

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова
Факультет психології та соціальної роботи
кафедра практичної психології та ментального здоров'я

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Особливості прояву адаптаційного потенціалу у осіб
із тривожним розладом особистості під час війни»**
on the topic: **«Peculiarities of manifestation of adaptation potential
in persons with anxiety disorder during the war»**

Виконала: студентка заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
Таракановська Ірина Олександрівна
Керівник: доктор філософії з психології,
доцент Кологривова Н.М.

Рецензент: Завідувачка кафедри практичної психології
Одеського національного морського університету,
кандидат психологічних наук,
старший дослідник Чумаєва Ю. В.

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ _____ від _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

Захищено на засіданні ЕК № __
протокол № __ від _____ 20__ р.
Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою, шкалою
ECTS, бали) Голова ДЕК

(підпис)

(ППП)

(підпис)

(ППП)

Зміст

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. Теоретичні основи дослідження адаптаційного потенціалу та тривожного розладу особистості	7
1.1. Концептуальні підходи до розуміння адаптаційного потенціалу.	7
1.2. Тривожний розлад особистості: клінічні прояви та діагностика.	12
1.3. Вплив воєнного стресу на психічне здоров'я осіб із тривожним розладом особистості.....	18
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I.....	28
РОЗДІЛ II. Емпіричне дослідження особливостей прояву адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості під час війни.....	30
2.1. Організація та методи проведення емпіричного дослідження.	30
2.2. Результати дослідження адаптаційного потенціалу та аналіз факторів, що впливають на нього у осіб із тривожним розладом особистості.	33
2.3. Порівняльний аналіз адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості та в контрольній групі.	46
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II	50
РОЗДІЛ III. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги особам із тривожним розладом особистості в умовах війни	53
3.1. Стратегії психологічної допомоги, спрямовані на підвищення адаптаційного потенціалу.	53
3.2. Рекомендації для психологів та соціальних працівників.	71
3.3. Профілактика розвитку тривожних розладів особистості.	77
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	83
ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90

ВСТУП

Актуальність теми визначається потребою наукового вивчення адаптаційного потенціалу осіб із тривожним розладом особистості (ТРО / AVPD) в умовах воєнного стресу. Тривала війна істотно трансформує психологічний стан населення, посилюючи тривожність, знижуючи здатність до саморегуляції та порушуючи соціальні зв'язки, що є ключовими для адаптації. Для осіб із ТРО ці чинники мають особливу значущість, оскільки їхня клінічна картина включає виражену унікальну поведінку, підвищену емоційну чутливість, ригідність когнітивних схем та знижену толерантність до невизначеності.

Війна стає постійним джерелом стресу, що активує патологічні патерни реагування та провокує зниження адаптаційного потенціалу. Однак саме адаптаційний потенціал визначає здатність особистості стабілізувати емоційний стан, підтримувати функціонування, здійснювати самоконтроль і зберігати ефективні соціальні взаємодії. Наукові джерела свідчать про недостатній рівень дослідження адаптаційних механізмів саме у осіб із ТРО, особливо в умовах війни, коли навантаження на когнітивно-емоційну сферу значно зростає.

З огляду на це постає потреба у вивченні факторів, що визначають рівень адаптаційного потенціалу, а також у розробленні психологічних стратегій допомоги, спрямованих на його зміцнення. Поглиблений аналіз цього явища сприятиме розумінню шляхів стабілізації психоемоційного стану, підвищення стресостійкості та формування нових копінг-механізмів у людей із ТРО.

- 1. Мета дослідження:** Виявити та описати особливості прояву адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості під час війни.
- 2. Завдання дослідження:**

- Проаналізувати теоретичні підходи до визначення адаптаційного потенціалу та тривожного розладу особистості, враховуючи сучасний науковий контекст.
- Сформулювати критерії оцінювання адаптаційного потенціалу в умовах стресу, викликаного війною, з урахуванням специфіки психологічної реакції на екстремальні ситуації.
- Провести емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення особливостей прояву адаптаційного потенціалу серед осіб із тривожним розладом особистості.
- Ідентифікувати ключові фактори, які впливають на адаптаційний потенціал цієї категорії осіб, приділяючи увагу як внутрішнім, так і зовнішнім чинникам.
- Розробити комплекс рекомендацій для практичної психологічної підтримки людей із тривожним розладом особистості в умовах війни, з акцентом на їх емоційну та психосоціальну стабілізацію.

3. Об'єкт дослідження: Адаптаційний потенціал осіб із тривожним розладом особистості.

4. Предмет дослідження: Особливості прояву адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості під час війни.

5. Методи дослідження:

- Теоретичний аналіз літератури.
- Емпіричні методи.
- Психодіагностичні.
- Клінічне спостереження.
- Статистичні методи обробки даних.

6. Організація та база проведення емпіричної роботи: Емпіричне дослідження проводилося у рамках кафедри практичної психології та ментального здоров'я Одеського національного університету імені І. І. Мечникова у 2025 році. Базою для збору даних стали психологічний центр університету, онлайн-групи підтримки осіб із симптомами тривожних

розладів, а також інтернет-платформи, орієнтовані на внутрішньо переміщених осіб та військовослужбовців. Дослідження здійснювалося дистанційно з використанням стандартизованих психодіагностичних методик. Добровільна участь, анонімність та дотримання етичних норм дослідження були гарантовані.

7. **Практичне значення роботи:** Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів для формування індивідуальних і групових психологічних втручань, спрямованих на посилення адаптаційного потенціалу осіб із тривожним розладом особистості. Отримані емпіричні дані та запропоновані рекомендації можуть бути корисними фахівцям у сфері психологічної допомоги, зокрема в умовах воєнного часу. Результати роботи можуть бути впроваджені у практику кризового консультування, психотерапевтичної підтримки, а також у розробку профілактичних програм для зниження ризику дезадаптації.
8. **Апробації та публікації:** Основні теоретичні положення та емпіричні результати кваліфікаційної роботи були апробовані у процесі участі в наукових конференціях та представлені у публікаціях. Зокрема, результати дослідження адаптаційного потенціалу осіб із тривожним розладом особистості в умовах війни висвітлювались на секції *«Психодіагностика ментального здоров'я особистості в умовах війни в Україні»* студентської наукової конференції, що відбулася в Одеському національному університеті імені І. І. Мечникова.

Матеріали дослідження були викладені у вигляді тез та наукових доповідей у співавторстві з науковим керівником, зокрема: – *«Використання методів діагностики для оцінки рівня стресу, тривоги та депресії»* (Ганенкова І. О., Кологривова Н. М.), де обґрунтовано психодіагностичний інструментарій, застосований у дослідженні; – *«Тривожні та депресивні розлади в умовах війни: особливості діагностики та корекції»*, де окреслено специфіку психологічної підтримки осіб із симптомами ТРО в умовах хронічного воєнного стресу.

Окрім того, результати дослідження лягли в основу аналітичної роботи *«Створення та аналіз результативності програм психологічної реабілітації для військовослужбовців»*, що містить рекомендації щодо розробки реабілітаційних заходів для осіб із тривожною симптоматикою, які зазнали бойових психотравм.

Участь у наукових заходах та публікація матеріалів засвідчили наукову новизну і практичну значущість дослідження, а також підтвердили його відповідність актуальним потребам психологічної практики в умовах воєнного часу.

9. Структура роботи:

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів (теоретичного, емпіричного та прикладного), висновків, списку використаних джерел та додатків. У вступі обґрунтовано актуальність теми, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, методи дослідження та теоретичну й практичну значущість роботи. У першому розділі проаналізовано теоретичні підходи до проблеми тривожності та її впливу на адаптаційні процеси особистості. У другому розділі представлено методологію та результати емпіричного дослідження рівня тривожності та адаптивності. У третьому розділі розроблено та обґрунтовано тренінгову програму психологічної допомоги *«Стійкість і адаптація в умовах тривоги»*. Робота містить 89 сторінок основного тексту, 76 джерел у списку літератури, 6 додатків

РОЗДІЛ I. Теоретичні основи дослідження адаптаційного потенціалу та тривожного розладу особистості

1.1. Концептуальні підходи до розуміння адаптаційного потенціалу.

Адаптація (лат. *adaptatio*, від *adapto*— пристосовую) — процес пристосування об'єкта (адаптаціогенез); стан пристосованості об'єкта (результат адаптаціогенезу); дія, спрямована на об'єкт з метою його пристосування до визначених вимог, пристосування об'єкта до використання в конкретних умовах. Поняття «адаптація» виникло спочатку в біології, а в суспільній науки його привнесли представники школи, що намагалася редукувати психологічні і соціологічні явища до біологічних. По суті, соціальна адаптація тісно пов'язана з процесом соціалізації, інтеріоризації норм та цінностей нового соціального середовища, способів предметів діяльності, форм соціальної взаємодії. [43]

У психологічній науці адаптаційний потенціал виділяється як домінантне поняття, що характеризує спроможність індивіда результативно пристосовуватися до мінливості умов та впливу стресових чинників, зберігаючи при цьому цілісність психічної сфери та продуктивність соціального функціонування. У межах фахових досліджень він інтерпретується як багатовимірна конструкція, яка охоплює комплекс біопсихосоціальних ресурсів індивідуальності, а також її вміння гнучко відповідати на зовнішні виклики. Ця категорія, по суті, описує динамічну готовність суб'єкта успішно долати зовнішні трансформації, мінімізувати стрес і забезпечувати психологічну стійкість.

Дослідження, виконане Псядлом Е. М. у 2021 році [58], присвячене аналізу особистісних факторів, які спричиняють порушення соціальної адаптації у людей, що перебувають в умовах затяжної кризи. Автор зазначає, що схильність до дезадаптації значною мірою залежить від ригідності особистісних установок, що проявляється у недостатній гнучкості когнітивних схем та слабкості механізмів емоційної саморегуляції. Серед ключових

чинників, які ускладнюють процес ресоціалізації та інтеграції у нове або змінене соціальне середовище, виділяються низький рівень толерантності до невизначеності, екстернальний локус контролю (тобто пояснення подій зовнішніми чинниками) та надмірна інтерналізація почуття провини. Такі особливості особистості значно знижують здатність індивіда конструктивно справлятися зі стресовими чинниками.

На думку автора, порушення соціальної адаптації за умов кризи часто проявляється через домінування патернів унікальної поведінки та соціальної ізоляції, що має прямий зв'язок із симптомами Тривожного Розладу Особистості (ТРЛО). У підсумку Псядло підкреслює, що ефективне вирішення дезадаптації потребує цілеспрямованої психокорекції, яка повинна бути спрямована не лише на зменшення реактивної тривоги, а й на розвиток внутрішніх ресурсів особистості. Це передбачає формування високого рівня самеєфективності (впевненості у власних силах) та освоєння навичок конструктивної переоцінки (рефреймінгу) стресових подій, що є вирішальною передумовою відновлення функціональної адаптації. З позиції нейробіології адаптаційний потенціал розглядається як здатність організму залучати всі доступні резерви у відповідь на стресові стимули.

Цей процес вимагає активації компенсаторних механізмів (метаболічних, гормональних і нервових), після чого організм або повертається до стабільного стану рівноваги, або переходить у новий функціональний режим. Така стійкість визначається гомеостатичними параметрами: це регуляція роботи вегетативної нервової системи (ВНС), функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГНО), діяльність нейромедіаторних систем, що відповідають за збудження та гальмування, а також пластичність мозкової тканини та ефективність синаптичних зв'язків. Високий рівень адаптаційного потенціалу на цьому рівні свідчить про здатність організму швидко реагувати на стресові ситуації, оперативно ідентифікувати загрози, мобілізувати ресурси й водночас забезпечувати швидке відновлення після завершення дії стимулу.

На психологічному рівні адаптаційний потенціал формується через засвоєні внутрішні способи сприйняття реальності, які визначають, як індивід інтерпретує події, змінює своє ставлення до проблемних ситуацій і реагує на емоційні стимули. Важливу роль у цьому відіграють когнітивні структури, що функціонують автоматично або напівавтоматично: переконання, мисленнєві схеми, очікування та внутрішні діалоги. Ці структури можуть сприяти більш легкому пристосуванню, але у випадку їхньої дисфункціональності здатні викликати внутрішнє напруження, обмежувати ефективність у діях і спотворювати уявлення про себе.

Саме з цієї причини адаптаційний потенціал часто пов'язують із когнітивною гнучкістю — здатністю змінювати інтерпретації, розглядати альтернативні точки зору, адаптувати очікування до умов та прогнозувати майбутні сценарії з відповідною корекцією планів і дій. Поряд із цим важливу роль у формуванні адаптаційного потенціалу відіграє система психологічної саморегуляції. Вона включає здатність управляти емоційною сферою, підтримувати внутрішній баланс у стані стресу, застосовувати навички самоконтролю, техніки розслаблення, рефлексивне зосередження та методи емоційного розвантаження. Саморегуляція також передбачає готовність усвідомлювати емоції, розглядати їх як джерело інформації та обирати оптимальні способи реагування замість імпульсивних дій. Отже, високий рівень розвитку саморегулятивних механізмів допомагає швидше відновлювати емоційну рівновагу після кризових ситуацій, а також підтримувати мотивацію й психологічну стійкість у тривалих умовах психоемоційного чи когнітивного напруження.

Настільки ж важливим для цього феномену є його соціально-психологічний аспект. Соціальний чинник створює зовнішню ресурсну базу, здатну компенсувати певні внутрішні дефіцити. До цих зовнішніх ресурсів належить соціальна підтримка, якість міжособистісних взаємин, відчуття приналежності до спільноти та досвід колективної співпраці. Саме соціальне

середовище через нормативні установки та інституційну взаємодію визначає межі та способи реалізації адаптаційних можливостей особистості. В умовах суспільних трансформацій або криз зовнішня підтримка нерідко стає ключовим механізмом, коли індивідуальних ресурсів недостатньо. Культурна приналежність також формує специфічні рамки для реалізації адаптаційного потенціалу. Ціннісні орієнтації (наприклад, автономія чи колективізм), символічні практики, суспільні уявлення про успіх/невдачу та норми емоційного вираження можуть як сприяти, так і обмежувати адаптивні стратегії. Особистість, вихована в середовищі, яке культивує зміни та гнучкість, зазвичай демонструє вищий потенціал порівняно з тими, де пріоритетом є стабільність традицій або жорстке дотримання суспільних очікувань.

Багато концепцій розвитку підтверджують, що прояви адаптаційного потенціалу не є статичними протягом життя. Періоди дитинства й підліткового віку є фундаментальними для закладення ключових основ — формування базової довіри, самосприйняття та відчуття безпеки. У молодому віці накопичується досвід випробування різних стратегій і становлення ідентичності через значні зміни та помилки. Максимальна реалізація адаптаційного потенціалу спостерігається у зрілому віці, коли індивід успішно поєднує соціальні ролі, знаходить баланс між вимогами та можливостями і зберігає здатність до постійного самовдосконалення. У пізній період життя, незважаючи на природне зниження фізіологічних резервів, актуалізується ресурс інтеграції накопиченого досвіду, переосмислення життєвого сенсу та зміцнення внутрішньої опори.

Для глибшого розуміння цього багатогранного явища в психології було розроблено низку основних концептуальних підходів. Біопсихологічний підхід зосереджений на взаємозв'язку між фізіологічними процесами, характеристиками нервової системи та психологічними механізмами адаптації. Його дослідницька основа ґрунтується на концепціях гомеостазу (Кеннон, 1932) [8] та загального адаптаційного синдрому (Сельє, 1956) [69]. Основними

показниками оцінки адаптаційного потенціалу виступають рівень стійкості до стресів, ефективність нейрофізіологічної регуляції та загальна здатність організму до психофізіологічної адаптації. Когнітивний підхід наголошує на важливій ролі пізнавальних процесів у формуванні адаптивної поведінки. Відповідно до теорії когнітивної оцінки (Lazarus & Folkman, 1984) [37], ефективність подолання стресових ситуацій залежить від здатності індивіда оцінювати обставини й обирати оптимальні копінг-стратегії. Основу цього підходу становлять такі складові, як гнучкість мислення, саморефлексія і раціональне використання когнітивних механізмів. Акцент робиться також на емоційну регуляцію та розвиток емоційної стійкості. Наукові дані свідчать, що високий рівень емоційного інтелекту (Salovey & Mayer, 1990) значно полегшує процес адаптації до змін. Ключові елементи такого підходу включають емоційний самоконтроль, здатність до переосмислення ситуацій та ефективні механізми саморегуляції. Особистісно-орієнтований підхід пропонує інший ракурс розуміння адаптаційного потенціалу, трактуючи його як інтегральну властивість особистості, що формується на основі індивідуальних рис, системи саморегуляції та мотиваційної структури. Згідно з дослідженнями (Block & Block, 1980), особливо важливими тут є такі характеристики, як відкритість до нового досвіду, автономність і здатність зберігати стабільність у непередбачуваних умовах. Соціально-психологічний підхід акцентує увагу на взаємодії людини із соціальним оточенням. Відповідно до концепції соціальної підтримки (Cohen & Wills, 1985), ресурси соціального середовища відіграють визначальну роль у посиленні адаптаційних можливостей. Ключовими аспектами цього напрямку є соціальна інтеграція, якість міжособистісних стосунків і ефективність комунікативних навичок.

Адаптаційний потенціал є багатогранним поняттям, яке інтегрує біологічні, когнітивні, емоційні, особистісні та соціальні аспекти. Його аналіз потребує цілісного підходу з врахуванням взаємодії внутрішніх і зовнішніх факторів. Подальші дослідження в цій галузі є надзвичайно важливими для

створення дієвих методів психологічної корекції та підвищення адаптаційного потенціалу особистості в умовах динамічних змін у соціальному середовищі. Враховуючи, що адаптаційний потенціал тісно пов'язаний із продуктивністю, успішною соціальною інтеграцією та психологічним благополуччям, він має ключове значення для практичної психології. Низка напрямів, зокрема психотерапія, консультування, профілактика стресових станів та реабілітаційна робота, спираються на його концепцію. Знання механізмів, що визначають позитивні чи негативні тенденції у його розвитку, дозволяє не лише оцінити поточний стан індивіда, а й прогнозувати його адаптаційний потенціал у майбутньому за умов зміни зовнішніх обставин. Це відкриває можливості для впровадження цілеспрямованих втручань, які зміцнюють слабкі сторони, мобілізують резерви та сприяють подоланню психологічних труднощів. Таким чином, адаптаційний потенціал займає провідну роль у вивченні стресостійкості, особистих ресурсів та забезпеченні позитивного функціонування особистості.

1.2. Тривожний розлад особистості: клінічні прояви та діагностика.

Війна є одним із найсильніших психотравмуючих чинників у житті людини, що суттєво впливає на її психічне та емоційне здоров'я. Доцільно розглянути ключові аспекти цього явища. Психологічний стрес і тривожність. Війна створює надзвичайно напружені умови, які значно підвищують рівень стресу як у військових, так і у цивільного населення. Постійна загроза життю, необхідність бути готовими до небезпеки та невизначеність майбутнього викликають тривожність, що може призводити до розвитку тривожних розладів і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Люди, особливо вразливі до воєнних подій, можуть страждати від ПТСР, який проявляється через постійне відчуття тривоги, нав'язливі спогади про травматичні події, почуття небезпеки та інші симптоми. Ці прояви значно впливають на повсякденне життя та функціонування. Емоційний дистрес і порушення психічної стійкості. Військові дії нерідко стають

причиною глибокого емоційного дистресу, який може виявлятися через депресію, високу тривожність, втрату інтересу до життя та інші розлади психіки. Люди, які пережили війну, часто змушені адаптуватися до нових обставин, що іноді руйнує їхню психологічну рівновагу та самоідентичність. Соціальна ізоляція та зміни в міжособистісних відносинах. Воєнні конфлікти негативно впливають на соціальні зв'язки, провокуючи почуття відчуження й складнощі в побудові нових стосунків. До цього можуть призводити втрати близьких, зміна місця проживання чи віддаленість від рідних. Вплив на особистісний розвиток.

Війна може суттєво змінити життєву філософію людини, її цінності та пріоритети. В окремих випадках особистість стає замкнутою або схильною до агресивності, шукаючи адаптивні стратегії виживання. З огляду на це, надзвичайно важливо забезпечити психологічну та психіатричну допомогу тим, хто постраждав від воєнних наслідків. Різноманітні програми психосоціальної підтримки та реабілітації спрямовані на сприяння соціальному й емоційному відновленню цих людей.

Міжнародні дослідження країн із досвідом війни свідчать про те, що поширеність ПТСР серед тих, хто знаходився в зоні бойових дій (як військових, так і цивільних), зростає вдвічі й становить 15-20%. Проте варто зазначити, що більшість людей не зазнає довготривалих проблем зі здоров'ям через травматичні події. У деяких випадках психологічні збої можуть проявлятися лише через певний час. Крім ПТСР, серед частих розладів можна виділити зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожні стани, порушення контролю над емоціями чи раптові сплески гніву.

Тривога – це емоційна реакція на певну ситуацію чи подію, яка може бути реальною або уявною. Вона виникає як відповідь на загрозу або стресовий чинник і зазвичай має короткочасний характер.

Тривожний розлад — це стан психічного здоров'я, для якого характерні такі симптоми, як постійне занепокоєння, страх перед соціальними ситуаціями та виконанням завдань, раптові або спровоковані панічні атаки, тривога щодо майбутнього та уникання тригерів. Стан тривожності та психічний розлад тривожності відрізняються тим, що при тривожних розладах відчуття тривоги присутнє постійно і може ставати сильнішим. Це може заважати повсякденному життю, впливає на роботу, навчання та стосунки.

Дослідження тривожного розладу особистості (ТРО) вимагає врахування не лише специфічних клінічних ознак, але й комплексу психологічних, нейробіологічних і соціокультурних чинників, які зумовлюють його генезис та динаміку. Відповідно до сучасних наукових парадигм, ТРО слід розглядати не як ізольовану нозологічну одиницю, а як спектральне явище, що має тісний зв'язок із генералізованими тривожними станами, соціальною тривогою, а також іншими розладами афективного та особистісного континууму. Приналежність до цього спектра підкреслює важливість оцінки зниженого адаптаційного потенціалу у осіб із цим розладом.

Нейропсихологічні дослідження свідчать, що у пацієнтів із тривожним розладом особистості спостерігається підвищена активність мигдалеподібного тіла — структури, що відіграє ключову роль у формуванні емоційних реакцій, зокрема страху та тривоги. Водночас відзначається зниження активності префронтальної кори, яка відповідає за когнітивний контроль і регуляцію надмірних емоційних відповідей. Така дисбалансована взаємодія між лімбічною системою та кортикальними структурами значно погіршує здатність людини ефективно управляти своїм емоційним станом у стресових або соціально насичених обставинах. Додатково, порушення у функціонуванні серотонінергічної, дофамінергічної і норадренергічної систем також відіграють важливу роль у закріпленні симптомів тривожного розладу особистості, що обґрунтовує необхідність застосування фармакотерапії у випадках важкого або хронічного перебігу захворювання. З психодинамічної точки зору, тривожний

розлад особистості розглядається як результат нерозв'язаних внутрішніх конфліктів, коріння яких сягає раннього дитинства. Часто це пов'язано з пережитим досвідом постійного критицизму чи емоційного відторгнення з боку значущих дорослих, що сприяє формуванню внутрішнього осудливого голосу та стійкого відчуття власної неповноцінності й недовіри до інших. У відповідь на такі травматичні переживання особистість прагне захистити себе через стратегії максимального уникнення, що стає своєрідним бар'єром від психічного болю, приниження чи сорому. Утім, такі захисні механізми з часом обмежують соціальну активність, звужують межі міжособистісних контактів і закріплюють домінуючу тривожну модель реагування.

У межах когнітивно-поведінкової моделі головна роль у формуванні та підтримці симптомів належить дисфункціональним когнітивним переконанням, автоматичним негативним думкам і стійким когнітивним викривленням. Такі установки, як «мене висміють, якщо я заговорю першим» або «усі думають, що я невдаха», визначають домінуючий орієнтир на уникнення будь-яких нових соціальних взаємодій. Ця модель поведінки спричиняє надмірну концентрацію індивіда на власних помилках чи уявних недоліках, внаслідок чого спотворюється об'єктивність сприйняття себе в соціальному контексті. Як наслідок, формуються тривожні очікування невдачі, які, своєю чергою, підсилюють уникливу поведінку.

Ефективна психотерапевтична корекція зазначеної динаміки можлива лише за умови активного опрацювання дисфункціональних когнітивних схем і побудови нових, адаптивних моделей поведінки. Останні повинні базуватися на принципах самоприйняття, толерантності до невизначеності та здатності до конструктивної саморефлексії. Тривожний розлад особистості є одним із найпоширеніших психічних розладів, що характеризується стійкою тривогою, підвищеною чутливістю до впливу стресорів та значними труднощами у встановленні міжособистісних зв'язків. Цей стан суттєво погіршує якість

життя, обмежує можливості соціальної інтеграції та ускладнює професійну самореалізацію індивіда.

Клінічні прояви ТРО зазвичай включають:

- Соціальне уникнення: страх перед критикою чи відторгненням змушує людей уникати соціальної взаємодії.
- Відчуття некомпетентності: люди з ТРО часто відчують себе неадекватними, невартими уваги або непривітними.
- Гіперчутливість до критики: пацієнти надмірно реагують на негативну оцінку, легко почуваються приниженими чи збентеженими.
- Соціальна інгібіція: складнощі у встановленні та підтримці близьких стосунків через сором'язливість.
- Страх збентеження: інтенсивний страх зробити помилку або збентежити себе в соціумі.

Для діагностики тривожного розладу необхідна консультація психіатра, який оцінює психічний стан за допомогою діагностичних критеріїв. У практиці лікарі керуються класифікацією в межах міжнародної системи МКХ-10 (розділ F40-F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади»), а також Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів п'ятого видання (DSM-5).

Згідно з DSM-5, для встановлення діагнозу ТРЛ необхідна наявність щонайменше чотирьох таких критеріїв:

- Уникання професійної діяльності з високими вимогами до спілкування через страх критики.
- Небажання вибудовувати стосунки без впевненості у схваленні.
- Скутість у близьких стосунках через страх збентеження.
- Надмірна фіксація на можливості критики в соціальних ситуаціях.

- Сором'язливість у нових соціальних контактах через почуття неадекватності.
- Переконавання у власній соціальній непридатності чи непривабливості.
- Уникнення нових ситуацій через страх публічного збентеження.

Прийняття рішення про лікування тривожного розладу – це командний процес за участі самого пацієнта та його медичних фахівців: психіатрів, психологів чи терапевтів. План лікування розробляється залежно від ступеня складності розладу, вподобань пацієнта, очікуваної ефективності терапії та потенційних побічних ефектів.

Кожна людина є унікальною, тому важливо співпрацювати з досвідченим лікарем, який допоможе розробити оптимальний план лікування.

У деяких випадках може знадобитися застосування фармакотерапії, особливо якщо:

- симптоми є інтенсивними та суттєво впливають на якість життя;
- психологічні втручання низької інтенсивності не забезпечують бажаного результату;
- пацієнт віддає перевагу медикаментозному лікуванню перед високоінтенсивними психологічними втручаннями.

Рішення щодо фармакологічного лікування приймається індивідуально і враховує всі актуальні фактори.

Таким чином, тривожний розлад особистості — це не лише клінічний діагноз, а складне багатофакторне явище, в основі якого лежать глибокі внутрішньоособистісні структури, специфіка соціального досвіду, нейробіологічні схильності та вплив середовища. Його ефективне вивчення та лікування вимагає комплексного, міждисциплінарного підходу, що об'єднує дані клінічної психіатрії, психології розвитку, когнітивної науки, культурології та нейронауки.

1.3.Вплив воєнного стресу на психічне здоров'я осіб із тривожним розладом особистості.

Військові конфлікти, особливо повномасштабна війна в Україні, стали потужним джерелом тривалого психотравмівного впливу на психіку населення. Хронічний стрес, спричинений війною, вирізняється системністю, тривалістю та непередбачуваністю, що суттєво збільшує його негативний вплив на психічне здоров'я. Особливо вразливими до дії таких стресогенних факторів є люди з уже існуючими особистісними порушеннями, серед яких чільне місце посідає тривожний (уникаючий) розлад особистості. У міжнародних класифікаціях (МКХ-10 — F60.6; DSM-5 — 301.82) цей стан визначають як стійкий патерн соціального уникнення, гіперчутливості до критики та почуття власної неповноцінності. Люди з тривожним розладом особистості зазвичай демонструють низьку стресостійкість, гіперреактивність у стосунках із оточенням, схильність до унікальної поведінки та знижений рівень емоційної й поведінкової адаптації. У воєнний час ці особливості стають ще більш вираженими. Посилюються основні патерни тривожного реагування: інтенсивне уникнення соціальних контактів, схильність до катастрофізації подій, соматизація тривоги, розлади сну, зменшення когнітивної продуктивності та розвиток вторинних афективних порушень.

Стрес — це неспецифічна психофізіологічна реакція організму на зовнішні або внутрішні чинники (стресори), які порушують його гомеостаз і перевищують адаптаційні можливості людини. Цей стан супроводжується активацією нейроендокринної системи, змінами у вегетативних функціях, емоційному стані, поведінці та когнітивній діяльності. З історії термін стрес (від англ. stress — напруга, тиск) був запозичений із фізики, де описував механічне навантаження на тіло. У психологічному та медико-біологічному контекстах цей термін поширився завдяки науковим працям канадського фізіолога Ганса Сельє (Hans Selye). У 1936 році він запропонував концепцію загального

адаптаційного синдрому, описавши універсальну реакцію організму на будь-який подразник, що порушує його рівновагу (гомеостаз).

На думку Сельє, стрес є неспецифічною реакцією організму на будь-яку вимогу, яка ставиться до нього. Ця відповідь може бути викликана як фізичними, так і психологічними чинниками — від інфекцій, травм, до емоційних потрясінь чи соціальних конфліктів. У межах цієї концепції виділяють три стадії стресової відповіді:

1. **Стадія тривоги** — активація захисних механізмів організму, зростання рівня кортизолу;
2. **Стадія резистентності** — стабілізація фізіологічних функцій і спроба адаптації;
3. **Стадія виснаження** — порушення адаптаційних можливостей, втрата здатності до опору.

Сучасна психологічна наука розглядає стрес не лише як фізіологічну реакцію, а як когнітивно-мотиваційний процес, у якому важливу роль відіграють інтерпретація події суб'єктом, його особистісні характеристики (толерантність до невизначеності, самооцінка, стиль мислення), а також доступні ресурси — соціальні, емоційні, матеріальні.

Відповідно до теорії когнітивної оцінки Річарда Лазаруса (Richard Lazarus), стрес виникає тоді, коли індивід оцінює ситуацію як загрозливу, що перевищує його можливості адаптації, або як таку, що не має ефективних засобів подолання (coping strategies). Таким чином, суб'єктивне сприйняття події відіграє ключову роль у розвитку стресової реакції.

Розрізняють гострий і хронічний стрес:

- Гострий стрес є реакцією на окрему подію або подразник (наприклад, травма, втрата, напад).

- Хронічний стрес формується в умовах тривалого впливу стресорів (війна, бідність, соціальна нестабільність) і часто має кумулятивний характер.

Особливу небезпеку становить посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — складний патологічний стан, що виникає після переживання надмірно травматичного досвіду. Також у науковій літературі окремо вивчається вплив травматичного стресу, який виникає у зв'язку з катастрофічними подіями — війнами, терористичними актами, природними лихами тощо.

Важливим є також поділ стресу на:

- **Евстрес** — позитивний, активуючий тип стресу, що сприяє мобілізації ресурсів;
- **Дистрес** — негативний, виснажливий стрес, що перевантажує систему адаптації і може призводити до психічних або соматичних порушень.

У сфері клінічної психології стрес розглядається як суттєвий детермінант ризику розвитку та загострення широкого кола психічних розладів, зокрема тривожних, депресивних, психосоматичних, адаптаційних патологій і розладів особистості. Це обумовлює критичну значущість вивчення стресу, його джерел, механізмів впливу та стратегій подолання в контексті психодіагностики, терапевтичної практики та розробки превентивних програм, спрямованих на підтримання психічного здоров'я. Осягнення механізмів психологічної декомпенсації передбачає використання диференціального підходу, що зазначено у роботах Приходька Ю. О. (2021) [56]. Стрессова реакція індивіда є ідіосинкратичною та значною мірою визначається стійкою особистісною тривожністю.

Як наголошує Піщевська Е. В. (2020) [52], при хронічному дистресі акцентуації характеру, які є крайньою формою індивідуальних норм, можуть переходити у фактори психологічної вразливості. Ригідність когнітивних та

поведінкових патернів, характерна для Тривожного Розладу Особистості (ТРО), виступає водночас чинником підтримання патологічного стану. З погляду клінічної практики, Піщевська Е. В. (2021) відзначає, що до механізмів розвитку тривожно-фобічних розладів входять не лише формування умовного рефлексу страху, а й наявність когнітивних викривлень.

Серед останніх найбільш деструктивним є феномен катастрофізації. На тлі руйнування звичних життєвих орієнтирів та структури світу внаслідок бойових дій домінуючою стає екзистенційна тривога, про що свідчать дослідження Плюща І. В. (2022) [53]. Ця форма тривоги не пов'язана з конкретною загрозою, а виникає через послаблення базових екзистенціалів, таких як сенс життя, свобода та прийняття неминучості смерті. У таких умовах зростає актуальність глибинного переосмислення досвіду буття, а розвиток життєстійкості (резилієнтності) стає центральним завданням психопрофілактичної роботи. Як зауважує Іванов В. П. (2021) [24], цілеспрямоване формування почуття контролю та впевненості у власній здатності впливати на обставини є ключовим для зниження рівня тривожності та запобігання розвитку вивченої безпорадності. Перманентна невизначеність і втрата суб'єктивного відчуття контролю, що часто супроводжують тривожні розлади, значно посилюються на тлі руйнації соціальних і економічних структур. Ці міркування узгоджуються з висновками Карамушки Л. М. (2018) [25] щодо психології управління в умовах системних перетворень.

Інтенсивність і тривалість воєнного стресу безпосередньо пов'язані зі ступенем негативного впливу на психічне здоров'я. У таких умовах соціальна підтримка відіграє ключову буферну роль, забезпечуючи захист та допомогу. Це підкреслює критичну важливість своєчасної професійної підтримки, спрямованої на відновлення соціальних зв'язків і розбудову системи соціальної взаємодії. На думку Поліщука В. М. (2020) [55], наслідки війни торкаються всієї сімейної системи, що призводить до вторинної травматизації членів родин військовослужбовців. Така ситуація потребує впровадження сімейної

психотерапії, спрямованої на зміцнення функціональності та емоційної стійкості сім'ї.

Особливу увагу в роботі з особами із тривожною структурою особистості заслуговує групова психотерапія, як зазначає Побідаш І. В. (2022) [54]. Груповий формат пропонує унікальні можливості завдяки створенню безпечного середовища для поступової соціальної інтеграції. Він дозволяє учасникам критично оцінити й подолати свої дисфункціональні переконання щодо небезпеки соціуму та страху осуду, що є центральними компонентами тривожно-унікального розладу. Окрім цього, такий підхід сприяє зменшенню почуття ізольованості та сорому.

Таким чином, вплив воєнного стресу на осіб із тривожною структурою особистості є комплексним і багаторівневим, що вимагає системного підходу до розробки спеціалізованих програм. Ці програми мають поєднувати індивідуальну роботу над когнітивними схемами та групові заходи, орієнтовані на формування соціальних навичок. У цьому контексті воєнний стрес розглядається не як ситуативна реакція, а як тривалий дистресовий фактор із накопичувальним ефектом. Для осіб із діагностованим тривожним розладом особистості він виступає не лише зовнішнім подразником, а й потужним тригером, що посилює внутрішні конфлікти. Ці конфлікти тісно пов'язані з жорсткими дисфункціональними когнітивними схемами, які впливають на сприйняття себе і навколишнього світу. До таких схем належать переконання про власну неспроможність чи неадекватність, сприйняття соціального простору як загрозливого середовища, а також постійний страх засудження чи соціального відторгнення. За умов екстремальних військових обставин ці переконання часто знаходять підтвердження у реальних і суттєвих загрозах — від втрати житла і соціального статусу до руйнування основних уявлень про безпеку.

Клінічна маніфестація ТРД в умовах тривалого військового стресу може включати значне посилення симптоматики соціального уникнення (наприклад,

відмова від участі в евакуаційних заходах чи суспільній взаємодії), що корелює з дослідженнями Демченка І. С. (2021) [15] щодо труднощів соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та їхньої потреби у відновленні соціальної активності. Характерним є гіпертрофований страх припуститися помилки чи піддатися осуду, що призводить до тенденції до емоційної ригідності або так званого «емоційного оніміння». Крім того, зростає ризик розвитку коморбідних психічних розладів (ГТР, депресія, ПТСР), що вимагає застосування доказових підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), як зазначає Дмитров О. І. (2018), що фокусується на модифікації дисфункціональних переконань та метакогнітивних процесів, які підтримують цикл тривоги.

На нейробіологічному рівні у осіб із ТРД спостерігається підвищена реактивність лімбічної системи, зокрема мигдалеподібного тіла, в поєднанні з недостатньою функціональною активністю префронтальної кори, що обмежує їхню здатність до когнітивного контролю. Вплив військового стресу призводить до інтенсивної та повторюваної активації вказаних нейронних систем, унаслідок чого формується хронічний стан гіперзбудження, що супроводжується надмірним синтезом кортизолу, розладами сну і розвитком соматичних скарг.

Крім того, дисфункційні зміни в роботі вегетативної нервової системи, що включають підвищення симпатичної активності та послаблення парасимпатичної регуляції, сприяють поглибленню фізіологічних проявів тривоги. У психологічному аспекті військовий стрес виступає каталізатором існуючих когнітивних викривлень, зокрема таких як завищене очікування відторгнення або неусвідомлене підкріплення самокритичних переконань. Ці процеси співвідносяться з когнітивною моделлю посттравматичного стресового розладу, запропонованою Елерсом і Кларком (2000) [18], яка описує формування симптоматики через негативну оцінку травматичних подій і персистенцію відчуття поточної небезпеки. В умовах бойових дій це може

провокувати значне підсилення унікальної поведінки та звуження соціальних контактів як форми дезадаптивної стратегії реагування. Як зазначає Єремєєва І. О. (2020) [19] у своєму дослідженні щодо динаміки адаптаційного потенціалу під час тривалого стресу, такі копінг-механізми часто зазнають деформацій, що посилює рівень особистісної тривожності. До того ж, узагальнений досвід психологічної допомоги в Україні, наведений Дорошенком О. П. (2023) [17], підкреслює критичну потребу у впровадженні комплексних і доказових підходів, адаптованих для роботи з хронічними та кумулятивними проявами стресу.

Особливо важливими є не лише лікування симптомів, але й заходи, спрямовані на сприяння реінтеграції, відновлення почуття контролю й безпеки—фундаментальних аспектів для осіб із проявами ТРД, де дисфункціональні схеми часто знаходять підтвердження в умовах реальних військових загроз. Під впливом хронічного воєнного стресу у таких осіб може розвиватися коморбідність із іншими розладами, такими як генералізований тривожний розлад, депресія чи ПТСР; проявлятися погіршення соматичного стану внаслідок психосоматичних реакцій; порушення сну та психологічне виснаження; зниження функціональної здатності у соціальній, професійній і побутовій сферах; а також зростання ризиків суїцидальної поведінки при відчутті ізоляції, браку підтримки та постійному зіткненні з небезпекою або втратою.

Стрес являє собою захисну реакцію організму на зовнішні виклики, що виражається на психічному, фізичному та емоційному рівнях. Такий стан допомагає організму пристосуватися до змін. По суті, стрес представляє собою реакцію організму на події, що порушують його баланс і перевищують здатність до ефективної адаптації. Звідси випливає, що організм відповідає напругою на будь-які вимоги середовища. Найсильніші реакції, які виходять з-під контролю, сприймаються саме як стрес. Цей стан може проявлятися по-

різному: інтенсивно, стримано або взагалі залишатися прихованим. І саме в цьому полягає складність феномену стресу.

Психодинамічний підхід до розуміння стресу та тривоги бере свій початок у фундаментальних положеннях Зигмунда Фрейда. Фрейд диференціював два основні види тривоги: сигналізуючу, яка слугує механізмом попередження перед лицем реальної зовнішньої загрози, та травматичну, яка асоційована з несвідомими внутрішніми джерелами і впливом минулих травматичних подій, зафіксованих у підсвідомості. Розроблене ним поняття «психопатологія повсякденного життя» описувало маніфестації цих пригнічених станів.

На противагу цьому, американський психолог Річард Лазарус запропонував альтернативну транзакційну модель стресу. Згідно з його теорією, стрес є специфічною взаємодією (*транзакцією*) між суб'єктом та середовищем, де зовнішні вимоги (стресори) перевантажують або перевищують наявні ресурси індивіда для ефективного подолання (копінгу), створюючи загрозу його добробуту. Лазарус особливо наголошував на процесі когнітивної оцінки небезпеки (*appraisal*), який є складним когнітивним актом, що включає абстрактне мислення, роботу пам'яті та апеляцію до минулого досвіду. Діапазон потенційних стресорів є надзвичайно широким, охоплюючи фізіологічні, соціальні та навіть значущі позитивні зміни.

У своїй фундаментальній праці Лазарус і Фолкман (1984) деталізували цю транзакційну модель стресу та копінгу, принципово відходячи від фізіологічних концепцій. Вони стверджували, що стрес — це динамічний процес взаємодії, а когнітивна оцінка є його ключовим елементом. Процес оцінки ділиться на первинну (визначення значущості події) та вторинну (оцінка власних ресурсів для подолання). Саме вторинна оцінка безпосередньо впливає на вибір стратегій копінгу та інтенсивність стресової реакції. Модель розглядає стратегії копінгу, які класифікуються на проблемно-орієнтований копінг (спрямований на зміну ситуації) та емоційно-орієнтований копінг (спрямований на регуляцію

емоцій). Ефективність копіngu залежить від гнучкості індивіда у виборі стратегій залежно від контексту та оцінки контрольованості ситуації.

Зінченко С. В. (2022) [22] аналізує тривожні розлади як складний процес патологічної адаптації до тривалої загрози. Автор відзначає, що хронічний стрес, спричинений воєнними обставинами, призводить до стійкої гіперактивації системи "боротьби або втечі". Основним механізмом цього процесу, за його висновками, є зміна когнітивної обробки інформації, що проявляється в тому, що будь-який нейтральний стимул починає сприйматися як потенційна загроза — стан гіпервигіленності. Ця постійна гіперпильність підтримується униканням, яке посилює почуття безпорадності та втрати контролю. Враховуючи, що у неконтрольованих ситуаціях (як-от війна) домінує емоційно-орієнтований копінг, ефективне лікування має бути зосереджено на реструктуризації когнітивних схем сприйняття небезпеки. У цьому контексті значну увагу заслуговує розвиток життестійкості (резилієнтності). Дослідження Іванова В. П. (2021) акцентує на цьому ресурсі як системі переконань про себе та навколишній світ, яка дозволяє протистояти стресу, сприймаючи його як виклик. Важливими складовими життестійкості є залученість, контроль і здатність приймати ризики.

Іванов В. П. особливо підкреслює необхідність формування почуття контролю, що є критично важливим в умовах воєнного стресу з високим рівнем невизначеності. Збільшення суб'єктивного відчуття контролю через навчання активним копінг-стратегіям і плануванню допомагає знизити тривожність та протидіяти розвитку стану вивченої безпорадності. Подібні висновки можна знайти у працях Карамушки Л. М. (2018) [25], яка підкреслює, що страх втрати контролю та невизначеність щодо майбутнього є ключовими симптомами тривожних розладів. Ці симптоми лише посилюються через руйнування звичної структури життя. Отже, авторка наголошує на значущості ефективної комунікації та прозорості для зниження рівня колективної тривоги. Глибший аналіз ролі афективних та когнітивних процесів у генералізованому

тривожному розладі подано у роботі Kashdan & Hofmann (2019). Автори зазначають, що цей розлад визначається не лише надмірними хвилюваннями, але й схильністю уникати сильних емоцій, при цьому хвилювання стає своєрідною когнітивною стратегією, яка спрямована на запобігання сильним емоційним переживанням.

Інтенсивність та пролонгованість воєнного стресу безпосередньо корелюють зі ступенем негативного впливу на психічне здоров'я. Водночас, соціальна підтримка виконує життєво важливу захисну функцію. Це зумовлює критичну необхідність надання своєчасної та професійної психологічної допомоги. Вплив воєнного стресу на осіб із тривожною структурою особистості носить системний, багаторівневий характер, що вимагає розробки комплексного підходу та спеціалізованих програм, які враховують специфічну особистісну вразливість до стресу та особливості психологічного реагування осіб із ТРО в умовах збройного конфлікту.

Ці програми повинні поєднувати як індивідуальні, так і групові підходи до психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, яка довела свою ефективність у зміні дезадаптивних схем мислення, що сприяють підтримці патологічної тривожності та унікальної поведінки.

Ключовими елементами терапевтичного процесу є розвиток навичок емоційної саморегуляції, підсилення усвідомленості, формування толерантності до емоційного дискомфорту і переосмислення особистісних переконань щодо власного "я" та соціального оточення. Особливу роль відіграє мультидисциплінарний підхід: взаємодія між психотерапевтами, психіатрами, соціальними працівниками та кризовими фахівцями забезпечує комплексну роботу над біопсихосоціальними аспектами розладу. Для окремих пацієнтів, зокрема тих, у кого спостерігається високий рівень дистресу або супутня соматизована симптоматика, фармакотерапія під наглядом психіатра може стати важливою складовою лікування.

Не можна недооцінювати значення соціального середовища: підтримка з боку родини, волонтерських організацій, громад чи роботодавців суттєво сприяє успішній психосоціальній реабілітації. Інтеграція осіб із тривожним розладом у коло, де вони відчувають безпеку, сприйняття і поступове встановлення соціальних контактів, стає основою для їх довготривалої стабільності. Подолання наслідків воєнного стресу у людей із тривожним розладом особистості неможливо обмежити лише разовими втручаннями. Це має бути поступовий і багаторівневий процес довготривалої підтримки, який включає не тільки терапевтичні заходи, а й створення сприятливих соціальних умов.

Завданням сучасної психологічної допомоги є профілактика ускладнень, стабілізація емоційного стану та підтримка адаптивного функціонування людини в умовах війни. Ці цілі реалізуються через комплексну, стратегічно впорядковану систему психосоціальної підтримки.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

У першому розділі було здійснено комплексний теоретичний аналіз адаптаційного потенціалу особистості та тривожного розладу особистості з урахуванням їхніх біопсихологічних, когнітивних, соціальних і культурних детермінант. Розгляд адаптаційного потенціалу в сучасних психологічних підходах дозволяє трактувати його як багатовимірний конструкт, що охоплює нейробіологічні механізми стресової реактивності, когнітивно-перцептивні особливості, емоційну саморегуляцію, особистісні риси та соціальні ресурси. Такий комплексний характер адаптаційного потенціалу пояснює індивідуальні відмінності у здатності долати стрес, реагувати на життєві зміни та зберігати психічну рівновагу.

Узагальнення різних теоретичних підходів — біопсихологічного, когнітивного, особистісно-орієнтованого та соціально-психологічного — дало змогу визначити адаптаційний потенціал як інтегративну характеристику, що

відображає рівень стійкості, гнучкість мислення, здатність до емоційного самоконтролю та ефективну соціальну взаємодію. Окремий акцент зроблено на ролі культурних і вікових факторів, які впливають на розвиток або обмеження адаптивних стратегій залежно від періоду життя. У розділі також представлений детальний аналіз тривожного (уникаючого) розладу особистості, який сприймається як багатофакторний феномен і включає нейробіологічні порушення, когнітивні викривлення, особистісну вразливість та специфічні моделі соціальної поведінки. Було з'ясовано, що даний розлад характеризується постійним переживанням тривоги, високою чутливістю до критики, відчуттям невідповідності і вираженим уникненням міжособистісних контактів.

У сучасних дослідженнях його розглядають як результат комплексної взаємодії дисфункціональних когнітивних схем, порушеної емоційної регуляції, ранніх травматичних подій та біологічних впливів. Особливу увагу приділено впливу воєнного стресу, який може суттєво послаблювати адаптаційний потенціал і посилювати прояви тривожного розладу особистості. Хронічний психосоціальний тиск, невизначеність ситуації, ризик для життя, втрата ресурсів та порушення соціальних зв'язків поглиблюють типові патерни уникнення, катастрофізації, емоційної гіперреактивності й соматизації. Це свідчить про підвищену сприйнятливості осіб із таким розладом до несприятливих впливів середовища, що наголошує на важливості комплексних заходів психологічної корекції та підтримки.

Підсумовуючи, у розділі визначено, що адаптаційний потенціал та тривожний розлад особистості слід розглядати як взаємопов'язані конструкти: знижена адаптивність значною мірою підсилює психопатологічні прояви, тоді як виражена тривожність істотно послаблює здатність особистості до ефективної адаптації. Це створює підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження особливостей адаптаційного потенціалу у людей з тривожним

розладом особистості в умовах воєнного стресу та обґрунтовує актуальність розробки цільових психологічних інтервенцій.

РОЗДІЛ II. Емпіричне дослідження особливостей прояву адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості під час війни

2.1. Організація та методи проведення емпіричного дослідження.

Метою даного дослідження є вивчення особливостей прояву адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості в умовах воєнного стану. У зв'язку з цим обрано комплексний психодіагностичний підхід, що охоплює оцінку тривожності як рисової (особистісної) та ситуативної (реактивної), а також вимір психологічної стійкості (резилієнтності) як складової адаптаційного потенціалу.

У вибірку дослідження було включено 120 осіб (чоловіки та жінки) віком від 18 до 60 років, які проживають на території України, перебувають в умовах військового конфлікту або його безпосередніх наслідків. Критерієм включення в клінічну групу (60 осіб) була наявність субклінічної форми тривожного розладу особистості, встановленого згідно з діагностичними критеріями. В до складу контрольної групи (60 осіб) увійшли особи без виражених тривожних проявів. У ході дослідження гарантувалась добровільна участь, анонімність та конфіденційність відповіді.

Для реалізації поставленої мети застосовувались такі стандартизовані методики:

1. Шкала тривожності Стан–Рис (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

- Дозволяє вимірювати дві складові тривожності: реактивну (стан) та особистісну (рису).
- Складається з 40 питань (версія Form Y) з 4-бальною шкалою відповіді.

- Надійність: коефіцієнти тест-рестесту для шкали рисової тривожності варіювали від 0,65 до 0,86.
- Використовується у широкому спектрі досліджень, включно з психодіагностикою тривожних станів.

2. Шкала тривожності (Beck Anxiety Inventory, BAI)

- Орієнтована на кількісну оцінку вираженості симптомів тривоги (соматичних і когнітивних) за останній тиждень. Містить 21 питання; внутрішня консистентність (Cronbach's α) становить $\sim 0,92$, тест-рестест (за 1 тиждень) $r \approx 0,75$.
- Забезпечує добру дискримінаційну здатність щодо наявності тривожного розладу у вибірках дорослих.

3. Шкала психологічної стійкості (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

- Призначена для оцінки резилієнтності — здатності особистості відновлюватися після стресу та долати труднощі.
- Складається з 25 питань із 5-бальною шкалою від 0 («зовсім не відповідає») до 4 («повністю відповідає»); сумарний бал лежить в діапазоні 0-100, чим вищий бал — тим вища стійкість.
- Психометричні характеристики: висока внутрішня узгодженість, широке використання в клінічній і не клінічній популяціях.

Емпіричне дослідження здійснювалося індивідуально у стандартизованих умовах, що забезпечували дотримання принципів конфіденційності та психологічного комфорту респондентів. Перед початком роботи кожному учасникові надавалась детальна інформація про мету, завдання й послідовність дослідження, після чого отримувався інформований добровільний дозвіл на участь.

Процес тестування відбувався у спокійній атмосфері, без зовнішніх подразників, що могли б вплинути на рівень тривожності або концентрацію уваги учасника. Опитувальники подавалися у фіксованому порядку, який відповідав принципу поступового зниження навантаження та емоційного напруження: спочатку Шкала тривожності Спілбергера (STAI), далі — Шкала тривожності Бека (BAI), і на завершення — Шкала психологічної стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC).

Середня тривалість індивідуального обстеження становила 30–40 хвилин, залежно від швидкості виконання завдань та особистісних особливостей респондента. Після завершення тестування здійснювалася перевірка бланків на повноту відповідей, а результати кодувалися у відповідності до ключів методик і готувалися до подальшої статистичної обробки.

Дослідження відповідало етичним стандартам психологічної практики (APA, 2017; Етичний кодекс психолога УНП, 2017). Участь у дослідженні була виключно добровільною, кожен учасник мав право відмовитися на будь-якому етапі без негативних наслідків.

Перед початком тестування респондентам було надано усне та письмове пояснення щодо мети, структури, можливих емоційних реакцій і способів подальшого використання результатів. Особисті дані учасників не фіксувалися; усі результати зберігалися у знеособленій формі.

Отримані емпіричні матеріали використовувалися лише в узагальненому вигляді, виключно з науковою метою. Усі процедури відповідали принципам гуманізму, конфіденційності, добровільності та недопущення психологічної шкоди учасникам.

2.2. Результати дослідження адаптаційного потенціалу та аналіз факторів, що впливають на нього у осіб із тривожним розладом особистості.

Для оцінки адаптаційного потенціалу та рівня тривожності у досліджуваній групі застосовувались стандартизовані психометричні методики: шкала особистісної тривожності STAI-T, шкала ситуативної тривожності STAI-S, Бекова шкала тривожності (BAI) та шкала психологічної стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC). Тестування проходило індивідуально в умовах, що забезпечували конфіденційність. Перед початком дослідження учасникам надавався інформований дозвіл, пояснювались цілі та процедура, наголошувалась добровільність участі. Респонденти заповнювали опитувальники у наступному порядку: STAI-T, BAI, CD-RISC. Час заповнення складав приблизно 30–40 хвилин. Після завершення тестування здійснювалась перевірка повноти відповідей та підготовка даних до статистичного аналізу.

Особистісна тривожність (Trait Anxiety, STAI-T)

Обробка емпіричних даних здійснювалася шляхом підрахунку сумарного балу за всіма 20 пунктами шкали STAI-T (State-Trait Anxiety Inventory — Trait) для кожного окремого респондента. Кожен пункт оцінювався за чотирибальною шкалою, і відповідно до методики, загальний бал міг коливатися в межах від 20 до 80 балів. Після отримання індивідуальних результатів було проведено математичну обробку з метою виявлення загальних тенденцій.

Зокрема, було обчислено середнє арифметичне значення (M) та стандартне відхилення (SD), які характеризують рівень та варіативність прояву тривожності серед досліджуваної вибірки. Розрахунки проводились за такими формулами:

$$M = \frac{\sum X_i}{N}$$

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (X_i - M)^2}{N - 1}}$$

де X_i — індивідуальний сумарний бал респондента, N — кількість учасників.

На основі зібраних даних було встановлено, що мінімальне значення сумарного балу становило 35, максимальне — 65. Середнє значення тривожності в досліджуваній вибірці становило $M=52,8$, при стандартному відхиленні $SD=6,1$, що вказує на помірну варіативність рівнів тривожності серед учасників.

З метою якісного аналізу отриманих результатів було здійснено категоризацію рівнів тривожності відповідно до прийнятих психометричних норм. Розподіл респондентів за рівнями тривожності виявився наступним: низький рівень виявлено у 5 осіб (8%), середній рівень — у 28 осіб (45%), високий рівень — у 27 осіб (47%). Такий розподіл свідчить про те, що майже половина досліджуваних осіб демонструють підвищену схильність до тривожності у повсякденному житті, що може вказувати на наявність стійких індивідуальних рис тривожного реагування.



Рис.2.1 Розподіл респондентів за рівнем тривожності

Ситуативна тривожність (State Anxiety, STAI-S)

Оцінювання рівня ситуативної тривожності учасників дослідження здійснювалося за допомогою шкали STAI-S (State-Trait Anxiety Inventory — State), яка містить 20 тверджень, що стосуються поточного емоційного стану особи. Кожен пункт оцінювався респондентами за чотирибальною шкалою, де 1 бал відповідав відсутності прояву емоції, а 4 бали — її максимальному прояву.

Таким чином, сумарний бал за шкалою міг варіюватися від 20 до 80, що дозволяє визначити індивідуальні коливання ситуативної тривожності залежно від контексту дослідження.

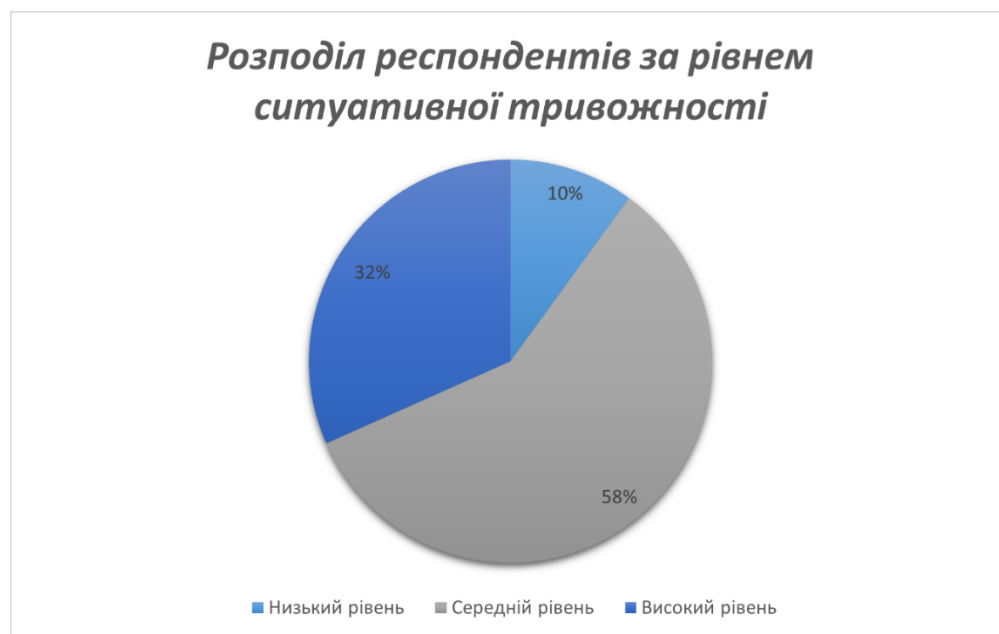


Рис.2.2 Розподіл респондентів за рівнем ситуативної тривожності

У процесі обробки емпіричних даних було виявлено, що мінімальний показник ситуативної тривожності серед респондентів становив 30 балів, а максимальний — 62 бали. Середнє арифметичне значення для вибірки дорівнювало $M=48,3M$ при стандартному відхиленні $SD=7,4$, що свідчить про достатньо широкий діапазон значень та помірний рівень варіативності у сприйнятті респондентами ситуативних загроз або психоемоційного напруження.

Для цілей якісного аналізу даних було здійснено класифікацію респондентів за рівнем ситуативної тривожності. Розподіл виявився наступним: низький рівень тривожності — у 6 осіб (10% вибірки), середній рівень — у 35 осіб (58%), високий рівень — у 19 осіб (32%).

Таким чином, більшість учасників (90%) продемонстрували середній або високий рівень ситуативної тривожності, що може свідчити про наявність актуального психоемоційного напруження та активної реакції на стресогенні фактори. Особливо це актуально в умовах загального соціального напруження, зумовленого війною та пов'язаними із нею факторами невизначеності, небезпеки та емоційного виснаження. Отримані дані дають підстави припускати, що ситуативна тривожність у таких умовах є не лише очікуваною реакцією, але й можливою адаптивною відповіддю організму на зовнішні загрози.

Тривожність за Бековою шкалою (BAI)

Для діагностики рівня тривожності в учасників дослідження було використано опитувальник Beck Anxiety Inventory (BAI), розроблений Аароном Беком та його колегами як інструмент для кількісного вимірювання тяжкості симптомів тривожності. Ця шкала охоплює 21 пункт, кожен з яких відображає специфічний симптом тривожного стану, переважно соматичного або фізіологічного характеру (наприклад, відчуття серцебиття, запаморочення, напруження м'язів, пітливість, оніміння тощо).

Респонденти оцінювали, наскільки часто вони відчували кожен із зазначених симптомів протягом останнього тижня, за шкалою від 0 до 3 балів, де:

- 0 — зовсім не турбувало,
- 1 — турбувало незначною мірою,
- 2 — турбувало помірно,
- 3 — турбувало сильно або майже весь час.

Таким чином, загальна сума балів за шкалою могла коливатися в межах від 0 до 63 балів, де вищі значення вказують на вищий рівень тривожності. Після збору відповідей кожного респондента здійснювалось сумування балів по всіх 21 пункту для обчислення індивідуального індексу тривожності.

За результатами дослідження, мінімальний показник у вибірці склав 18 балів, що свідчить про відсутність клінічно значущих проявів тривожності у частини респондентів. Натомість максимальний зафіксований бал сягнув 56, що є показником високого рівня тривожності з потенційними клінічними ознаками тривожного розладу. Розрахунок середнього значення показав, що в цілому вибірка характеризується підвищеним рівнем тривожності, середнє арифметичне склало $M=44,2$, а стандартне відхилення — $SD=8,3$. Це свідчить про те, що респонденти суттєво варіюються за вираженістю симптомів тривожності, хоча загальна тенденція вказує на домінування вираженої тривоги.

Для забезпечення якісної інтерпретації отриманих результатів респонденти були класифіковані за рівнями тривожності відповідно до інтерпретаційної схеми, прийнятої у психометричних дослідженнях із використанням ВАІ:

- Низький рівень тривожності (0–21 бал): 4 особи (7%)
- Помірний рівень тривожності (22–35 балів): 15 осіб (25%)
- Високий рівень тривожності (36 балів і вище): 41 особа (68%)

Таким чином, переважна більшість респондентів — 68% — демонструють високий рівень тривожності, що свідчить про наявність емоційної напруги, яка значно перевищує нормальний рівень. Важливо зазначити, що подібні показники можуть відповідати клінічним проявам тривожного розладу особистості, зокрема генералізованої тривожності або панічного розладу, хоча остаточну діагностику має здійснювати фахівець у галузі клінічної психології або психіатрії.

Високі показники тривожності в контексті дослідження можуть бути обумовлені складною соціальною ситуацією, психологічною нестабільністю, пережитими травматичними подіями, а також зовнішніми стресовими чинниками, пов'язаними з воєнним станом, загрозами безпеці, втратами або вимушеним переселенням. Ці дані підкреслюють актуальність своєчасної психологічної підтримки та превентивних заходів у роботі з популяціями, які перебувають у стані хронічного стресу.

Рис. 2.3 нижче ілюструє розподіл респондентів за рівнем тривожності, що наочно підтверджує виявлену тенденцію до домінування високого рівня тривожності серед досліджуваної вибірки.



Рис. 2.3 Розподіл респондентів за рівнем тривожності (BAI)

Психологічна стійкість (CD-RISC)

Оцінювання рівня психологічної стійкості респондентів здійснювалося за допомогою шкали CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale), яка є валідованим психометричним інструментом для вимірювання здатності особи ефективно адаптуватися до стресових, критичних чи травматичних обставин. У

дослідженні використовувався повний варіант шкали, що включає 25 тверджень, які респонденти оцінювали за п'ятибальною шкалою від 0 до 4 балів, де 0 — «зовсім не вірно», а 4 — «повністю вірно». Максимально можливий бал становить 100.

Сумарний бал відображає загальний рівень адаптаційного потенціалу, а саме: здатність особи мобілізувати внутрішні ресурси, підтримувати мотивацію, долати труднощі, зберігати емоційну рівновагу та виявляти конструктивне ставлення до викликів.

У процесі статистичної обробки емпіричних даних було встановлено, що мінімальний бал серед опитаних становив 42, тоді як максимальний — 84. Середнє арифметичне значення психологічної стійкості для вибірки склало $M=62,7$, при стандартному відхиленні $SD=9,2$. Отримані результати свідчать про помірний рівень варіативності в показниках стійкості серед учасників, із тенденцією до середнього рівня адаптаційного потенціалу.

Для якісного аналізу даних було здійснено класифікацію респондентів за рівнем психологічної стійкості згідно з емпірично визначеними пороговими значеннями:

- Низький рівень психологічної стійкості — 10 осіб (17%),
- Середній рівень — 45 осіб (75%),
- Високий рівень — 5 осіб (8%).

Як показано на Рис. 2.4, де представлено кругову діаграму розподілу, більшість респондентів (три чверті вибірки) продемонстрували середній рівень стійкості. Це вказує на наявність у них базових адаптивних ресурсів, які можуть бути задіяні у відповідь на стресові ситуації, однак не завжди є достатньо вираженими для ефективного подолання тривалих чи інтенсивних кризових станів.

Водночас лише незначна частина респондентів (8%) виявила високий рівень психологічної стійкості, що свідчить про здатність цих осіб до швидкої

та конструктивної адаптації, збереження психоемоційної стабільності та ефективного функціонування в умовах високої невизначеності чи тривалого стресу. Наявність респондентів із низькими показниками стійкості (17%) також є важливим діагностичним індикатором і потребує подальшого аналізу в контексті впливу зовнішніх факторів, таких як травматичний досвід, соціальна підтримка, наявність психологічної допомоги тощо.

Отримані дані є важливим свідченням загального психологічного ресурсу вибірки, особливо в умовах підвищеної емоційної напруги, викликаній суспільно-політичними або особистими кризами. Середній рівень психологічної стійкості у більшості учасників засвідчує потенціал до адаптації, однак вказує також на потребу в розробці та впровадженні програм психопрофілактики, спрямованих на підвищення індивідуального рівня стресостійкості.

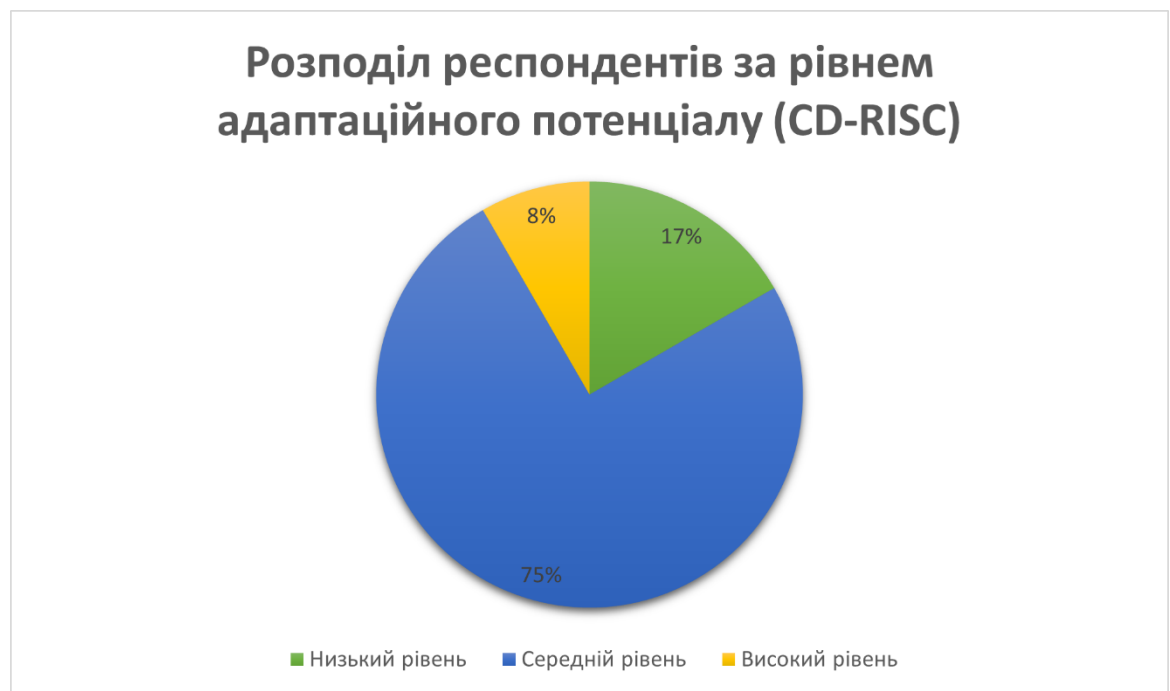


Рис. 2.4 Розподіл респондентів за рівнем адаптаційного потенціалу (CD-RISC)

Кореляційний аналіз

У межах емпіричного дослідження з метою виявлення характеру взаємозв'язку між тривожністю та психологічною стійкістю було здійснено

кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта Пірсона (*Pearson's r*). Даний статистичний метод дозволяє визначити лінійну залежність між двома кількісними змінними, оцінюючи як силу, так і напрямок взаємозв'язку між ними. Попередньо було перевірено відповідність розподілу змінних нормальному закону, що дало підстави для застосування параметричного аналізу.

У дослідженні бралися до уваги три показники тривожності, а саме:

1. **Тривожність як риса особистості** (*Trait Anxiety*) — вимірювалась за допомогою підшкали STAI-T (State-Trait Anxiety Inventory), яка відображає стабільну схильність індивіда до сприйняття ситуацій як загрозливих та до відповідного реагування підвищеною тривожністю.
2. **Ситуативна тривожність** (*State Anxiety*) — визначалась за шкалою STAI-S і репрезентує змінну компоненту емоційного стану особистості, що виникає у відповідь на конкретні обставини, пов'язані зі стресом.
3. **Загальний рівень тривожності** — вимірювався за допомогою шкали Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), яка акцентує увагу на суб'єктивних і соматичних проявах тривоги.

Усі три показники тривожності були співвіднесені з рівнем психологічної стійкості, визначеної за шкалою CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale), яка є одним із найнадійніших інструментів для оцінки здатності особистості адаптуватися до складних життєвих ситуацій, зберігаючи ефективне функціонування.

Результати кореляційного аналізу подано у таблиці:

Таблиця 2.1

Результати кореляційного аналізу

Параметри	r	p
Trait Anxiety – CD-RISC	–0,56	< 0,01
State Anxiety – CD-RISC	–0,48	< 0,01
BAI – CD-RISC	–0,52	< 0,01

Отримані результати засвідчують наявність статистично значущого зворотного (негативного) кореляційного зв'язку між тривожністю та психологічною стійкістю. Найвищий за абсолютним значенням коефіцієнт кореляції виявлено між тривожністю як особистісною характеристикою та психологічною стійкістю ($r = -0,56$), що вказує на помірну силу зв'язку. Це свідчить про те, що особи з високим рівнем хронічної тривожності мають значно знижений адаптаційний потенціал і схильні до менш ефективного подолання стресових ситуацій.

Ситуативна тривожність також виявила негативну кореляцію з психологічною стійкістю ($r = -0,48$), що вказує на зниження здатності особи до адаптації в умовах поточних психотравмуючих обставин. Це може бути особливо актуальним для респондентів, які проживають у ситуації воєнного конфлікту або мають досвід вимушеного переселення.

Загальна тривожність за шкалою Бека ($r = -0,52$) продемонструвала також статистично значущий обернений зв'язок із психологічною стійкістю, що ще раз підтверджує систематичну взаємозалежність між емоційною нестабільністю та обмеженістю внутрішніх ресурсів до відновлення.

Усі три кореляції мають рівень значущості $p < 0,01$, що засвідчує високу надійність отриманих результатів і мінімальну ймовірність їх випадкового походження.

Загальна картина свідчить про те, що підвищений рівень тривожності (як ситуативної, так і стабільної рисової) супроводжується зниженням рівня психологічної стійкості. Це узгоджується з положеннями сучасних психологічних підходів, зокрема когнітивно-біхевіоральної моделі адаптації, яка підкреслює, що високий рівень тривожності перешкоджає мобілізації ресурсів особистості, знижує ефективність копінг-стратегій та послаблює суб'єктивне відчуття контролю над життєвими подіями.

Таким чином, результати кореляційного аналізу не лише демонструють тісний взаємозв'язок між досліджуваними змінними, але й підкреслюють важливість розвитку психологічної стійкості як ресурсу, що потенційно може зменшувати інтенсивність тривожних проявів у контексті стресових подій.

Порівняння підгруп

За статтю: жінки демонструють вищий рівень Trait Anxiety ($M = 54,1$) у порівнянні з чоловіками ($M = 50,7$), $t = 2,54$, $p < 0,05$, тоді як відмінностей у психологічній стійкості не виявлено ($p > 0,05$).

За віком: статистично значущих відмінностей між віковими групами (18–24, 25–34, 35–44, 45–54 роки) не виявлено ($p > 0,05$).

Проведене дослідження демонструє, що у осіб із тривожним розладом особистості спостерігається переважно середній та високий рівень тривожності за всіма методиками, тоді як психологічна стійкість зберігається на середньому рівні у більшості учасників. Виявлені негативні кореляції між тривожністю та стійкістю свідчать про те, що підвищений рівень тривожності обмежує адаптаційний потенціал.

Статистичні відмінності за статтю підтверджують тенденцію до дещо вищої особистісної тривожності у жінок, проте психологічна стійкість у різних статевих групах залишалася порівняно стабільною. Відсутність значущих вікових відмінностей свідчить про універсальність механізмів прояву тривожності та адаптаційного потенціалу у дорослому населення.

Ці результати підкреслюють необхідність розвитку психопрофілактичних та психокорекційних програм, спрямованих на підвищення психологічної стійкості та подолання тривожності, особливо в умовах стресових ситуацій, зокрема воєнного середовища.

Для виявлення факторів, які визначають рівень адаптаційного потенціалу у досліджуваній групі, було проведено комплексний аналіз показників тривожності респондентів за трьома психометричними методиками: шкалою особистісної тривожності STAI-T, шкалою ситуативної тривожності STAI-S та Бековою шкалою тривожності (BAI).

Результати оцінки особистісної тривожності показали, що мінімальний бал склав 35, максимальний — 65, середнє значення $M = 52,8$, $SD = 6,1$. Розподіл за категоріями свідчить про те, що близько половини респондентів (45%) мають високий рівень особистісної тривожності, тобто схильні до тривожних реакцій у повсякденному житті. Ще 46,7% демонструють середній рівень, що характеризується періодичною підвищеною тривожністю в умовах соціальної або побутової напруги, тоді як низький рівень тривожності спостерігався лише у 8,3% учасників. Така картина свідчить про значну поширеність тривожності як психологічної характеристики серед дорослого населення, що досліджувалося.

Ситуативна тривожність (STAI-S), яка відображає реакцію на конкретну ситуацію та рівень стресу в момент тестування, мала мінімальне значення 30 та максимальне 62, середнє $M = 48,3$, $SD = 7,4$. Розподіл показав, що 31,7% респондентів демонструють високий рівень ситуативної тривожності, 58,3% —

середній, а 10% — низький. Це означає, що більшість респондентів реагує на поточні умови з підвищеною тривожністю, що може впливати на їхню здатність до прийняття рішень, концентрацію та емоційну регуляцію у стресових обставинах, зокрема в умовах соціальної невизначеності або воєнного середовища.

Тривожність за Бековою шкалою (BAI), яка оцінює фізичні та психологічні прояви тривожного стану, показала ще більш виражені результати: мінімум 18, максимум 56, $M = 44,2$, $SD = 8,3$. Переважна більшість респондентів (68,3%) належить до категорії високого рівня тривожності, 25% — помірною, і лише 6,7% — низького. Такі показники свідчать про наявність клінічно значущої тривожності у більшості учасників дослідження, що вимагає уваги до можливих наслідків для психічного та фізичного здоров'я, а також для здатності ефективно адаптуватися до навколишніх умов.

Аналіз взаємозв'язку між тривожністю та адаптаційним потенціалом показав статистично значущі негативні кореляції між усіма видами тривожності та психологічною стійкістю (Trait Anxiety – CD-RISC $r = -0,56$, State Anxiety – CD-RISC $r = -0,48$, BAI – CD-RISC $r = -0,52$, $p < 0,01$). Це підтверджує, що високий рівень тривожності обмежує адаптаційний потенціал респондентів та їхню здатність до ефективного подолання складних життєвих ситуацій.

Порівняння за статтю показало, що жінки мають дещо вищий рівень особистісної тривожності ($M = 54,1$) у порівнянні з чоловіками ($M = 50,7$, $t = 2,54$, $p < 0,05$). Водночас відмінності за віком (18–54 роки) та за іншими показниками тривожності не були статистично значущими, що свідчить про універсальний характер тривожності як психологічної особливості дорослої популяції.

Отже, аналіз факторів, що впливають на адаптаційний потенціал у досліджуваній групі, дозволяє зробити висновок, що ключовим визначальним

фактором є рівень тривожності респондентів. Переважна більшість учасників дослідження демонструє середній та високий рівень тривожності як особистісної, так і ситуативної, а також за ВАІ, що безпосередньо знижує їхній адаптаційний потенціал. Демографічні характеристики, такі як стать та вік, не впливають суттєво на рівень тривожності або психологічну стійкість, тоді як внутрішні психологічні особливості, зокрема схильність до тривожності, є вирішальними для оцінки ресурсів особистості та її здатності до адаптації у стресових умовах.

2.3. Порівняльний аналіз адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості та в контрольній групі.

Для вивчення впливу тривожного розладу особистості на адаптаційний потенціал було проведено порівняльний аналіз між основною групою, до якої увійшли респонденти з клінічно підтвердженим тривожним розладом особистості, та контрольною групою, що складалася з осіб без виражених тривожних симптомів та без історії психоемоційних порушень. Обидві групи були співставні за статтю, віком та соціально-демографічними характеристиками, що дозволило мінімізувати вплив зовнішніх неконтрольованих змінних.

Аналіз здійснювався на основі інтегрального показника психологічної стійкості (CD-RISC), а також трьох провідних індикаторів тривожності: тривожності як риси особистості (STAI-T), ситуативної тривожності (STAI-S) та загального рівня тривожності за Беком (BAI). Такий підхід дозволив комплексно оцінити взаємодію тривожності та адаптаційних ресурсів особистості в умовах хронічного емоційного напруження.

Порівняння адаптаційного потенціалу

Результати аналізу показали наявність чітко виражених статистично значущих відмінностей між основною та контрольною групами. У респондентів

основної групи середній показник психологічної стійкості за шкалою CD-RISC становив $M = 57,4$, $SD = 8,7$, що відображає знижений рівень внутрішніх ресурсів та адаптаційних можливостей. У контрольній групі середнє значення було суттєво вищим — $M = 68,9$, $SD = 7,5$. Різниця між середніми величинами виявилася статистично значущою ($t = 5,12$, $p < 0,01$), що свідчить про глибокі відмінності в адаптаційних механізмах у залежності від наявності чи відсутності тривожного розладу.

Таким чином, психологічна стійкість у представників основної групи значно знижена порівняно з контрольною групою, що підтверджує вразливість осіб із тривожним розладом до стресових чинників та їхню нездатність ефективно відновлювати емоційний баланс у складних життєвих ситуаціях.

Порівняння рівнів тривожності

Аналіз показників тривожності також засвідчив суттєві міжгрупові відмінності. У представників основної групи показники Trait Anxiety були значно вищими ($M = 55,3$, $SD = 5,9$), ніж у контрольній ($M = 48,7$, $SD = 6,2$; $t = 4,28$, $p < 0,01$). Це свідчить про стійку схильність до тривожного реагування як характерологічну особливість.

Схожа динаміка спостерігалася і щодо ситуативної тривожності: основна група продемонструвала середнє значення $M = 50,1$, тоді як контрольна — $M = 44,6$ ($t = 3,91$, $p < 0,01$). Це означає, що особи з тривожним розладом інтенсивніше реагують на актуальні стресові стимули.

Показники за шкалою BAI також показали виражену різницю між групами: $M = 46,8$ в основній групі проти $M = 36,5$ у контрольній ($t = 6,03$, $p < 0,01$). Такий значний розрив підкреслює тяжкість соматичних і психофізіологічних проявів тривожності у респондентів з клінічною симптоматикою.

Отримані результати підтверджують, що тривожність у осіб основної групи має системний, багаторівневий характер і впливає як на когнітивно-емоційні, так і на фізіологічні показники.

Кореляційний аналіз

Кореляційний аналіз було проведено окремо для кожної з груп з метою визначення внутрішніх закономірностей між тривожністю та адаптаційним потенціалом.

У основній групі виявлено значущий негативний зв'язок між тривожністю та психологічною стійкістю:

Trait Anxiety – CD-RISC: $r = -0,59, p < 0,01$

State Anxiety – CD-RISC: $r = -0,52, p < 0,01$

BAI – CD-RISC: $r = -0,55, p < 0,01$

Це свідчить про те, що підвищення рівня тривожності супроводжується пропорційним зниженням стійкості, а отже, і загального адаптаційного потенціалу.

У контрольній групі аналогічні кореляції були менш інтенсивними, але залишалися статистично значущими ($p < 0,05$). Це вказує на те, що взаємозв'язок між тривожністю та адаптацією є універсальним, однак у клінічній вибірці він проявляється значно сильніше та має більш виражений негативний вплив.

Узагальнення результатів порівняльного аналізу

Отримані результати порівняльного аналізу дозволяють здійснити цілісну оцінку впливу тривожного розладу особистості на психологічну стійкість та адаптаційний потенціал особистості. Порівняння двох вибірок –

основної (осіб із клінічно підтвердженим тривожним розладом) та контрольної (осіб без виражених тривожних симптомів) – виявило глибокі міжгрупові відмінності, які мають не лише статистичне, але й суттєве психологічне значення.

Перш за все, варто підкреслити, що особи з тривожним розладом продемонстрували істотно нижчі показники психологічної стійкості, що свідчить про знижені можливості до адаптації, стресотолерантності та відновлення емоційного балансу в умовах кризи. Високий рівень тривожності, який спостерігався у представників основної групи як у формі стабільної особистісної риси, так і ситуативної реакції, чинить системний вплив на механізми подолання стресу та знижує ефективність психологічного саморегулювання.

Особливу увагу привертає той факт, що в основній групі високі показники тривожності супроводжувалися не лише загальним зниженням стійкості, а й її дезорганізацією як інтегративної особистісної характеристики. У межах клінічної вибірки спостерігається виразна тенденція до домінування емоційного виснаження, підвищеної вразливості до несприятливих подій та втрати контролю над стресогенними ситуаціями. Це узгоджується з сучасними теоретичними моделями, які трактують психологічну стійкість як динамічну структуру, що залежить від інтенсивності впливу дестабілізуючих факторів, зокрема тривожності.

Контрольна група, навпаки, демонструє більш гармонійне функціонування адаптаційних механізмів. Учасники цієї вибірки відзначалися помірними рівнями тривожності, що не досягали клінічного порогу, та значно вищими показниками стійкості. Це дозволяє припустити, що за відсутності тривожного розладу особистість зберігає внутрішній баланс та здатність до конструктивного подолання труднощів, зокрема в умовах стресу, невизначеності чи змін.

Важливим аспектом дослідження є також результати кореляційного аналізу, які підтвердили стабільну негативну залежність між тривожністю та стійкістю в обох групах. Проте в основній групі ці зв'язки були суттєво сильнішими, що свідчить про інтенсивніший руйнівний вплив тривожності на адаптаційні механізми у клінічно вразливій популяції. Натомість у контрольній групі, попри наявність статистично значущих кореляцій, адаптаційний потенціал залишався більш цілісним і функціональним.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Емпіричне дослідження, проведене у рамках даної роботи, дало змогу комплексно проаналізувати особливості прояву адаптаційного потенціалу в осіб із тривожним розладом особистості в умовах воєнного конфлікту. Застосування валідованих стандартизованих психометричних методик — STAI, BAI та CD-RISC — забезпечило високий рівень достовірності результатів та дозволило здійснити не лише кількісну оцінку рівня тривожності та психологічної стійкості, а й якісний аналіз взаємозв'язків між ними.

За результатами дослідження було встановлено, що переважна частина респондентів демонструє підвищений рівень тривожності — як ситуативної (STAI-S), так і рисової (STAI-T). Значна кількість учасників також показала високі показники за шкалою Бека (BAI), що вказує на вираженість соматичних та афективних компонентів тривоги, наближених до клінічно значущих станів. У цьому контексті слід зауважити, що результати дослідження не обмежуються виявленням тривожності як реакції на зовнішній стрес, а відображають глибші внутрішньоособистісні процеси, які ускладнюють адаптацію до умов невизначеності й загрози.

Водночас оцінка психологічної стійкості (CD-RISC) засвідчила, що більшість учасників мають середній рівень адаптаційного потенціалу, що може забезпечувати базову здатність до подолання стресу. Проте лише незначна частина респондентів продемонструвала високий рівень стійкості, а майже

п'ята частина — низький, що свідчить про обмеження у мобілізації внутрішніх ресурсів у критичних ситуаціях. Таким чином, рівень резилієнтності виявився недостатнім, щоб ефективно нейтралізувати негативний вплив тривалого психоемоційного навантаження.

Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущий зворотний зв'язок між усіма формами тривожності та рівнем психологічної стійкості, що вказує на те, що підвищення рівня тривожності супроводжується зниженням адаптаційного потенціалу. Найсильніші негативні кореляції спостерігалися в основній групі (із тривожним розладом), що свідчить про їхню більшу вразливість до психогенних навантажень і емоційного виснаження. Ці результати підтверджують взаємозалежність між емоційною регуляцією та здатністю особистості до відновлення після стресу.

Порівняльний аналіз між основною та контрольною групами виявив істотні відмінності: у респондентів із тривожним розладом спостерігається суттєво нижчий рівень психологічної стійкості та значно вищі показники тривожності за всіма шкалами. Це вказує на системний деструктивний вплив тривожних симптомів на емоційно-регуляторні та адаптаційні механізми. Учасники контрольної групи, натомість, продемонстрували стабільніші показники емоційної саморегуляції та кращі ресурси для адаптації, навіть в умовах війни.

Окремий аналіз соціально-демографічних чинників показав, що стать і вік не є визначальними факторами у формуванні адаптаційного потенціалу. Єдине статистично значуще відмінне значення стосувалося вищого рівня рисової тривожності у жінок, що може мати як соціально-культурне, так і біопсихологічне пояснення. Водночас психологічна стійкість не варіювала залежно від віку чи статі, що свідчить про універсальність цього конструкта як особистісного ресурсу.

Узагальнюючи, можна констатувати, що:

- Тривожність виступає ключовим фактором, який знижує адаптаційний потенціал і обмежує функціональність особистості в умовах тривалого стресу.
- Психологічна стійкість розглядається як критичний ресурс, що здатен послабити вплив тривожності на загальний стан особистості.
- Профілактичні та інтервенційні заходи, спрямовані на розвиток резилієнтності, є необхідними у роботі з особами, які демонструють підвищену тривожність, зокрема в контексті воєнного середовища.

З огляду на отримані дані, можна вважати, що підтримка психологічної стійкості та зниження рівня тривожності мають бути пріоритетними напрямками у системі психологічної допомоги та психосоціального супроводу осіб, які переживають тривалий вплив воєнного стресу.

РОЗДІЛ III. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги особам із тривожним розладом особистості в умовах війни

3.1. Стратегії психологічної допомоги, спрямовані на підвищення адаптаційного потенціалу.

Ураховуючи отримані результати дослідження, зокрема високий рівень тривожності та зниження адаптаційного потенціалу у осіб із тривожним розладом особистості, важливим є розроблення та впровадження ефективних психологічних стратегій, які сприятимуть підвищенню стійкості та здатності до адаптації в умовах воєнного середовища [1; 2; 11].

Першочерговим завданням є стабілізація емоційного стану респондентів, що дозволяє зменшити інтенсивність тривожних реакцій. Для цього рекомендується застосування когнітивно-поведінкових технік, які спрямовані на корекцію дезадаптивних переконань, зниження катастрофізаційного мислення та розвиток навичок саморегуляції [4; 16]. Ключовими компонентами такої роботи є:

1. **Психоосвіта** – інформування про природу тривожності, її фізіологічні та психологічні прояви, що допомагає респондентам усвідомити свої емоційні стани та зменшити страх перед ними.
2. **Розвиток навичок релаксації та дихальних практик** – використання методів глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації та медитативних технік, які сприяють зниженню фізіологічної активації та регуляції рівня ситуативної тривожності.
3. **Когнітивна реструктуризація** – навчання усвідомленню негативних автоматичних думок, їх оцінці та заміні на більш реалістичні та адаптивні, що дозволяє підвищити психологічну стійкість і адаптаційний потенціал.
4. **Розвиток ефективних стратегій копіngu** – формування гнучких поведінкових стратегій подолання стресових ситуацій, включаючи планування дій, встановлення пріоритетів та використання соціальної підтримки.

5. Підтримка соціальних зв'язків – залучення до груп підтримки, взаємодія з родиною та близьким оточенням, що сприяє зниженню почуття ізоляції та покращує емоційну регуляцію [4; 26; 32].

В умовах війни важливо приділяти особливу увагу ситуаційним стресорам, які здатні провокувати загострення тривожності. У зв'язку з цим рекомендовано використовувати методи кризового втручання та підтримуючі психотерапевтичні підходи, що забезпечують можливість оперативного реагування на гострі тривожні реакції та сприяють стабілізації емоційного стану пацієнта. Підвищення адаптаційного потенціалу у людей із тривожним розладом особистості (ТРО / AVPD) у контексті воєнного стресу потребує комплексного та науково обґрунтованого підходу, який враховує особливості патологічних патернів, індивідуальні вразливості, супутні розлади та обмеження середовища [2; 11].

Воєнні події, включаючи постійну загрозу життю, втрату близьких, вимушене переміщення чи руйнування базових структур безпеки, виступають потужними травматичними факторами, що спричиняють дезорганізацію адаптаційної системи [21; 69]. Люди з ТРО мають специфічну особливість реагування – вони часто не мобілізують наявні ресурси, а навпаки, схильні до уникнення соціальної взаємодії, яке є ключовим джерелом підтримки [11; 93]. У цьому контексті науково обґрунтована психологічна допомога повинна бути спрямована на поступове розширення адаптивних можливостей, покращення навичок емоційної регуляції, розвиток когнітивної рефлексії та стимулювання соціальної взаємодії. Стратегії мають будуватися на трьох основних напрямках [37; 67]:

Структурний (особистісний) компонент адаптації — включає роботу з установками, переконаннями та базовими когнітивними схемами. Зокрема, важливо змінити сприйняття себе як "некомпетентного", "соціально неприйняттого", що часто формується внаслідок життєвого досвіду

відторгнення чи критики. Завдяки когнітивно-поведінковим технікам ці схеми можуть бути переоцінені, а внутрішній діалог — реконструйований [4; 93].

Регулятивний компонент — полягає у формуванні навичок керування емоційним збудженням, тривогою, гнівом, соромом, які є типовими для клінічної картини ТРО. Освоєння технік емоційної саморегуляції дає можливість уникнути реакції уникнення або внутрішнього «завмирання» (freeze-response), які є типовими для осіб із високим рівнем тривожності [32; 69].

Соціально-інтегративний компонент — передбачає поступове формування безпечного соціального середовища через моделювання стосунків у терапевтичному контексті, групову підтримку, участь у спільнотах, волонтерстві або низькоризикових формах міжособистісної взаємодії. Оскільки соціальна активність для осіб із ТРО є джерелом загрози, основою терапевтичного процесу є формування досвіду позитивної взаємодії, яка не активує страх осуду або відторгнення [13; 39; 54].

Сучасні дослідження виділяють декілька стратегій, які демонструють ефективність або потенціал застосування в таких умовах:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) адаптована до AVPD.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) залишається основним методом психотерапевтичної роботи з розладом уникливої особистості (AVPD), орієнтуючись на корекцію дезадаптивних переконань, зміни в поведінкових стратегіях уникання та поступове збільшення рівня соціальної активності пацієнта [4; 16; 25]. Як зазначено в матеріалах StatPearls за 2024 рік, КПТ охоплює низку ефективних технік, таких як методи експозиції, розвиток соціальних навичок, робота над підвищенням самооцінки та формування позитивного ставлення до себе. На додаток до традиційних методів, дослідження, що аналізують використання групової КПТ у комбінації зі

схемотерапією, демонструють значні клінічні покращення у стані пацієнтів із AVPD. Серед них найчастіше спостерігається суттєве зменшення поведінки соціального уникнення та зростання рівня самоцінності, що вказує на потенціал комплексного, інтегративного підходу. Такий підхід дозволяє не лише спростовувати поверхневі когнітивні спотворення, але й глибоко пропрацьовувати фундаментальні схеми, пов'язані з почуттям відторгнення, соціальної ізоляції, сорому та недостатньої власної значущості [4; 93].

Важливим аспектом КПТ у роботі з AVPD є поступовість і структурованість у реалізації терапевтичних інтервенцій. Терапевту рекомендується організовувати процес так, щоб поступово розширювати межі комфорту пацієнта у сфері соціальних контактів, враховуючи його індивідуальну толерантність до потенційно стресових ситуацій. Перевантаження у вигляді надто швидкого занурення в тривожні або дискомфортні події може лише посилити унікальну поведінку. Натомість ретельно дозоване і поетапне експонування дає змогу пацієнту накопичувати успішний досвід соціальної взаємодії, що надалі сприяє закріпленню нових позитивних установок і моделей поведінки [4; 16].

Ключовими компонентами КПТ для AVPD є:

- Когнітивна реструктуризація: виявлення автоматичних негативних думок («я некомпетентний», «усі мене критикують») та їх поступова заміна на більш адаптивні установки.
- Поведінкова активація: поступове збільшення активності, у тому числі соціальної, через планування досяжних цілей та підкріплення позитивного досвіду.
- Експозиційна терапія: контрольоване й поступове занурення у ситуації, які викликають тривогу (наприклад, розмова з новою людиною, виступ перед невеликою групою).

- Тренінги соціальних навичок: формування комунікативної компетентності, навичок асертивності та впевненості у міжособистісних контактах.
- Робота із самооцінкою: зменшення почуття власної неповноцінності, розвиток більш реалістичного образу себе [4; 6; 16].

Однією з ключових умов ефективності терапії є її тривалий характер. Якщо для лікування генералізованого тривожного розладу чи соціальної фобії часто достатньо короткострокових КПТ-програм (зазвичай 10–15 сесій), які забезпечують стійкий результат, то у випадку тривожного розладу особистості необхідна більш тривала терапія. Це обумовлено тим, що мова йде не лише про подолання симптомів, а про зміну глибинних особистісних патернів, сформованих протягом багатьох років [4; 25].

Адаптована когнітивно-поведінкова терапія для роботи з тривожним розладом особистості є однією з найбільш дієвих і науково обґрунтованих методик психологічної допомоги. Вона дозволяє працювати на кількох рівнях: від корекції когнітивних переконань до набуття нового соціального досвіду. Такий комплексний підхід сприяє покращенню адаптаційних здібностей та зниженню рівня тривожності навіть у складних умовах, таких як воєнне середовище [4; 16; 73].

2. Схемотерапія та групова терапія з елементами метакогнітивної міжособистісної роботи

Схемотерапія розглядається сучасними дослідниками як перспективний метод психотерапевтичної допомоги при розладах особистості, зокрема й при AVPD. Як відзначають Valjé та ін. (2024), у порівнянні з груповою КПТ схемотерапія може демонструвати вищу ефективність у зменшенні симптомів, особливо за наявності коморбідності із соціальною тривожністю. Це пояснюється тим, що даний підхід спрямований не лише на корекцію

поверхневих когнітивних викривлень, а й на роботу з так званими ранніми дезадаптивними схемами — глибинними психологічними структурами, які формуються внаслідок емоційної депривації, критики, відторгнення чи травматичного досвіду в дитинстві [93].

До типових схем, характерних для осіб з AVPD, належать:

- схема відторгнення та ізоляції (переконання, що людина ніколи не буде прийнята іншими);
- схема дефектності та сорому (відчуття власної неповноцінності, неприйнятності, "зіпсованості");
- схема соціальної небезпеки (переконання, що будь-які міжособистісні контакти несуть ризик осуду чи приниження) [93].

Схемотерапія дозволяє працювати з цими структурами за допомогою технік «обмеженого повторного батьківства», уявної рескрипції та поведінкових експериментів. У груповому форматі вона створює додатковий ресурс — корекційний досвід прийняття в соціальній взаємодії, що поступово трансформує патерн уникання [38; 93].

3. Метакогнітивна міжособистісна терапія (MIT-G)

Метакогнітивна міжособистісна терапія (MIT-G) є відносно новим напрямом, орієнтованим на розвиток здатності усвідомлювати власні психічні стани, відслідковувати дезадаптивні патерни мислення та регулювати їх у міжособистісному контексті. Останні клінічні дослідження доводять, що MIT-G забезпечує значимі покращення у пацієнтів із AVPD: спостерігається підвищення рівня соціального функціонування, зменшення тривожності, зниження рівня унікальної поведінки [73].

Механізм дії MIT-G полягає у **зміцненні метакогнітивних здібностей** — є відносно новим методом, спрямованим на розвиток здатності усвідомлювати

власні психічні стани, виявляти дезадаптивні патерни мислення та коригувати їх у контексті міжособистісних стосунків. Сучасні клінічні дослідження підтверджують ефективність МІТ-Г для пацієнтів із розладом уникливої особистості (AVPD): зокрема, було відзначено покращення соціального функціонування, зниження тривожності й помітне зменшення унікальної поведінки. Основний механізм дії МІТ-Г зосереджується на розвитку метакогнітивних навичок — тобто здатності людини усвідомлювати свої думки як ментальні конструкти, а не як незаперечні факти [73].

Людина поступово навчається сприймати тривожні думки, на кшталт «мене відкинуть» або «я виглядаю безглуздо», не як істину, а як припущення, які можна перевірити. Це допомагає послабити емоційну реакцію і сприяє більшій гнучкості в регуляції поведінки. Важливою особливістю МІТ-Г є її акцент на міжособистісній взаємодії: терапія ґрунтується на роботі в реальних ситуаціях спілкування під час сесій. Так пацієнти отримують досвід безпечної комунікації, що допомагає зменшити відчуття ізольованості й страх перед критикою.

У клінічній практиці комплексне поєднання схемотерапії й метакогнітивної міжособистісної терапії створює базу для системного підходу. У той час як схемотерапія фокусується на глибинних особистісних структурах, МІТ-Г працює з поточними когнітивними та соціальними процесами. Такий підхід особливо значущий у складних умовах війни, коли зовнішнє середовище часто підсилює базові страхи й схеми пацієнтів із AVPD [32; 73].

4. Менталізаційна терапія та міжособистісні втручання

Менталізаційна терапія (Mentalization-Based Treatment, MBT) - сучасний підхід у психотерапії, який знайшов особливе застосування у лікуванні розладів особистості. Основна концепція MBT полягає у розвитку здатності до

менталізації — уміння розуміти як власні, так і чужі психічні стани, а також усвідомлювати їхній вплив на поведінку [73; 84].

У людей із AVPD ця здатність часто є недостатньо сформованою: вони мають труднощі з самопізнанням, виявленням власних емоцій та їхнім аналізом, а також схильні сприймати соціальні взаємодії через призму страху критики або відторгнення [11; 50].

МБТ сприяє подоланню таких труднощів шляхом створення терапевтичного простору, у якому пацієнт поступово навчається: - розрізняти емоції і факти; - розуміти, що його припущення про ставлення інших не завжди відповідають дійсності; - критично переосмислювати автоматичні негативні переконання («усі ставляться до мене зневажливо», «я обов'язково викличу несхвалення»); - формувати більш конструктивні моделі міжособистісних відносин. Завдяки таким підходам МБТ досягає подвійного результату: з одного боку, зменшує рівень тривожності у соціальних ситуаціях, а з іншого — поступово розвиває здатність до самоаналізу та прийняття себе [73].

5. Міжособистісна терапія (Interpersonal Therapy, IPT)

Міжособистісна терапія (Interpersonal Therapy, IPT) доповнює МБТ, оскільки безпосередньо працює із соціальною сферою життя пацієнта. ІРТ зосереджена на чотирьох ключових напрямках:

1. міжособистісні конфлікти;
2. зміни соціальних ролей;
3. дефіцит соціальних навичок;
4. ізоляція та втрата підтримки.

Для осіб із AVPD це має особливе значення, адже їхня проблема не обмежується внутрішніми когнітивними викривленнями, а безпосередньо пов'язана із труднощами у побудові міжособистісних стосунків. В умовах

війни, коли соціальні зв'язки часто руйнуються, а адаптація до нових умов потребує активної інтеграції в нові спільноти, такі втручання стають критично важливими [73].

Комбінація **МВТ** та **ІРТ** створює синергетичний ефект: МВТ розвиває здатність усвідомлювати й контролювати внутрішні переживання, тоді як ІРТ допомагає трансформувати ці навички у реальних соціальних взаємодіях. Це сприяє поступовому зменшенню страху відторгнення, підвищенню соціальної компетентності та розширенню адаптаційного потенціалу [73].

Наукові дані свідчать, що застосування МВТ та ІРТ у роботі з особами, які мають AVPD, сприяє:

- зниженню рівня міжособистісного уникнення;
- підвищенню здатності до встановлення та підтримки соціальних контактів;
- зменшенню симптомів тривожності та депресії;
- покращенню функціонування у повсякденному житті.

6. Психосвіта і розвиток соціальних навичок

Психосвіта і розвиток соціальних навичок є невід'ємними складовими комплексної терапевтичної допомоги особам із тривожним розладом особистості. Даний підхід спрямований на підвищення інформованості пацієнтів про власний стан, що має принципове значення для подолання почуття безпорадності та зниження рівня тривожності. Як зазначають сучасні дослідження, дефіцит знань про природу власного розладу часто призводить до формування хибних уявлень і посилення дезадаптивних переконань, які підкріплюють унікальну поведінку [41; 59].

Другим важливим компонентом є розвиток соціальних навичок. Для осіб із AVPD характерними є дефіцити в комунікативній сфері: труднощі

ініціювання контактів, підтримки діалогу, вираження власної позиції, асертивності. Ці труднощі не лише обмежують міжособистісні стосунки, а й підтримують замкнене коло унікальної поведінки — чим менше соціальних контактів має пацієнт, тим сильніше укорінюється переконання у власній неприйнятності [11].

Навчання соціальних навичок здійснюється через:

- рольові ігри (моделювання ситуацій знайомства, співбесіди, неформальної розмови);
- поведінкові експерименти (поступове випробування нових стратегій у реальних соціальних умовах);
- зворотний зв'язок у безпечному терапевтичному середовищі (групові заняття, де пацієнт може практикувати нові навички без страху осуду);
- тренінги асертивності (формування здатності висловлювати власну думку без агресії, але з повагою до себе та інших) [54; 81].

Дослідження доводять, що участь у програмах розвитку соціальних навичок має довготривалий ефект: пацієнти демонструють підвищення рівня комунікативної впевненості, зниження соціальної тривожності та розширення кола міжособистісних зв'язків. У воєнних умовах, коли соціальна підтримка є важливим чинником психологічної стабільності, такі програми набувають особливого значення.

Крім того, розвиток соціальних навичок сприяє **зміцненню адаптаційного потенціалу**, оскільки дозволяє особі ефективніше взаємодіяти з соціальним середовищем, долати відчуття ізольованості та використовувати доступні ресурси підтримки. Це, у свою чергу, зменшує ризик розвитку вторинних психоемоційних порушень, таких як депресія чи посттравматичний стресовий розлад [18; 78].

7. Емоційна регуляція та копінг-стратегії

Емоційна регуляція та копінг-стратегії є центральними елементами психологічної допомоги особам із тривожним розладом особистості, оскільки саме підвищена емоційна чутливість та недостатність механізмів самоконтролю лежать в основі більшості клінічних проявів цього розладу. Особи з AVPD характеризуються високим рівнем фізіологічної та психологічної реактивності, схильністю до емоційної ригідності, сорому, почуття безпорадності [11; 40]. У воєнних умовах ці прояви значно посилюються, адже постійна загроза життю, невизначеність майбутнього та втрата соціальних опор стають потужними тригерами для виникнення тривоги й паніки [69; 78].

8. Індивідуалізована терапія з розвитком альянсу

Індивідуалізована терапія з розвитком альянсу є ключовим елементом у роботі з пацієнтами, які мають тривожний розлад особистості (AVPD), є формування терапевтичного альянсу. Наукові дані свідчать, що саме якість відносин між клієнтом і терапевтом, яка базується на довірі, взаєморозумінні та досягненні спільних цілей, грає визначну роль у результативності терапії [59; 73]. Для людей із AVPD, які уникають соціальних контактів через страх критики або відторгнення, такі стосунки часто стають першим безпечним досвідом взаємодії, позбавленим осуду [11].

Однією з характерних потреб цих пацієнтів є бажання бути "визнаними" й "почутими". У терапії це означає забезпечення відчуття власної суб'єктності та активної участі у процесі змін. Формування довіри потребує часу, адже будь-які поспішні або занадто директивні дії можуть сприйматися як загроза або прихована критика. Тому важливо, щоб терапевт демонстрував високу емпатію, прийняття та здатність безумовно підтримувати клієнта, створюючи атмосферу прийняття й толерантності [41; 52; 59].

Індивідуалізований підхід передбачає ретельне оцінювання клінічної картини пацієнта, включно з:

- особистісною історією (наявність травматичного досвіду, відторгнення у дитинстві, сімейних конфліктів);
- рівнем емоційної вразливості та стресостійкості;
- ступенем вираженості унікальної поведінки ;
- домінуючими когнітивними схемами та установками ;
- рівнем мотивації до змін і готовністю брати участь у терапевтичному процесі [59; 60].

На основі цієї оцінки вибудовується індивідуальна стратегія втручання, яка може поєднувати елементи когнітивно-поведінкової терапії, схемотерапії, майндфулнес-практик, технік емоційної регуляції чи міжособистісної терапії. При цьому особлива увага приділяється гнучкості терапевта: адаптація методів залежно від стану пацієнта, рівня його залученості та зовнішніх умов (зокрема, у ситуації воєнного стресу) [32; 36; 73].

9. Групова терапія та спільнотні програми підтримки

Групове середовище займає ключове місце в структурі психотерапевтичної роботи з людьми, які мають тривожний розлад особистості. Основна особливість цього стану — уникнення соціальних контактів і страх отримати негативну оцінку. У контексті групової терапії створюються умови для поступового повернення до міжособистісної взаємодії та набуття нового соціального досвіду. Групова терапія виконує низку важливих функцій. Вона моделює соціальну взаємодію у контрольованому і безпечному середовищі, дає можливість отримати підтримуючий зворотний зв'язок від учасників, а не осудливі реакції. Таке середовище сприяє формуванню відчуття приналежності до спільноти, що протидіє ізоляції, характерній для людей із тривожним розладом.

Крім того, група створює простір для практичного тренування соціальних навичок, зменшує відчуття сорому й внутрішньої стигматизації. Наукові дані,

зокрема дослідження Wilberg та колег, проведене у 2023 році, свідчать про ефективність комбінованих терапевтичних програм, де поєднано індивідуальну та групову роботу. Індивідуальні сеанси зосереджені на опрацюванні глибинних когнітивних схем і особистих переживань. У той же час групова терапія дозволяє застосовувати нові стратегії в реальних міжособистісних контактах. Такий підхід максимізує результативність лікування та забезпечує довготривалі позитивні зміни [9; 54; 60].

В умовах війни, коли традиційні соціальні зв'язки часто втрачаються, спільнотні програми підтримки стають надзвичайно важливими. Групи, орієнтовані на внутрішньо переміщених осіб, ветеранів, волонтерів або сім'ї військових, можуть бути корисними для людей із тривожним розладом. Участь у цих програмах надає шанс відчувати себе частиною колективу зі спільним досвідом, що значно знижує рівень тривожності. Крім того, групові формати сприяють процесам соціальної реінтеграції. Завдяки участі у групових активностях пацієнти вчаться долати свої страхи, поступово адаптуючись до колективних вимог. Це допомагає покращити соціальну взаємодію, підвищує самооцінку і розвиває почуття самоприйняття [5; 42; 92].

Важливо також зазначити, що групи забезпечують більш стабільне відчуття безпеки у соціальному середовищі, яке має вирішальне значення для успішного відновлення психологічного стану.

10. Психофармакологічна підтримка для супутніх симптомів.

Незважаючи на відсутність фармакологічних препаратів, офіційно затверджених виключно для лікування тривожного розладу особистості (AVPD), психофармакологічні втручання мають значну підтримувальну роль у рамках комплексної терапії. Це стає особливо важливим за наявності яскраво виражених коморбідних симптомів, які супроводжують цей розлад. Йдеться передусім про такі стани, як генералізована тривожність, соціальна фобія, депресивні розлади та порушення сну. Всі ці фактори суттєво знижують якість

життя пацієнтів та створюють додаткові труднощі у проведенні психотерапевтичної роботи.

Серед психофармакологічних засобів, які досліджуються в цьому контексті, особливу увагу привертають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRIs). Ці препарати демонструють високу ефективність у зниженні рівня соціальної тривожності, пригніченості та психоемоційного напруження. Зокрема, такі засоби як сертралін, пароксетин та есциталопрам часто застосовуються при соціальній фобії, яка є типовою коморбідністю для AVPD. Їх використання сприяє зниженню інтенсивності унікальної поведінки через ослаблення страху критики та відкидання з боку оточуючих [25; 73; 80].

Крім того, у клінічній практиці застосовуються й інші групи препаратів:

- SNRIs (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну) — ефективні при комбінації тривожних і депресивних симптомів;
- Анксіолітики — можуть використовуватися короткочасно для купірування вираженої тривоги чи панічних атак, проте їх застосування обмежується високим ризиком залежності;
- препарати з седативною дією — іноді застосовуються для регуляції сну та зниження соматичних проявів тривоги;
- мелатонін та агоністи мелатонінових рецепторів — можуть бути корисними для нормалізації циркадних ритмів і зменшення порушень сну.

Слід наголосити, що психофармакотерапія не усуває основних патернів особистісної структури, притаманних AVPD, але може значно знизити рівень дистресу та полегшити участь пацієнта у психотерапевтичному процесі. Фармакологічна підтримка особливо важлива у кризових ситуаціях, коли високий рівень тривожності чи депресивна симптоматика роблять неможливою ефективну роботу з когнітивними та поведінковими техніками.

У сучасній клінічній практиці все більш актуальним стає застосування комбінованого підходу, в якому фармакотерапія виконує роль тимчасового стабілізатора, тоді як основна увага приділяється довготривалій психотерапії (КПТ, схемотерапія, МВТ, групові формати) [4;73].

Таким чином, медикаменти розглядаються не як самостійний метод лікування, а як інструмент, що створює сприятливі умови для більш ефективної та глибокої терапевтичної роботи. У контексті воєнного стресу питання фармакотерапії стає ще більш нагальним. Інтенсивні прояви тривожності, порушення сну, а також соматичні симптоми, такі як головний біль, тахікардія чи гастроінтестинальні розлади, часто потребують медикаментозного втручання [21; 32].

Завдання психіатра в таких умовах полягає у ретельному підборі препаратів із врахуванням коморбідних станів, можливих побічних ефектів і доступності засобів у кризових ситуаціях [73; 80].

11. Фокус на ресурсах і адаптивній пластичності

Удосконалення адаптаційного потенціалу при AVPD вимагає не лише корекції симптомів, але й цілеспрямованого розвитку як внутрішніх, так і зовнішніх ресурсів особистості. У наукових джерелах ресурси трактуються як інтегральний набір когнітивних, емоційних, соціальних та духовних компонентів, які забезпечують здатність людини долати стрес і відновлювати функціонування навіть у складних чи кризових обставинах [41; 67; 81].

Внутрішні ресурси включають такі елементи:

- позитивну самооцінку та почуття власної гідності, які знижують чутливість до критики й сприяють формуванню самоприйняття [35; 41; 76];
- навички самодопомоги, зокрема самоспостереження, самозаспокоєння та здатність до емоційної саморегуляції [57];

- когнітивну гнучкість, яка дозволяє переоцінювати ситуацію, уникати катастрофізації та знаходити альтернативні способи дій [37; 94];
- стратегії копіngu, що орієнтовані на активне вирішення проблем, а не їх уникнення [26; 39].

Зовнішні ресурси охоплюють доступ до базових умов життя — стабільного житла, соціальної підтримки, безпечного середовища, а також інформаційної і матеріальної допомоги. Особливо у військових умовах, коли базові потреби нерідко перебувають під загрозою, підтримка навіть мінімального рівня стабільності (зокрема притулок, медична допомога, гарантоване харчування) є ключовою передумовою для відновлення психічного балансу [5; 15; 66].

Особливу роль відіграє розвиток адаптивної пластичності, тобто здатності особистості змінювати свої реактивні моделі у відповідь на нові обставини. Для людей з AVPD це передбачає поступове розширення поведінкових меж: наприклад, замість повного уникання соціальних контактів людина може спробувати поступово брати участь у групових активностях із можливістю контролювати їх інтенсивність та частоту. Такий поступовий підхід дозволяє формувати більш гнучкі та адаптивні способи реагування на стресові ситуації [2; 13].

Сучасні психотерапевтичні програми, орієнтовані на розвиток ресурсів, включають:

- ресурсно-орієнтовані інтервенції (створення «карти ресурсів» пацієнта, робота з минулим досвідом успішного подолання труднощів);
- наративні практики, які дозволяють переосмислити власну історію не як низку поразок, а як досвід виживання та поступового зростання;
- методи позитивної психології — фокус на сильних сторонах, вдячності, значущих стосунках;

- практики майндфулнесу та самоспівчуття, які зменшують самокритику та підвищують толерантність до власних слабких сторін [41; 49; 76; 81].

У воєнному контексті розвиток ресурсів і пластичності має ще одну важливу функцію — підвищення стійкості до повторних травматичних впливів. Особи, які здатні знаходити підтримку у соціумі, адаптуватися до нових ролей (наприклад, переселенця, волонтера, працівника у нових умовах), демонструють нижчий рівень дистресу та кращу довготривалу стабільність [21; 32].

12. Моніторинг і оцінка ефективності

Моніторинг і оцінка ефективності є необхідними умовами забезпечення якісної психотерапевтичної допомоги та підвищення її результативності. У роботі з пацієнтами, які мають тривожний розлад особистості, контроль змін має особливе значення, адже симптоматика цього розладу є стійкою, хронічною та часто резистентною до стандартних втручань. Тому систематична оцінка дозволяє не лише фіксувати позитивну динаміку, а й своєчасно виявляти ризики загострення, втрату мотивації чи появу супутніх проблем [71; 91].

Для досягнення результату необхідно здійснювати багаторівневий моніторинг, який охоплює:

- клінічні зміни (вираженість симптомів тривоги, рівень уникання, показники депресії та соціальної тривожності);
- суб'єктивне благополуччя (рівень задоволеності життям, відчуття безпеки, здатність долати щоденні труднощі);
- функціональний рівень (здатність підтримувати стосунки, виконувати професійні та побутові завдання, брати участь у соціальних активностях) [71].

У контексті війни моніторинг набуває додаткового значення, оскільки зовнішнє середовище постійно змінюється. Пацієнт може демонструвати позитивну динаміку у відносно стабільних умовах, але зіштовхнувшись із новими травматичними подіями (евакуація, втрата житла, загибель близьких), переживати повторну регресію. Тому важливо оцінювати динаміку в реальному часі, з урахуванням соціально-політичного контексту та рівня безпеки [78; 84].

У практиці рекомендується застосовувати поєднання короткострокових і довгострокових оцінювань:

- щотижневі або щомісячні опитувальники для контролю рівня тривоги та настрою;
- щоквартальні комплексні оцінки для визначення функціонального рівня;
- довготривалі катamnестичні спостереження (через 6–12 місяців після завершення активної терапії) для оцінки стійкості результатів.

Практичні стратегії психологічної допомоги особам із тривожним розладом особистості в умовах війни мають комплексний, інтегративний характер і потребують системної реалізації на індивідуальному, груповому та соціально-спільнотному рівнях. У сучасних умовах війни, коли зовнішнє середовище є постійним джерелом стресу, а ресурси адаптації виснажені, саме психологічна підтримка виступає не лише інструментом стабілізації психоемоційного стану, але й важливим чинником соціальної інтеграції та відновлення якості життя [67; 73; 78].

Важливим акцентом є розвиток ресурсів і адаптивної пластичності, що передбачає роботу над самооцінкою, формуванням навичок самодопомоги, розвитком копінг-стратегій та здатності до гнучкої поведінкової реакції. У воєнному контексті це включає також доступ до матеріальної підтримки, стабільних умов існування та безпечного середовища [81].

Таким чином, практична допомога особам із тривожним розладом особистості в умовах війни повинна розглядатися як багаторівневий процес, спрямований на:

- стабілізацію психоемоційного стану;
- формування нових стратегій реагування на стрес;
- розвиток внутрішніх і зовнішніх ресурсів;
- поступову соціальну інтеграцію;
- зміцнення довготривалої психологічної стійкості [37; 67; 73].

У перспективі такі підходи не лише знижують симптоматику Avoidant Personality Disorder, а й сприяють глибшій трансформації особистості, підвищують рівень адаптаційного потенціалу та створюють умови для успішного функціонування в умовах тривалих кризових і посткризових ситуацій. Це свідчить про необхідність інтеграції описаних стратегій у практику національної системи психічного здоров'я, зокрема у програми реабілітації військових, переселенців та цивільного населення, що зазнало впливу війни. [92]

3.2. Рекомендації для психологів та соціальних працівників.

В умовах збройного конфлікту та суспільної нестабільності, що супроводжуються високим рівнем невизначеності, психологічна допомога особам із тривожним розладом особистості потребує особливої уваги, системності та професійної чутливості. Війна є тривалим травматичним чинником, який впливає не лише на психоемоційний стан, але й на загальний адаптаційний потенціал особистості, спричиняючи посилення тривожних симптомів, емоційне виснаження, дезадаптацію та порушення соціального функціонування. Саме тому психологічна робота з такою категорією клієнтів має бути спрямована не лише на зменшення проявів тривоги, а й на відновлення внутрішніх ресурсів, розвиток стійкості до стресу та формування адаптивних стратегій поведінки [2; 21; 37].

Однією з ключових рекомендацій є застосування комплексного підходу до психологічної допомоги, що включає діагностичний, психотерапевтичний, реабілітаційний і профілактичний компоненти, які взаємодоповнюють один одного та забезпечують системний вплив на тривожність і адаптаційний потенціал. На початковому етапі роботи фахівець має провести всебічну оцінку рівня тривожності та адаптаційного потенціалу клієнта за допомогою валідних психодіагностичних методик (STAI, BAI, CD-RISC, HADS тощо). Важливо не лише визначити кількісні показники тривожності, а й якісно проаналізувати її структуру — когнітивні, емоційні та соматичні компоненти. Особливу увагу слід приділяти виявленню дезадаптивних переконань (катастрофізації, гіперконтролю, уникання), які підтримують тривожний стан, а також оцінювати соціальний контекст клієнта, рівень доступних ресурсів, взаємодію з оточенням і мотиваційну готовність до змін [51; 71].

Подальша психологічна робота передбачає побудову індивідуалізованого плану допомоги, який має ґрунтуватися на інтеграції різних терапевтичних підходів. Особливо ефективними є техніки когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на трансформацію дисфункціональних переконань, розвиток більш гнучкого та адаптивного мислення, навчання навичок управління тривогою й регуляції емоцій. Застосування методів тілесно-орієнтованої терапії та майндфулнес-практик сприяє зниженню психофізіологічного напруження, поліпшенню усвідомлення власного стану й формуванню відчуття внутрішньої стабільності. У контексті війни такі інтервенції особливо важливі, оскільки допомагають людині відновити базове відчуття безпеки, зміцнити здатність до самозаспокоєння та повернути контакт із тілесними сигналами, які часто ігноруються через хронічний стрес [4; 78].

Необхідною умовою підвищення адаптаційного потенціалу є робота з ресурсами клієнта. Психолог має підтримувати людину в усвідомленні власних сильних сторін, формуванні навичок самопідтримки й знаходженні точок опори у щоденному житті — у соціальних стосунках, творчості, фізичній активності,

рутинних практиках, ціннісних орієнтаціях. Ресурсний підхід сприяє зменшенню почуття безпорадності, підвищенню відчуття внутрішнього контролю та посиленню суб'єктивної спроможності долати труднощі [2; 13; 35].

У ситуації хронічного стресу важливо також розвивати адаптивні поведінкові стратегії. Психологічна підтримка може полягати у допомозі клієнтам структурувати повсякденний ритм життя, створювати індивідуальний «план стабільності», що включає баланс між активністю та відпочинком, регулярні практики саморегуляції, турботу про фізичний стан і збереження соціальних контактів. Ефективним є також навчання проблемно-орієнтованому підходу, коли клієнт учить розмежовувати ситуації, на які може впливати, і ті, що знаходяться поза його контролем. Це знижує рівень тривожності, попереджає накопичення емоційного перенавантаження й формує здорові стратегії подолання [32; 37].

Особливої уваги потребує психоедукація, яка є базовим елементом роботи з клієнтами із тривожними розладами особистості. Освітня складова допомагає людині зрозуміти природу власних реакцій, біологічні та психологічні механізми тривоги, вплив воєнних стресорів на нервову систему та поведінку. Інформованість зменшує почуття провини, сорому та «ненормальності» власних переживань, підвищує готовність до співпраці та сприяє формуванню більш реалістичного й толерантного ставлення до своїх емоцій [1; 37; 69].

Важливо також забезпечувати міждисциплінарну взаємодію. У складних випадках тривожного розладу особистості доцільною є співпраця психолога з психіатром для оцінки потреби в медикаментозній терапії, особливо якщо тривога супроводжується порушенням сну, соматичними симптомами або депресивною симптоматикою [25; 80].

Профілактична робота включає регулярне відстеження динаміки психологічного стану, попередження повторних епізодів загострення тривожності, формування у клієнта навичок раннього розпізнавання ознак погіршення. Ефективними можуть бути групові програми підтримки, тренінги стресостійкості, групи майндфулнес-практик чи емоційної грамотності, які дають відчуття спільності й зменшують соціальну ізоляцію [54; 81].

Основним інструментом психологічної допомоги є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на зміну дезадаптивних мисленнєвих схем, формування навичок емоційної саморегуляції та контроль над тривожними реакціями. Практичні техніки, рекомендовані для застосування:

Техніка когнітивної реструктуризації – допомагає клієнту виявляти ірраціональні переконання (“я не впораюся”, “світ небезпечний”) і замінювати їх реалістичними твердженнями.

Метод експозиції – поступове і контрольоване занурення у тривожні ситуації для зменшення унікальної поведінки.

Дихальні та релаксаційні вправи – сприяють зниженню фізіологічного рівня тривоги.

Практики усвідомленості (mindfulness) – допомагають навчитися приймати власні емоції без уникання, що підвищує толерантність до стресу [4; 6].

Для клієнтів із високим рівнем тривожності доцільно застосовувати поєднання КПТ із елементами тілесно-орієнтованої терапії та методів стабілізації нервової системи, зокрема прогресивну м'язову релаксацію Джекобсона, техніку “заземлення”, біофідбек або арт-терапевтичні вправи. Важливо звертати увагу на індивідуальну чутливість клієнта до різних технік: деякі методи можуть сприяти швидкому зниженню напруги, інші — потребувати поступового впровадження. Застосування практик, спрямованих на відновлення взаємодії з тілом, допомагає клієнтам розпізнавати фізіологічні

сигнали стресу, знижувати інтенсивність симпатичної активації та формувати навички саморегуляції в умовах непередбачуваності [32; 48; 81].

Ефективною складовою психологічної допомоги є психоедукація, спрямована на підвищення усвідомленості клієнта щодо природи тривожності, її фізіологічних механізмів та закономірностей прояву під час хронічного стресу. Клієнтам варто пояснювати, що тривога є природною реакцією організму на загрозу, однак при її надмірності потрібні цілеспрямовані зусилля для регуляції. Чим глибше клієнт розуміє природу власного стану, тим легше йому розпізнавати тригери, передбачати загострення та своєчасно використовувати стратегії подолання. Важливо підкреслювати, що зниження тривожності — це процес, який вимагає регулярності практик, поступовості та толерантності до тимчасових коливань у стані [41; 59; 71].

Психологам і соціальним працівникам слід враховувати, що адаптаційний потенціал особистості тісно пов'язаний із соціальним контекстом. Тому важливо сприяти відновленню соціальних зв'язків, включенню клієнта в спільноти, волонтерські або групові ініціативи, що формують почуття значущості та належності. Соціальна включеність допомагає зменшити почуття самотності та безнадійності, часто притаманних людям із тривожними розладами в умовах війни. У випадках втрати житла, роботи чи соціальної підтримки слід забезпечувати співпрацю з відповідними соціальними службами, допомагати клієнту орієнтуватися у можливостях державної чи гуманітарної допомоги та супроводжувати його у процесі адаптації до нових життєвих умов [5; 92].

Ефективним напрямом є групова терапія або групи психологічної підтримки, у межах яких клієнти мають змогу ділитися власним досвідом, отримувати зворотний зв'язок і підтримку від інших учасників. Це не лише знижує відчуття ізольованості, але й підвищує самооцінку, формує навички комунікації та взаємної емпатії. Групові методи також створюють простір для розвитку соціальної компетентності, тренування навичок асертивності, обміну

ефективними стратегіями подолання тривоги. Для багатьох клієнтів група стає стабілізуючим фактором, що забезпечує регулярність контакту з іншими та відчуття спільності [39; 54].

Соціальні працівники, які працюють із клієнтами, що мають тривожний розлад особистості, мають забезпечити систему психосоціальної підтримки. Важливим компонентом є інформування клієнтів про доступні ресурси, юридичні права, програми соціального захисту, можливості професійної перепідготовки або отримання гуманітарної допомоги. Комплексний підхід дає змогу знизити рівень соціальної вразливості та повернути клієнта до активної участі у соціальному житті [42; 55; 81].

Родина виступає важливим ресурсом адаптації, тому психологам рекомендується проводити сімейне консультування з метою підвищення розуміння природи тривожних розладів серед близьких, формування підтримувальної атмосфери та навчання навичкам спілкування без критики чи тиску. Сімейна робота сприяє зменшенню конфліктності, покращенню емоційної взаємодії та підвищенню відчуття безпеки у клієнта. Також варто навчати родичів принципам психологічної першої допомоги, технікам стабілізації та правильного реагування на загострення тривожності [20; 41].

Психологи й соціальні працівники, які постійно взаємодіють із травматизованими клієнтами, самі перебувають у групі ризику розвитку емоційного вигорання. Тому необхідно систематично проходити супервізії, брати участь у професійних групах підтримки, займатися саморегуляцією та дотримуватися гігієни праці. Важливо своєчасно розпізнавати ознаки власного виснаження — зниження емпатії, емоційне притуплення, порушення сну, роздратованість — і застосовувати стратегії відновлення. Підтримка професійної спільноти, регулярний відпочинок, чіткі робочі межі та збалансоване навантаження є критично важливими для збереження ефективності та запобігання вторинній травматизації [32].

Професійна діяльність психологів і соціальних працівників у роботі з особами, які мають тривожний розлад особистості в умовах війни, повинна ґрунтуватися на цілісному, багаторівневому підході, що поєднує індивідуальну, групову та соціально-реабілітаційну роботу. Ключовими завданнями є не лише зниження рівня тривожності, але й розвиток адаптаційних механізмів, формування стійких копінг-стратегій та відновлення внутрішніх ресурсів, що забезпечують психологічну рівновагу та соціальне функціонування в умовах хронічного стресу [67; 73].

3.3. Профілактика розвитку тривожних розладів особистості.

Профілактика тривожних розладів особистості в умовах війни має ключове значення для збереження психічного здоров'я населення, оскільки тривога є однією з найпоширеніших реакцій на хронічний стрес, небезпеку та невизначеність. Вона може виконувати як адаптивну функцію, сприяючи мобілізації ресурсів, так і дезадаптивну, коли перетворюється на домінантний емоційний стан, що порушує ефективність поведінки, мислення та соціальних контактів. Тому завдання профілактики полягає не лише у зменшенні проявів тривоги, а й у формуванні психологічних механізмів, які дозволяють людині зберігати внутрішню рівновагу навіть у складних обставинах [37; 69; 78].

Передусім профілактична робота повинна спиратися на принцип раннього виявлення ознак психоемоційного виснаження. У воєнних умовах тривожність часто маскується під соматичні скарги — порушення сну, серцебиття, підвищену втомлюваність, дратівливість. Своєчасне розпізнавання таких симптомів фахівцями первинної ланки медичної та психологічної допомоги дозволяє попередити перехід адаптаційної напруги у стійкий тривожний розлад. Ефективною практикою є створення коротких опитувальників і чек-листів для скринінгу тривожності у військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб і цивільних, які проживають у зонах ризику [11; 21; 51].

Наступним кроком є розвиток індивідуальних стратегій подолання тривоги. Важливо навчати людей методам керування емоційними станами через психоедукацію, інформування про природу тривожності та її тілесні прояви. Знання про те, що тривога є природною реакцією на небезпеку, знижує рівень страху перед власними емоціями. Практичне оволодіння техніками усвідомленого дихання, тілесного розслаблення, прогресивної м'язової релаксації чи коротких медитативних практик сприяє стабілізації нервової системи й поверненню відчуття контролю [4; 37; 78].

Важливою умовою профілактики є формування адаптивного когнітивного стилю мислення. Люди з тривожними тенденціями часто схильні до катастрофізації подій, надмірного узагальнення та самозвинувачення. Психологічна допомога має бути спрямована на усвідомлення цих когнітивних викривлень і їхню поступову заміну на конструктивніші моделі мислення. Когнітивно-поведінкові техніки, що використовуються в індивідуальному чи груповому форматі, допомагають навчитися розрізняти реальні загрози від уявних, зменшуючи вплив тривожних установок на поведінку [4; 25; 51].

Не менш важливим аспектом профілактики є підтримка соціальної взаємодії. У ситуації війни багато людей переживають втрату соціальних контактів, вимушене переселення, зміну звичного середовища. Саме тому необхідно сприяти створенню умов для регулярного спілкування, участі у спільних заходах, групах підтримки, освітніх або волонтерських ініціативах. Соціальна активність виконує стабілізуючу функцію, забезпечує відчуття спільності та зменшує ризик ізоляції, яка часто підсилює тривожність [5; 39; 81].

Важливим напрямом профілактичних заходів є розвиток навичок самодопомоги та стресостійкості. Доцільним є проведення тренінгів із технік саморегуляції, навчання методам швидкого відновлення (дихання квадратом, техніка «5–4–3–2–1», заземлення, когнітивна реструктуризація), а також формування навичок управління повсякденним ритмом життя. Регулярний сон,

збалансоване харчування, фізична активність, структурований розпорядок дня — важливі компоненти, що знижують фізіологічну вразливість до стресу та зменшують ризик формування тривожних розладів [32; 69; 81].

Профілактика на рівні спільнот та громад також відіграє суттєву роль. Інформаційні кампанії, освітні програми, доступність кризових ліній, мобільних бригад психологічної допомоги, а також створення безпечних просторів для спілкування й відпочинку — усе це сприяє зміцненню психологічного здоров'я населення. У громадах, які зазнали значних втрат або перебувають під високим ризиком, важливо проводити систематичну роботу зі зниження стигми щодо звернення по психологічну допомогу, щоб люди могли своєчасно отримати підтримку [42; 62; 81].

Необхідним компонентом профілактики є підготовка фахівців, які працюють із вразливими групами населення. Психологи, соціальні працівники, педагоги, волонтери повинні володіти навичками розпізнавання тривожних симптомів, основами кризового втручання та методами стабілізації. Регулярне підвищення кваліфікації, супервізії та професійна підтримка є важливою умовою ефективної профілактичної роботи в умовах тривалого стресового впливу [31; 59; 71].

Загалом профілактика тривожних розладів в умовах війни має базуватися на системному підході, що поєднує індивідуальні психологічні інтервенції, підтримку соціального середовища та інституційні заходи. Такий інтегрований підхід дозволяє мінімізувати негативний вплив стресових чинників та сприяє формуванню стійкішого й психологічно захищеного суспільства [32; 73; 81].

Не менш суттєвим фактором є зміцнення соціальної підтримки. Дослідження доводять, що наявність близьких стосунків, підтримки з боку сім'ї, друзів, волонтерських спільнот або терапевтичних груп є потужним захисним чинником проти розвитку тривожних розладів. Тому важливо забезпечувати соціальну інтеграцію осіб, які пережили втрати, евакуацію чи

бойові дії. Створення безпечного простору для обміну досвідом, емоцій та почуттів сприяє зниженню відчуття ізоляції й безпорадності. Особливо корисними є групові формати — групи підтримки, тематичні зустрічі, реабілітаційні програми — де учасники отримують не лише емоційну підтримку, але й моделі успішного подолання труднощів. Це формує відчуття спільності, підсилює віру у власні можливості та зменшує ризик формування стійкої соціальної тривожності [39; 66; 92].

Окремий напрям профілактики стосується розбудови системи кризової психологічної допомоги. Йдеться не лише про індивідуальне консультування, а й про створення багаторівневої мережі підтримки, яка включає онлайн-сервіси, телефонні лінії довіри, мобільні команди психологів. Така система має забезпечувати доступність допомоги у найкоротший термін, оскільки своєчасне втручання значно знижує ризик формування хронічних тривожних станів. Важливим елементом є стандартизація алгоритмів реагування — чіткі інструкції щодо дій фахівців у разі гострого стресу, панічних атак або проявів дезорієнтації. Наявність таких протоколів дозволяє діяти швидко, послідовно та професійно, мінімізуючи ризик вторинної травматизації [17; 42; 81].

Важливо також інтегрувати психологічну профілактику у сферу освіти та працевлаштування. Проведення психоосвітніх тренінгів для викладачів, керівників та соціальних працівників допомагає формувати середовище, у якому відкрито говорять про психічне здоров'я, що сприяє зниженню стигматизації та підвищенню готовності звертатися по допомогу. Освітні установи можуть впроваджувати програми щодо розвитку стресостійкості та емоційної грамотності серед студентів та учнів, включаючи навички саморегуляції, конструктивного вирішення конфліктів і керування емоціями. У робочих колективах психологічна гігієна може бути забезпечена через регулярні воркшопи, консультації, програми підтримки співробітників (EAP), що допомагає зменшувати професійне вигорання та підтримує стабільний психоемоційний клімат [24; 62; 71].

Важливо враховувати і контекст інформаційного середовища. У період війни надмірне споживання новин, поширення дезінформації та тривожних повідомлень значно підсилюють рівень стресу. Тому профілактичні заходи повинні включати навчання інформаційній гігієні: обмеження кількості переглядів новин, вибір надійних джерел, встановлення часових рамок для отримання інформації. Такі прості, але ефективні кроки зменшують ризик формування хронічної тривоги, пов'язаної з інформаційним перевантаженням [36; 68; 75].

Ще одним важливим аспектом є підтримка фізичного здоров'я як основи психічної стійкості. Регулярна фізична активність, достатня кількість сну, режим харчування та відпочинку мають безпосередній вплив на рівень тривоги. Програми профілактики повинні включати рекомендації щодо формування корисних звичок та здорового способу життя, а також доступ до спортивних, оздоровчих чи рекреаційних заходів, особливо для осіб, які пережили переміщення або знаходяться в умовах тимчасового проживання [36; 69; 81].

Усі зазначені заходи є найбільш ефективними, коли поєднуються в єдину комплексну систему профілактики на рівні громади, освіти, робочого середовища та сім'ї. Системна взаємодія психологів, соціальних працівників, медиків, волонтерів та державних структур формує стійку мережу підтримки, що дозволяє знизити вплив стресових чинників та сприяє збереженню психологічної стабільності населення в умовах війни [32; 73; 81].

Таким чином, профілактика тривожних розладів особистості в умовах війни повинна бути системною, багатовекторною та орієнтованою на розвиток особистісної зрілості. Її ефективність забезпечується поєднанням психологічної освіти, формування навичок саморегуляції, підтримання соціальних зв'язків і створення умов для безпечного вираження емоцій. Водночас важливо враховувати, що профілактика має бути гнучкою та адаптованою до різних груп населення — військових, цивільних, переселенців, дітей і підлітків, осіб із підвищеною вразливістю або попередніми психоемоційними труднощами. Це

зумовлює потребу у диференційованих підходах, які враховують специфіку пережитих травматичних подій, доступність ресурсів та рівень соціальної підтримки [2; 37; 67].

Ще одним важливим аспектом є підвищення психологічної грамотності суспільства загалом. Коли люди краще розуміють природу власних емоційних реакцій, вони менш схильні до самозвинувачення, стигматизації та уникання допомоги. Формування культури турботи про психічне здоров'я — через інформаційні кампанії, освітні проекти, спільноти підтримки та залучення медіа — сприяє зниженню колективного рівня тривожності та створює умови для більшого згуртування населення [36; 62; 68].

Не менш значущим є залучення державних та недержавних інституцій. Профілактика стає результативною, коли вона підкріплена державною політикою, міжвідомчою взаємодією, доступністю ресурсів для населення та підтримкою психологів, які працюють у середовищі підвищеної травматизації. Інвестиції у підготовку спеціалістів, розвиток служб психологічної підтримки, інтеграцію психічного здоров'я в систему охорони здоров'я та освіти створюють довготривалу основу для зміцнення психічної стійкості суспільства [31; 42; 81].

Головною метою такої профілактики є не лише запобігання патологічним формам тривоги, а й формування високого рівня адаптаційного потенціалу, що дозволяє особистості зберігати внутрішню стійкість, гнучкість мислення та конструктивну активність навіть у кризових життєвих обставинах. У перспективі це сприяє не тільки індивідуальному добробуту, а й відновленню та зміцненню психологічного ресурсу нації, що є критично важливим для подолання наслідків війни та побудови здорового, стійкого суспільства [2; 37; 73].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

Розділ окреслює комплексний підхід до психологічної допомоги особам із тривожним розладом особистості в умовах воєнного стресу та підкреслює необхідність багаторівневого, структурованого й водночас гнучкого втручання. Проведений аналіз теоретичних засад і сучасних доказових методів свідчить, що ефективна підтримка потребує поєднання когнітивних, емоційних, поведінкових та міжособистісних інтервенцій, спрямованих на зміцнення адаптаційного потенціалу та зниження рівня патологічної тривоги. Особливо важливо враховувати контекст війни, який посилює почуття небезпеки, невизначеності та емоційної вразливості, а також стимулює зростання потреби в психологічній стабільності та соціальній підтримці.

У центрі терапевтичної роботи перебуває стабілізація емоційного стану та корекція дезадаптивних переконань, що підтримують унікальну поведінку та соціальну ізоляцію. Війна значно підсилює вразливості осіб із AVPD, тому особливо важливими стають навички саморегуляції, формування адекватного сприйняття небезпеки, підвищення толерантності до емоційного напруження та розвиток здатності діяти в умовах невизначеності. Центральним завданням стає розбудова внутрішніх ресурсів, які дозволяють особистості протистояти зовнішнім стресорам, не втрачаючи критичного мислення, ініціативності та функціональної активності.

Аналіз сучасних підходів показав, що найвищу ефективність демонструють інтегровані моделі терапії — поєднання адаптованої когнітивно-поведінкової терапії, схемотерапії, метакогнітивних та менталізаційних втручань. Такі програми сприяють переоцінці глибинних когнітивних схем, формуванню реалістичніших уявлень про себе й соціальний світ, розвитку соціальних навичок та подоланню страху критики чи відкидання. Інтегративний формат дозволяє впливати одночасно на симптоматичний рівень, міжособистісні установки та структуру особистісної організації, що робить терапевтичний процес більш цілісним і довготривалим за ефектами.

Важливим компонентом є поступове розширення досвіду безпечної взаємодії та формування нових моделей поведінки, які заміщують старі патерни уникання та самознецінення.

Окремої уваги потребує побудова терапевтичного альянсу, який для пацієнтів із AVPD часто є першим ресурсом довіри, стабільності та прийняття. Індивідуалізоване планування, толерантність до темпу клієнта, повага до його меж та чутливість до мікрореакцій забезпечують основу для успішних терапевтичних змін. Сформований альянс підсилює готовність клієнта до експериментів у поведінці, зменшує страх помилок і сприяє формуванню більш стійкого відчуття власної компетентності. Потреба в тривалій роботі є закономірною, адже йдеться не лише про усунення симптомів, а про трансформацію стійких патернів функціонування особистості.

Значущий потенціал мають групові форми роботи та спільнотні програми підтримки, оскільки вони створюють можливість для формування нового соціального досвіду без осуду та з високим рівнем прийняття. Групові формати допомагають подолати ізоляцію, знижують інтенсивність відчуття сорому, зміцнюють асертивні навички та створюють середовище для безпечного тренування поведінкових стратегій. У воєнних умовах важливо також забезпечити доступність таких програм у форматах онлайн-груп, кризових центрів та локальних ініціатив підтримки, які можуть стати проміжною ланкою між клінічною допомогою та соціальною реінтеграцією.

Додатковим напрямом є робота з навичками повсякденної адаптації: навчання плануванню, регуляції навантаження, побудові стабільної рутини, розвитку стійкості до невизначеності та гнучкості реагування. Умови війни потребують підсилення не лише емоційного, а й практичного функціонування, тому психотерапевтичні інтервенції часто поєднуються з коучинговими елементами, навичками кризового менеджменту та ресурсно-орієнтованими техніками.

Узагальнюючи, психологічна допомога особам із тривожним розладом особистості в умовах війни повинна бути комплексною, тривимірною — орієнтованою на когнітивну корекцію, емоційну регуляцію та соціальну інтеграцію. Її основна мета полягає у формуванні стійкішої внутрішньої опори, відновленні суб'єктності, розширенні адаптивних можливостей та забезпеченні здатності зберігати психологічну рівновагу в умовах високого зовнішнього навантаження. Такий підхід не лише знижує рівень патологічної тривоги, а й сприяє довготривалим позитивним змінам, що дозволяють особистості відновлювати життєву активність, підтримувати соціальні зв'язки та функціонувати ефективно попри складні реалії воєнного часу.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретико-емпіричного дослідження на тему «Особливості прояву адаптаційного потенціалу у осіб із тривожним розладом особистості під час війни» встановлено, що тривожний розлад особистості (ТРО) є одним із найсуттєвіших чинників, які обмежують адаптаційні можливості людини в умовах тривалого стресу та соціальної невизначеності. Отримані результати підтвердили гіпотезу про те, що підвищений рівень тривожності безпосередньо знижує психологічну стійкість, гнучкість реагування, здатність до регуляції емоцій та конструктивного подолання труднощів. В умовах війни, коли зовнішні загрози стають хронічними, а невизначеність — домінантним контекстом життя, внутрішня тривожність значно підсилюється, формуючи замкнене коло дезадаптації.

Теоретичний аналіз показав, що адаптаційний потенціал — це інтегративна характеристика особистості, яка включає когнітивні, емоційно-вольові, соціально-комунікативні та фізіологічні ресурси, що забезпечують можливість ефективної взаємодії із зовнішнім середовищем. У випадку тривожного розладу особистості адаптаційний процес ускладнюється через домінування унікальної поведінки, надмірну самокритику, гіперчутливість до соціальної оцінки, схильність до катастрофізації подій і недостатньо сформовані навички емоційної саморегуляції. Наявність цих особливостей знижує здатність особи до гнучкого реагування, ускладнює прийняття рішень у стресових ситуаціях та обмежує можливість ефективного пошуку підтримки.

У воєнних умовах, коли базові потреби у безпеці, стабільності та соціальній підтримці порушені, зазначені психологічні особливості набувають критичного значення. Хронічне відчуття небезпеки, інформаційний тиск, втрати та зміни соціального середовища підсилюють дисфункціональні переконання, знижують рівень довіри до світу та власної здатності впоратися зі стресом. Це послаблює адаптаційні механізми та сприяє формуванню стійких тривожних патернів реагування.

Результати емпіричної частини підтверджують, що у респондентів із ТРО спостерігається істотно нижчий рівень адаптаційного потенціалу ($M = 57,4$) порівняно з контрольною групою ($M = 68,9$). Особи з ТРО також демонструють значно вищі показники як особистісної, так і ситуативної тривожності, що свідчить про їхню підвищену чутливість до стресових стимулів. Кореляційний аналіз засвідчив сильний негативний зв'язок між рівнем тривожності та психологічною стійкістю ($r \approx -0,55$), що свідчить про системний характер впливу тривожності на здатність до адаптації. Висока тривожність не лише порушує емоційну рівновагу, а й впливає на когнітивні процеси — посилює селективну увагу до загроз, спотворює оцінку подій та ускладнює планування.

Додатково виявлено, що соціальні та демографічні чинники (вік, стать) не мають істотного впливу на рівень адаптаційного потенціалу, що підтверджує універсальний характер впливу тривожності на психологічне функціонування. Натомість вирішальним виявився суб'єктивний рівень тривожності та якість застосовуваних копінг-стратегій. Особи, які демонстрували вищі показники усвідомленості, здатності до рефлексії, навички розпізнавання власних емоцій та ефективніше користувалися соціальною підтримкою, мали значно кращі результати у шкалі резилієнтності. Це свідчить, що навіть у межах тривожного розладу особистості саме розвиток адаптивних стратегій копіngu може суттєво підвищувати стійкість до стресу та покращувати загальні адаптаційні можливості людини.

Таким чином, адаптаційний потенціал у осіб із тривожним розладом особистості є суттєво обмеженим унаслідок емоційної гіперчутливості, низької самооцінки, труднощів у соціальній взаємодії та ригідності мислення. Воєнний стрес, виступаючи тривалим дистресовим чинником, підсилює ці особливості, провокуючи зростання симптомів тривожності, депресії, соматизації та соціальної ізоляції.

Практична частина роботи дала змогу сформулювати рекомендації щодо психологічної допомоги та профілактики дезадаптації. Запропоновані стратегії

включають когнітивно-поведінкові, схемотерапевтичні, метакогнітивні та менталізаційні підходи, орієнтовані на поступову реконструкцію дисфункційних переконань, розвиток навичок емоційної регуляції та формування безпечного досвіду міжособистісної взаємодії. Значну ефективність мають також групові формати терапії, психоосвіта та розвиток соціальних навичок, які сприяють зниженню ізоляції та відновленню почуття приналежності.

Отже, результати дослідження мають як теоретичне, так і практичне значення для сучасної клінічної психології. З теоретичної точки зору вони розширюють уявлення про механізми взаємозв'язку між тривожністю та адаптаційним потенціалом, конкретизують роль індивідуально-психологічних особливостей у формуванні вразливості до стресу та уточнюють специфіку проявів тривожного розладу особистості (ТРО) у ситуаціях високої небезпеки. Дослідження поглиблює розуміння того, що саме дисфункціональні переконання, емоційна реактивність і знижена стресостійкість визначають слабкість адаптаційних механізмів, а в умовах війни ці чинники посилюються, підвищуючи ймовірність дезадаптивних реакцій.

Практичне значення роботи полягає у підтвердженні необхідності індивідуалізованих, доказових програм психотерапевтичної допомоги для осіб із ТРО у кризових ситуаціях, зокрема у воєнних умовах. Зокрема, отримані результати підкреслюють важливість комплексних підходів, що поєднують роботу з когнітивними викривленнями, розвиток навичок емоційної саморегуляції, поступове підвищення толерантності до невизначеності та відновлення соціальної включеності. Підтверджується, що саме багатовимірні інтервенції ефективніше сприяють покращенню адаптивного функціонування, зниженню інтенсивності тривоги та підсиленню внутрішніх ресурсів особистості.

Перспективним напрямом подальших досліджень є розроблення інтегративних програм психокорекції, що поєднують когнітивно-поведінкові

техніки, соціально-підтримувальні інтервенції та нейропсихологічні підходи до відновлення регуляторних функцій. Особливого значення набуває вивчення механізмів нейропластичності, що лежать в основі адаптації до стресу, а також визначення факторів, які впливають на довготривалі результати терапії у клієнтів з ТРО. Важливо проводити моніторинг ефективності різних терапевтичних моделей, порівнювати їхню результативність у військовому та післявоєнному контекстах, досліджувати роль соціальних і сімейних ресурсів у підтримці стабільних змін.

Крім того, потребує подальшого вивчення питання міжособистісних бар'єрів, характерних для осіб із тривожним розладом особистості, а також того, яким чином групові формати роботи, участь у спільнотах та підтримувальні мережі можуть зменшувати їхню соціальну вразливість. Дослідження механізмів довіри, терапевтичного альянсу та соціальної безпеки може значно підвищити ефективність психологічної допомоги в цьому напрямі.

У підсумку, адаптаційний потенціал осіб із тривожним розладом особистості в умовах війни є ключовим показником психологічної стійкості, здатності до відновлення та ефективного функціонування в екстремальних обставинах. Його розвиток можливий лише за умови системної, науково обґрунтованої та довготривалої психологічної підтримки, спрямованої на зменшення рівня тривожності, підвищення самоусвідомлення, зміцнення соціальних ресурсів, формування гнучких стратегій подолання та відновлення суб'єктності. Такий підхід забезпечує не лише зменшення симптоматики, але й формування більш зрілої, стійкої та адаптивної особистісної структури, здатної протистояти викликам воєнного та поствоєнного періоду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. **American Psychiatric Association (APA).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed., Text Revision. Washington, D.C.: APA Publishing, 2022.
2. **Андрущенко Т. В.** Феномен адаптаційного потенціалу особистості в умовах соціальної нестабільності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2020. № 2(53). С. 15–22.
3. **Bauer, J.** *The Power of the Self-Regulation: A Theory of Adaptive Personality*. New York: Springer, 2020.
4. **Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L.** *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books, 2005.
5. **Бондарчук С. І.** Психологічні особливості реагування на травматичні події у ветеранів бойових дій. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 230 с.
6. **Bouchard, S., & Bélanger, C.** *Psychological Interventions for Generalized Anxiety Disorder*. Cambridge: Academic Press, 2019.
7. **Bowlby, J.** *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books, 1969.
8. **Cannon, W. B.** *The Wisdom of the Body*. New York: W. W. Norton & Company, 1932.
9. **Clark, D. M., & Wells, A.** Cognitive therapy for panic disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1997. Pp. 199–221.
10. **Вакуленко О. С.** Корекція тривожних станів у військовослужбовців засобами арт-терапії. *Військово-медичний журнал*. 2023. № 4. С. 78–85.
11. **Возняк С. М.** Тривожний розлад особистості: сучасні підходи до діагностики та терапії. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2019. 180 с.
12. **Вознесенська О. Л.** Психологія екстремальних ситуацій та кризових станів. Київ: ВАП, 2020. 312 с.

13. **Гоженко, Е. М. Псядло; уклад.: І. Я. Пінчук, С. І. Табачников, О. С. Чабан;** Діагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в післястресовий період : метод. посіб. Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології, ДП "Укр. НДІ медицини трансп.". - Одеса : Фенікс, 2015. - 109 с. - Бібліогр.: с. 107-109 - укр.
14. **Грабовська С. А.** Резильєнтність як предиктор адаптаційного потенціалу особистості. *Психологія і суспільство*. 2022. № 3. С. 98–105.
15. **Григорова Т. А.** Психологічна стійкість особистості в умовах бойового стресу. *Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2023. Вип. 68. С. 12–19.
16. **Демченко І. С.** Соціально-психологічна адаптація внутрішньо переміщених осіб. *Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія*. 2021. Вип. 66. С. 120–127.
17. **Дмитров О. І.** Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі. Одеса: Фенікс, 2018. 165 с.
18. **Дорошенко О. П.** Психологічна допомога постраждалим від військового конфлікту: досвід України. *Український психологічний журнал*. 2023. № 1(27). С. 5–15.
19. **Ehlers, A., & Clark, D. M.** A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38(4). Pp. 319–345.
20. **Єремєєва І. О.** Динаміка адаптаційного потенціалу у підлітків в умовах довготривалого стресу. *Проблеми сучасної психології*. 2020. № 3(15). С. 88–94.
21. **Зінько І. В.** Фактори ризику розвитку психічних розладів у цивільного населення під час війни. *Клінічна психологія*. 2023. № 2. С. 34–40.
22. **Зінченко С. В.** Тривожні розлади як наслідок воєнної травматизації. *Теорія і практика сучасної психології*. 2022. № 4. С. 200–208.
23. **Іванов В. П.** Особливості формування життєстійкості в умовах надзвичайних ситуацій. *Збірник наукових праць КНТУ*. 2021. Вип. 52. С. 175–182.

24. **Kashdan, T. B., & Hofmann, S. G.** *The Role of Affective and Cognitive Processes in Generalized Anxiety Disorder*. New York: Oxford University Press, 2019.
25. **Кіреєва З. О.** Детермінанти й особливості адаптації та психічних ресурсів людини під час повномасштабного вторгнення. СА Швайкін, МА Балан, Український психологічний журнал 19, 2023. – С. 60-82
26. **Клімчук В. О.** Діагностика та корекція емоційно-вольової сфери особистості. Житомир: Полісся, 2020. 278 с.
27. **Коваленко А. А.** Психологічна травма та її наслідки: превенція та інтервенція. *Практична психологія та соціальна робота*. 2022. № 4. С. 15–21.
28. **Кологризова Н. М.** Сучасні особливості ресурсного підходу в психології / Матеріали 79-ї наукової конференції професорсько-викладацького складу і наукових працівників Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Секція «Факультет психології та соціальної роботи». Підсекції: «Соціальна робота», «Освітні, педагогічні науки», «Психологія» (Одеса, 27–29 листоп. 2024 р.) [Електронний ресурс]. – Електрон. текст. дані (1 файл : 1,2 МБ). – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2024. – С. 100–103.
29. **Кононенко О. І.** Соціальна акомодация та життєстійкість як ресурси виживання в умовах війни. 25 Наукові інновації та передові технології. Серія «Управління та адміністрування», Серія «Право», Серія «Економіка», Серія «Психологія», Серія «Педагогіка» // Видавнича група «Наукові перспективи» - С. 677-688
30. **Кононенко О. І.** Адаптаційні особливості майбутніх військовослужбовців. *Психологія та соціальна робота* 49 (1), 85-98
31. **Кременчуцька М. К., Акопян А.Б., Козій В.О.** Дихальні психотехніки у роботі з регуляцією емоційних станів індивіда. Вчені записки Таврійського національного університету імені Ві Вернадського 2023 р. - 79-85
32. **Кривенко В. П.** Адаптація та дезадаптація в контексті соціальної психології. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Психологія»*. 2021. Вип. 49. С. 125–132.

33. **Lazarus, R. S., & Folkman, S.** *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
34. **Linehan, M. M.** *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993.
35. **Лисенко В. І.** Копінг-поведінка ветеранів з тривожними розладами. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31. Вип. 1(114). С. 45–51.
36. **Матвієнко М. В.** Досвід застосування протоколів кризової інтервенції в умовах бойових дій. *Медична психологія*. 2022. № 1(17). С. 40–46.
37. **Михайленко О. А.** Копінг-поведінка як складова адаптаційного потенціалу. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2018. № 2. С. 156–163.
38. **Наєнко В. І.** Самотність та тривога: взаємозв'язок у кризові періоди. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*. 2021. № 2(48). С. 101–107.
39. **Нестеренко О. М.** Вплив травматичного досвіду на соціальну взаємодію. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологія*. 2023. № 4. С. 250–258.
40. **Овсянкіна Г. С.** Психологічний захист і його значення для психічного здоров'я. Дніпро: ДНУ, 2019. 290 с.
41. **Ogden, P., Minton, K., & Pain, C.** *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company, 2006.
42. **Павленко В. О.** Поняття "психологічний потенціал" та його структура. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 2. Вип. 7. С. 34–41.
43. **Петренко В. В.** Особливості прояву тривожного розладу особистості в умовах тривалої невизначеності. *Теорія і практика сучасної психології*. 2023. № 3(9). С. 50–57.
44. **Піщевська Е. В.** Студентська молодь України: ментальні особливості, ідентичність, спосіб життя. Матеріали 78-ї наукової конференції професорсько-викладацького складу і наукових працівників ОНУ імені І. І. Мечникова. Секція «Факультету психології та соціальної роботи». Підсекції «Психологія», «Соціальна робота» (Одеса, 22–24 листоп. 2023 р.). – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. – С. 87-90.

45. **Плющ І. В.** Екзистенційна тривога в умовах війни. *Соціальна психологія та психотерапія*. 2022. № 3. С. 90–97.
46. **Побідаш І. В.** Групова психотерапія для осіб із підвищеним рівнем тривожності. Одеса: Гельветика, 2022. 170 с.
47. **Поліщук В. М.** Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців. Київ: Освіта України, 2020. 220 с.
48. **Приходько Ю. О.** Диференціальна психологія. Київ: Каравела, 2021. 380 с.
49. **Porges, S. W.** *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company, 2017.
50. **Ревенко В. П.** Досвід подолання кризи: український контекст. *Психологічний часопис*. 2023. № 5. С. 10–18.
51. **Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M.** *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. New York: Guilford Press, 2020.
52. **Родіна Н. В.** Копінг-поведінка особистості у ситуаціях невизначеності та ризику. 2021. С. 90-95.
53. **Савенко О. В.** Особистісний адаптаційний потенціал: теоретичний аналіз. *Науковий вісник Миколаївського національного університету*. 2021. № 2(25). С. 185–192.
54. **Савченко С. О.** Тривога як наслідок психологічної травми. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2019. № 2(44). С. 135–142.
55. **Selye, H.** *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill, 1956.
56. **Сердюк Л. А.** Надання першої психологічної допомоги в умовах військових дій. *Практична психологія*. 2023. № 1(5). С. 30–37.
57. **Скрипник Т. В.** Клінічна психологія і психодіагностика: навчальний посібник. Київ: ВД "Слово", 2022. 450 с.
58. **Смирнова І. М.** Особистісні чинники адаптації до умов військового конфлікту. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Психологія*. 2022. Вип. 3(168). С. 90–97.

59. **Stein, D. J., & Kupfer, D. J.** *Trauma, Stress, and Anxiety: A Global Perspective on Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
60. **Тимошенко В. О.** Психологія здоров'я в екстремальних умовах. Ужгород: Ліра, 2021. 310 с.
61. **Тихоненко О. І.** Вплив ЗМІ на рівень тривожності населення під час війни. *Соціальна психологія*. 2023. № 1(58). С. 55–62.
62. **Титаренко Т. М.** Життєвий світ особистості: на шляху до себе. Київ: Либідь, 2018. 358 с.
63. **Ткачук І. П.** Психологічна стійкість особистості в критичних ситуаціях. *Науковий вісник Волинського національного університету*. 2020. № 2(41). С. 110–117.
64. **Velting, D. M., & Albano, A. M.** *Handbook of Clinical Psychology for Children and Adolescents: Anxiety and Depression*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2019.
65. **World Health Organization (WHO).** *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO, 2019.
66. **Федоренко О. В.** Корекція наслідків тривалого стресу у дорослих. Одеса: Освіта, 2022. 260 с.
67. **Фільц О. В.** Основи психотерапії. Київ: Здоров'я, 2019. 420 с.
68. **Харченко С. В.** Диференційна діагностика тривожних станів. *Актуальні проблеми клінічної психології*. 2020. № 1(3). С. 150–158.
69. **Herman, J. L.** *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 1992.
70. **Horowitz, M. J.** *Stress Response Syndromes*. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2003.
71. **Шевченко Н. В.** Адаптаційний потенціал і механізми психологічного захисту. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Психологія*. 2018. № 32. С. 45–51.
72. **Шульга Л. М.** Психосоматичні прояви тривоги в умовах воєнного конфлікту. *Клінічна психологія*. 2023. № 3. С. 15–22.

73. **Widiger, T. A., & Samuel, D. B.** Diagnostic labels and their implications. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 1. Pp. 517–549.
74. **Яворська О. М.** Психологічні аспекти реабілітації ветеранів. Львів: Магнолія, 2022. 195 с.
75. **Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E.** *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press, 2003.
76. **Zoladz, P. R., & Diamond, D. M.** Current state of research on the role of the

ДОДАТОК А

Опитувальник “Шкала адаптаційного потенціалу особистості”

(за К. Роджерсом і Р. Даймондом у модифікації А. Маклакова)

Мета: визначення рівня адаптаційних можливостей особистості, її психологічної гнучкості, емоційної стабільності, самоприйняття та комунікативних навичок.

Форма проведення: онлайн-опитувальник, створений у Google Forms. Респондентам пропонувалося оцінити твердження, обравши варіант відповіді «Так» або «Ні».

Посилання на форму:

Твердження:

<https://docs.google.com/forms/d/11XUfQH2CeazmsQv3cfCt4cSLGbh2gNbBT4SGssrVM3A/edit>

1. Я швидко знаходжу спільну мову з новими людьми.
2. Мені легко звикати до нових умов життя.
3. Я часто хвилююся через дрібниці.
4. Мені складно прийняти себе таким, який я є.
5. Я здатен контролювати свої емоції в стресових ситуаціях.
6. Я відчуваю підтримку від близьких людей.
7. Зазвичай я вважаю свої сили достатніми, щоб упоратися з труднощами.
8. Мені важко висловлювати власні почуття.
9. Я відчуваю, що моє життя має сенс.
10. Я часто залишаюся в поганому настрої тривалий час.
11. Я вмію просити допомогу, коли це потрібно.

12. У нових обставинах я швидко знаходжу своє місце.

13. Я часто звинувачую себе за минулі помилки.

14. Я можу підтримати інших у важкі моменти.

15. Зміни мене лякають.

16. Мені легко приймати рішення.

17. Я вмію зберігати спокій у напружених ситуаціях.

18. Я приймаю свої сильні й слабкі сторони.

19. Я намагаюсь навчатися на життєвому досвіді.

20. У стресових ситуаціях я втрачаю впевненість у собі.

Обробка результатів:

Підраховується кількість відповідей «Так», що свідчать про високий рівень адаптаційності.

(зворотні твердження 3, 4, 8, 10, 13, 15, 20 оцінюються у зворотному напрямку).

Інтерпретація:

- 16–20 балів – високий адаптаційний потенціал
- 10–15 балів – середній
- 0–9 балів – низький

ДОДАТОК Б**Методика “Шкала реактивної та особистісної тривожності” (Ч. Спілбергер – Ю. Ханін)**

Мета: оцінка рівня тривожності як особистісної риси та ситуативної реакції.

Форма проведення: Google Форма з двома блоками запитань. Тип відповіді: шкала від 1 до 4 (1 – зовсім ні, 4 – дуже сильно).

Посилання на форму:

https://docs.google.com/forms/d/1R_Jn9Ois358eAE0TxTZOvv4rjTE9XnBkqPNu9vwjPVk/edit

I. Шкала реактивної тривожності (ситуативна тривожність)

1. Я спокійний (спокійна).
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я перебуваю в напруженні.
4. Я шкодую, що взяв(ла) участь у цій ситуації.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Мене турбують можливі неприємності.
7. Я задоволений (задоволена).
8. Я занадто збуджений (збуджена).
9. Мене не залишає почуття внутрішнього напруження.
10. Я відчуваю впевненість у собі.
11. Я нервую.
12. Я у стані спокою.
13. Мене лякають труднощі.

- 14. Я відчуваю себе захищено.
- 15. Я напружений (напружена).
- 16. Мене лякають обставини.
- 17. Я спокійний у своїх думках.
- 18. Я напружений, бо очікую неприємностей.
- 19. Я не можу знайти собі місця.
- 20. Я розслаблений.

II. Шкала особистісної тривожності

- 1. Я відчуваю себе нервовим.
- 2. Я спокійний і врівноважений.
- 3. Здається, що життя мене обходить стороною.
- 4. Я відчуваю себе невпевненим у собі.
- 5. Я рідко турбуюся через дрібниці.
- 6. Мене легко засмутити.
- 7. Я часто відчуваю страх без причини.
- 8. Мені легко приймати рішення.
- 9. Мені важко розслабитися.
- 10. Я часто почуваюся пригніченим.
- 11. Я добре сплю і не думаю про проблеми.
- 12. Я часто очікую неприємностей.
- 13. Я легко засинаю і рідко маю безсоння.
- 14. Я відчуваю, що мені бракує внутрішньої рівноваги.

15.Я задоволений собою.

16.Я часто відчуваю нервову напругу.

17.Я рідко гублюся у складних ситуаціях.

18.Я часто почуваю себе самотнім.

19.Я відчуваю впевненість у майбутньому.

20.Мене лякають зміни.

Обробка результатів:

Підраховується сума балів окремо для реактивної та особистісної тривожності.

Інтерпретація:

- 20–30 балів – низький рівень тривожності
- 31–45 балів – середній
- 46–80 балів – високий

ДОДАТОК В**Шкала тривожності Бека (BAI)****(Beck Anxiety Inventory, 1988)**

Мета: оцінити ступінь тяжкості (рівень) тривожності та тривожних розладів у особистості.

Форма проведення: Google Форма із 21 твердженням (симптомом).

Тип відповіді: шкала від 0 до 3, що відображає, наскільки симптом турбував протягом останнього тижня.

Посилання на форму: https://docs.google.com/forms/d/1-iPCV_yAyJEWXnK8fSVbmV_9xK8n8sw0lSzyAV-TWEs/edit#responses

Шкала оцінювання:

- 0 – Зовсім не турбувало
- 1 – Турбувало помірно, але не сильно
- 2 – Турбувало помірно – часом було неприємно
- 3 – Турбувало сильно – ледве міг/могла це витримати

Твердження (Симптоми):

1. Відчуття оніміння або поколювання в тілі
2. Відчуття жару
3. Тремтіння в ногах
4. Неможливість розслабитися
5. Страх, що станеться найгірше
6. Запаморочення або нестійкість
7. Прискорене серцебиття

8. Хитання або нестабільність
9. Відчуття жаху або страху
10. Нервозність
11. Відчуття задухи
12. Тремтіння рук
13. Страх втратити контроль
14. Труднощі з диханням
15. Страх померти
16. Переляк
17. Розлад травлення (нудота, розлад шлунка)
18. Непритомність
19. Почервоніння обличчя (припливи)
20. Пітливість (не через спеку)
21. Страх (або відчуття) божевілля

Обробка результатів:

Підраховується сума балів за всі 21 пункт. Загальний бал може варіюватися від 0 до 63.

Інтерпретація:

Загальний Бал (0–63)

Рівень Тривожності

0 – 7 балів	Мінімальна тривожність
8 – 15 балів	Легкий рівень тривоги
16 – 25 балів	Помірний рівень тривоги
26 – 63 балів	Важкий рівень тривоги

ДОДАТОК Г**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА УЧАСНИКА ДОСЛІДЖЕННЯ****Назва дослідження:**

«Особливості прояву адаптаційного потенціалу у осіб із тривожним розладом особистості під час війни»

Дослідник:

Таракановська І.О., студентка магістратури

Факультет психології та соціальної роботи

Одеський національний університет імені І.І. Мечникова

Науковий керівник:

доц. Кологривова Н.М.

Мета дослідження:

Дане дослідження має на меті вивчити особливості прояву адаптаційного потенціалу у людей з підвищеним рівнем тривожності в умовах воєнного стану.

Участь у дослідженні допоможе отримати наукові дані, які можуть бути використані для вдосконалення психологічної допомоги людям, що переживають хронічний стрес чи тривогу.

Процедура участі:

Участь у дослідженні полягає у заповненні трьох психологічних опитувальників:

- 1. Шкала тривожності Стан–Риса (STAI)**
- 2. Шкала тривожності Бека (BAI)**
- 3. Шкала психологічної стійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC)**

Процедура займає орієнтовно **30–40 хвилин**. Відповіді є **анонімними** та використовуються **виключно для наукових цілей** у знеособленому вигляді.

Права учасника:

- Участь у дослідженні є добровільною.
- Ви маєте право відмовитися від участі у будь-який момент без пояснення причин.
- Відмова не матиме жодних негативних наслідків.
- Ваші відповіді будуть оброблятися конфіденційно.
- Жодна інформація, що дозволяє ідентифікувати Вас, не буде зібрана або розголошена.
- Ви маєте право отримати зворотній зв'язок щодо результатів у загальному вигляді після завершення дослідження.

Можливі ризики та вигоди:

- Участь не передбачає жодних фізичних ризиків.
- Можливе короткочасне емоційне напруження при відповідях на деякі запитання, пов'язані з тривогою.
- Ви можете припинити участь у будь-який момент, якщо відчуєте дискомфорт.
- Участь у дослідженні сприяє розвитку саморефлексії та може бути корисною для самопізнання.

Контактна інформація дослідника:

У разі виникнення запитань щодо дослідження або Ваших прав як учасника, Ви можете звернутися до:

Таракановської І.О. – hanenkova.iryana@stud.od.edu.ua

Керівник: доц. Кологривова Н.М.

ДОДАТОК Г**ЗГОДА НА УЧАСТЬ**

Я ознайомив(лася) з інформацією про дослідження, розумію його мету, умови та свої права як учасника. Мені надали можливість поставити запитання та отримати відповіді. Я добровільно погоджуюся взяти участь у дослідженні.

Підпис учасника _____ Дата _____

_____ (або позначка «Згода отримана усно/письмово» для онлайн-опитування)

Підпис дослідника _____ Дата _____

ДОДАТОК Д

Тренінгова програма: «Стійкість і адаптація в умовах тривоги»

Актуальність теми: в умовах війни зростає кількість осіб, які стикаються з підвищеним рівнем тривоги, дезадаптації та внутрішнього напруження. Особливої уваги потребують люди з тривожним розладом особистості (ТРО), які характеризуються унікальною поведінкою, страхом негативної оцінки та низькою стресостійкістю. Актуальність програми полягає у розвитку адаптаційного потенціалу таких осіб, що сприятиме їх соціальній інтеграції та покращенню психоемоційного стану.

Мета програми: формування у осіб із тривожним розладом особистості навичок подолання стресу, підвищення емоційної саморегуляції, зміцнення соціальних зв'язків та розширення адаптивних стратегій поведінки.

Завдання тренінгу:

- Ознайомити учасників з психологічною природою тривоги та адаптації.
- Визначити індивідуальні ресурси кожного учасника.
- Розвивати навички когнітивної реструктуризації.
- Формувати техніки емоційної саморегуляції.
- Підвищити толерантність до невизначеності та дистресу.
- Розвивати ефективну соціальну взаємодію.

Цільова аудиторія: особи віком 18+, які мають ознаки тривожного (уникаючого) розладу особистості; внутрішньо переміщені особи; особи, що пережили психотравмуючі події.

Принципи роботи:

- Принцип добровільності та безпеки.
- Поваги до індивідуальних особливостей.

- Підтримки і безоціночного ставлення.
- Конфіденційності.
- Активності та залученості учасників.

Очікувані результати:

- Зниження рівня тривожності.
- Покращення адаптивних навичок.
- Розвиток когнітивної гнучкості.
- Зростання соціальної активності.
- Підвищення самооцінки та впевненості.

Кількість учасників: 8–12 осіб.

Тривалість тренінгу: 8 занять по 2 години (1–2 рази на тиждень).

Методи роботи:

- Когнітивно-поведінкові техніки.
- Арт-терапевтичні вправи.
- Майндфулнес і тілесні практики.
- Рольові ігри.
- Групова дискусія.
- Щоденники самоспостереження.

День 1. Тема: Тривога і я

Мета: Усвідомити природу власної тривожності, її вплив на життя та способи прояву в повсякденних ситуаціях. Сформувати почуття безпеки та довіри у групі.

Завдання:

- Вступ до тренінгу: знайомство, правила групи.
- Міні-лекція: Що таке тривожність і тривожний розлад особистості.
- Вправа «Мій тривожний портрет»: учасники зображують свої емоції та переживання.
- Вправа «Тіло й тривога»: тілесна карта тривожних відчуттів.
- Підведення підсумків: Обговорення емоцій, з якими працювали. Збір рефлексії.
- Домашнє завдання: Вести щоденник тривожних ситуацій протягом тижня.

День 2. Тема: Стрес і адаптація

Мета: Ознайомити учасників з поняттям стресу, його впливом на психіку та тілесний стан. Допомогти усвідомити власні способи адаптації до складних умов.

Завдання:

- Обговорення домашнього завдання.
- Міні-лекція: Що таке стрес? Фази стресу, позитивний і негативний стрес.
- Вправа «Моя шкала стресу»: учасники створюють власну шкалу напруги.
- Практика: дихальні техніки, тілесна релаксація.
- Підведення підсумків: Як тіло реагує на стрес? Які сигнали я ігнорую?
- Домашнє завдання: Спостерігати за тілесними реакціями під час стресу.

День 3. Тема: Автоматичні думки

Мета: Навчитися розпізнавати негативні автоматичні думки, досліджувати їхній вплив на емоційний стан та поведінку, опанувати базові техніки їх нейтралізації.

Завдання:

- Аналіз тілесних реакцій на стрес (домашнє завдання).
- Міні-лекція: Когнітивні викривлення і їхній вплив на емоції.
- Вправа «СТОП»: техніка зупинки негативної думки.
- Вправа «Думка – факт – фантазія».
- Підведення підсумків: Як змінюється мій стан після зміни думки?
- Домашнє завдання: Протягом дня записувати автоматичні думки та альтернативи до них.

День 4. Тема: Переконання і зміни

Мета: Допомогти учасникам виявити глибинні переконання, що стоять за негативними автоматичними думками, та навчити їх замінювати неадаптивні переконання більш конструктивними.

Завдання:

- Робота з щоденником думок.
- Міні-лекція: Що таке глибинні переконання. Їх формування.
- Вправа «Карта переконань»: учасники визначають свої ключові переконання.
- Практика рефреймінгу.
- Підведення підсумків: Які переконання заважають мені адаптуватися?
- Домашнє завдання: Вибрати одне переконання та практикувати його зміну в щоденному житті.

День 5. Тема: Емоційна регуляція

Мета: Ознайомити учасників з базовими емоціями, навчити розпізнавати їх у собі та застосовувати техніки саморегуляції у тривожних станах.

Завдання:

- Обговорення досвіду зміни переконання.
- Міні-лекція: Роль емоцій. «Емоційне колесо».
- Вправа «Емоції як сигнали».
- Майндфулнес-практика: усвідомлене дихання.
- Підведення підсумків: Що допомагає мені впоратись із емоціями?
- Домашнє завдання: Практикувати дихальні вправи в стресових ситуаціях.

День 6. Тема: Стійкість до дистресу

Мета: Розвивати здатність переносити емоційне напруження, не вдаючись до уникнення або деструктивної поведінки. Ознайомити з техніками підвищення толерантності до дистресу.

Завдання:

- Аналіз застосування технік дихання.
- Міні-лекція: Що таке дистрес і як із ним працювати.
- Вправа «Якорі стабільності» (візуальні, тілесні, когнітивні).
- Вправа «Колесо ресурсів»: визначення внутрішніх опор.
- Підведення підсумків: Які мої джерела сили у важкі часи?
- Домашнє завдання: Створити власну антикризову карту ресурсів.

День 7. Тема: Спілкування і підтримка

Мета: Розвивати навички конструктивного спілкування, усвідомити роль соціальної підтримки у подоланні тривоги та вчитися приймати допомогу.

Завдання:

- Обговорення ресурсної карти.
- Міні-лекція: Соціальна підтримка та стиль спілкування при ТРО.

- Вправа «Моя карта підтримки».
- Рольові ігри: конструктивне просіння про допомогу.
- Підведення підсумків: Які люди можуть бути моїми ресурсами?
- Домашнє завдання: Звернутися по допомогу у безпечному середовищі.

День 8. Тема: Підсумки та ресурси

Мета: Інтегрувати пройдений досвід, усвідомити власні зміни, сформувати особисту стратегію підтримки психоемоційної стійкості після завершення тренінгу.

Завдання:

- Обговорення досвіду звернення по допомогу.
- Вправа «Мій шлях змін»: мапа особистих змін за 8 тижнів.
- Вправа «Лист собі в майбутнє».
- Ритуал завершення групи: коло підтримки.
- Підведення підсумків: Що я беру з собою? Що залишаю?
- Домашнє завдання: Добровільне – продовжити щоденник емоцій/думок протягом наступного місяця.

Висновки до тренінгової програми

У процесі розробки тренінгової програми «Стійкість і адаптація в умовах тривоги» було створено цілісну систему психокорекційних занять, спрямованих на розвиток здатності особистості справлятися з тривожними станами, підвищення рівня емоційної саморегуляції, усвідомлення власних ресурсів та стратегій адаптації.

Програма структурована вісімденним циклом, кожне заняття якого має чітко окреслену мету, логіку побудови, методичний супровід, практичні вправи, рефлексійний компонент та домашнє завдання. Теми сесій охоплюють

ключові аспекти роботи з тривогою: ідентифікація емоцій і тілесних реакцій, когнітивна реструктуризація автоматичних думок і переконань, розвиток стійкості до дистресу, навички асертивного спілкування та формування системи підтримки.

Під час розробки програми було враховано наукові підходи сучасної психології, зокрема елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесноорієнтовані методики, техніки майндфулнес та елементи арт-терапії. Програма передбачає активну участь учасників, їхню включеність у процес самоусвідомлення, групову динаміку, взаємопідтримку та поступове формування нових конструктивних стратегій реагування на стресові ситуації.

Попри те, що на момент написання дипломної роботи дана програма не була реалізована на практиці, її зміст та структура відповідають актуальним потребам людей, які перебувають у стані підвищеної тривожності. Очікується, що у разі реалізації програми, вона сприятиме зниженню рівня тривоги, підвищенню особистісної адаптивності, розвитку рефлексивності та психологічної стійкості.

Таким чином, тренінгова програма може стати ефективним інструментом психологічної допомоги в умовах війни, посттравматичного стресу, соціальної нестабільності чи особистісних криз.