

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Конспект лекцій

УКЛАДАЧ - доктор медичних наук, професор кафедри педагогіки та психології Косенко Корнелія Артурівна

ТЕМА 1. КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ: ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГАЛУЗІ

План:

1. Предмет, основні поняття та визначення клінічної психології.
2. Основні завдання клінічної психології.
3. Класифікація розділів клінічної психології.
4. Завдання клінічної психології в освітній сфері.
5. Завдання клінічної психології у сфері охорони здоров'я.
6. Завдання клінічної психології у соціальній сфері.
7. Поняття етики в клінічній психології та основні етичні моделі
8. Історичний розвиток клінічної психології за кордоном у XIX-XX століттях:
9. Історія становлення клінічної психології в Україні.
10. Сучасні проблеми клінічної психології в Україні та за кордоном.
11. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року.

Текст лекції:

Клінічна психологія: предмет, завдання, історія, етика, сучасність

Клінічна психологія — це галузь психології, яка займається вивченням, діагностикою, профілактикою та психокорекцією порушень

психічного розвитку, емоційного стану, поведінки, а також психосоматичних та особистісних розладів. Вона функціонує на перетині психології та медицини, тісно пов'язана з психіатрією, неврологією, психотерапією, педагогікою та соціальною роботою. Предметом клінічної психології є не лише патологія, а й варіанти норми, що наближаються до порушення, особливості психічного реагування на хворобу, травму, стрес.

Ключовими завданнями клінічної психології є:

- вивчення психічних механізмів захворювань;
- психологічна діагностика розладів;
- участь у медико-психологічній реабілітації;
- психотерапія та психокорекція;
- формування профілактичних стратегій для збереження психічного здоров'я;
- супровід пацієнта в межах міждисциплінарної команди.

Розділи клінічної психології

Патопсихологія — досліджує зміни пізнавальної та емоційно-вольової сфери, особистості при психічних та соматичних захворюваннях. Основним методом є патопсихологічне обстеження, яке дозволяє виявити глибинні механізми порушень мислення, пам'яті, уваги, уяви, емоцій.

Нейропсихологія — досліджує зв'язок між структурами мозку та психічними функціями, вивчає порушення, спричинені локальними ураженнями мозку (афазії, апраксії, агнозії), розробляє методики когнітивної реабілітації.

Психосоматика — аналізує психологічні механізми виникнення та підтримки соматичних хвороб, таких як гіпертонія, виразкова хвороба, бронхіальна астма. Психосоматичний підхід ґрунтується на ідеї єдності психіки й тіла.

Психологія особистісних розладів — вивчає структуру та динаміку патологічних рис характеру, що призводять до дезадаптації, включаючи емоційно нестабільний, істеричний, ананкастний та інші типи.

Неврологія — займається вивченням психогенних станів невротичного рівня (тривожні, фобічні, соматоформні розлади), а також механізмів психологічної компенсації.

Психогігієна та психопрофілактика — спрямовані на збереження психічного здоров'я, профілактику розладів шляхом формування стресостійкості, емоційної саморегуляції, здорових комунікацій.

Інші напрямки включають онкопсихологію, геронтопсихологію, кризову психологію, клінічну дитячу психологію, психотерапевтичну психологію.

Завдання клінічної психології в різних сферах

У **освітній сфері** клінічні психологи виконують діагностику й підтримку дітей з особливими освітніми потребами, працюють з адаптаційними труднощами, стресами, шкільною тривогою, проводять тренінги, консультують педагогів та батьків. Їхня роль полягає у створенні психологічно безпечного освітнього середовища.

У **медичній сфері** клінічний психолог є частиною команди, що працює з пацієнтами із психосоматичними, хронічними, онкологічними, інфекційними хворобами, готує до операцій, допомагає при ПТСР, гострих стресах, супроводжує процес реабілітації.

У **соціальній сфері** клінічні психологи працюють із вразливими групами: внутрішньо переміщеними особами, ветеранами, особами з інвалідністю, дітьми-сиротами, жертвами насильства. Завдання — відновлення соціального функціонування, розвиток ресурсності, підтримка у кризах.

Етика в клінічній психології

Професійна етика клінічного психолога ґрунтується на принципах поваги до гідності клієнта, конфіденційності, інформованої згоди, відповідальності, професійної компетентності. Клінічна робота передбачає особливо чутливу сферу — роботу з травмою, інтимними переживаннями, суїцидальними ризиками, тому етичні орієнтири є життєво необхідними.

Етичні моделі:

- **Модель Гіпократ** — принцип «не нашкодь», захист життя та гідності клієнта.
- **Модель Парацельса** — врахування індивідуальності, внутрішньої цілісності, природної мудрості організму.
- **Деонтологічна модель** — зобов'язання діяти згідно з моральним обов'язком, незалежно від наслідків.

- **Біоетика** — міждисциплінарний напрямок, що враховує не лише інтереси пацієнта, а й загальні етичні, правові, соціальні наслідки дій у сфері здоров'я.

Клінічний психолог має бути не лише фахівцем, а й гуманістом, обізнаним у питаннях вразливості, безпеки, автономії особистості.

Історія клінічної психології

Клінічна психологія як наука почала формуватись у ХІХ ст. на стику філософії, медицини та емпіричної психології. Основоположником емпіричної психології вважається **Вільгельм Вундт**, який створив першу психологічну лабораторію в Лейпцигу (1879).

Лайтнер Вітмер у 1896 р. започаткував термін «клінічна психологія» у США, підкреслюючи практичну спрямованість роботи з дітьми з труднощами навчання.

Еміль Крепелін заклав основи психіатричної класифікації. **Теодюль Рібо** описав типи порушень пам'яті. **Ернст Кречмер** пов'язував типи особистості з психічними розладами. **П'єр Жане** розробив ідеї психологічної травми, дисоціації, підсвідомих механізмів.

Найглибший вплив на формування клінічної психології справив **Зігмунд Фройд**, який увів психоаналітичне розуміння психічної патології.

У **вітчизняній науці** (зокрема в українському та польському середовищі міжвоєнного періоду) важливими були роботи В. Бехтерева, О. Лурії, В. М'ясищева, які заклали основи патопсихології, нейропсихології та психотерапевтичного підходу до особистості. В Україні активний розвиток клінічної психології відбувається з 1990-х рр., із запровадженням спеціалізованої підготовки фахівців.

Сучасні проблеми клінічної психології в Україні та світі

На сучасному етапі клінічна психологія в Україні стикається з проблемами нормативної неврегульованості професії, браком фахівців у регіонах, недостатнім визнанням ролі психолога у системі охорони здоров'я. Водночас спостерігається зростання попиту на допомогу внаслідок війни, пандемії, соціальних трансформацій.

У світовій практиці клінічна психологія інтегрується з когнітивними науками, нейронаукою, цифровими технологіями, з'являються онлайн-психотерапія, мобільні застосунки, телепсихологія.

Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року

У 2022 р. була затверджена стратегія «Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року». Документ передбачає перехід до людиноцентричної моделі психічної допомоги, інтеграцію психічного здоров'я в первинну медицину, розширення мережі мобільних мультидисциплінарних команд, розвиток системи психоосвіти, зміцнення ролі фахівців із психічного здоров'я, зокрема клінічних психологів. Ключовими принципами є доступність, інклюзивність, міждисциплінарність, дотримання прав людини та розвиток спільнот.

Таким чином, клінічна психологія постає як стратегічна ланка в сучасному підході до здоров'я людини, об'єднуючи наукові знання, емпатію та міждисциплінарний підхід.



ТЕМА 2: НОРМА ТА ПАТОЛОГІЯ, ЗДОРОВ'Я ТА ХВОРОБА У КЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

План:

1. Поняття психологічної норми та її основні види.
2. Патологія та розлад: взаємозв'язок і розмежування понять.
3. Критерії психічного розладу.
4. Концепція здоров'я в клінічній психології.
5. Критерії психічного здоров'я за ВООЗ.
6. Рівні психічного здоров'я.
7. Конструкт та поняття хвороби в клінічній психології.
8. Біомедична та біопсихосоціальна моделі хвороби.
9. Інвалідність як крайня форма патології.
10. Основні класифікації психічних розладів (МКХ-10, DSM-V).
11. Симптоми і синдроми психічних розладів.

Текст лекції

Основи клінічної психології: норма, розлад, здоров'я, хвороба та психопатологічні конструкції

Поняття норми в клінічній психології охоплює багатоаспектне розуміння психічного функціонування, яке забезпечує адаптацію, автономність і суб'єктивне благополуччя особистості. Норма в цьому контексті — це не лише відсутність патології, але й здатність особи гнучко реагувати на стрес, реалізовувати свій потенціал, підтримувати емоційний, когнітивний та поведінковий баланс.

У клінічній психології виділяють різні **види норми**:

- статистичну (поширеність певної риси в популяції),
- соціальну (відповідність соціальним очікуванням),
- суб'єктивну (власне відчуття внутрішньої гармонії),
- функціональну (здатність до саморегуляції та адаптації).

У клінічній практиці важливо розмежовувати **патологію та розлад**. Патологія — це загальні зміни в структурі або функціонуванні психіки, які призводять до суттєвої дезадаптації. Розлад — більш конкретне поняття, яке описується клінічно в межах міжнародних класифікацій (МКХ, DSM) як сукупність симптомів, що мають чіткі критерії тривалості, вираженості, впливу на функціонування.

Критерії психічного розладу включають наявність емоційного дистресу, порушення соціального та професійного функціонування, невідповідність реакцій об'єктивній ситуації, втрату контролю над поведінкою, зниження критичності. Важливим є також факт виключення первинної органічної або соматичної причини.

Поняття «**здоров'я**» у **клінічній психології** виходить за межі відсутності хвороби. Це динамічна здатність до адаптації, цілісного сприйняття себе, психоемоційної рівноваги. У психології розрізняють **негативне визначення здоров'я** (як відсутність хвороби), **позитивне** (як гармонійне функціонування) та **загальне** — інтегративне бачення здоров'я як потенціалу розвитку.

За **ВООЗ**, критерії психічного здоров'я включають:

- здатність до любові, праці, творчості;
- стійкість до стресу;
- автономність;
- емоційна стабільність;
- самоусвідомлення та критичність.

Рівні психічного здоров'я охоплюють від високофункціонального (наявність життєвих цілей, самоактуалізації) до прикордонного (ризик розвитку розладів), передклінічного (дезадаптація, без діагнозу) та клінічного (діагностоване захворювання).

У клінічній психології **хвороба розглядається як складний конструкт**, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні компоненти. **Біомедична модель** трактує хворобу як порушення фізіологічних процесів. **Біопсихосоціальна модель** включає психологічні реакції, переживання, спосіб адаптації до хвороби, а також вплив середовища (родина, культура, медичний дискурс).

Крайнім проявом патології вважається **інвалідність** — стійка втрата функцій, що обмежує соціальне функціонування особи. У психіатрії вона може бути результатом тяжких хронічних розладів, які спричиняють повну або часткову втрату здатності до самообслуговування, праці, комунікації.

У клінічній психології використовуються **класифікації психічних розладів**:

МКХ-10 (ICD-10) — міжнародна класифікація хвороб, розділ F (F00–F99), де описано розлади психіки та поведінки: органічні (F00–F09), шизофренія (F20–F29), афективні (F30–F39), тривожні (F40–F48), пов’язані з психоактивними речовинами (F10–F19), дитячі та підліткові розлади (F80–F98) тощо.

DSM-V — діагностичне керівництво Американської психіатричної асоціації, що подає розлади за клінічними доменами, включаючи депресивні, тривожні, obsесивно-компульсивні, травматичні, дисоціативні, соматоформні, невротичні, розлади особистості, нейророзвиткові.

Симптоми психічних розладів — це окремі прояви психічної дисфункції (наприклад, галюцинації, апатія, нав’язливі думки), тоді як **синдроми** — стійкі комплекси симптомів, які мають певну структуру, динаміку і прогностичну цінність (наприклад, депресивний, кататонічний, параноїдний).

У клінічній психології активно застосовується підхід до **реєстрових синдромів** як форм психопатологічної організації. Виділяють:

- **Шизофренічний реєстр** — характеризується розпадом мислення, емоційною плоскістю, аутизмом, маренням, галюцинаціями, втратою цілісності Я.
- **Афективно-ендогенний реєстр** — включає депресивні, маніакальні, змішані стани з ендогенним механізмом, частими ремісіями, суїцидальним ризиком.
- **Олігофренічний реєстр** — відображає вроджене недорозвинення психіки, з домінуванням стабільного дефіциту пізнавальних функцій і адаптаційної поведінки.
- **Екзогенно-органічний реєстр** — відповідає ураженням мозку внаслідок травм, інфекцій, інтоксикацій, проявляється порушеннями свідомості, пам’яті, афекту, критики.

- **Ендогенно-органічний реєстр** — поєднує риси ендогенних розладів з органічним дефектом (наприклад, судинна деменція з афективними елементами).
- **Особистісно-аномальний реєстр** — включає розлади характеру, де домінує порушення міжособистісної взаємодії, саморегуляції, схильність до конфліктів, реактивності.
- **Психогенно-психотичний реєстр** — охоплює гострі реактивні психози з яскравим афектом, порушенням свідомості, конфліктогенними причинами.
- **Психогенно-невротичний реєстр** — включає невротичні розлади (тривожні, фобічні, істеричні), що мають психологічні причини, часткову збереженість критики та соціального функціонування.

Ці реєстри відображають глибину порушень, клінічну структуру, динаміку перебігу та прогноз, слугують базою для формування діагнозу, планування інтервенцій і психотерапії.

Сучасна клінічна психологія оперує комплексним понятійним апаратом, що охоплює не лише традиційну патологію, а й межові, адаптаційні, психосоціальні аспекти функціонування особистості в межах норми та відхилення. Розуміння цих концептів є основою ефективної психодіагностики, лікування й профілактики психічних розладів у міждисциплінарному середовищі.

ТЕМА 3. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОСНОВНІ МЕТОДИ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

План:

1. Парадигми діагностики психічних розладів.
2. Діагностичні принципи розмежування психологічних феноменів та психопатологічних симптомів.
3. Мета і завдання клініко-психологічного дослідження.
4. Структура клініко-психологічного дослідження.
5. Клініко-психологічне інтерв'ю та особливості його проведення.
6. Метод анамнезу.
7. Метод спостереження за поведінкою в клінічній психології.
8. Метод генеограми.
9. Клініко-психологічний експеримент.

Текст лекції

Основи клініко-психологічної діагностики: парадигми, методи, структура дослідження

У клінічній психології діагностика є складною багаторівневою системою, що поєднує об'єктивні, суб'єктивні та інтерпретативні компоненти. Вона спрямована на виявлення психічного стану особи, розуміння структури її психологічного реагування, особистісних особливостей, механізмів дезадаптації, а також формування гіпотези щодо клінічного діагнозу та психотерапевтичного плану.

Нозологічна та описово-феноменологічна парадигми діагностики хвороби

У сучасній клінічній психології та психіатрії співіснують дві ключові діагностичні парадигми: **нозологічна** та **описово-феноменологічна**. Нозологічна парадигма походить із традиційної медичної моделі, у якій хвороба визначається як єдність симптомів, перебігу, етіології та патогенезу. Цей підхід спрямований на класифікацію розладів згідно з міжнародними діагностичними системами (МКХ, DSM), визначення

нозологічної належності стану пацієнта. Основна мета — встановити, до якого розладу належать виявлені симптоми, і призначити відповідне лікування.

Натомість **описово-феноменологічна парадигма** зосереджена на безпосередньому аналізі психічних явищ у їхній суб'єктивній, якісній формі. Діагностика в цьому випадку спирається на зміст і форму переживань пацієнта, на його унікальний досвід, сприйняття, емоційний фон, структуру мислення, символіку симптомів. Такий підхід важливий для глибокого розуміння психологічного сенсу розладу, особливо у випадках, коли нозологічна класифікація не дає вичерпної відповіді.

Обидві парадигми не є взаємовиключними — вони взаємодоповнюють одна одну: перша забезпечує клінічну об'єктивність і системність, друга — психологічну чутливість і гуманістичну орієнтацію.

Діагностичні принципи-альтернативи: розмежування психологічних феноменів і психопатологічних симптомів

Однією з ключових проблем клінічної діагностики є **розмежування між варіантами психологічної норми, індивідуальних особливостей і психопатологічних симптомів**. Принципова різниця полягає в тому, що психологічний феномен може бути адекватною відповіддю на ситуацію, а психопатологічний симптом — це прояв дезадаптації, який порушує функціонування.

Критеріями диференціації виступають: інтенсивність переживань, тривалість, ступінь контролю, адаптаційна цінність, зв'язок з особистісним контекстом, критичність. Наприклад, тимчасова тривога перед іспитом — варіант норми; нав'язлива, неконтрольована тривога без об'єктивної причини — симптом тривожного розладу.

Альтернативні принципи діагностики пропонують гнучкий підхід, що враховує культурний контекст, життєву ситуацію, особистісний стиль реагування, рівень рефлексії. Цей підхід особливо важливий у межових станах, при соматичних хворобах, у випадках психологічної травми або складної життєвої історії.

Мета та основні завдання клініко-психологічного дослідження

Головною метою клініко-психологічного дослідження є глибоке вивчення психічного стану особи з урахуванням її особистісного, соматичного, соціального та життєвого контексту. Це дослідження не лише

констатує наявність симптомів, а й спрямоване на виявлення психологічних механізмів порушення, ресурсів адаптації, системи захистів, міжособистісної динаміки.

Завдання дослідження включають: 1) опис і структурування психопатологічної симптоматики; 2) оцінку рівня критики, самосвідомості, комунікативності; 3) аналіз динаміки симптомів у контексті особистісного розвитку; 4) формування психологічного діагнозу; 5) визначення напрямів психотерапевтичної чи психореабілітаційної роботи.

Структура клініко-психологічного дослідження

Класична структура дослідження включає кілька взаємопов'язаних етапів:

1. **Клініко-психологічне інтерв'ю** (збір анамнезу, опис скарг, первинний контакт);
2. **Спостереження** (поведінка, афективна реакція, невербальні сигнали);
3. **Психодіагностика** (тести, опитувальники, експеримент);
4. **Аналіз анамнезу життя та хвороби;**
5. **Синтез даних, побудова психологічної моделі проблеми;**
6. **Формулювання висновку, рекомендацій, плану корекції.**

Кожен етап має свою функцію, але загальна мета — зрозуміти не лише «що?» з особистістю, а й «чому?», «як?» і «що робити далі?». Така структура дозволяє здійснювати як діагностику, так і прогноз, профілактику та планування втручань.

Особливості проведення клініко-психологічного інтерв'ю

Клініко-психологічне інтерв'ю — це керована розмова між психологом і клієнтом, яка спрямована на отримання діагностично значущої інформації. На відміну від звичайного опитування, інтерв'ю має гнучку, адаптивну структуру і дозволяє спостерігати емоційну реакцію, стиль відповіді, ступінь рефлексії, логіку мислення, емпатію.

У процесі інтерв'ю встановлюється терапевтичний контакт, формуються гіпотези, виявляються типи захисту, проєктивні теми, уникнення. Інтерв'ю може бути структурованим (за діагностичними шкалами) або напівструктурованим (із вільним розвитком розмови).

Психолог повинен дотримуватися етичних принципів: нейтральність, конфіденційність, емпатія, утримання від оцінки. Складність інтерв'ю полягає в необхідності одночасно слухати, аналізувати, емпатувати і спостерігати за поведінкою клієнта.

Метод аналізу історії життя (анамнез)

Збір анамнезу — це метод вивчення біографії клієнта, його сімейного, соціального, професійного, медичного й психологічного контексту. Анамнез дозволяє виявити тригерні події, травматичні ситуації, типові патерни поведінки, життєві сценарії, які мають значення для розуміння симптомів.

Розрізняють **об'єктивний анамнез** (отриманий з документів, від родичів, лікарів) і **суб'єктивний** (викладений самим пацієнтом). Особлива увага приділяється розбіжностям між ними, які можуть вказувати на психологічні захисти, викривлення сприйняття, заперечення.

Анамнез включає:

- дитинство і виховання;
- шкільний період, труднощі навчання;
- соціальні контакти, стиль прив'язаності;
- хвороби, травми, втрати;
- психотравмуючі події;
- професійний розвиток;
- актуальна життєва ситуація.

Метод спостереження за поведінкою в клінічній психології

Спостереження — один із базових методів, який дозволяє оцінити **поза словесну** частину психологічного стану: міміку, жести, погляд, рухи, мовлення, вегетативні реакції, емоційний тон, стиль комунікації. Він особливо цінний при роботі з дітьми, людьми з психозами, пацієнтами з когнітивними порушеннями.

Спостереження буває **інтроспективним** (психолог відзначає власні переживання як інструмент аналізу) і **об'єктивним** (конкретна поведінкова реєстрація). Його результати є частиною інтегрованої діагностики.

Метод генеограми в клінічній психології

Генеограма — це метод візуалізації сімейної системи, який дозволяє дослідити міжпоколінні зв'язки, повторювані сценарії, патологічні шаблони, трансгенераційні травми, союзи, коаліції та конфлікти. Метод має як діагностичну, так і психотерапевтичну цінність.

Завдяки генеограмі психолог може зрозуміти сімейний контекст симптомів, ідентифікувати приховані лояльності, невирішені втрати, рольові патерни, а також ресурси в системі. Вона створюється на основі опитування клієнта і супроводжується аналізом емоційного ставлення до кожного члена родини.

Поняття про клініко-психологічний експеримент

Клініко-психологічний експеримент — це спеціально створена ситуація, що моделює певні психічні процеси з метою виявлення латентних порушень, компенсаційних механізмів, особистісних особливостей. Його особливість полягає у високій чутливості до порушень, які можуть не проявлятися в стандартних умовах.

Такий експеримент часто використовує методики С. Я. Рубінштейна, Б. В. Зейгарник, Л. С. Виготського, патопсихологічний експеримент Лурії. Наприклад, експеримент на переривання серійної дії дозволяє оцінити цілеспрямованість, контроль, гнучкість мислення. Зіставлення результатів з нормою дає змогу формувати клініко-психологічний діагноз, з урахуванням особистісного контексту.

У підсумку, клініко-психологічне дослідження — це не лише інструмент виявлення патології, але й метод пізнання людини в її унікальності. Воно інтегрує медичну точність, психологічну глибину, гуманістичну чутливість і наукову рефлексію, формуючи базу для ефективної допомоги особам із психічними або психологічними труднощами.

ТЕМА 4. ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

План:

1. Поняття психосоматики.
2. Принципи концепції специфічності за Ф. Александером.
3. Психосоматичні взаємовпливи та захворювання:
4. Істероконверсійні та соматоформні розлади.
5. Специфічні психосоматичні розлади («Чиказька сімка»).
6. Роль емоційних факторів у виникненні психосоматичних захворювань.
7. Концепція профілю особистості.
8. Психічні зміни при хронічних соматичних захворюваннях.
9. Механізм «замкненого кола» і поняття «психосоматичний цикл».
10. Психосоматичні аспекти болю. Дослідження Анохіна, Ананьєва, Бічера, Беркенбліта, Енгеля.

Текст лекції

Психосоматика — це міждисциплінарна галузь клінічної психології та медицини, яка досліджує вплив психологічних чинників (емоцій, переживань, стресу, особистісних рис) на виникнення, перебіг і прогноз соматичних (тілесних) захворювань. У широкому сенсі, психосоматика охоплює як специфічні психосоматичні хвороби, так і загальні механізми психічної модуляції соматичного стану. У центрі психосоматики — ідея єдності тіла і психіки, а також взаємоперехідних механізмів впливу однієї системи на іншу.

Концепція специфічності Ф. Александера

Ф. Александр — один із засновників психоаналітичної школи психосоматики. Його **концепція специфічності** передбачає, що певні особистісні конфлікти або переживання реалізуються у формі чітко

визначених соматичних захворювань. За Александером, психічний конфлікт, який не може бути усвідомлений і опрацьований, «знаходить вихід» у формі тілесного симптомокомплексу. Цей процес отримав назву «соматизації».

Він розробив поняття «**психосоматичної тріади**»: конфлікт → афект → соматичний симптом. Александер вважав, що кожному захворюванню відповідає свій тип конфлікту. Наприклад, бронхіальна астма — це реакція на конфлікт залежності, гіпертонія — на конфлікт стриманої агресії, виразкова хвороба — на амбівалентність у стосунках любові та ворожості.

Його дослідження стали основою для класифікації так званої «**чикагської сімки**» психосоматичних розладів.

Психосоматичні взаємовпливи та захворювання

Психосоматика розглядає три основні групи порушень за етіопатогенетичною домінантою:

1. **Психосоматична медицина** — це галузь, яка інтегрує медичні та психологічні підходи до розуміння захворювань. Вона враховує роль психіки на всіх етапах: від виникнення до лікування та реабілітації. Тут застосовуються мультидисциплінарні стратегії допомоги пацієнту — психотерапія, медикаментозна підтримка, поведінкова корекція, психоосвіта.
2. **Порушення із домінуванням психічних чинників у етіопатогенезі** — це захворювання, в яких психологічний фактор виступає первинним тригером або патогенетичним механізмом. Сюди належать істероконверсійні та соматоформні розлади, панічні атаки, функціональні розлади ШКТ, функціональні кардіопатії, розлади харчової поведінки (анорексія, булімія).
3. **Порушення із домінуванням соматичних факторів** — хронічні або гострі тілесні хвороби, у перебігу яких формуються вторинні психологічні проблеми: депресія при раку, тривога при інсульті, когнітивний дефіцит при епілепсії. У таких випадках психолог виступає як фахівець, що полегшує адаптацію до діагнозу, покращує якість життя, допомагає збереженню мотивації до лікування.

Істероконверсійні та соматоформні розлади

Істероконверсійні розлади — це психічні порушення, при яких внутрішній конфлікт або неприйнятні емоції «перетворюються» на тілесні

симптоми. Класичні приклади — тимчасова сліпота, глухота, параліч, афонія, для яких не виявляється органічної причини. Їхня роль — символічне вираження психологічного конфлікту (наприклад, «не хочу чути» → глухота).

Соматоформні розлади — хронічні тілесні скарги, що не мають достатньої медичної основи, але супроводжуються реальними стражданнями. Основні форми:

- **розлади відчуттів** (парестезії, гіперестезії);
- **психовегетативний синдром** (тахікардія, пітливість, тремор, напади задухи);
- **синдром панічних атак** (гострі напади тривоги з соматичними проявами);
- **розлади харчової поведінки** (анорексія, булімія, компульсивне переїдання) — де тіло стає об'єктом психологічного контролю, символом самоконтролю, покарання або захисту.

Ці стани вимагають психологічної діагностики, когнітивно-поведінкової та іноді медикаментозної терапії.

«Чикагська сімка» специфічних психосоматичних розладів

До класичних психосоматичних захворювань, описаних у рамках психоаналітичної школи, належать:

1. **Бронхіальна астма** — символізація залежності, труднощі з «видихом», конфлікт між потребою в любові та страхом перед відторгненням.
2. **Виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки** — внутрішня напруга, агресія, що не реалізується, хронічне напруження.
3. **Гіпертонічна хвороба** — пригнічена агресія, стримана емоційність, відповідальність, високі вимоги до себе.
4. **Ревматоїдний артрит** — аутоагресія, надмірна самопожертва, конфлікти у сфері визнання.
5. **Виразковий коліт** — надчутливість, схильність до контролю, невисловлені емоції.
6. **Атопічний нейродерматит** — емоційна нестабільність, алергійна реакція як символ внутрішнього конфлікту.

7. **Цукровий діабет** — конфлікти у сфері любові/ненависті, відчуття втрати контролю над тілом і життям, символіка солодкого як дефіциту емоційного задоволення.

Ці захворювання вимагають цілісного підходу: медикаментозного, психотерапевтичного, поведінкового.

Роль емоційних чинників у виникненні хвороби

Емоції мають безпосередній вплив на фізіологічні процеси: підвищують викид гормонів стресу, змінюють вегетативний тонус, викликають м'язове напруження, порушення ритмів сну, апетиту. Хронічний емоційний стрес знижує імунну функцію, підвищує ризик соматичних патологій, сприяє формуванню «вторинного виграшу» від хвороби (захист від відповідальності, привернення уваги).

Концепція профілю особистості

Багато психосоматичних хвороб мають типовий «особистісний профіль». Наприклад:

- **тип А** — тривожні, контролюючі, честолюбні особи з високим ризиком серцево-судинних захворювань;
- **алекситимічний профіль** — труднощі в розпізнаванні емоцій, зниження емоційної експресії, обмежена фантазія, що характерно для соматоформних пацієнтів;
- **гіпервідповідальні, перфекціоністи** — схильні до гастроентерологічних розладів, астеничних станів, хронічного виснаження.

Концепція «психосоматичної особистості» дає змогу прогнозувати тип реакції на хворобу, динаміку симптомів та потенціал до терапевтичної взаємодії.

Зміна психічної діяльності при хронічних соматичних захворюваннях

Хронічна хвороба — це не лише біологічне явище, а й психосоціальна криза. Вона впливає на самооцінку, образ тіла, роль у суспільстві, плани на майбутнє. Часто розвиваються депресія, тривожність, ізоляція, зниження когнітивної продуктивності. Пацієнт змінює стиль спілкування, мотивацію, іноді формується іпохондрична фіксація або поведінка уникнення.

Механізм «замкненого кола»

Це ключове поняття в психосоматичній моделі. Психічна напруга → тілесні симптоми → тривога → посилення симптомів. Наприклад, тривожний пацієнт відчуває біль у серці → фіксується на ньому → підвищує артеріальний тиск → відчуває ще більшу тривогу. Таким чином, соматичний симптом стає частиною самопідсилювального процесу.

Розірвати «замкнене коло» можна через психотерапію, когнітивну перебудову, тілесноорієнтовану терапію, дихальні вправи, медитацію.

Поняття «психосоматичного циклу»

Психосоматичний цикл описує взаємозалежність психічного стану, соматичної симптоматики та соціального функціонування. Він включає:

- тригер (стрес, конфлікт);
- афективну реакцію (гнів, тривога, сором);
- тілесний симптом (головний біль, тахікардія);
- вторинні наслідки (дезадаптація, втрата працездатності, соціальна ізоляція);
- зворотний вплив на психіку (депресія, втрата сенсу, апатія).

Цей цикл підтримується через недостатню рефлексію, відсутність підтримки, медикалізацію симптомів, уникнення відповідальності. Зміна ставлення до симптомів є ключовим моментом терапевтичного процесу.

Психосоматичні аспекти болю

Біль — це не лише сенсорне, а й афективне явище. Він має **загальнобіологічне значення**: сигналізує про пошкодження, мобілізує ресурси організму, сприяє адаптації. Проте в хронічному стані біль втрачає захисну функцію і стає засобом комунікації, символом емоцій, іноді навіть несвідомим методом впливу на оточення.

Психогенний біль (головні болі напруги, фіброміалгія) формується в умовах емоційного дистресу, єдиним проявом якого стає тілесне страждання. Часто такий біль поєднується із тривогою, депресією, порушенням сну, втомою.

Класичні дослідження

- **П. К. Анохін** — підкреслював роль функціональних систем, де біль є елементом складного адаптивного акту.

- **Б. Г. Ананьєв** — вказував на індивідуальні психологічні особливості як фактор сприйняття соматичних станів.
- **Г. Бічер** — показав, що контекст (бойове поранення vs. цивільна травма) радикально змінює сприйняття болю.
- **Л. Беркенбліт** — досліджував роль емоційного конфлікту в зміні порогу больової чутливості.
- **Дж. Енгель** — запропонував **біопсихосоціальну модель**, яка об'єднала клінічні, психологічні та соціальні аспекти захворювання, виступивши альтернативою редукціоністській біомедичній парадигмі.

Категорія розладів	Приклади діагнозів	Ключові особливості
Психосоматичні захворювання (згідно з «чикагською сімкою»)	Бронхіальна астма, Виразкова хвороба, Гіпертонія, Ревматоїдний артрит, Виразковий коліт, Атопічний нейродерматит, Цукровий діабет	Психологічний конфлікт реалізується через соматичний механізм. Захворювання мають стабільний перебіг.
Розлади з домінуванням психічних факторів	Синдром панічної атаки, Іпохондрія, Анорексія, Булімія	Психічні фактори є провідними у розвитку симптомів. Часто функціональні розлади.
Розлади з домінуванням соматичних факторів	Онкологічні хвороби з депресивною реакцією, Інсульт з тривожними порушеннями	Соматичне захворювання провокує вторинні психологічні труднощі.
Істероконверсійні розлади	Конверсійна сліпота, Параліч, Глухота без органічної основи	Психічний конфлікт «перетворюється» на тілесний симптом символічного

		характеру.
Соматоформні розлади	Хронічні головні болі, Болі в шлунку, Тахікардія, Порухення травлення без об'єктивних причин	Скарги мають психогенне походження, але проявляються у вигляді реального тілесного дискомфорту.

ТЕМА 5. ПСИХОЛОГІЯ ХВОРОГО ТА ЛІКУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА

План:

1. Психологічні особливості сучасних хворих.
2. Поняття внутрішньої картини хвороби.
3. Суб'єктивна і об'єктивна важкість захворювання.
4. Типи хвороб за значенням для особистості (за З.Д. Ліповскі).
5. Психологічні реакції на повідомлення про хворобу.
6. Типи психологічного ставлення до хвороби (А. Лічко, М. Іванов).
7. Форми поведінки (агравация, симуляція, дисимуляція).
8. Стигматизація і психологічні методи її подолання.
9. Госпіталізм як психологічне явище.
10. Психологія медичного працівника та його професійні психічні деформації.
11. Комунікативна компетентність лікаря.
12. Ятрогенії.
13. Взаємовідносини хворих у медичному закладі.

Текст лекції

Психологія хворого — це галузь клінічної психології, яка вивчає закономірності психічного реагування людини на хворобу, зміни в самоусвідомленні, поведінці, емоціях, мотивації та міжособистісних стосунках у зв'язку з соматичними або психічними порушеннями. Хвороба є не лише біологічним процесом, а й потужним психологічним фактором, що трансформує усі сфери життя індивіда.

Медико-психологічні особливості сучасного хворого

Сучасний пацієнт живе в умовах медіалізованого, інформаційно насиченого середовища, що формує складну систему очікувань, страхів, стереотипів щодо хвороб. Пацієнт дедалі частіше не просто об'єкт лікування, а суб'єкт із власною позицією, запитом, критичним мисленням. Це вимагає від лікаря не лише медичної компетентності, а й високого рівня

емоційного інтелекту, вміння вести діалог, забезпечити партнерське ставлення.

Водночас пацієнт часто відчуває тривогу, втрату контролю, ізоляцію, залежність, амбівалентність щодо лікування. На ці переживання накладаються культурні фактори, досвід попередніх хвороб, рівень освіти та індивідуальні особливості.

Суб'єктивна та об'єктивна важкість захворювання

Об'єктивна важкість визначається медичними показниками: характером ураження, ступенем порушення функцій, прогнозом, потребою в інтенсивній терапії.

Суб'єктивна важкість — це те, як пацієнт сам сприймає свою хворобу: рівень страждання, відчуття загрози, втрати автономії, страх болю, смерті або інвалідності. Іноді суб'єктивна важкість переважає об'єктивну: при тривожних розладах або соматоформній патології пацієнт відчуває крайні страждання без важкого органічного дефекту. В інших випадках (при онкології або тяжкій неврології) пацієнт може мінімізувати значення діагнозу через психологічні захисти.

Внутрішня картина хвороби

Внутрішня картина хвороби (ВКХ) — це система уявлень, переживань, установок пацієнта щодо свого захворювання, включно з емоційною, когнітивною, мотиваційною та поведінковою сферами. Термін увів В.М. Бехтерев, надалі розвинений Л. С. Виготським, Б. Д. Карвасарським, А. І. Абабковим та іншими.

ВКХ включає:

- **інформованість** про діагноз, прогноз, лікування;
- **оцінка** серйозності, контролю, ризиків;
- **емоційне ставлення** (тривога, депресія, агресія, надія);
- **поведінка** (активне/пасивне ставлення до терапії);
- **значення хвороби** для особистості (травма, випробування, шанс, покарання).

Ця картина формується під впливом особистісних факторів, соціального середовища, медичної комунікації, попереднього досвіду, релігійних або культурних переконань. Рівень її адекватності напряду пов'язаний з ефективністю лікування.

Типи хвороб і реакції на звістку про хворобу (З. Д. Ліповскі)

Згідно з З. Д. Ліповскі, існують типи захворювань за значенням для особи, які визначають специфіку психологічної реакції:

- **Гостра, загрозлива життя хвороба** (інфаркт, інсульт) — шок, паніка, страх смерті.
- **Хронічна прогресуюча** (розсіяний склероз, діабет) — депресія, фрустрація, втома, потреба в адаптації.
- **Стигматизуюча** (ВІЛ, психіатричні діагнози, онкологія) — ізоляція, сором, самозвинувачення, гнів.
- **Суперечлива хвороба** (фіброміалгія, ірритабельний синдром) — сумнів у реальності симптомів, іпохондрія, пошук «ідеального» лікаря.

Кожна група вимагає окремої моделі комунікації, емоційного супроводу, інтервенції.

Типи ставлення до хвороби (А. Лічко, М. Іванов)

А. Лічко та М. Іванов виділили кілька типів психологічного ставлення до хвороби, які впливають на прогноз, комплаєнс, динаміку психічного стану:

- **Нормотимічний тип** — адекватне розуміння, активна участь у лікуванні, емоційна стабільність.
- **Тривожно-депресивний** — перебільшення тяжкості, гіпертрофоване реагування, пасивність.
- **Іпохондричний** — фіксація на симптомах, постійні скарги, часті зміни лікарів.
- **Негативістичний** — заперечення діагнозу, конфлікти з персоналом, відмова від лікування.
- **Егоцентричний** — потреба у винятковій увазі, драматизація, маніпулятивність.
- **Апатичний** — байдужість, емоційна плоскість, зниження мотивації.

Ці типи можуть бути поєднані або змінюватися в динаміці залежно від перебігу хвороби.

Форми поведінки: агравація, симуляція, дисимуляція

- **Агравація** — перебільшення тяжкості симптомів. Часто має несвідомий характер. Може бути способом привернути увагу, уникнути відповідальності, отримати вторинні вигоди.
- **Симуляція** — свідоме інсценування симптомів із метою отримати конкретну вигоду (інвалідність, відпустка, уникнення покарання).
- **Дисимуляція** — заниження симптомів або заперечення наявності хвороби, часто в осіб із психотравмами, залежністю, страхом діагнозу.

Всі три реакції є прикладами адаптації до хвороби, і мають враховуватись при плануванні психокорекції.

Стигма та її подолання

Стигма — це соціальне тавро, що накладається на особу через її хворобу, особливо психічну, ВІЛ, рак, залежності. Вона включає публічну (соціальну), інституційну (системну), внутрішню (самостигму).

Стигма призводить до самоізоляції, депресії, відмови від лікування, уникнення діагностики. Психологічні підходи до подолання стигматизації включають:

- нормалізацію досвіду хвороби;
- підвищення самоцінності;
- розвінчання міфів через психоосвіту;
- залучення до груп підтримки;
- роботу з суспільними уявленнями через медіа.

Психологічні особливості лікувального середовища

Медичний заклад є психологічно насиченим простором, де виникає новий порядок — ритм, обмеження, залежність від процедур, режиму, персоналу. Пацієнт потрапляє в ситуацію втрати автономії, символічного «регресу». Важливими є фактори простору (стерильність, закритість), взаємодії (лікар-пацієнт), соціальної структури (палати, черги, правила).

Госпіталізм

Госпіталізм — психічне та емоційне виснаження, яке виникає при тривалому перебуванні в медичному закладі. Часто спостерігається в дітей, людей похилого віку, хронічних пацієнтів. Проявляється апатією, втратою ініціативи, залежністю, порушенням зв'язку з реальністю. Превенція включає індивідуалізацію догляду, залучення сім'ї, підтримку зв'язків ззовні.

Психологія медичного працівника

Медичний працівник — це особа, яка виконує роль не лише технічну, а й психологічну: носій надії, джерело безпеки, авторитет. Основними якостями ефективного медичного фахівця є:

- емоційна стійкість;
- емпатія;
- вміння давати чітку інформацію;
- толерантність до афекту пацієнта;
- навички саморегуляції.

Комунікативні компетентності лікаря

Якісна медична допомога неможлива без ефективної комунікації. Вона включає:

- вміння активно слухати;
- використання зрозумілої мови;
- адаптацію інформації до рівня пацієнта;
- невербальні сигнали підтримки;
- вміння давати погані новини (техніка SPIKES);
- чутливість до культурного й особистісного фону.

Комунікація напряму впливає на комплаєнс, рівень стресу, довіру, ефективність лікування.

Професійні психічні деформації медичного працівника

Хронічне емоційне навантаження може призводити до:

- **емоційного вигорання** (виснаження, цинізм, зниження професійної ефективності);
- **деформації емпатії** (байдужість, знецінення пацієнтів);
- **гіперконтролю** (надмірна директивність, втрата гнучкості);
- **формалізму** (лікування за протоколом без людяності).

Профілактика включає супервізію, командну підтримку, особисту психотерапію, відновлення балансу «робота-життя».

Ятрогенія

Ятрогенія — психічна або соматична шкода, завдана пацієнту лікарем через необережне слово, інтонацію, маніпуляцію або інформацію. Прикладами є:

- негативний прогноз без підтримки;
- груба комунікація;
- інструменталізація пацієнта;
- інтерпретація скарг як вигадки.

Наслідки — тривога, недовіра, порушення комплаєнсу, ПТСР.

Взаємовідносини між хворими

У лікувальному середовищі формується особлива соціальна мікроструктура: міжпацієнтська підтримка, суперництво, об'єднання за діагнозами. Взаємодія може бути ресурсною (групова терапія, обмін досвідом) або токсичною (нав'язування страхів, ізоляція).

Завдання психолога — фасилітація здорових контактів, робота з конфліктами, зміцнення почуття приналежності та підтримки.

Порівняльна характеристика симуляції та дисимуляції

Критерій	Симуляція	Дисимуляція
Сутність	Свідоме інсценування або перебільшення симптомів хвороби	Приховування або применшення наявних симптомів
Свідомість дій	Свідома дія пацієнта	Часто несвідома або напівсвідома дія
Мета	Отримання вигоди (звільнення від роботи, компенсація, уникнення покарання)	Уникнення діагностики, стигматизації, страх втрати статусу
Тип поведінки	Маніпулятивна, показова	Прихована, заперечувальна
Характер прояву	Яскравий, демонстративний прояв симптомів, що не підтверджуються об'єктивно	Стирання симптоматики, ігнорування медичних проблем
Медико-психологічне значення	Може ускладнювати встановлення істинного діагнозу, потребує медико-соціальної експертизи	Може призвести до пізньої діагностики, неправильного лікування
Труднощі діагностики	Висока — через переконливість поведінки та правдоподібність скарг	Висока — через небажання пацієнта відкривати інформацію, брак скарг

ТЕМА 6. СПЕЦІАЛЬНА КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

План:

1. Психологічні особливості пацієнтів кардіологічного профілю.
2. Зміни психічного стану при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.
3. Психологічна специфіка осіб з ендокринними захворюваннями.
4. Особливості психологічного стану пацієнтів із захворюваннями органів дихання.
5. Робота клінічного психолога у терапевтичному відділенні.
6. Психологічні особливості хворих акушерського та гінекологічного профілю.
7. Специфіка діяльності клінічного психолога в гінекологічному відділенні.
8. Психологічні реакції хворих в доопераційний та післяопераційний періоди.
9. Робота клінічного психолога у хірургічному відділенні.
10. Особливості психології пацієнтів з інфекційними захворюваннями.
11. Робота клінічного психолога в інфекційному відділенні.
12. Психологічні особливості осіб з косметичними дефектами та порушеннями органів чуття.
13. Специфіка роботи клінічного психолога в дерматологічному відділенні.
14. Психологія пацієнтів з онкопатологією.
15. Робота клінічного психолога з тяжкими хворими.
16. Психологічні особливості пацієнтів з психічними розладами.
17. Специфіка діяльності клінічного психолога в психіатричній лікарні.

Текст лекції

Психологічна підтримка соматичних хворих є одним із фундаментальних напрямів клінічної психології. Захворювання тіла не лише порушує фізіологічне функціонування, а й трансформує психічний стан, життєві установки, міжособистісні стосунки, ідентичність. Робота

клінічного психолога у соматичних стаціонарах вимагає міждисциплінарного мислення, знання психосоматики, кризової психології, психоосвіти та психології втрат.

Психологія хворих кардіологічного профілю

Кардіологічні хворі, особливо ті, що перенесли інфаркт міокарда, гіпертонічні кризи або страждають на хронічну ішемічну хворобу серця, демонструють специфічну структуру емоційних та когнітивних порушень. Високий рівень тривоги, страх повторного нападу, тривожно-депресивний стан, іпохондричні фіксації є типовими. Часто формується так званий «кардіоневроз» — стан тривожної фіксації на роботі серця без органічного ураження. Порушення сну, соматичні скарги, уникання фізичних навантажень, нав'язлива самоперевірка є частиною клінічного портрету.

Особливо складною є ситуація після перенесеного інфаркту, коли пацієнт потрапляє у кризу ідентичності — втрачається відчуття сили, знижується самооцінка, виникає страх смерті. Клінічний психолог має працювати над зменшенням тривоги, відновленням відчуття контролю, формуванням позитивної прогностичної моделі, а також надавати підтримку в адаптації до нових обмежень.

Психологія хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Захворювання ШКТ, особливо функціональні (синдром подразненого кишківника, функціональна диспепсія) мають тісний зв'язок із емоційною сферою. Часто такі хворі демонструють високий рівень тривоги, алекситимію, труднощі у вираженні емоцій. Симптоми виступають метафоричним проявом конфлікту («не можу переварити», «щось сидить у шлунку»). Гастроентерологічна патологія часто супроводжується істероїдними, астенічними або obsесивними рисами.

Клінічний психолог має враховувати, що пацієнт із хворобою ШКТ може бути психосоматично вразливим, демонструвати низький поріг стресостійкості, бути схильним до агравації. Робота з такими пацієнтами включає навчання навичок релаксації, тілесної усвідомленості, відновлення зв'язку між афектом та тілесною реакцією.

Психологія хворих ендокринологічного профілю

Ендокринні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз, гіпертиреоз, ожиріння) мають хронічний перебіг і вимагають високого рівня

комплаєнсу, що пов'язане з постійним самоконтролем. У пацієнтів з діабетом часто формується діабетична депресія — стан емоційного виснаження, тривоги, розчарування в ефективності лікування. Можлива поява апатії, гніву, конфліктів із близькими, порушення образу тіла.

Пацієнти з гіпотиреозом схильні до астенії, уповільненості, емоційної згладженості, а з гіпертиреозом — до тривожності, дратівливості, афективної нестабільності. Психолог має підтримати розвиток самоприйняття, внутрішньої мотивації до лікування, зменшити почуття провини за порушення режиму, допомогти у встановленні реалістичних цілей.

Психологія хворих із захворюваннями органів дихання

Бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), пневмонія супроводжуються страхом задухи, порушенням ритму дихання, тривожними очікуваннями приступу. Астма має психосоматичну природу: симптом — своєрідна метафора утриманої залежності або агресії. Пацієнти часто емоційно напружені, надконтрольні, тривожні. Можлива емоційна втома, ізоляція, обмеження соціальних контактів.

Завдання клінічного психолога — зменшити страх перед задухою, навчити дихальним технікам, відновити суб'єктність, працювати з темою контролю та безпеки.

Специфіка роботи клінічного психолога в терапевтичному відділенні

У терапевтичному відділенні клінічний психолог стикається з широким спектром соматичних патологій. Основні завдання: оцінка психічного стану, виявлення тривожних і депресивних реакцій, робота з соматоформними скаргами, супровід адаптації, зниження тривоги, поліпшення комплаєнсу.

Психолог виконує консультативну, психоосвітню, кризову функцію. Важливо підтримувати не лише пацієнта, а й родину, адаптувати інформацію до рівня сприйняття пацієнта, бути посередником між пацієнтом і лікарем.

Психологія хворих з акушерською та гінекологічною патологією

Гінекологічні хвороби зачіпають ідентичність, сексуальність, репродуктивні очікування. Ендометріоз, безпліддя, онкопатологія статевих

органів викликають тривогу, сором, почуття втрати, фемінної меншовартості. Ускладнення вагітності або викидні викликають глибоку кризу. Жінки часто вразливі до депресії, ПТСР, тривожних розладів.

Психолог має забезпечити простір для вираження складних емоцій, відновити відчуття жіночої цінності, підтримати формування нових життєвих сценаріїв, працювати з горем втрати або перериванням вагітності.

Специфіка діяльності клінічного психолога в гінекологічному відділенні

Психолог супроводжує жінку від діагностики до післяопераційної адаптації. Важливо бути чутливим до тем тілесності, самооцінки, сексуальності, страху безпліддя. Робота проводиться як індивідуально, так і в парному або сімейному форматі.

Психологія хворих у до- та післяопераційний період

Операція — це травматичний фактор для психіки. У доопераційний період домінують страх болю, наркозу, ускладнень, смерті. Пацієнт може проявляти регресивну поведінку, підвищену потребу в підтримці, агресію, соматичні реакції (тахікардія, пітливість).

Після операції часто виникає апатія, астенія, зміна образу тіла, депресивні реакції. У випадку ускладнень — реактивні психози, дезорієнтація, страх незворотності змін. Психолог працює з тривогою, зміцненням внутрішніх ресурсів, адаптацією до нового функціонального стану.

Специфіка діяльності психолога в хірургічному відділенні

Психолог має навички кризової інтервенції, стратегії стабілізації, навички психоосвіти. Важливо підтримувати лікаря у комунікації, оцінювати ризик дезадаптації, проводити дихальні практики, навчати емоційній регуляції.

Психологія хворих з інфекційними захворюваннями

Інфекційні хвороби, особливо ті, що мають соціально значущий статус (ВІЛ, гепатити, COVID-19), супроводжуються високим рівнем стигми, тривоги, ізоляції, гніву, почуття вини. Пацієнт може втратити контакт із близькими, відчувати себе небезпечним, неприйнятним.

Клінічний психолог має допомогти відновити самоцінність, забезпечити психосоціальну підтримку, навчити навичкам подолання тривоги, сприяти інтеграції досвіду хвороби у життєву історію.

Специфіка діяльності психолога в інфекційному відділенні

Умови карантину, ізоляції, ризику погіршують психоемоційний стан. Психолог організовує психоосвіту, телефонні консультації, стабілізаційні бесіди, підтримує персонал, оцінює рівень тривоги, працює з гострими стресовими реакціями.

Психологія хворих з косметичними дефектами та дефектами органів чуття

Пацієнти з вадами зовнішності або сенсорними порушеннями (втрата слуху, зору) переживають глибоку трансформацію Я-образу, стикаються з ізоляцією, стигматизацією, порушенням комунікації. У таких осіб часто знижується самооцінка, розвивається депресія, виникає уникнення соціальних контактів.

Психолог працює з тілесним образом, навчає позитивному самоприйняттю, підтримує розвиток альтернативних способів комунікації та соціального включення, працює із самостигмою.

Специфіка діяльності психолога в дерматологічному відділенні

Клінічний психолог враховує символічне значення шкіри як межі між Я та світом. Важливо виявити психологічні чинники загострення (стрес, конфлікти), працювати з афективною сферою, формувати навички адаптації. Значну увагу слід приділяти роботі з підлітками, для яких зовнішність є критичним компонентом самооцінки.

Психологія хворих з онкопатологією

Онкологічний діагноз — це психологічна катастрофа. Пацієнт стикається зі страхом смерті, болю, ізоляції, втрати автономії. Формуються етапи прийняття: заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття. Поширені ПТСР, екзистенційна тривога, суїцидальні думки. Пацієнти втрачають сенс життя, стикаються з втратою функцій, фертильності, планів на майбутнє.

Психолог має бути стабілізуючим агентом, працювати з горем, страхом, прийняттям кінцівки, підтримувати контакт з родиною, координувати паліативну допомогу, застосовувати екзистенційні та наративні методи.

Специфіка діяльності клінічного психолога з важкими хворими

Робота з важкими хворими вимагає граничної емпатії, стійкості, готовності торкатися тем смерті, сенсу, надії. Важливими є підтримка суб'єктності, можливості приймати рішення, збереження гідності до кінця, валідація страждання.

Психолог також супроводжує родину, готує до втрати, працює з почуттям провини, розгубленістю. Важливо інтегрувати тілесні, духовні, психоемоційні стратегії.

Психологія хворих з психічними розладами

Психічні розлади супроводжуються зміною структури особистості, порушенням адаптації, мислення, сприйняття, емоцій. Кожна група захворювань (афективні, психотичні, тривожні, розлади особистості) має свою специфіку психоедукації, підтримки, терапії. Важливо враховувати критичність, рівень інсайту, схильність до суїцидальної поведінки, регресивні механізми.

Специфіка діяльності клінічного психолога в психіатричній лікарні

Психолог виступає як елемент мультидисциплінарної команди, бере участь у діагностиці, психотерапії, оцінці динаміки, мотивації до лікування. Він працює з хронічними пацієнтами, родинами, супроводжує процес ресоціалізації, адаптації до життя після виписки.

Особлива увага приділяється корекції дефіцитарних функцій, розвитку навичок комунікації, саморегуляції, підвищенню самоцінності, роботі з темою стигми та соціального повернення.

ТЕМА 7. ВІКОВА КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

План:

1. Поняття про нормальний та аномальний розвиток людини.
2. Біологічні та соціальні фактори розвитку психіки.
3. Розлади психіки в немовлячому та ранньому віці (за В. Ковальовим, Д. Ісаєвим).
4. Ознаки розладів спектру аутизму.
5. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ): клінічні прояви.
6. Особливості проявів страху у дітей різного віку.
7. Психічні та психосоматичні розлади в дошкільному віці.
8. Психічні та психосоматичні розлади у дітей молодшого шкільного віку.
9. Особливості поведінкових розладів у підлітків.
10. Психопатологія юнацького віку.
11. Особливості психічних розладів дорослих осіб.
12. Психічні порушення в осіб похилого віку.

Текст лекції

Психічний розвиток людини є складним біопсихосоціальним процесом, у якому інтегруються генетичні, нейрофізіологічні, психологічні та соціокультурні чинники. Нормальний розвиток відбувається за певними закономірностями, але в кожного індивіда — індивідуально. Аномальний розвиток пов'язаний із порушенням цих закономірностей, яке може проявлятися на різних етапах життя і бути зумовленим як вродженими (біологічними), так і набутими (соціальними) факторами.

У психопатології розрізняють біологічні складові (генетичні мутації, мозкові дисфункції, ендокринні розлади, органічні ураження) та соціальні (недостатність догляду, насильство, травматичні події, педагогічна занедбаність). Нормальний розвиток ґрунтується на синхронності біологічної зрілості та соціальної адаптації. Якщо порушено один із компонентів, виникає ризик девіантного розвитку.

У перинатальному періоді, немовлячому та ранньому віці найвразливішими є нейропсихологічні механізми, зокрема емоційна регуляція, сенсомоторний розвиток, мова, соціальні реакції. За даними В. Ковальова та Д. Ісаєва, розлади психіки в цьому віці часто не мають сформованої структури, але характеризуються затримкою або збаченням функціонального розвитку.

До типових порушень належать порушення ритму сну, харчування, дратівливість, афективна нестабільність, відсутність реакцій на соціальні стимули. У більш тяжких випадках виявляються затримка мовного розвитку, сенсорна гіпочутливість або гіперчутливість, розлади прив'язаності. Відсутність міміки, контакту очима, байдужість до дорослих або, навпаки, безрозбірлива прихильність може свідчити про ранні ознаки аутистичного спектра або порушення розвитку особистості.

Розлади спектра аутизму включають широкий діапазон симптомів, що виникають у перші три роки життя. Серед ключових ознак — відсутність соціальної взаємодії, труднощі у встановленні контакту, брак інтересу до гри, особливо сюжетно-рольової, затримка мовного розвитку або відсутність мови, ехолоалії, ритуалістична поведінка, фіксація на предметах. Часто спостерігається сенсорна дезінтеграція — надмірна або недостатня реакція на звуки, дотики, світло. У деяких дітей є інтелектуальний дефіцит, в інших — збережений або навіть підвищений інтелект у вузьких сферах (так звані саванти).

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) проявляється у дітей віком від 3–5 років, але чіткі клінічні ознаки з'являються в шкільному віці. Основними симптомами є нестійкість уваги, імпульсивність, гіперактивність, нездатність до планування, недостатність самоконтролю. Поведінка таких дітей є хаотичною, вони часто порушують правила, не можуть довго концентруватися, не завершують завдання, перебивають інших. Вони схильні до травматизму, порушення взаємин із ровесниками, педагогічної занедбаності. В емоційному плані домінує лабільність, іноді агресивність, фрустрація. Причини СДУГ мають переважно нейробиологічну природу, але соціальні умови значно впливають на перебіг і компенсацію симптомів.

Страхи у дітей — нормальне явище певного вікового періоду, однак за надмірної інтенсивності, тривалості й неадекватності вони переходять у патологічну форму. У ранньому віці домінують страхи відокремлення,

темряви, шуму. У дошкільному — страхи тварин, смерті, самотності. У шкільному віці — страхи оцінки, невдачі, хвороби, соціальної неприйнятності. Фобічна поведінка, уникання, нав'язливі ритуали можуть сигналізувати про розвиток тривожного розладу або obsесивно-компульсивного розладу.

У дошкільному віці часто виникають **психосоматичні реакції** — нічний енурез, порушення апетиту, нудота, блювота, тикозні рухи. Психічні розлади можуть проявлятися у формі тривожного неврозу, дитячої депресії, істеричних реакцій. Дошкільник ще не в змозі вербалізувати емоції, тому тілесні симптоми є формою вираження дистресу. У цьому віці важливо працювати через гру, арт-терапію, залучення батьків.

Молодший шкільний вік є критичним щодо формування самооцінки та навчальної мотивації. Психічні розлади проявляються порушенням адаптації, шкільною тривогою, психогенною втомою. Соматоформні розлади (болі в животі, голові без органічної причини), енкопрез, заїкання є частими проявами психічного напруження. Діти стають більш чутливими до оцінок, що формує ризик виникнення комплексів, агресії, соматизації.

У підлітковому віці психопатологія набуває нових форм. Типовими стають **розлади поведінки** — агресія, бунт, конфлікти з дорослими, девіантна поведінка, раннє вживання психоактивних речовин, суїцидальні спроби. Це період ідентифікаційної кризи, розриву з батьківським авторитетом, експериментування зі статусом, тілом, сексуальністю. Емоційна нестабільність, різкі зміни настрою, імпульсивність, афективна напруженість є частими характеристиками.

Розлади поведінки можуть бути ситуативними, але в разі закріплення переходять у розлади особистості або соціалізовану поведінкову патологію. Супутніми симптомами є тривога, депресія, порушення сну, дезадаптація в колективі. Психологічна робота має бути системною, із залученням сім'ї, школи, іноді медичних структур.

Психопатологія юнацького віку часто асоціюється з формуванням межових і психотичних розладів. У цей період можуть дебютувати ендогенні хвороби — шизофренія, біполярний розлад, тяжка депресія. Ознаками можуть бути: зміна поведінки, емоційне відчуження, дивацтва, параноїдальні фантазії, марення, галюцинації, дезорганізація мислення. Порушення самоідентифікації, деперсоналізація, дереалізація, ізоляція вказують на тяжкий дистрес. У цей період особливо високий ризик суїциду,

тому клінічний контроль, психотерапевтична підтримка й раннє втручання є критично важливими.

У період дорослості психічні розлади можуть набувати латентного або маскованого характеру. У цьому віці поширені афективні порушення, розлади тривоги, психосоматичні захворювання, obsесивно-компульсивний розлад, адикції. Також можливі реактивні депресії у зв'язку з життєвими кризами, розлученням, втратою роботи, ролі, близьких.

Особливу групу становлять **розлади особистості**, що формуються у молодому віці і залишаються стабільними. Їх структура охоплює патологічні риси характеру, емоційну нестабільність, міжособистісні труднощі, порушення саморегуляції. Під час стресу особистісні порушення можуть переходити у дезадаптивні форми.

У похилому та старечому віці зростає поширеність **нейрокогнітивних розладів** — деменція (хвороба Альцгеймера, судинна деменція), делірій, паркінсонізм. На фоні вікових змін часто розвиваються тривожні та депресивні стани, які маскуються під соматичні скарги. Часто виявляються соціальна ізоляція, втрата сенсу, страх смерті, песимізм, іноді суїцидальні думки. Також можливе загострення раніше компенсованих розладів особистості.

Особливістю старечої психопатології є те, що вона поєднується із соматичною патологією, сенсорними дефіцитами, зниженням мобільності. Це вимагає мультидисциплінарного підходу, використання когнітивних, поведінкових, арт- та музикотерапевтичних методик, підтримки родини, створення безпечного середовища.

Таким чином, психічне здоров'я людини протягом життя зазнає численних змін, і на кожному віковому етапі існують свої вразливості та ризики. Завдання клінічного психолога полягає не лише у виявленні симптоматики, а й у розумінні вікового контексту, механізмів адаптації, соціального впливу, особистісних чинників. Психологічна підтримка повинна бути чутливою до віку, біографії, ресурсу людини й спрямованою на збереження її гідності, суб'єктності й психічної рівноваги.

Клінічний кейс: дитина з розладами аутистичного спектра

Пацієнт: Андрій, 3 роки 10 місяців

Направлення: дитячий невролог направив до клінічного психолога у зв'язку з підозрою на затримку психомовного розвитку.

Скарги батьків:

Мати хлопчика зазначає, що дитина майже не говорить — лише окремі склади, повторює уривки з мультфільмів, часто не реагує на звертання. Не виконує інструкцій, уникає зорового контакту, не цікавиться іншими дітьми. Дуже прив'язаний до деяких предметів (шнурівка від капців, пластикове кільце), може годинами їх розглядати або крутити. У разі зміни маршруту прогулянки — істерика. Погано спить, прокидається з криком. У віці 1,5 року перестав вживати слова, які вже знав.

Історія розвитку:

Вагітність перебігала з токсикозом І триместру, пологи — природні, але зі слабкістю родової діяльності. Ранній розвиток без значних ускладнень. До 1,5 року починав формувати мову, грався з дорослими, потім поступово став відстороненим.

Спостереження під час первинної консультації:

Андрій не реагує на ім'я, не дивиться в очі, не демонструє інтересу до іграшок, не вступає у контакт. При спробі взяти предмет — агресивно його відстоює. Повторює стереотипні рухи руками, видає монотонні звуки. Не використовує вказівний жест. З мамою веде себе спокійно, але не шукає підтримки.

Психодіагностика:

- За шкалами CARS та M-CHAT — високий ризик аутистичних порушень.\n- Виявлено затримку в розвитку мовлення, соціальних навичок, емоційної взаємодії.

Психологічний висновок:

Симптомокомплекс відповідає критеріям РАС. Необхідне мультидисциплінарне обстеження, включаючи психіатра, логопеда, дефектолога. Рекомендовано раннє втручання (АВА, сенсорна інтеграція, логопедичний масаж), робота з батьками, супровід психолога.

ТЕМА 8. ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я. ПСИХОГІГІЄНА ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКА У КЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

План:

1. Психологічні механізми підтримання здоров'я особистості.
2. Поняття психічного та психологічного здоров'я, їх співвідношення.
3. Основні риси психологічно здорової особистості за К. Роджерсом.
4. Поняття про внутрішню картину здоров'я особистості.
5. Психологічні характеристики «врівноваженої» особистості.
6. Основи психогігієни: поняття та завдання.
7. Методи психогігієни.
8. Психогігієна пацієнта та медичного працівника: специфіка та принципи реалізації.
9. Основи психопрофілактики: поняття, завдання, принципи.
10. Рівні психопрофілактики:
11. Види психопрофілактики.
12. Універсальна та вибіркова психопрофілактика: поняття, методи, особливості застосування.
13. Особливості психопрофілактики психічних розладів в сучасних умовах.

Текст лекції

Здоров'я особистості — це не лише відсутність хвороб, а й високий рівень адаптації, цілісність, здатність до емоційної регуляції, конструктивного мислення, усвідомленої поведінки. У клінічній психології розуміння здоров'я виходить за межі медичної моделі: воно трактується як динамічний психосоціальний процес підтримки внутрішньої рівноваги та ефективної взаємодії із зовнішнім середовищем. Це розуміння передбачає

вивчення механізмів, які забезпечують не лише лікування, а й збереження та відновлення психічного ресурсу особи.

Психологічні механізми, що забезпечують здоров'я особи

У системі підтримання здоров'я психологічні механізми відіграють ключову роль. До таких механізмів належать:

- **адаптація** — здатність ефективно пристосовуватися до змін середовища та внутрішніх станів;
- **саморегуляція** — контроль над емоціями, поведінкою, мисленням;
- **копінг-стратегії** — способи подолання стресу, фрустрації, конфліктів;
- **рефлексія** — усвідомлення власного внутрішнього світу, емоцій, потреб;
- **соціальна підтримка** — здатність формувати позитивні міжособистісні зв'язки;
- **мотивація до розвитку** — прагнення до самоактуалізації, вдосконалення.

Ці механізми взаємопов'язані з типом особистості, рівнем емоційного інтелекту, вихованням, досвідом та середовищем, у якому функціонує індивід. Здоров'я — це не статика, а процес активного збереження динамічної рівноваги.

Психічне та психологічне здоров'я: співвідношення понять

Психічне здоров'я — категорія, що переважно використовується в медичному, психіатричному контексті, означає відсутність виражених психічних порушень, збереження когнітивних, афективних, поведінкових функцій. Воно є об'єктом діагностики за міжнародними класифікаціями (МКХ-11, DSM-5).

Психологічне здоров'я — ширше поняття, що включає особистісну зрілість, здатність до любові, праці, емпатії, розвитку. Це категорія гуманістичної та позитивної психології, яка фокусується не лише на патології, а на потенціалі. Психологічно здорова людина не лише «не хворіє», а й розвивається, усвідомлює себе, проживає емоції, створює зв'язки, має автономну та відповідальну позицію.

Риси психологічно здорової особи (за К. Роджерсом)

Карл Роджерс, основоположник гуманістичної психології, описував психологічно здорову особу як таку, що:

- відкрита до досвіду;
- довіряє своїм переживанням;
- живе у повній присутності з теперішнім моментом;
- діє з внутрішньої позиції «Я»;
- здатна до емпатії, любові, прийняття інших;
- постійно розвивається, змінюється, не боїться невизначеності;
- не шукає зовнішнього схвалення як єдиного джерела цінності.

На думку Роджерса, така особистість є «повноцінно функціонуючою», а її здоров'я — результат інтеграції, а не уникання проблем.

Поняття про внутрішню картину здоров'я

Внутрішня картина здоров'я (ВКЗ) — це суб'єктивне уявлення людини про власний фізичний і психічний стан, включаючи образ тіла, уявлення про ресурси, стійкість, межі, стратегії підтримки балансу. ВКЗ формується під впливом виховання, медичного досвіду, культури, інтерпретації симптомів.

Людина може вважати себе здоровою навіть із хронічною хворобою (високий рівень адаптації) або, навпаки, переживати хворобу при відсутності соматичних порушень (іпохондрія). Робота з ВКЗ — важлива частина психотерапії, психоосвіти, профілактики.

Особливості «врівноваженої» людини

Врівноваженість — це не лише відсутність імпульсивності, а здатність зберігати внутрішню опору навіть у стресі. Така людина виявляє стійкість (ресиліентність), має доступ до регуляторних механізмів, усвідомлює свій емоційний стан, здатна до самозаспокоєння, приймає відповідальність за свій стан.

Врівноваженість ґрунтується на сформованому образі Я, досвіді адаптації, підтримуючому соціальному середовищі. Це особа, що здатна зберігати людяність і самоповагу навіть у розбалансованому світі.

Психогігієна у клінічній психології

Психогігієна — це наука і система практичних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я, формування здорового способу мислення, профілактику нервово-психічних перевантажень. У клінічній психології психогігієна є фундаментом профілактичної, освітньої та терапевтичної роботи. Вона застосовується у всіх контекстах: медичних, освітніх, соціальних.

Клінічний психолог виконує роль провідника психогігієни, навчаючи навичкам самозаспокоєння, усвідомлення, тілесної регуляції, формування кордонів, оптимального режиму праці й відпочинку. Особливо важливе значення психогігієна має в умовах високого рівня стресу — у медичних, бойових, освітніх установах.

Методи психогігієни

Методи психогігієни поділяють на індивідуальні й групові, когнітивні, поведінкові, тілесні, духовні:

- психоосвіта (інформування про природу емоцій, стресу);
- гігієна сну, харчування, праці;
- медитація, тілесні практики (дихання, йога);
- самопостереження, щоденники;
- обмеження впливу токсичного середовища;
- розвиток емоційного інтелекту;
- регулярна психологічна підтримка, терапевтична супервізія.

У медичному контексті психогігієна спрямована на зниження тривожності, профілактику вигорання, роботу з інформаційними перевантаженнями.

Психогігієна хворого та медичного працівника

Психогігієна хворого включає допомогу у формуванні реалістичної внутрішньої картини хвороби, навички емоційного самозаспокоєння,

підтримання режиму, прийняття допомоги, відновлення ресурсів. Клінічний психолог допомагає пацієнту адаптуватися до обмежень, формувати мотивацію до лікування, зберігати гідність.

Психогігієна медичного працівника є критично важливою, особливо в умовах багаторічного стресу. Вона включає:

- тайм-менеджмент;
- емоційну розгрузку (супервізії, інтервізії);
- формування меж професійної відповідальності;
- відновлення через хобі, відпочинок;
- техніки самоспостереження та когнітивної реструктуризації;
- емоційне навчання в команді.

Поняття психопрофілактики

Психопрофілактика — це комплекс заходів, спрямованих на попередження виникнення, загострення або рецидиву психічних і психосоматичних розладів. У клінічній психології психопрофілактика розглядається як цілісний підхід до підтримки здоров'я, що охоплює особу, середовище, освітній та медичний простір.

Психопрофілактика є активним, а не реактивним методом — вона передбачає дію до настання розладу або в його ранній стадії.

Етапи психопрофілактики

Первинна профілактика — попередження виникнення психічних розладів у здорових осіб. Вона включає психоосвіту, формування навичок емоційної регуляції, роботу з сім'ями, розвиток життєстійкості, підтримку соціального капіталу.

Вторинна профілактика — раннє виявлення симптомів, попередження ускладнень. Сюди належить скринінг у школах, медичних установах, робота з групами ризику (діти, підлітки, люди похилого віку), кризове консультування.

Третинна профілактика — запобігання рецидивам, підтримка ремісій, адаптація осіб після лікування. Вона передбачає психотерапію, групи підтримки, інклюзію, роботу з родинами.

Види психопрофілактики

- **Індивідуальна** – персоналізована робота з пацієнтом або особою в ризику.
- **Групова** – тренінги, освітні програми, арт-терапія.
- **Організаційна** – створення сприятливого мікроклімату в колективах.
- **Соціальна** – просвітництво, антистигматизаційні кампанії.

Універсальна та вибіркова психопрофілактика

Універсальна — профілактика, яка застосовується до широких верств населення, незалежно від рівня ризику. Це інформаційні кампанії, освітні програми, курси з психогігієни в школах і ВНЗ.

Вибіркова — спрямована на групи з підвищеним ризиком (діти з проблемних сімей, ветерани, особи з хронічними хворобами, медичні працівники). Такі заходи мають вищу інтенсивність і специфічний зміст, спрямований на конкретні уразливості.

Психопрофілактика психічних розладів

У сучасній системі охорони здоров'я психопрофілактика психічних розладів визнається одним із ключових інструментів. Вона базується на ранньому виявленні маркерів ризику, модифікації факторів середовища, формуванні психічної резистентності.

Приклади ефективної психопрофілактики:

- інтервенції у підлітковому середовищі для запобігання депресії;
- програми для батьків дітей із РАС або СДУГ;
- навчання саморегуляції для військових;
- психотерапевтична підтримка в онкології для запобігання реактивній депресії.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. **Клінічна психологія: навчальний посібник** / за ред. В. Г. Панка. Київ : Центр учбової літератури, 2020. 432 с.
2. Кочюнас Р. **Основи психологічного консультування**. Львів : Літопис, 2008. 368 с.
3. Rogers C. R. **On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy**. Boston : Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
4. **Mental health: strengthening our response** [Електронний ресурс]. World Health Organization. 2022. Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
5. Франкл В. **Людина в пошуках справжнього сенсу** / пер. з нім. В. Шовкуна. Київ : Наш Формат, 2018. 224 с.
6. Ананьєв Б. Г. **Людина як предмет пізнання**. Київ : Вища школа, 2006. 327 с.

Додаткова:

7. Bohlmeijer E. T., Bolier L., Westerhof G. J., Walburg J. A. **Mental Fitness: Boost Your Wellbeing and Resilience**. Amsterdam : Boom Publishers, 2013. 212 p.
8. Vaillant G. E. **Adaptive Mental Mechanisms: Their Role in a Positive Psychology**. American Psychologist. 2000. Vol. 55, No. 1. P. 89–98.
9. **Психологія здоров'я: навчальний посібник** / за ред. А. А. Кратюка. Київ : Каравела, 2015. 360 с.

Інформаційні ресурси

- 1. Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO) – Mental Health**
Сторінка з оглядом сучасних підходів до психічного здоров'я, стратегій психопрофілактики, статистики.
☞ <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- 2. Міністерство охорони здоров'я України – Психічне здоров'я**
Розділ офіційного сайту МОЗ України, присвячений питанням психічного благополуччя, програмі до 2030 року.
☞ <https://moz.gov.ua/psihichne-zdorovja>
- 3. Mental Health Europe (MHE)**
Європейська платформа психічного здоров'я, що надає ресурси з психогігієни, захисту прав пацієнтів і профілактики.
☞ <https://www.mhe-sme.org/>
- 4. UNICEF Ukraine — Психологічна підтримка дітей і підлітків**
Практичні рекомендації для батьків, вчителів, медиків щодо психопрофілактики та психологічної допомоги дітям.
☞ <https://www.unicef.org/ukraine/mental-health>
- 5. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11) – Психічні та поведінкові розлади**
Актуальна редакція МКХ від ВООЗ з офіційною структурою психічних розладів (англійською мовою). ☞ <https://icd.who.int/browse11/1/-en#/http://id.who.int/icd/entity/497818798>
- 6. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – Психічне здоров'я та профілактика**
Інформація для лікарів, психологів та громадян щодо профілактики психічних розладів. ☞ <https://nszu.gov.ua/news/psykhichne-zdorovia>
- 7. American Psychological Association (APA) – Mental Health Resources**
Довідкова база з питань психологічного здоров'я, інтервенцій, гігієни психіки. ☞ <https://www.apa.org/topics/mental-health>
- 8. Міжнародна організація «Mental Health Innovation Network» (MHIN)**
База інновацій у сфері психічного здоров'я: програми, інструменти, кейси для практиків. ☞ <https://www.mhinnovation.net/>