнт стверджує, що його тіло і думки контролюються кимось ззовні. Подібні стани ускладнюють соціальне спілкування, а у багатьох випадках людина несе загрозу оточуючим його людям.

У хворих шизофренією часто трапляються напади надзвичайної активності і збудливості. У такі моменти вони стають дуже товариським, можуть розмовляти годинами. Нерідко необізнаному слухачеві хворий навіть може здатися цікавим співрозмовником, творчої, неординарною особистістю.

Такі емоційні підйоми змінюються періодами апатії. Хворий ніби відключається від зовнішнього світу, його особи кам'яніє, а погляд спрямовується в одну точку. І хоча такий стан триває недовго, вивести людину з нього практично неможливо.

Ранні ознаки шизофренії

1. Ізолювання від суспільства.

На початковій стадії людина може уникати спілкування, навіть зі своїми друзями та родиною, перестати ходити на роботу, відвідувати заняття та інші соціальні заходи.

2. Особиста гігієна.

Людина, у якої починає проявлятися психічний розлад перестає слідкувати за особистою гігієною. Навіть найпростіші дії здаються надскладними, гігієнічні процедури виконуються дуже повільно, можуть не бути доведеними до кінця.

3. Релігійність та інші одержимості.

Шизофренія може почати проявлятися у вигляді патологічного захоплення релігією, містикою, езотерікою, субкультурами чи паранормальними явищами.

4. Мимовільні рухи.

Пацієнти на ранніх стадіях можуть починати часто кліпати очима, посмикувати куточками губ, а також проявляти занадто активну міміку. Також можна помітити тремтіння та мимовільні рухи рук.

5. Галюцинації.

Шизофренія може викликати розлади всіх сенсорних систем. Однак, найчастіше, це нюхові галюцинації та голоси, які “чує” людина.

ТЕМА 4. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Розумова відсталість та затримка розвитку

Суть проблеми цілком очевидна – дитина фізично розвивається нормально, але за розумовим, інтелектуальному рівню істотно відстає від своїх ровесників. Не виключено, що він ніколи не досягне рівня хоча б середнього дорослої людини.

Дебільність - це розумова відсталість легкого ступеня. Люди з цією особливістю здатні до навчання, заснованого на наочному матеріалі і постійному повторенні. У них розвинена мова в межах побутового спілкування. Завдяки можливості освоєння простих професійних навичок, люди з дебільністю можуть бути успішно соціалізовані: вони працюють, заводять сім'ю і ведуть власне господарство. Але цьому передують тривала підготовка в спеціалізованих навчальних закладах. Риси характеру людей з цим ступенем розумової відсталості більш диференційовані, ніж при інших, більш важких, формах олігофренії. Але, на жаль, вони частіше за інших потрапляють під "поганий" вплив, оскільки не мають критичного мислення. Максимальний коефіцієнт інтелектуального розвитку дебілів коливається в значеннях 50-69.

Імбецильність - це розумова відсталість помірного і середньо-важкого ступеня. Можливості таких людей обмежені навичками самообслуговування, але можуть бути навчені виконанню легкої монотонної роботи під контролем фахівців. Мова імбецилів проста, соціалізація можлива тільки в знайомих умовах, наприклад, в сім'ї або лікувальному закладі. Самостійно жити люди з цим ступенем розумової відсталості не можуть. Межі коефіцієнта їх інтелектуальних можливостей від 35 до 49. У важких формах навчання неможливе. Словниковий запас дуже мізерний - досягає двох-трьох десятків слів. Найчастіше мова ускладнена важкими артикуляційними дефектами, а хода порушена внаслідок супутніх неврологічних проблем.

Вкрай виражена розумова відсталість при ідіотії. Люди з важким ступенем олігофренії не освоюють і не розуміють мову, але можуть видавати нечленороздільні звуки, склади, вимовляти найпростіші слова, значення яких їм неясні. При ідіотії виключена можливість формування навичок самообслуговування. Моторні функції недорозвинені, в більшості випадків такі люди не можуть ходити і навіть стояти без сторонньої допомоги. Пересуваються насилу, зазвичай повзком. Поведінка ідіотів апатична, малорухлива. У деяких випадках млявість змінюється збудженням з повторюваними примітивними рухами. Переважна більшість розумово відсталих з цієї групи народжується з важкими соматичними і неврологічними порушеннями. Люди з глибоким ступенем олігофренії потребують постійного цілодобового нагляду та догляду, їх соціалізація виключена. Незважаючи на те що розумова відсталість - стан незворотний і стабільний, правильно підібрана методика роботи не виключає позитивної динаміки в розвитку при середньо-важкому і крайньому ступені олігофренії.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності

Дитина з таким синдромом в розумовому розвитку не відстає нітрохи, а типова для нього гіперактивність більшістю людей сприймається як ознака здоров'я. Однак саме у надмірній активності і криється корінь зла, оскільки в цьому випадку вона має хворобливі риси – немає абсолютно ніякого заняття, яке дитина любив і доводив до кінця. Виділяється три різних типи патології, але в чистому вигляді їх не зустріти.

Класифікація спирається на те, які симптоми в пацієнта переважають:

- Переважно, дефіцит уваги: людині складно організувати або завершити завдання, концентрувати увагу на деталях, слідувати інструкціям і вказівкам. Дитина легко відволікається, забуває деталі повсякденних справ.

- Переважно гіперактивно-імпульсивна поведінка: людина багато ходить і багато говорить. Пацієнту важко довго сидіти на місці (наприклад, під час їжі або під час виконання домашнього завдання). Маленькі діти схильні постійно бігати, стрибати або повзати. Людина відчуває себе неспокійно, має проблеми з імпульсивністю. На тлі імпульсивності заважає іншим, бере речі інших людей, говорить у неслухний час. Пацієнту важко чекати в черзі, вислуховувати вказівки. Людина з імпульсивністю частіше стикається з нещасними випадками та травмами, ніж інші.

- Комбінований варіант: коли в поведінці людини немає явного переважання симптомів першого або другого типу.

Розлади аутичного спектру

Поняття аутизму вкрай широко, але в цілому характеризується дуже глибоким відхід у власний внутрішній світ. Багато вважають аутизм формою відсталості, але при деяких формах потенціал навчання таких дітей не дуже сильно відрізняється від однолітків.

Проблема криється у неможливості нормальної комунікації з оточуючими. Якщо здорова дитина абсолютно всього навчається у оточуючих, то аутист отримує із зовнішнього світу набагато менше інформації. Серйозною проблемою також виявляється отримання нового досвіду, оскільки хворі аутизмом діти вкрай негативно сприймають будь-які різкі зміни.

«Дорослі» психічні розлади

Сюди слід віднести ті недуги, які вважаються відносно поширеним явищем серед дорослих, а ось у дітей зустрічаються досить рідко. Помітним явищем серед підлітків є різні маніакальні стани: манія величі, переслідування і так далі.

Дитяча шизофренія вражає лише одну дитину серед п'ятдесяти тисяч, але лякає масштабами регресу в розумовому і фізичному розвитку. З-за яскраво виражених симптомів став відомим і синдром Туретта, коли хворий регулярно використовує нецензурну лексику (неконтрольовано).

ТЕМА 5. ПСИХОЛОГІЯ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

У широкому значенні під залежністю розуміють прагнення покладатися на когось чи щось із метою задоволення чи адаптації (звикання). Потреба в залежності чи автономії, згідно з О.О. Фільцем та К.В. Сєдих (2019) є універсальною особливістю особистості. Поняття «залежність» запозичене з медицини та є відносно новим у психології. Визначається як поєднання фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, де вживання речовини чи класу речовин домінує у системі цінностей індивідуума. Умовно можна говорити про залежність в нормі, а при її порушенні — про надмірну залежність.

Вчені виділяють два провідні типи відхилень: залежні відносини та залежна поведінка. Залежні відносини є явище, коли прихильність до людини розвивається настільки сильно, що життя без об'єкта прихильності стає неможливим у психологічному та фізичному сенсі. Якщо об'єктом надмірної прихильності стає не людина, а будь-який фізичний об'єкт (речовина, активність), говорять про залежну поведінку. Уявлення про природу залежної поведінки розвивалися паралельно з розвитком культури і досі не можуть вважатися вичерпними. 5 Історично першою виступила моральна модель, яка пояснює залежну поведінку як наслідок бездуховності, моральної недосконалості та моральної розбещеності.

Другою концептуальною парадигмою залежної поведінки є модель хвороби, де залежність визнається важковиліковою, людина, яка страждає нею, повинна чинити опір хворобливому потягу все життя і саме за це він несе особисту відповідальність. Третя, симптоматична модель передбачає вивчення залежної поведінки як окремих поведінкових «симптомів» або звичок. Така поведінка формується за законами навчання так само, як будь-які поведінкові стереотипи. Відповідно до психоаналітичної моделі залежна поведінка є одним із проявів порушеної особистісної динаміки. Індивідуальна схильність до залежної поведінки визначається перші роки життя. Далі воно викликається і підтримується як несвідомими мотивами, і особливостями характеру людини. В рамках системно-особистісної моделі залежна поведінка розглядається як дисфункціональна, пов'язана зі збоєм у життєво важливих функціях та в системі значущих відносин особистості. Аналіз показує, що на етапі розвитку науки пріоритет віддається комплексної — біопсихосоціальної моделі, що розглядає залежність як наслідок порушень у функціонуванні складної багаторівневої системи «соціум — особистість — організм». Зловживання наркотиками чи іншими токсичними речовинами незалежно від них вважається наркоманією чи токсикоманією. Раніше найчастіше використовували такі назви як наркотизм, токсикоманічну поведінку, епізодичне зловживання, в даний час велике поширення набуває термін «адиктивна поведінка». У спеціальній літературі для позначення залежної поведінки застосовується термін «адиктивна поведінка» (від англ. Addiction - згубна звичка, схильність), а людина, яка залежить від чогось або когось, називається аддиктом.

Втеча від реальності здійснюється шляхом штучної зміни свого психічного стану через прийом психоактивних речовин або реалізації певної ритуалізованої діяльності. Людина «уникає» реальності, яка її не влаштовує. Незадовільна реальність сприймається як виникнення дискомфортного внутрішнього психічного стану, якого виникає бажання позбутися. Про адиктивну поведінку можна говорити тоді, коли залучення до діяльності, відносини з іншим суб'єктом або пристрасть до вживання певної хімічної речовини набуває болючого характеру. Адиктивна поведінка характеризується: - неможливістю бути самотійним та вільним у виборі поведінки; - непереборною підпорядкованістю власних інтересів предмету залежності; - надмірною фіксацією уваги на певних предметах, людях, ідеях, що стають надцінними для особистості, чи видами діяльності; - зниженням або порушенням здатності контролювати свою залученість до реалізації залежної поведінки.

Форми адиктивної поведінки. Адиктивна поведінка має безліч підвидів, що диференціюються переважно по об'єкту адикції або форми активності — хімічна речовина, їжа, гра, секс, робота, релігія: – Хімічні адикції, об'єктом залежності є психоактивна речовина (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія тощо). Психоактивна речовина (ПАР) (psychoactive drug) - речовина, що надає стимулюючий або депресантний вплив на центральну нервову систему (ЦНС) і викликає звикання. Цей термін та його еквівалент "психотропний препарат" є найбільш нейтральними описовими термінами для всього класу легальних та нелегальних речовин. Поняття «психоактивні речовини» є ширшим порівняно з поняттям «наркотики». Наркотики – це хімічні речовини рослинного чи синтетичного походження, здатні викликати зміну психічного стану, систематичне застосування яких призводить до залежності. Виділяють дві групи наркотиків: легальні та нелегальні.

Легальні наркотики – це нікотин та алкоголь. Нелегальні – це наркотики, виготовлені з конопель, маку, психостимуляторів, галюциногенів, снодійно-седативних препаратів. Наркоманія – це хронічна залежність, що характеризується непереборним потягом до вживання психоактивних речовин, незважаючи на психологічні, фізичні та соціальні наслідки. Токсикоманія – хронічна залежність, що виникає внаслідок вживання психоактивних речовин, які не включені до офіційного списку наркотичних засобів (бензин, різноманітні розчинники, ацетон, клей «Момент» та ін.).

Алкоголізм – надмірна пристрасть до алкоголю, що супроводжується психічною та фізичною залежністю від нього. – Нехімічні адикції, або «поведінкові адикції», об'єктом залежності стає поведінковий патерн (адикції відносин, віртуальні адикції, адикції досягнень, адикції значущості, ідеологічні адикції, гемблінг-адикції (азартні ігри) тощо). Адикції відносин – емоційно-симбіотична (співзалежність), любовна адикція (залежність від стану закоханості), адикція самотності («одружена з самотністю», «одружена з пам'яттю»), сексуальна («донжуанізм», німфоманія), віктимна адикція (мазохізм, адикція уникнення, адикція горя (перенесених втрат), суїцидальна залежність. Віртуальні адикції - ТВ-адикція, аніме-адикція, інтернет-гейм-залежність, «кіберсексуальна» залежність, адикція мобільних телефонів (СМС-

адикція), рекламна адикція, «запойне читання». Адикції досягнень – роботоголізм, адикція навантажень (спортивна, побутова, пошукова), цейтнот-адикція, екстремальні хобі. Адикції значимості – шопінг-адикція, адикція збагачення, адикція володіння (хобі, колекціонування), адикція зовнішнього вигляду. Ідеологічні адикції – сектантство, культизм, фанатизм, духовний пошук (залежність від психотерапії). – Проміжні адикції, задіяні біохімічні механізми, пов'язані з їжею (адикція переїдання, адикція до голодування, діет, схуднення).

Вибір особистістю конкретного об'єкта залежності визначається його специфічним впливом на організм людини та індивідуальною схильністю до тих чи інших об'єктів адикції. Наприклад, популярність алкоголю багато в чому визначається його широким спектром дії на організм — збуджуючий, розслаблюючий, зігріваючий, для лікування простудних захворювань, підвищення впевненості, розкутості. Різні форми залежної поведінки, згідно з

Є. В. Змановською, мають тенденцію поєднуватися або переходити один в одного, що доводить спільність механізмів їх функціонування.

Хімічна адикція є однією з найнебезпечніших і важкоусувних форм залежної поведінки. Це продиктовано насамперед високим зростанням споживання наркотичних речовин серед молоді. Вчені, які займаються дослідженням характеристик адиктивної поведінки, єдині на думці про те, що вона визначає можливість залучення особи до наркоманії. 1.3. Наркоманія як вид адиктивної поведінки Історично термін «наркоманія» складався поступово. На початку XX століття термін «наркоманія» належав до незаконного застосування наркотиків, при цьому моделям вживання та його наслідкам приділялося мало уваги. Пізніше цей термін отримав більш вузьке тлумачення, а з 1957 року за рішенням Всесвітньої організації охорони здоров'я стали розрізняти пристрасть до наркоманії, як фізична звичка і наркоманія як психологічне явище. 9 Аналіз медичної літератури дозволяє виділити визначення наркоманії (від грецького «narke» — заціпеніння і «mania» — божевілля, пристрасть) як захворювання, що викликається систематичним вживанням наркотиків і що виявляється у фізичній та психологічній залежності, непереборному потягу, що поступово призводить до виснаження фізичних та психічних функцій організму. Звідси випливає, що традиційна наркологія розглядає наркоманію як невиліковну хворобу з більш менш тривалими ремісіями. У загальномедичному розумінні ремісія (від латинського remissio – зменшення, ослаблення) – тимчасове покращення стану залежного. Розрізняють два види ремісій - терапевтичні та спонтанні.

Терапевтичні ремісії настають у результаті специфічної терапії, яка затримує перебіг патологічних процесів у ЦНС. Нерідко причини ремісії залишаються невідомими, що з недостатньою вивченістю розвитку наркоманії. Такі ремісії прийнято називати спонтанними. Виділяють періоди нестійкої (тривалістю 1-6 місяців), стійкою (6 місяців і більше) та тривалої стійкої (більше 1 року) терапевтичної ремісії. Основними характеристиками наркоманії є набута внаслідок зловживання наркотичних речовин реактивність до наркотику (патологічний потяг до нього), змінена толерантність (зниження

реакції на вплив дози психоактивної речовини), виникнення стану відміни після припинення вживання наркотику.

Стан відміни інакше називають абстинентний синдром. Він вважається важливим діагностичним показником щодо стадії наркоманії. Абстинентний синдром характеризується фізичними та психічними змінами, характер яких визначається видом психоактивної речовини. Наркотичні речовини мають виражену фармакологічну дію та здатні на короткий час змінювати психоемоційний стан. Так, психостимулятори (амфетамін, кокаїн) послаблюють депресію та гіперактивність; опіати (героїн, морфій, метадон) усувають лють і депресію, знижують почуття сорому та провини; галюциногени допомагають подолати депресію та почуття порожнечі.

Прийнято виділяти такі *види наркоманії* відповідно до вживаної речовини. Опійна наркоманія - обумовлена зловживанням опійної групи наркотиків (морфіном, кодеїном, омнопонем, промедолом, опієм-сирцем, героїном та ін.). Середні терміни формування фізичної залежності варіюють від 2-3 тижнів до 2 місяців. Наркоманія, обумовлена зловживанням препаратів конопель (гашишизм). Для цього виду наркоманії характерно незначне підвищення толерантності до дії наркотичного засобу. Ефедренова наркоманія. Ефедрон - саморобний препарат, що отримується при обробці ефедрину. Зловживання зустрічається найчастіше серед молодих людей. Наркотична залежність формується досить швидко протягом 1-2 місяців. Психічна залежність може бути дуже інтенсивною. Спостерігається швидке зростання толерантності - частота прийому препарату іноді досягає 10-15 разів на добу. Барбітурова наркоманія (барбітуризм). Звикання до барбітуратів формується поступово, переважно внаслідок самолікування тривалих порушень сну. При систематичному прийомі барбітуратів спостерігається зростання толерантності. Кокаїнова наркоманія (кокаїнізм). Характеризується швидким розвитком вираженої психічної залежності (дуже швидко всмоктується через слизову оболонку носа). Фізична залежність до кокаїну немає. Зростання толерантності немає. У деяких випадках спостерігається підвищення чутливості до кокаїну. Наркоманія, спричинена зловживанням галюциногенів (LSD, мескалін, високі дози каннабіоїдів). Серед мотивів первинного вживання ПАР можна виділити: атарактичні мотиви (досягнення психологічного комфорту та релаксації); сублімісивні мотиви (прагнення до приналежності та схвалення групи); гедоністичні (отримання специфічного фізичного задоволення); гіперактивація (підвищення тону та самооцінки); псевдокультурні (демонстрація якоїсь якості, наприклад, дорослої поведінки); пізнавально-дослідні (цікавість, прагнення нових вражень).

Провідним спонукальним мотивом до систематичного вживання є домінуюче прагнення уникнути напруги та болю. У динаміці розвитку наркоманії умовно розрізняють три стадії: I — адаптація, або стадія входження, звикання до «штучної реальності» (зміна реактивності організму та поява психічної II - хронічна, або стадія комфортного існування «штучної реальності» (абстиненція, виникнення у ряді випадків психозу, полінаркоманії); III – пізня, або стадія неможливості існування без «штучної реальності» (виснаження всіх систем організму, зниження толерантності, загальної реактивності, психічної,

соматогенної, неврологічної, абстиненції). При тривалому зловживанні наркотиків, виникаючі зміни у особистості вживаючого стали предметом вивчення психології. З погляду психології наркоманія сприймається як проблема особистості, яка приймає наркотики у певному соціально-культурному просторі. При цьому суспільство, соціальне та культурне середовище, реагуючи на наркоманію, «вбудовуються» своїми реакціями в «наркоманський» тип поведінки. Підхід до розгляду наркоманії як одного з видів адиктивної поведінки дозволяє суттєво розширити уявлення про психологічну модель формування наркотичної залежності.

Вживання людиною ПАР надає певний вплив на її діяльність, змінює морально-етичні погляди, ціннісні настанови на життя в цілому. Ці зміни перетворюють поведінку людини на наркозалежну. Під наркозалежною поведінкою розуміється така поведінка, над якою особистість втратила контроль внаслідок психологічної залежності від вживання наркотичних засобів, які стають об'єктом її потягу та сприймаються суб'єктом поведінки як єдиний спосіб досягнення максимально комфортного стану.

ТЕМА 6. ПРОБЛЕМА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВПЛИВІВ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ

Надмірні переживання особистістю важких обставин життя, кризових чи екстремальних ситуацій, можуть значною мірою впливати на виникнення емоційних порушень. Варто зазначити, що загалом дистрес розглядають з різних позицій:

1) стан, при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку;

2) «шкідливий стрес», внаслідок якого вичерпуються захисні сили організму та зриваються механізми адаптації, організм слабшає, що призводить до розвитку різних захворювань;

3) травматичний стрес – це дуже сильний дистрес, викликаний подією, яка є джерелом травми, як правило є результатом екстремальних переживань наближення до смерті.

Виходячи з вище зазначеного, вплив війни цілком можна розглядати як дистрес, що негативно впливає на особистість та її функціонування.

Незапланована міграція, переселення, втрата домівки, грошей, стабільної роботи, а особливо близьких людей – все це, безумовно, впливає на психіку особистості під час війни. Постійні повітряні тривоги та втрата почуття контролю над власним життям приносять стрес та тривожність. І попри те, що більшість громадян вже змогли адаптуватись до нових умов, це, хоч подекуди і непомітно, але все ж згубно впливає на психіку. За даними Всесвітньої організації з охорони здоров'я, через війну чверті українців загрожують розлади психіки.

Цікавими є дані щодо поширеності психічних розладів в Україні у порівнянні з іншими державами. Так, за даними ВООЗ до війни показник поширеності більшості психічних розладів в Україні був аналогічним середньому показнику по регіону Східної Європи, за винятком великого депресивного розладу, поширеність якого становила 3,4% в Україні та 2,9% в регіоні загалом. Суїциди спричиняли 2,0% усіх смертей в Україні, що свідчить про вищий рівень скоєння суїцидів у порівнянні із середнім показником у регіоні Східної Європи та середньосвітовим показником.

Повномасштабна війна в Україні має свій негативний вплив на кількість суїцидів, що призводить до тенденції зростання даного показника. Світовий досвід отриманий в інших надзвичайних ситуаціях вказує на те, що війна в Україні матиме як безпосередній, так і опосередкований вплив на психічне здоров'я та добробут населення. Причому цей вплив проявляється як безпосередньо під час війни, так буде проявлятися і після її завершення, а також протягом кількох років по тому. Згідно з глобальними оцінками ВООЗ, кожна п'ята людина (22%), яка проживає в районі, що постраждав від конфлікту в будь-який час впродовж останніх 10 років, має певну форму психічного розладу, починаючи від легкої депресії, або тривожності до психозу, і майже кожна десята людина (9%) живе з помірним або важким психічним розладом. Застосування цих оцінок до населення України (43,7

мільйони) означало б, що 9,6 мільйонів людей можуть мати психічні розлади, а 3,9 мільйони осіб можуть мати середні або важкі розлади. Справжню кількість людей, що мають певні ментальні порушення, психічні розлади і потребують психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги в умовах сьогодення України встановити вкрай складно, адже багато людей можуть не звертатися за такою допомогою до кваліфікованих фахівців, або ж просто не мають такої можливості.

Г. Сельє зазначав, що «стрес – це і є життя, а його відсутність означає смерть». Однак, важко заперечити той факт, що сучасна людина нерідко зазнає значних стресових впливів, або ж вплив стресу є досить тривалим, що може призводити до негативних наслідків для психіки і здоров'я людини. Стресові навантаження – це повсякденна реальність сучасної людини, зокрема в Україні в умовах війни. Порушення адаптаційних можливостей особистості, неадаптивний копінг (вибір неконструктивних копінг-стратегій), недосконалість механізмів психологічного захисту, відсутність своєчасної допомоги – все це може призводити до довгострокових наслідків хронічного стресу (яким, безумовно, є і війна) для психічного здоров'я населення, серед яких: депресія, тривожні розлади, ПТСР, obsесивно-компульсивні розлади, зловживання психоактивними речовинами, когнітивні та психотичні розлади.

Деякі дослідники зазначають, що велика кількість випадків ПТСР та депресії в осіб, які пережили війну, має серйозні наслідки для відповідних суспільств, адже ментальне здоров'я впливає на повноцінне функціонування особистості в соціумі, зокрема: – ПТСР і депресія можуть мати хронічний перебіг і призвести до значних страждань постраждалих осіб, а також їхніх партнерів і сімей; – розлади, пов'язані з функціональними порушеннями, впливають на ширші міжособистісні стосунки, знижують продуктивність і спричиняють значні загальні витрати на здоров'я; – дослідження вказують на зв'язок між гнівом, на який не відреагували, і ПТСР, що може бути причиною подальшого домашнього насильства, посилити бажання помститися і таким чином підвищити ймовірність майбутніх конфліктів. Війна в Україні є також і колективною травмою для її населення. Поняття психічної травми значно ширше, ніж реакція на стрес, чи ПТСР. Психічна травма може проявлятися на психічному рівні в адикціях (хімічних і нехімічних), дисоціаціях, тривозі та депресіях, паніці, розладах поведінки та харчування, розладах особистості.

На рівні організму психотравма може призводити до серцево-судинних проблем, загострення хронічних соматичних хвороб будь-якого патогенезу, підвищувати чутливість та вразливість до інфекційних захворювань внаслідок негативного впливу на імунну систему, проявлятися у різних функціональних та психосоматичних розладах. В даному контексті доречно згадати дослідження, що стосуються впливу війни на особистість в історичному аспекті, зокрема дослідження військових неврозів. Так, досліджувались такі аспекти, як: втрата розуму і почуттів внаслідок бойових дій, психічні наслідки «снарядного шоку», психосоматичні розлади внаслідок війни. Вчені дійшли загального висновку про відтерміновані психогенні реакції на психотравму війни: мозок після завершення психотравмуючих подій часто починає «карати» себе стражданнями. Одним з прикладів цього явища може бути, так званий,

синдром «того, хто вижив», коли людина починає переживати почуття провини за те, що вижила, а хтось з її близьких чи рідних загинув. В умовах суспільних трансформацій найважливішим ресурсом розвитку суспільства стає потенціал особистості, компетентної у виконанні своїх соціальних та професійних функцій, відповідальної у прийнятті рішень, здатної до саморозвитку та саморегуляції, адаптації до змін, що відображає загальні психологічні аспекти психічного, тобто ментального здоров'я.

ТЕМА 7. ОСНОВНІ МЕТОДИ ПІДТРИМКИ Й ВІДНОВЛЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Профілактичні втручання спрямовані на виявлення індивідуальних, соціальних і структурних детермінант психічного здоров'я, а потім втручання для зниження ризиків, підвищення життєстійкості та створення сприятливого середовища для психічного здоров'я. Втручання можуть бути розроблені для окремих осіб, конкретних груп або цілих популяцій.

Зміна детермінант психічного здоров'я часто вимагає дій, що виходять за межі сектору охорони здоров'я, тому програми зміцнення та профілактики повинні залучати сектори освіти, праці, правосуддя, транспорту, навколишнього середовища, житлового будівництва та соціального забезпечення. Сектор охорони здоров'я може зробити значний внесок, включивши зусилля з профілактики та просування в систему охорони здоров'я, а також пропагуючи, ініціюючи і, де це доречно, сприяючи міжсекторальній співпраці та координації.

Профілактика самогубств є глобальним пріоритетом і включена до Цілей сталого розвитку. Значного прогресу можна досягти шляхом обмеження доступу до засобів, відповідального висвітлення у ЗМІ, соціального та емоційного навчання підлітків і раннього втручання. Зміцнення психічного здоров'я дітей та підлітків є ще одним пріоритетом, який може бути досягнутий за допомогою політики та законів, що сприяють зміцненню та захисту психічного здоров'я, підтримки осіб, які здійснюють догляд, у наданні дбайливого піклування, впровадження шкільних програм та покращення якості середовища в громаді та в Інтернеті. Шкільні програми соціального та емоційного навчання є одними з найефективніших стратегій просування для країн з будь-яким рівнем доходу.

Сприяння та захист психічного здоров'я на робочому місці викликає все більший інтерес і може бути підтриманий за допомогою законодавчих і нормативних актів, організаційних стратегій, навчання менеджерів і втручань для працівників. У контексті національних зусиль, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я, життєво важливо не лише захищати і сприяти психічному благополуччю всіх, а й задовольняти потреби людей з психічними розладами.

Це повинно здійснюватися шляхом надання психіатричної допомоги на рівні громади, яка є більш доступною і прийнятною, ніж допомога в закладах охорони здоров'я, допомагає запобігти порушенням прав людини і забезпечує кращі результати одужання людей з психічними розладами. Охорона психічного здоров'я на рівні громади повинна надаватися через мережу взаємопов'язаних послуг, які включають послуги з охорони психічного здоров'я, інтегровані в загальну систему охорони здоров'я, як правило, в лікарнях загального профілю, а також шляхом розподілу завдань з неспеціалізованими медичними працівниками первинної медичної допомоги, послуги з охорони психічного здоров'я на рівні громади, які можуть включати центри та команди охорони психічного здоров'я на рівні громади, психосоціальну реабілітацію, послуги з підтримки за принципом "рівний-

рівному" та послуги з підтриманого проживання; та служби, які надають послуги з охорони психічного здоров'я в соціальних службах і немедичних установах, таких як служби захисту дітей, шкільні медичні служби та в'язниці. Величезна прогалина в наданні допомоги при поширених розладах психічного здоров'я, таких як депресія і тривога, означає, що країни також повинні знайти інноваційні шляхи для диверсифікації та розширення допомоги при цих станах, наприклад, через неспеціалізоване психологічне консультування або цифрову самодопомогу.

Наразі існує консенсус щодо того, що помітне відображення в ЗМІ повідомлень про самогубства призводить до значного збільшення кількості спроб самогубств, особливо серед підлітків та молодих людей, які перебувають у зоні покриття ЗМІ. На основі дослідницького досвіду було сформульовано низку рекомендацій щодо висвітлення теми самогубств у ЗМІ. Висвітлюючи тему самогубств, ЗМІ повинні уникати узагальнень, що ґрунтуються на недостатній кількості фактів, а також уникати яскравих, сенсаційних, але неточних виразів на кшталт "епідемія самогубств серед фермерів", "світова столиця самогубств" і т.д. Перш ніж випустити новину, журналіст/редактор повинен зважити її вплив на сім'ї та інших постраждалих з точки зору як стигми, так і психологічних страждань. Сенсаційні репортажі з подробицями про самогубства або самоушкодження, особливо коли йдеться про знаменитостей, є, ймовірно, нормою і можуть бути законними новинами. Однак насправді цього слід уникати або мінімізувати, наскільки це можливо.

В Україні в травні 2023 року стартувала всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» під патронатом дружини президента Олени Зеленської. В цій програмі активно задіяні засоби масової інформації.

ТЕМА 8. МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ПРЕДСТАВНИКІВ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ

В сучасній літературі використовуються два рівнозначних терміни- професійне та емоційне вигоряння. Термін «емоційне вигоряння» вперше був запропонований американським психологом Фриденбергом у 1974 році. Цим терміном визначається психічний стан людей, що дуже багато й щільно спілкуються з іншими. Синдром емоційного вигоряння (burn-out)- це стан емоційного, психічного, фізичного виснаження, що виникає внаслідок хронічного стресу. Христина Маслач, соціальний психолог, визначила це поняття як синдром фізичного та емоційного виснаження, включаючи зниження самооцінки, негативне ставлення до роботи, втрату розуміння та співчуття до пацієнтів або клієнтів. Тож, основними симптомами синдрому емоційного вигоряння є:

- погіршення відносин з колегами та родичами;
- зростаючий негативізм по відношенню до пацієнтів чи клієнтів;
- втрата почуття гумору, постійне відчуття невдачі та провини;
- зловживання алкоголем, нікотинном та кофеїном;
- підвищена роздратованість , як на роботі, так і вдома;
- наполегливе бажання змінити рід діяльності;
- розсіяність;
- порушення сну;
- підвищена захворюваність інфекційними захворюваннями;
- підвищена втомлюваність, відчуття втоми протягом усього дня.

Згідно з останньою Міжнародною класифікацією хвороб, синдром емоційного вигоряння було описано під шифром Z.73.0 «Вигоряння- стан повного виснаження». Люди з цим синдромом, зазвичай, мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів та соціальної дисфункції. Спостерігається хронічна втома, когнітивна дисфункція (порушення пам'яті та уваги), проблеми зі сном у вигляді ускладненого засипання, раннього пробудження, особистісні зміни. Загальними соматичними симптомами є головний біль, диспепсичні явища, такі як діарея, синдром подразненого шлунку, нудота та інші, тахікардія, аритмія, артеріальна гіпертензія. На сьогодні немає єдиної теорії розвитку емоційного вигоряння.

У відповідності з моделлю К.Маслач та С. Джксон, «вигоряння» розглядається як реакція на тривалі професійні стреси міжособистісних комунікацій, що включає три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію власних досягнень. Японські дослідники вважають, що до цієї моделі варто додати четвертий фактор «involvement»- залежність, залучення, що характеризується головним болем, порушеннями сну, дратівливістю, а також хімічними залежностями (алкоголізм, куріння). Емоційне виснаження проявляється у відчутті емоційної перенапруги, спустошеності, повного виснаження власних емоційних ресурсів, «притупленні емоцій», а в особливо важких випадках- емоційних зривів.

На думку Бойка В.В., емоційне вигоряння- вихований особистістю механізм психологічного захисту у вигляді повного або часткового виключення

емоцій у відповідь на обрані впливи. Дане явище- це частково функційний стереотип, який дозволяє людині дозувати та економно витрачати свої енергетичні ресурси. Разом з цим, зазвичай, спостерігаються і його деструктивні наслідки, що негативно відображаються на виконанні професійних обов'язків та відносинах з колегами, клієнтами. Деякі дослідники основною причиною виникнення емоційного вигорання вважають організаційні проблеми- завелике навантаження, неможливість повністю контролювати ситуацію, відсутність організаційної спільності, недостатня моральна та матеріальна винагорода, несправедливість, відчуття незначущості роботи, що виконується.

Більший ризик виникнення СЕВ спостерігається у людей, що висувають дуже високі вимоги до себе. В їхній уяві справжній спеціаліст- це зразок професійної безгріховності та досконалості. Такі особистості асоціюють свою працю з призначенням, місією, тож у них зникає межа між роботою та особистим життям. Крім цього, виділяють ще декілька типів людей, яким загрожує синдром емоційного вигорання. До «педантичного типу» належать особистості, які мають наступні характеристики: сумлінність, зведену до абсолюту; надмірну, навіть болісну акуратність; прагнення досягнути ідеального порядку у будь- якій справі, навіть, нехтуючи власними інтересами. Вони достатньо сильно прив'язані до минулого.

Основні симптоми перевтоми- апатія, сонливість. Люди «демонстративного» типу намагаються бути першими в усьому, завжди бути помітними. При цьому вони дуже швидко виснажуються при необхідності виконання непомітної, «рутинної» роботи, яку найчастіше й доводиться виконувати соціальним працівникам. Коли настає перевтома, такі люди стають надмірно дратівливими та гнівливими. На фоні цього підвищується артеріальний тиск, виникають проблеми із засипанням. Люди «емотивного» типу аж занадто чуттєві та вразливі. Їх чуйність, схильність сприймати чужий біль як власний межує з патологією, із саморуйнуванням, і все це при явній нестачі сил для спротиву несприятливим обставинам. При стресах у людей такого типу дуже часто виникає безсоння та підвищена тривожність. Соціальні працівники дуже часто стикаються з людським горем, спілкуються з тими, хто потрапив у складні життєві обставини, тож наявність емотивності з одного боку обумовлює їхній первинний професійний вибір, а з іншого боку значно підвищує ризик емоційного і професійного вигорання.

Синдром емоційного вигорання включає три стадії, кожна з яких має 4 основних симптоми.

- Перша стадія- «напруга», симптоми: невдоволеність собою, відчуття того що « я знаходжусь в клітці», переживання психотравмуючих ситуацій, тривожність та депресія.
- Друга стадія- «резистентність», симптоми: неадекватне, вибіркоче емоційне реагування, емоційна та моральна дезорієнтація, розширення сфери «економії емоцій», редукція професійних обов'язків.
- Третя стадія- виснаження, симптоми: емоційний дефіцит, емоційна та особистісна відстороненість, психосоматичні та психовегетативні розлади.

У психологів виникнення професійного вигорання пов'язане з високою інтенсивністю, насиченістю дій, частим втручанням зовнішніх факторів, що викликають необхідність швидкого реагування, широкою мережею контактів різноманітних рівнів, суттєвою переважністю «живого» спілкування з іншими людьми. Особливості професійної діяльності та стресогенні ситуації в роботі психологів може викликати синдром емоційного вигорання.

Визначені кореляційні зв'язки свідчать про те, що особистісні фактори емоційності можуть бути індивідуальними умовами виникнення емоційного вигорання. Так, К. Новорол й Т. Марек продемонстрували, що у особистостей з високою реактивністю всі три стадії синдрому емоційного вигорання діагностуються значно частіше, ніж у осіб з низькою реактивністю [59]. В іншому дослідженні було продемонстровано, люди з високою життєвою активністю та оптимістично налаштовані мають менший ризик розвитку синдрому емоційного вигорання, ніж песимісти з низькою життєвою активністю.

Серед особистісних рис, що сприяють розвитку емоційного вигорання відмічаються інтроверсія, низька самоповага, низький рівень емпатії, трудоголізм, деякі мотиваційні особливості та інші. Однак, варто зауважити, що фактори, пов'язані з роботою та стилями поведінки значно більше корелюють з емоційним вигоранням, ніж фактори особистісні. Тож, орієнтація на співробітництво, здатність знаходити компромісні рішення, висока мотивація саморозвитку та професійного зростання, креативність у розв'язанні задач, високий рівень комунікативних навичок зменшують ризик розвитку емоційного вигорання. Занижена самооцінка, емоційна нестійкість, низька активність, тенденція до уникнення складних ситуацій у спілкуванні- навпаки, сприяють розвитку емоційного виснаження та деперсоналізації. Також, розвитку емоційного вигорання сприяють низький рівень керівницьких вмінь, неадекватність самооцінки, консерватизм і «розмитість» особистісних цілей та цінностей.

Спочатку до осіб, що потенційно ризикують отримати емоційне вигорання відносили лише соціальних працівників, психологів лікарів та адвокатів. «Згорання» вказаних спеціалістів пояснювалося специфікою «професій, що допомагають». Специфікою названих професій є велика кількість емоційно насичених, часто когнітивно складних контактів, що потребує від людини щоденного великого суб'єктивного емоційного внеску у професійні справи. Тож, синдром професійного вигорання перетворився з «платні за співучасть» на «хворобу комунікаційних професій».

Розглядаючи емоційну насиченість міжособистісних контактів у представників цих професій, можна зазначити, що вона не завжди висока, проте, має хронічний характер. І, у відповідності з концепцією «хронічних життєвих стресів» Р. Лазаруса є особливо патогенним. Особливу цікавість представляють дослідження вигорання у світлі теорії справедливості. Згідно з цією теорією, люди оцінюють можливості в залежності від факторів винагороди, ціни та свого внеску. Люди очікують справедливих відносин, при яких те, що вони вкладають та отримують від цих відносин співвідноситься з

тим, що вкладають та отримують інші індивідууми. В професійній сфері далеко не завжди відносини будуються на основі справедливості.

Наприклад, відносини між лікарем та пацієнтом вважаються здебільшого «доповнюючими»- лікар має бути уважним до пацієнта, проявляти піклування, вкладати більше душевних сил. Тож, лікар та пацієнт будують своє спілкування, виходячи з різних позицій та перспектив. Тож, встановлюються неравноцінні відносини, що може бути причиною емоційного вигорання лікарів. Приблизно такий же контекст можна спостерігати у відносинах між соціальним працівником та отримувачами соціальної послуги. Існують суттєві індивідуальні відмінності в динаміці даної потреби під впливом стрес- факторів та стратегіях поведінки у стресових ситуаціях.

Ганн С., досліджуючи особистісні характеристики, важливі для розуміння вигорання, виявив, що вигорання не ідентично невдоволеності роботою. Вік пов'язаний з вигоранням більше, ніж стаж. При цьому, робітники соціальних служб з високим показником «сили Я» були більш позитивно налаштовані до клієнтів та менш схильні до вигорання. Крім того, було встановлено цікавий взаємозв'язок між ступенем вигорання, віком, стажем та ступенем задоволеності професійним зростанням. Так, професійне зростання, яке забезпечує людині підвищення її соціального статусу, зменшує ступень вигорання. Позитивний кореляційний зв'язок спостерігається між професійним стажем та ступенем вигорання. Однак, після 45-50 років вік починає самостійно впливати на розвиток синдрому емоційного, часто переводячи прямий зв'язок в зворотній. Поява негативної кореляції пояснюється переоцінюванням цінностей та зміною ієрархії мотивів.

Серед особистісних факторів, які сприяють вигоранню, визначені такі загальні показники схильності до стрес- реакцій, як співвідношення екстернальності та інтернальності, що передбачає ступень відповідальності людини за своє життя, стратегії подолання кризових ситуацій, яким віддає перевагу людина. Наприклад, використання пасивної стратегії уникнення корелює з розвитком емоційного виснаження та редукцією особистих досягнень. При цьому, чим більше вигорання, тим частіше використовуються пасивні, асоціальні та агресивні моделі подолання стресу.

Проблема вигорання тісно стикається з питаннями мотивації професійного вибору та кар'єрних орієнтацій. За думкою А. Адлера, ті, хто обирають «соціальні», «допомагаючи» спеціальності мають прагнення до реалізації мотиву влади. Мотив влади та «зовнішня позитивна» мотивація діяльності можуть пояснювати «парадокс» вигорання. Трудоголізм та активна захопленість своєю професійною діяльністю можуть бути зумовлені прагненням людини до творчості та цінністю самої професії. Але, в однаковій ступені, трудоголізм може бути проявом прагнення соціального престижу, отриманню за рахунок професії матеріальних зисків та мотивом влади. Неможливість задовольнити ці потреби буде сприяти розвитку симптомів вигорання. Б. Перлман и Е. Хартман встановили сильний зв'язок емоційного вигорання, з одного боку, з адміністративними, керівницькими та комунікаційними здібностями організації, а з іншого боку- зі статусно-

рольовими та індивідуальними характеристиками соціальних працівників, а також з результатами їх діяльності.

Були виділені три групи змінних, що впливають на розвиток синдрому вигорання в професіях типу «людина- людина»: особистісні, рольові, організаційні.

- Особистісні фактори - екстраверсія/інтроверсія, реактивність, стать, вік, авторитаризм, самоповага, трудоголізм, поведінкова реакція на стрес, рівень емпатії, мотивація, ступень задоволеності професією та професіональним зростанням, стаж та інші.

- Рольові фактори - конфлікти, невизначеність.

- Організаційні фактори - час, який витрачається на роботу, невизначений, або складно вимірюваний зміст праці, робота, що потребує виключної продуктивності та постійного підвищення професіоналізму, робота, що потребує відповідної підготовки або тренування, невизначеність відповідальності, або її недостатність.

- Характер керівництва, що не відповідає змісту роботи та інші.

Також варто зауважити, що емоційне вигорання може дуже швидко розповсюджуватися у колективі. Ті, хто «вигорає», стають цинічними песимістами з негативними очікуваннями. Спілкуючись з іншими працівниками, які знаходяться під впливом таких же стресів, вони можуть перетворити цілу групу на «купку емоційного попелу». Дослідження професійного вигорання соціальних працівників за кордоном проводять активно вчені Великої Британії та США. К. Ллойд, Р. Кінг, Л. Ченовет (2002) визначили, що чинники професійного вигорання в соціальній роботі зумовлені особливостями практичної роботи (що більше роботи «віч-на-віч», то вищим є ступінь вигорання), а також неузгодженістю організаційних цілей і принципів та безпосередніх вимог й організації робочого середовища; захисним фактором, на думку К. Ллойда та співавторів, є контроль та злагоджена командна робота при сприятливому морально-психологічному кліматі.

Х. Бен-Зур, К. Мішель (2007), навпаки, вважають заходи постійного контролю й оцінювання, а також високі вимоги до професійної діяльності стресовими чинниками; порівнюючи показники вигорання в медсестер, психологів і соціальних працівників, вони виявили відсутність відмінностей у способах подолання стресу представниками трьох професій, але зазначили значно нижчий рівень деперсоналізації в соціальних працівників. Х. Кім і М. Стоунер (2008) на матеріалах дослідження в Каліфорнії звернули увагу на високу плинність кадрів у соціальній сфері та виявили, з одного боку, тісний зв'язок плинності кадрів і вигорання (вигорання виступає предиктором, а звільнення - одним з наслідків вигорання), а з іншого боку, звернули увагу на необхідність створення автономії та децентралізації управління в соціальній роботі, поліпшення умов праці та соціальної підтримки для профілактики плинності й вигорання. С. Еванс і співавтори серед актуальних проблем у соціальній роботі Англії та Уельсу виокремили плинність кадрів, необхідність суміщення посад і використання тимчасового персоналу, наявність робочих перевантажень у 81 % соціальних служб, а також виявили прямий зв'язок

моральної та соціальної підтримки персоналу соціальних служб та оцінки працівника роботодавцем із задоволеністю працею та зниженням ризику вигорання.

У вітчизняній науці застосовують переважно термін «професійне вигорання» як характеристику деформацій і деструкцій професійної діяльності в соціальній сфері, особливо серед працівників допоміжних професій, зокрема професіоналів, які мають справу з негативними соціальними проявами (девіаціями, маргінальністю, хворобою і смертю), несуть підвищену соціальну відповідальність, чиї професійні обов'язки передбачають вияв емпатії та співчуття (медичні працівники, поліцейські, психологи, педагоги, соціологи, соціальні працівники), а також у сфері охорони здоров'я.

Проблеми категоріального та змістовного аналізу, статичних і динамічних аспектів вигорання, методи діагностики та профілактики синдрому професійного вигорання розглядають В.І. Орел, В.В. Бойко, О.Ю. Райкова, Н.Є. Водоп'янова, О.С. Старченкова, А.А. Рукавишников, Г.С. Нікіфоров і багато інших. Серед вітчизняних авторів проблема професійного вигорання досліджується переважно в медико-психіатричному або психологічному аспекті, найбільша увага приділена вивченню вигорання медичних працівників і педагогів. Питання здоров'я здавна привертало увагу науковців. Аналіз наукової літератури дозволяє констатувати, що на сьогоднішній день дослідники визначають поняття професійного здоров'я по-різному.

Так, на думку В.В. Павленка, професійне здоров'я це здатність організму підтримувати необхідні компенсаторно-захисні механізми, що забезпечують професійну надійність і працездатність у всіх умовах професійної діяльності. Мащак С.О. розглядає професійне здоров'я як певний рівень характеристик здоров'я фахівця, що відповідають вимогам професійної діяльності та забезпечують її ефективність. Максименко С.Д. під професійним здоров'ям розуміє як інтегральною характеристикою функціонального стану організму людини за фізичними і психічними показниками, з яких головним показником і критерієм є працездатність, яка відображає ці можливості людини. Перхайло Н.А. визначає професійне здоров'я соціального працівника як багаторівневу систему, яка проявляється у здатності організму підтримувати й активізувати компенсаторні та захисні механізми, що забезпечують працездатність, ефективність і розвиток особистості соціального працівника в усіх умовах професійної діяльності. Качур О. підкреслює, що здоров'я соціального працівника - це динамічний стан цілісного багатовимірного організму, який дозволяє максимально продуктивно реалізувати свій потенціал у професійній діяльності, протидіяти негативному впливу професійних чинників.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнерьова, В.М. Невмержицький. Київ: Людмила, 2021. 438 с.
2. Тимофєєва М.П., Слобоцька О.В. Психологія здоров'я. К.:Медпринт, 2022. 600 с.
3. Штифурак В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Вінниця, 2025. 340 с.
4. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. /за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
5. Власенко І.А., Фурман В.В., Рева О.М., Канюка І.О. Психологічне здоров'я студентської молоді. Вінниця : ТВОРИ, 2022. 224 с.
6. Жадан М.А. Психогігієна та психопрофілактика: навчальний посібник. Київ. Каравела, 2018. 346 с.
7. Кокун О.М. Сприяння підвищенню життєстійкості фахівців соціономічних професій. Київ – Львів: Вид.Вікторія Кундельська, 2021. 84 с.
8. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.
9. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. 2-е вид. Київ. Міленіум, 2006. 345 с.
10. 2. Рибалка О.Я. Психологія здоров'я та психологічного благополуччя. Методичні вказівки до практичних занять для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня магістр, спеціальності 053 «Психологія». Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2024. 52 с.
11. Психологія здоров'я [Електронний ресурс]: електрон. метод. рекомендації до практичних занять з курсу «Психологія здоров'я» для студ. першого (бакалавр.) рівня вищої освіти / уклад. Є. Л. Базики. - Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. 38 с.
12. Тат'янчиков А. О. Психологія здоров'я: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня бакалавра факультету психології, політології та соціології); кафедра психології НУ «Одеська юридична академія». Одеса : Фенікс, 2021. 35 с.
13. Мушкевич М. І. Психологія здоров'я: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня магістра факультету психології). Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 76 с.
14. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця, 2019. 331с.
15. Павлик Н. Структура й критерії психологічного здоров'я особистості, *Психологія і особистість*. 2022. № 1(21). С. 34–59.

16. Бамбурак-Кречківська Н.М., Бригадир М.Б. Теоретичні аспекти аналізу проблематики психічного здоров'я людини. *Габітус*. 2022. Секція 7 «Соціальні та поведінкові науки». С.279 - 284.
17. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я: поняття, критерії та рівні. *Вісник післядипломної освіти*. 2023. Вип. 25(54). Серія «Соціальні та поведінкові науки». С.56 - 69.
18. Lykholat O. et al. Research of phenolic compounds content in yoshta berries for the perspective of cultivation and use in healthy nutrition in the steppe zone of Ukraine *EUREKA: Life Sciences*. 2023. 3. 27-33.
19. Лихолат О.та ін. Українські superfoods: економічні, екологічні, психофізіологічні, гастрокультурні, аспекти. *Науковий погляд: економіка та управління*, № 1 (81). 2023. С.128 - 133.
20. Види здоров 'я: фізичне, психічне, психологічне, моральне, соціальне. Основи здоров 'я URL: <https://ukrnova.com/zdorovia/vidi-zdorov-ya-fizichne-psikhichne-psikhologichne-moralne-sotsialne-osnovi-zdorov-ya.html>
21. Психічне здоров'я, його основні ознаки URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/3518-psihichne-zdorovya-yogo-osnovni-oznaki/>
22. Особливості депресивних станів у молоді: діагностика та психологічна допомога. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/37.pdf>
23. Салютогенез. URL: <https://www.pscho-institut.com/%D1%81%D0%B0%D0%BB%D1%8E%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7/>