УДК 159.9:618.2+618.4]:61
DOI https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2025-2.16

Вікторія КОВАЛЕНКО
доктор педагогічних наук, кандидат психологічних наук, доцент,
завідувач кафедри спеціальної педагогіки,
Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди
viktoria.kovalenko@hnpu.edu.ua
***ORCID:** 0000-0002-7792-4653*

Наталія СІНОПАЛЬНІКОВА
кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри спеціальної педагогіки,
Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди
sinopalnikova@ukr.net
***ORCID:** 0000-0002-5939-3916*

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ПІДЛІТКІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ

Анотація. Мета. *Стаття спрямована на теоретичне обґрунтування й узагальнення підходів до психологічної підтримки підлітків із генералізованим тривожним розладом в умовах сучасної соціокультурної та воєнної реальності, а також висвітлення сучасних методів психологічної допомоги. Здійснено спробу інтегрувати міждисциплінарні знання з нейропсихології, когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії та психосоціальної підтримки.* ***Методологія.*** *У дослідженні використано комплексний теоретико-аналітичний підхід, що включає критичний аналіз наукових джерел, міждисциплінарний синтез, класифікацію психотерапевтичних методів та узагальнення клініко-психологічних спостережень. Акцент зроблено на таких техніках, як експозиційна терапія, фіксація на тілесному стані, оцінювання страху, контробумовлення, рецепрокне гальмування, парадоксальна інтенція, дихальні й релаксаційні вправи.* ***Наукова новизна.*** *Уперше запропоновано інтегрований підхід до психологічної підтримки підлітків із ГТР, що поєднує індивідуальну психотерапію, психоедукацію родини, тілесно-орієнтовані техніки (включно з танцювальною терапією) і когнітивно-поведінкові інтервенції, адаптовані до умов воєнного часу. Висвітлено роль батьківського середовища як чинника стабілізації емоційного стану підлітка.* ***Висновки.*** *Ефективна психологічна підтримка підлітків із ГТР потребує комплексного й міждисциплінарного підходу, який ураховує нейрофізіологічні, когнітивні, емоційні та поведінкові чинники тривожності. Застосування адаптивних інтервенцій, включаючи психоосвіту для родини, методи соматичної регуляції (дихальні й рухові техніки), когнітивну перебудову мислення та нормалізацію сну, сприяє зменшенню симптомів тривоги, підвищенню стресостійкості й загальної якості життя підлітків у складних життєвих обставинах.*

Ключові слова: *генералізований тривожний розлад, симптоми, психологічна підтримка, підлітки, міждисциплінарний підхід, МКХ-11.*

© В. Коваленко, Н. Сінопальнікова, 2025
Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Viktoriia KOVALENKO
Doctor of Pedagogical Sciences, Candidate of Psychological Sciences (Ph. D.), Associate Professor,
Head of the Department of Special Pedagogy,
H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University
viktoria.kovalenko@hnpu.edu.ua
***ORCID:** 0000-0002-7792-4653*

Natalia SYNOPALNYKOVA
Candidate of Pedagogical Sciences (Ph. D.), Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Special Pedagogy,
H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University
sinopalnikova@ukr.net
***ORCID:** 0000-0002-5939-3916*

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR ADOLESCENTS WITH GENERALISED ANXIETY DISORDER

Abstract. Purpose. *This article aims to theoretically substantiate and synthesize current approaches to the psychological support of adolescents diagnosed with Generalized Anxiety Disorder (GAD) within the context of contemporary sociocultural and wartime realities. The study seeks to integrate interdisciplinary knowledge from neuropsychology, cognitive-behavioral therapy (CBT), body-oriented psychotherapy, and psychosocial support practices.* ***Methodology.*** *A comprehensive theoretical and analytical framework was applied, encompassing a critical review of scholarly literature, interdisciplinary synthesis, classification of psychotherapeutic interventions, and generalization of clinical-psychological observations. Particular emphasis was placed on techniques such as exposure therapy, interoceptive awareness and bodily focus, fear-rating scales, counterconditioning, reciprocal inhibition, paradoxical intention, and a range of breathing and relaxation exercises.* ***Scientific novelty.*** *The study introduces an integrated model of psychological support for adolescents with GAD, combining individual psychotherapy, family psychoeducation, sleep hygiene normalization, body-oriented interventions (including dance/movement therapy), and CBT-based techniques tailored to wartime conditions. The stabilizing role of the parental environment in adolescent emotional regulation is also highlighted.* ***Conclusions.*** *Effective psychological support for adolescents with GAD requires a comprehensive, interdisciplinary approach that addresses the neurophysiological, cognitive, emotional, and behavioral components of anxiety. The implementation of adaptive interventions – including family psychoeducation, somatic regulation methods (breathwork and movement-based techniques), cognitive restructuring, and sleep normalization – contributes to symptom reduction, enhanced stress resilience, and improved quality of life for adolescents facing adverse life circumstances.*

Key words: *Generalized Anxiety Disorder, symptoms, psychological support, adolescents, interdisciplinary approach, ICD-11.*

Постановка проблеми. У сучасних умовах глобальної нестабільності й соціальної турбулентності, спричиненої військовими подіями, інформаційним тиском і зростанням невизначеності майбутнього, психічне здоров'я підлітків набуває особливої значущості. Одним із найпоширеніших порушень психоемоційної сфери в підлітковому віці є тривожні розлади, які, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, входять до трійки найчастіших психічних станів серед молоді віком від 10 до 19 років [9].

Результати проведеного дослідження А. Токарчук, І. Коваль доводять, що внаслідок російсько-українського воєнного конфлікту в період 2014–2024 рр. спостерігається помітне зростання рівнів тривожності й депресивної симптоматики серед дітей підліткового віку. Зокрема, в умовах повномасштабного вторгнення зафіксовано значне підвищення як ситуативної тривожності (+26,7%), так й особистісної тривожності (+22,6%). Тривожність набуває клінічно виражених форм, які підпадають під діагностичні критерії психоемоційних розладів [2]. Учені наголошують, що «підлітковий вік є критичним у формуванні механізмів подолання тривожності, і недостатня підтримка на цьому етапі може призвести до хронізації розладу та розвитку супутніх депресивних станів». Цю думку підтверджує й зарубіжна наукова спільнота: «Невтручання на ранніх стадіях розвитку тривожного розладу значно підвищує ризик соціальної ізоляції, академічної неуспішності та зниження якості життя» [5].

Наукова спільнота (С. Кендал, Н. Компон, Т. Джонсон) наголошує на потребі розро-

блення й упровадження ефективних моделей психологічної підтримки підлітків із тривожними розладами. У контексті підвищеного навантаження на нервову систему важливими є не лише клінічні втручання, а й психоедукація, групова підтримка, інтерактивні методи арт- і когнітивно-поведінкової терапії, адаптовані до вікових і культурних особливостей [7]. Отже, проблема психологічної підтримки підлітків із генералізованим тривожним розладом (далі – ГТР) є надзвичайно актуальною як із наукового, так і з практичного погляду. Її розв'язання має сприяти формуванню цілісної системи психоемоційного супроводу в закладах освіти й в умовах сім'ї, а також запобіганню довгостроковим психічним порушенням у майбутньому дорослому житті.

Аналіз джерел та останніх досліджень. Проблема тривожних розладів у підлітковому віці посідає чільне місце в сучасній психології та психіатрії, оскільки саме в цей період формуються основні механізми саморегуляції, емоційного реагування та соціальної адаптації. За даними МКХ-11, «тривожні розлади проявляються протягом усього життя й характеризуються надмірними симптомами страху та тривоги протягом тривалого періоду часу, що супроводжуються змінами в поведінці й неспецифічним фізіологічним збудженням» [6].

У вітчизняній науці увагу до цієї проблематики приділяють такі дослідники, як О. Аліфер, О. Барна, І. Журавківський, І. Коваль, О. Скляренко, А. Токарчук, Ю. Чистовська, О. Хаустова, Т. Харченко й інші. Зокрема, О. Скляренко досліджував теоретичні аспекти проблеми тривожних розладів [3]. Наукові розвідки В. Коваленко, І. Литвин, О. Барна, О. Аліфер присвячені вивченню проблеми феноменології та симптоматики тривожних розладів [8]. О. Хаустова досліджувала питання виникнення тривожно-депресивних розладів в умовах дистресу війни в Україні, диференціації тривожних і депресивних розладів [4]. Ю. Чистовська, Т. Харченко, І. Журавківський вивчали питання особливостей етіології та патогенезу тривожних розладів і їх психотерапію. А. Токарчук, І. Коваль вивчали особливості тривожних станів підлітків у період війни [2]. Варто зазначити, що наявні дослідження переважно зосереджуються на загальних клініко-психологічних характеристиках тривожних розладів, механізмах їх виникнення, етапах діагностики або методах психотерапії в загальній популяції. Натомість цілісне, системне розкриття проблеми саме психологічної підтримки підлітків як особливо вразливої вікової групи з урахуванням соціокультурного й воєнного контексту залишається фрагментарним і недостатньо дослідженим. Це засвідчує актуальність подальших наукових розвідок, спрямованих на вивчення ефективних стратегій щодо психологічної підтримки підлітків із ГТР, розроблення практичних рекомендацій та інтеграцію відповідних підходів у систему освіти й охорони психічного здоров'я.

Мета статті – теоретичне обґрунтування й узагальнення підходів до психологічної підтримки підлітків із ГТР в умовах сучасної соціокультурної та воєнної реальності, а також висвітлення сучасних методів психологічної допомоги.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (Відомості Верховної Ради України, 2006, № 2–3, ст. 36; зі змінами, унесеними Законом України від 19.12.2017 № 2249-VIII), психологічна підтримка трактується як «система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі, спрямованих на оптимізацію її психоемоційного стану у процесі формування здібностей, самосвідомості, а також на сприяння соціально-професійному самовизначенню, підвищення конкурентоспроможності на ринку праці та реалізацію професійної кар'єри». На думку В. Панок, Я. Чаплак, Я. Андреєвої, психологічна підтримка передбачає психологічну допомогу особистості з використанням методів психологічної реабілітації, психотерапії, психоконсультування в складних життєвих обставинах, ситуаціях, що сприяє налагодженню життя й адаптації в суспільстві [1]. Таким чином, психологічна підтримка охоплює не лише корекцію чи стабілізацію психоемоційного стану, а й має виразне спрямування на особистісний розвиток, соціальну адаптацію та самореалізацію особи в життєвих і професійних сферах. Цей підхід є особливо важливим у роботі з вразливими категоріями населення, зокрема з дітьми й підлітками з тривожними розладами в умовах психотрав-

мівних подій, таких як війна, насильство або втрати.

Успішність психологічної підтримки підлітків із тривожними розладами безпосередньо залежить від комплексного аналізу двох ключових чинників: по-перше, від точного розуміння характеру тривожного розладу, його симптоматики, глибинних причин і динаміки прояву; по-друге, від обґрунтованого вибору психологічного підходу, що визначає як цілі психотерапевтичного втручання, так і засоби їх досягнення [1]. Перейдемо до аналізу сучасного трактування дефініції «тривожні розлади», їх етіології та патогенезу.

Згідно з МКХ, 11 тривожні розлади – це «розлади, що характеризуються надмірним переживанням страху й тривоги та відповідними порушеннями поведінки, за яких симптоми є різко вираженими, що призводять до значного дистресу чи порушень в особистій, сімейній, соціальній, навчальній професійній та інших важливих сферах функціонування» [6]. Страх і тривога є взаємопов'язаними, проте відмінними психологічними явищами. Страх розглядається як безпосередня реакція на реальну, актуальну загрозу, тоді як тривога – це емоційний стан, орієнтований на майбутнє, що виникає у відповідь на передбачувану або уявну небезпеку. Однією з ключових ознак, що дає змогу диференціювати тривожні розлади та фобічні, є фокус побоювань, тобто специфічний стимул або ситуація, що викликає емоційне збудження у формі страху чи тривоги. Клінічна картина цих розладів зазвичай супроводжується характерними когнітивними особливостями, які відіграють важливу роль у з'ясуванні природи страхів і тривожних очікувань пацієнта. Саме ці когнітивні компоненти можуть бути вирішальними при проведенні диференційної діагностики між окремими формами тривожних розладів. Ці розлади в МКХ-11 поділяються на кілька окремих нозологічних одиниць, кожна з яких має власну клінічну симптоматику й діагностичні критерії, а саме: генералізований тривожний розлад (6B00), панічний розлад (6B01), агорафобія (6B02), специфічна фобія (6B03), соціальний тривожний розлад (6B04), сепараційний тривожний розлад (6B05), селективний мутизм (6B06) [6].

Згідно з класифікацією МКХ-11, генералізований тривожний розлад (ГТР) визначається як психічний стан, для якого характерна персистентна, надмірна тривога, що триває протягом щонайменше кількох місяців, охоплюючи більшість днів у зазначений період. Ця тривожність може мати фоновий, генералізований характер або проявлятися у формі надмірного занепокоєння з приводу численних повсякденних ситуацій, пов'язаних із родинним життям, здоров'ям, навчанням чи іншими життєвими аспектами. До основних супутніх симптомів належать підвищене м'язове напруження, психомоторне збудження, вегетативні порушення, а також суб'єктивне відчуття нервозності, труднощі концентрації уваги й розлади сну. Ці клінічні прояви є стійкими й істотно впливають на функціонування особи в різних сферах життєдіяльності [6].

Сучасні досягнення в галузі функціональної та структурної нейровізуалізації головного мозку дали змогу ідентифікувати конкретні нейроанатомічні структури, що беруть участь у патогенезі тривожних розладів. Однією з ключових ділянок, залучених до процесів модуляції страху й тривоги, є мигдалеподібне тіло, яке входить до складу лімбічної системи й виконує центральну роль у формуванні емоційної реактивності [4; 10]. Іншою важливою структурою, залученою до механізмів тривожності, є гіпокамп, що забезпечує кодування подій у довготривалі спогади та контекстуалізацію емоційних переживань. Результати досліджень показали, що в осіб, які зазнали травматичного досвіду в дитинстві або брали участь у бойових діях, спостерігається зменшення об'єму гіпокампа порівняно з тими, хто не мав подібного досвіду, що може бути пов'язано з підвищеною вразливістю до посттравматичних і тривожних розладів [4; 10].

З біохімічної точки зору, провідну роль у нейрофізіологічному забезпеченні симптомів тривожності в центральній нервовій системі (ЦНС) відіграють такі нейромедіатори, як норадреналін, серотонін, дофамін і гамма-аміномасляна кислота. Крім того, участь у патогенезі можуть брати інші медіаторні системи, зокрема кортикотропін-рилізинг-фактор та інші нейропептиди, що регулюють реакції стресу.

На периферичному рівні численні вегетативні симптоми, характерні для тривожних розладів, опосередковуються вегетативною

нервовою системою, насамперед її симпатичним відділом. Активація симпатичної нервової системи зумовлює такі типові клінічні прояви тривоги, як тахікардія, пітливість, тремор, сухість у роті, порушення дихання й інші соматичні реакції, які супроводжують гострі або хронічні тривожні стани [4].

Проведений теоретичний аналіз джерельної бази з проблеми наукової розвідки дає змогу виокремити тетраду симптомів, притаманних ГТР підлітків, а саме:

– соматичні: пітливість, підвищене серцебиття, тремор, гіпервентиляція, порушення сну й апетиту, загальна втомлюваність;

– емоційні: дратівливість, емоційна нестабільність, тривожність, залежна поведінка, песимістичні настрої й утрата здатності отримувати задоволення, почуття безпорадності, неспокій, негативні передчуття;

– когнітивні: труднощі з концентрацією уваги й нерішучість, що часто поєднується з катастрофічними очікуваннями;

– поведінкові: звуження активності й незадоволеність якістю життя, підвищена настороженість, уникнення соціальних ситуацій, а також ритуалізовані дії, спрямовані на зниження рівня тривоги.

Однак для цілісного розуміння природи цих симптомів і способів надання психологічної підтримки необхідно звернутися до концептуальних підходів, які по-різному пояснюють походження тривожних розладів. Як зазначає О. Скляренко, у сучасній науці розрізняють кілька провідних напрямів, що охоплюють біологічні, психологічні та соціальні чинники [3].

Зокрема, психодинамічний підхід (З. Фройд) розглядає виникнення страхів як захисний механізм психіки, що виникає у відповідь на несвідомі конфлікти й витіснені імпульси, які надходять із системи «Ід».

Згідно з біхевіоральним підходом (Дж. Уотсон, Б. Скіннер), тривожні реакції є набутими через процеси класичного або оперантного обумовлення. Біхевіоральна модель пояснює фобії, специфічну поведінку та підтримку тривожності як наслідок закріплення реакцій уникнення, що знижують рівень страху й тим самим посилюють проблему.

Когнітивно-поведінковий підхід (далі – КПТ) поєднує поведінкові реакції з акцентом на роль когнітивних процесів у формуванні тривожних симптомів. Згідно з теорією А. Бека, тривожні розлади пов’язані з автоматичними думками, що мають катастрофічний зміст і зумовлюють хибне тлумачення загрози. Методики когнітивно-поведінкової терапії вважаються найефективнішими в лікуванні ГТР, соціофобії, панічного розладу.

У гуманістичній парадигмі, представниками якої є К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл, тривожність розглядається як результат невідповідності між «реальним» та «ідеальним» «Я» або як екзистенційна реакція на втрату сенсу, свободи чи вибору. Особливу увагу приділено екзистенційній тривозі, яку В. Франкл уважав «не патологічною», а природною реакцією людини на усвідомлення обмеженості життя, необхідності прийняття рішень і відповідальності.

У контексті інтегративного підходу, який поєднує біологічні (нейромедіаторні, генетичні), психологічні (когнітивні, емоційні) та соціальні (середовищні, культурні) фактори, зазначається, що тривожні розлади формуються як результат взаємодії спадкової вразливості, життєвого досвіду й стилю мислення (Е. Чейкен, Р. Хеймберг, К. Кендалл) [7; 8; 10].

Отже, кожен із психологічних підходів висвітлює різні грані проблеми тривожних розладів, що підкреслює необхідність міждисциплінарного й індивідуалізованого підходу в їх діагностуванні та подоланні.

Ефективна психологічна підтримка підлітків із ГТР має базуватися на міждисциплінарному підході, який об’єднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, біхевіоральних інтервенцій, тілесно-орієнтованої та гуманістично-екзистенційної терапій. Така інтеграція дає змогу не лише зменшити вираженість симптомів, а й розвинути в підлітка стійкість до стресу, здатність до саморефлексії, саморегуляції та адаптації до зовнішніх викликів. Розглянемо їх більш детально.

Методи тілесно-орієнтованої психотерапії.

Підлітки з ГТР часто стикаються із соматичними проявами тривожності, що супроводжуються гіпервентиляцією, тахікардією, м’язовим напруженням і психомоторною неспокійністю. Для стабілізації фізіологічного стану та зниження тілесного напруження доцільним є використання комплексу методів тілесно-орієнтованої терапії:

Дихальні вправи за схемою «вдих-пауза-видих»: варіанти дихальних циклів 5–5–5, 5–4–6, 5–3–7, 5–2–8, 5–1–9, 5–10 сприяють поступовій активації парасимпатичної нервової системи, зменшенню гіпервентиляції та стабілізації серцевого ритму.

Прогресивна м'язова релаксація за методом Е. Джекобсона: полягає в поетапному напруженні й розслабленні м'язів із фокусом на тілесні відчуття, що дає змогу відновити контроль над тілом, знижує рівень психофізіологічного збудження.

Танцювально-рухова терапія: як один із напрямів арттерапії, поєднує елементи вільного та структурованого руху для вираження емоцій через тіло, зняття хронічного м'язового напруження й підвищення тілесної усвідомленості. Дослідження доводять [10], що ритмічні рухи під музику сприяють активації дофамінергічної системи, що позитивно впливає на емоційний фон, самооцінку та відчуття безпеки. Особливо ефективною танцювальна терапія є в груповій формі, де, крім тілесної розрядки, активізується соціальна взаємодія та підтримка.

Методи когнітивно-поведінкової терапії.

У межах КПТ застосовуються практики, спрямовані на виявлення та модифікацію дисфункціональних автоматичних думок, які лежать в основі тривожного реагування.

Фіксація уваги на стані дає підлітку змогу навчитися трансформувати уникнення в толерантність до неприємних відчуттів, поступово знижуючи чутливість до них.

Оцінювання інтенсивності страху передбачає застосування шкали (від 1 до 100) для визначення рівня суб'єктивного занепокоєння, що сприяє кращому усвідомленню та нормалізації емоційного стану.

Експозиційна терапія включає поетапне й контрольоване зіткнення з тривожними ситуаціями або об'єктами, що допомагає зменшити інтенсивність страху й уникаючу поведінку.

Методи біхевіоральної терапії.

Контробумовлення (Дж. Вольпе) – створення нових нейтральних або позитивних асоціацій у відповідь на тривожні стимули за рахунок їх поєднання з релаксаційними станами.

Рецепрокне гальмування – методика, яка основана на фізіологічній несумісності тривожності й м'язового розслаблення, забезпечує ефективне зняття соматичного напруження.

Парадоксальна інтенція (В. Франкл) – навмисне підсилення або іронічне перебільшення тривожного симптому, що в парадоксальний спосіб знижує його інтенсивність і значущість для суб'єкта.

Психосоціальний контекст підтримки.

У воєнних умовах, коли підлітки переживають утрату безпеки, змушені адаптуватися до нових соціальних, побутових та освітніх реалій, зазнають змін у родинному середовищі, психологічна підтримка не може обмежуватися лише індивідуальною терапією. Вона має розширюватися до системної моделі, яка включає психоедукацію родини, стабілізацію середовища й нормалізацію базових життєвих рутин, зокрема сну, харчування, щоденної активності. Саме підтримка близького оточення, зокрема батьків, є визначальною у формуванні сталих адаптивних навичок у підлітків із тривожними розладами.

У цьому контексті особливої уваги потребує проблема порушення сну – одного з провідних соматичних компонентів ГТР. Сучасні дослідження засвідчують, що підлітки з підвищеним рівнем тривожності мають схильність до порушень циркадного ритму, зокрема до зниження рівня секреції мелатоніну, гормону, який регулює фазу засинання. Це призводить до гіперзбудливості нервової системи, труднощів із засинанням, частих нічних пробуджень і суб'єктивного відчуття втоми й емоційної виснаженості в ранкові години.

Порушення сну в підлітків із ГТР не лише ускладнюють перебіг основного розладу, а і є незалежним ризиком розвитку депресивних епізодів, погіршення когнітивного функціонування, ослаблення імунної системи та зниження навчальної успішності. Отже, правильно вибудована гігієна сну й формування здорових щоденних звичок є невід'ємним компонентом психопрофілактичної та психокорекційної роботи.

Серед ефективних стратегій підтримки сну в підлітків із тривожними розладами виокремлюють такі компоненти:

– підтримання стабільного режиму сну й пробудження незалежно від дня тижня;

– оптимізація предметно-просторових умов спальної кімнати (освітлення, температура, мінімізація шуму);

– обмеження стимуляторів за 2–3 години перед сном (кофеїну, гаджетів, важкої їжі);

– застосування когнітивних технік подолання нічної тривожності, включаючи техніку парадоксальної інтенції та корекцію катастрофічних мисленнєвих установок (заміна катастрофічних думок – «Я не засну – і все зіпсую» на адаптивні твердження – «Навіть при меншій кількості сну я впораюсь»; використання парадоксального наміру – свідоме бажання не заснути як засіб зниження внутрішнього тиску; техніка «паузи з поверненням»: якщо засинання не настає протягом 20–30 хв, варто перейти до спокійного заняття (читання, прослуховування музики), доки не з'явиться сонливість).

– релаксаційні вправи перед сном (дихальні вправи, м'язова релаксація, слухання заспокійливих аудіостимулів);

– щоденна помірна фізична активність і світлова гігієна з акцентом на денну експозицію природному освітленню й обмеження синього світла ввечері.

Роль батьків у цьому процесі є ключовою: емоційна присутність, послідовна поведінка, підтримка здорових звичок і готовність до співпраці з фахівцями – усе це створює стабілізуюче середовище для психоемоційного відновлення дитини. Таким чином, забезпечення здорового сну є не лише індикатором, а й детермінантою ефективної психологічної підтримки підлітків із тривожними розладами в умовах соціокультурної та воєнної турбулентності.

Висновки. У сучасних умовах соціокультурної нестабільності проблема тривожних розладів підлітків набуває особливої актуальності. Підлітковий вік є сенситивним періодом, коли формується система емоційної саморегуляції, копінг-стратегій і соціальної адаптації, а відсутність вчасної психологічної підтримки може призвести до хронізації тривожного стану, виникнення депресивних розладів, зниження навчальної мотивації та якості життя. ГТР у підлітковому віці має складну етіологію, що включає нейробіологічні, когнітивні, поведінкові й соціальні чинники. У структурі симптомів ГТР виявляються соматичні, емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти, серед яких на особливу увагу заслуговує порушення сну. Порушення циркадного ритму, зниження секреції мелатоніну, гіперзбудливість нервової системи формують додатковий ризик посилення тривожних симптомів.

Психологічна підтримка підлітків із ГТР має ґрунтуватися на поєднанні методів когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої терапії, біхевіорального підходу, психоедукації та створенні стабільного соціального середовища. Доведено ефективність таких методів, як експозиційна терапія, техніки когнітивної реструктуризації, шкалювання страху, дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, танцювальна терапія, контробумовлення й рецепрокне гальмування. Участь родини, її обізнаність щодо особливостей тривожного реагування та дотримання стабільного режиму функціонування становлять основу сталого психоемоційного відновлення. Отже, комплексна система психологічної підтримки підлітків із тривожними розладами має враховувати нейропсихологічні, когнітивні, поведінкові й соціальні чинники.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності поєднання онлайн- та офлайн-форм психотерапевтичної роботи, а також інтеграції сімейно-орієнтованих і шкільних інтервенцій для забезпечення стійкого терапевтичного ефекту.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Кихтюк О., Федотова Т. Психологічна підтримка особистості: методи та особливості роботи клінічного психолога. *Psychological Prospects Journal*. 2021. Вип. 38. С. 63–75.

2. Токарчук А., Коваль І. Підвищений рівень тривожності у дітей і підлітків свідків воєнного конфлікту: порівняльний аналіз, прогноз. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2024. Вип. 9(3). С. 28–31.

3. Скляренко О.М. Теоретичні аспекти тривожних розладів. *Науковий* часопис *Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12 «Психологічні науки».* 2016. Вип. 4. С. 69–75.

4. Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. *Психіатрія: погляд на проблему*. 2022. Вип. 4. С. 22–24.

5. Albano A.M., Hoffman L. Treatment of social anxiety disorder. *Kendall* P.C. *(Ed.). Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice.* 2018. P. 15–49.

6. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. URL: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1712535455 (дата звернення: 31.07.2025).

7. Kendall C. Philip, Compton, N. Scott, Walkup, T. John, & Piacentini J. Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders.* 2010. Vol. 24, Issue 3. P. 360–365.

8. Lytvyn I., Pakushyna L., Savytska O., Kovalenko V., Vyshnyk O. (2025). Pedagogical support for primary school pupils with severe speech difficulties within the framework of development and correction. *Health Leadership and Quality of Life*. 2025. Jul. 18 [cited 2025 Jul. 31]. P. 704. URL: https://hl.ageditor.ar/index.php/hl/article/view/704.

9. Mental health of adolescents. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health (дата звернення: 31.07.2025).

10. Rebello T., Keeley J., Kogan C. Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study. *Archives of Medical Research.* 2019. Vol. 50, Issue 8. P. 490–501.

REFERENCES:

1. Kykhtiuk, O., & Fedotova, T. (2021). Psykholohichna pidtrymka osobystosti: metody ta osoblyvosti roboty klinichnoho psykholoha [Psychological support of the individual: methods and features of the work of a clinical psychologist]. *Psychological Prospects Journal,* 38, 63–75 [in Ukrainian].

2. Tokarchuk, A., & Koval, I. (2024). Pidvyshchenyi riven tryvozhnosti u ditei i pidlitkiv svidkiv voiennoho konfliktu: porivnialnyi analiz, prohnoz [Increased level of anxiety in children and adolescents who witnessed the military conflict: comparative analysis, prognosis]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka,* 9 (3), 28–31 [in Ukrainian].

3. Skliarenko, O.M. (2016). Teoretychni aspekty tryvozhnykh rozladiv [Theoretical aspects of anxiety disorders]. *Naukovyi chasopys Natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni M.P. Drahomanova. Seriia 12: Psykholohichni nauky,* 4, 69–75 [in Ukrainian].

4. Khaustova, O.O. (2022). Tryvozhno-depresyvni rozlady v umovakh dystresu viiny v Ukraini [Anxiety and depressive disorders in conditions of war distress in Ukraine]. *Psykhiatriia: pohliad na problemu,* 4, 22–24 [in Ukrainian].

5. Albano, A.M., & Hoffman, L. (2018). Treatment of social anxiety disorder. In P. C. Kendall (Ed.). *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice,* 15–49 [in English].

6. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Retrieved from: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1712535455 [in English].

7. Kendall, C. Philip, Compton, N. Scott, Walkup, T. John, & Piacentini J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders,* 24(3), 360–365 [in English].

8. Lytvyn, I., Pakushyna, L., Savytska, O., Kovalenko, V., Vyshnyk, O. (2025). Pedagogical support for primary school pupils with severe speech difficulties within the framework of development and correction. *Health Leadership and Quality of Life* [Internet]. Jul. 18 [cited 2025 Jul. 31]; 4:704. Retrieved from: https://hl.ageditor.ar/index.php/hl/article/view/704 [in English].

9. Mental health of adolescents. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health [in English].

10. Rebello, T., Keeley, J. & Kogan, C. (2019). Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study. *Archives of Medical Research,* 50(8), 490–501 [in English].

Дата надходження статті: 31.07.2025
Дата прийняття статті: 27.08.2025
Опубліковано: 27.10.2025