

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Факультет гуманітарно-педагогічний**

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

**В.о. завідувача кафедри
соціальної роботи та реабілітації**

_____ **Тетяна ГРИГОРЕНКО**
(підпис) (ПІБ)

« » 2026 р.

**БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА (ПРОЄКТ)
на тему «Соціальна підтримка людей із тривожними розладами»**

Спеціальність **«231 Соціальна робота»**

Освітньо-професійна програма **«Соціальна робота»**

(код і назва)

Гарант освітньої програми
доктор педагогічних наук, професор

_____ **Інна ОСАДЧЕНКО**
(підпис)

**Керівник бакалаврської
кваліфікаційної роботи (проєкту)**
кандидат педагогічних наук, доцент

_____ **Ірина ПЄША**
(підпис)

Виконав

_____ **Анастасія ЄВЧЕНКО**
(підпис)

КИЇВ - 2026

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Факультет гуманітарно-педагогічний**

ЗАТВЕРДЖУЮ

**В.о. завідувача кафедри
соціальної роботи та реабілітації**

кандидат педагогічних
наук, доцент

_____ Тетяна ГРИГОРЕНКО
(підпис)

«_____» _____ 2026 р.

**З А В Д А Н Н Я
ДО ВИКОНАННЯ БАКАЛАВРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ (ПРОЄКТУ)
ЗДОБУВАЧУ
Євченко Анастасія Денисівна**

Спеціальність «231 Соціальна робота»

Освітньо-професійна програма «Соціальна робота»

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи «Соціальна підтримка людей із тривожними розладами»

затверджена наказом від «08» 04. 2025 року № 581 «С»

Термін подання завершеної роботи (проекту) на кафедру «_____».

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи: *нормативно-правові акти України у сфері соціальної роботи; наукові праці вітчизняних і зарубіжних дослідників з проблем тривожних розладів; матеріали сучасних українських і зарубіжних програм психосоціальної підтримки; результати авторського онлайн-анкетування; матеріали апробації інформаційно-мотиваційного тренінгу «Маршрут підтримки».*

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

1. Проаналізувати теоретичні засади дослідження тривожних розладів як соціальної проблеми, розкрити їх сутність, класифікацію та вплив на якість життя.
2. Визначити сутність, види та нормативно-правові засади соціальної підтримки людей із тривожними розладами, а також охарактеризувати діяльність соціальних служб і роль соціального працівника у цій сфері.
3. Провести діагностику потреб і бар'єрів у зверненні по допомогу серед осіб, які мають тривожні прояви, та проаналізувати рівень їхньої обізнаності й досвід отримання підтримки.
4. Розробити та обґрунтувати програму соціальної підтримки молоді з тривожними проявами «Маршрут підтримки», спрямовану на підвищення доступності допомоги в умовах малої громади.
5. Провести апробацію інформаційно-мотиваційного модуля програми та на її основі розробити практичні рекомендації для фахівців соціальної сфери щодо впровадження програми у роботі з молоддю.

Дата видачі завдання «13» вересня 2025 р.

**Керівник бакалаврської
кваліфікаційної роботи (проекту)**

Завдання взяла до виконання

_____ (підпис)

Ірина ПЄША

Анастасія ЄВЧЕНКО

_____ (підпис)

РЕФЕРАТ

Бакалаврська кваліфікаційна робота присвячена дослідженню соціальної підтримки людей із тривожними розладами та розробленню програми соціальної підтримки молоді з тривожними проявами в умовах малої громади. Робота містить ____ сторінок, ____ таблиць, ____ рисунків, 41 використане джерело та ____ додатки.

Мета роботи полягає у розробленні та обґрунтуванні програми соціальної підтримки молоді з тривожними проявами, спрямованої на підвищення доступності допомоги в умовах малої громади. У роботі проаналізовано тривожні розлади як соціальну проблему, охарактеризовано їхній вплив на якість життя та соціальне функціонування, розкрито сутність і види соціальної підтримки, нормативно-правове забезпечення, діяльність соціальних служб і роль соціального працівника.

Об'єктом дослідження є процес соціальної підтримки людей із тривожними розладами. **Предметом дослідження** є зміст, форми, методи та організаційні засади соціальної підтримки молоді з тривожними проявами в умовах малої громади.

У дослідженні використано теоретичні методи аналізу, синтезу, порівняння, систематизації та узагальнення наукових джерел; емпіричний метод анкетування; методи кількісного та якісного аналізу результатів опитування; метод проєктування програми соціальної підтримки та апробацію її інформаційно-мотиваційного модуля. Емпіричну базу становлять результати онлайн-анкетування 83 респондентів, а також апробація тренінгу «Маршрут підтримки: куди звертатися, якщо тривога заважає жити» для учнів 11 класу.

За результатами дослідження встановлено, що основними бар'єрами звернення по допомогу є переконання у можливості самостійного подолання проблеми, висока вартість послуг, недостатня обізнаність щодо доступних сервісів, недовіра до фахівців, страх осуду та сором. Найбільш затребуваними формами підтримки є індивідуальне консультування, зрозуміла інформація про доступні послуги, безоплатні та анонімні сервіси, онлайн-консультації,

перенаправлення до фахівців і соціальний супровід.

На основі отриманих результатів розроблено програму соціальної підтримки «Маршрут підтримки», що складається з трьох модулів: виявлення потреб і бар'єрів звернення; інформування про доступні послуги та формування маршруту допомоги; закріплення готовності до звернення й організація короткострокового соціального супроводу. Окремий інформаційно-мотиваційний модуль програми було апробовано у формі тренінгу для учнів 11 класу.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання програми «Маршрут підтримки», тренінгу та розроблених рекомендацій соціальними педагогами, практичними психологами, фахівцями із соціальної роботи, закладами освіти, центрами соціальних служб, центрами життєстійкості та громадськими організаціями для підвищення доступності соціальної підтримки молоді з тривожними проявами.

Ключові слова: тривожні розлади, тривожні прояви, молодь, мала громада, соціальна підтримка, соціальна робота, соціальний супровід, психосоціальна допомога, бар'єри звернення по допомогу, маршрут підтримки.

ABSTRACT

Англомовний переклад реферату

Зміст

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЯК СОЦІАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ	12
1.1. Тривожні розлади як комплексна соціальна проблема: сутність, класифікація та вплив на якість життя	12
1.2. Сутність та види соціальної підтримки людей з тривожними розладами	18
1.3. Нормативно-правове забезпечення соціальної підтримки осіб із психічними розладами в Україні.....	22
1.4 Аналіз діяльності соціальних служб щодо підтримки людей із тривожними розладами	25
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТРЕБ ТА БАР'ЄРІВ У ДОСТУПІ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ	33
2.1. Організація та методика дослідження	33
2.2. Аналіз результатів дослідження обізнаності та досвіду звернення по допомогу	36
Висновки до розділу 2	44
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ МОЛОДІ З ТРИВОЖНИМИ ПРОЯВАМИ	46
3.1. Обґрунтування та структура програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки».....	46
3.2. Апробація інформаційно-мотиваційного тренінгу як модуля програми соціальної підтримки.....	52
3.3. Рекомендації для фахівців соціальної сфери щодо впровадження програми соціальної підтримки	56
Висновки до розділу 3	61
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	74

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена зростанням поширеності психоемоційних порушень у сучасному суспільстві, серед яких особливе місце займають тривожні розлади. В умовах повномасштабної війни, вимушеного переміщення, втрати відчуття безпеки, соціально-економічної нестабільності та хронічного стресу дедалі більше людей стикаються з підвищеною тривожністю, страхом, емоційним виснаженням, труднощами соціальної адаптації та зниженням якості життя. За таких умов проблема тривожних розладів виходить за межі суто медичного чи психологічного підходу і набуває виразного соціального значення, оскільки впливає на повсякденне функціонування людини, її міжособистісні зв'язки, здатність навчатися, працювати, звертатися по допомогу та брати участь у житті громади.

Особливої актуальності ця проблема набуває для молоді, яка проживає в умовах малих громад. У таких громадах доступ до спеціалізованої психологічної, психотерапевтичної або психіатричної допомоги часто є обмеженим, а звернення по підтримку може ускладнюватися страхом осуду, недостатньою анонімністю, браком інформації про доступні сервіси та переконанням, що з проблемою потрібно впоратися самотійно. Для молодих людей ці бар'єри можуть бути особливо значущими, оскільки тривожні прояви впливають на навчання, спілкування, професійне самовизначення, взаємини з однолітками й готовність відкрито говорити про власні труднощі.

Актуальність теми посилюється й тим, що люди з тривожними розладами та тривожними проявами нерідко стикаються не лише з внутрішніми труднощами, а й із зовнішніми бар'єрами: стигматизацією, самостигматизацією, недовірою до фахівців, високою вартістю послуг, обмеженим доступом до безоплатної й анонімної допомоги та недостатньою поінформованістю про маршрути звернення. У зв'язку з цим особливої ваги набуває соціальна підтримка як напрям соціальної роботи, що охоплює інформування, консультування, перенаправлення, соціальний супровід,

міжвідомчу взаємодію, захист прав людини та сприяння соціальній інтеграції.

Наукове підґрунтя дослідження складають праці вітчизняних і зарубіжних учених. Клінічні та психологічні аспекти тривожних розладів висвітлено у працях, присвячених їх класифікації, симптоматиці та впливу на якість життя людини. У площині соціальної роботи важливе значення мають дослідження, присвячені соціальній підтримці вразливих груп населення, розвитку соціальних послуг, соціальному супроводу, інформуванню населення про маршрути допомоги, веденню випадку та міждисциплінарній взаємодії. Зокрема, у працях Т. Семигіної розкрито питання розвитку соціальних послуг та інформування населення про соціальні й реабілітаційні послуги; І. Зверева систематизує понятійно-категоріальний апарат соціальної сфери; З. Кияниця та Ж. Петрочко висвітлюють сучасні орієнтири й технології соціальної роботи; О. Безпалько розглядає практичні аспекти підтримки вразливих груп у системі соціальної роботи.

Попри наявність наукових праць із проблем психічного здоров'я та соціальної роботи, питання соціальної підтримки саме людей із тривожними розладами та молоді з тривожними проявами потребує подальшого опрацювання в контексті сучасних суспільних викликів. Недостатньо конкретизованими залишаються зміст, форми та організаційні механізми такої підтримки в умовах малої громади, а також практичні підходи до підвищення доступності допомоги, зменшення бар'єрів першого звернення та формування зрозумілого маршруту підтримки. Це й зумовило вибір теми бакалаврської кваліфікаційної роботи: «Соціальна підтримка людей із тривожними розладами».

Мета дослідження — розробити та обґрунтувати програму соціальної підтримки молоді із тривожними проявами, спрямовану на підвищення доступності допомоги в умовах малої громади.

Об'єкт дослідження — процес соціальної підтримки людей із тривожними розладами.

Предмет дослідження — форми, методи та організаційні засади соціальної підтримки молоді з тривожними проявами в умовах малої громади.

Для досягнення поставленої мети передбачено розв'язання таких завдань:

- 1) Проаналізувати теоретичні засади дослідження тривожних розладів як соціальної проблеми;
- 2) Визначити сутність і види соціальної підтримки осіб із тривожними розладами;
- 3) Провести діагностику потреб та бар'єрів у зверненні по допомогу серед осіб, які мають прояви тривожності;
- 4) Розробити та обґрунтувати програму соціальної підтримки молоді «Маршрут підтримки»;
- 5) Провести апробацію інформаційно-мотиваційного модуля програми та на її основі розробити практичні рекомендації для фахівців соціальної сфери.

Методи дослідження. Для досягнення мети й розв'язання поставлених завдань використано комплекс методів дослідження: теоретичні — аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукових джерел для розкриття сутності тривожних розладів, соціальної підтримки та діяльності соціальних служб; емпіричні — анкетування для виявлення потреб, бар'єрів і запитів щодо соціальної підтримки людей із тривожними проявами; методи кількісного та якісного аналізу — для узагальнення результатів опитування, інтерпретації відповідей респондентів і формулювання практичних висновків; метод проектування — для розроблення програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки»; апробація — для перевірки можливості практичного використання інформаційно-мотиваційного модуля програми.

Емпірична база дослідження — результати онлайн-анкетування 83 респондентів різного віку та соціального статусу, а також результати апробації інформаційно-мотиваційного тренінгу «Маршрут підтримки: куди звертатися, якщо тривога заважає жити», проведеного для учнів 11 класу. Анкетування не

передбачало клінічної діагностики тривожних розладів, а було спрямоване на виявлення потреб, бар'єрів і запитів щодо соціальної підтримки людей із тривожними проявами.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що висновки дослідження, програма соціальної підтримки «Маршрут підтримки», інформаційно-мотиваційний тренінг і практичні рекомендації можуть бути використані соціальними педагогами, практичними психологами, фахівцями із соціальної роботи, закладами освіти, центрами соціальних служб, центрами життєстійкості та громадськими організаціями для інформування, консультування, перенаправлення та короткострокового супроводу молоді з тривожними проявами або людей із тривожними розладами.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи становить ____ сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЯК СОЦІАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

1.1. Тривожні розлади як комплексна соціальна проблема: сутність, класифікація та вплив на якість життя

Тривожні розлади належать до поширених психоемоційних порушень, які мають не лише медико-психологічне, а й виразне соціальне значення. Їхній вплив не обмежується внутрішнім емоційним станом людини, а поширюється на її повсякденну активність, навчання, професійну діяльність, сімейні та міжособистісні відносини, готовність звертатися по допомогу й брати участь у житті громади. Саме тому тривожні розлади доцільно розглядати як комплексну соціальну проблему, що потребує не лише клінічного розуміння, а й соціально орієнтованої підтримки [7, 12].

У межах соціальної роботи люди з тривожними розладами розглядаються не лише як особи з психоемоційними труднощами, а як отримувачі потенційної соціальної підтримки, які можуть потребувати інформування, консультування, перенаправлення до фахівців, соціального супроводу, підтримки у відновленні соціальних зв'язків та доступу до ресурсів громади. У науковому полі соціальної роботи проблема підтримки осіб, які перебувають у стані вразливості, розглядається через категорії соціальної допомоги, соціальної підтримки, соціальних послуг, соціальної реабілітації та соціального супроводу. Зокрема, у працях І. Зверєвої систематизовано понятійно-категоріальний апарат соціальної сфери, а З. Кияниця та Ж. Петрочко акцентують увагу на партнерстві, взаємодії, командній роботі, координації, орієнтації на сильні сторони отримувача послуг та його активній участі у процесі допомоги [9, 12].

Ключовою відмінністю патологічної тривоги від нормативної є її інтенсивність, тривалість і дезадаптивний характер. Нормативна тривога може виконувати адаптивну функцію, допомагаючи людині реагувати на небезпеку

або мобілізувати ресурси в складній ситуації. Натомість при тривожних розладах тривога стає надмірною, стійкою, погано контрольованою та такою, що порушує звичне функціонування людини. Волошин П. та Марута Н. зазначають, що тривожні розлади призводять до стійкого зниження соціальної активності, порушення адаптації та можуть поєднуватися з депресивними і психосоматичними станами [7].

Сучасне розуміння тривожних розладів ґрунтується на міжнародно визнаних класифікаційних системах — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) Американської психіатричної асоціації та Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) Всесвітньої організації охорони здоров'я [20, 41]. Обидві системи визнають тривожні розлади окремою групою психічних розладів, в основі яких лежать надмірний страх, тривога та пов'язані з ними поведінкові, когнітивні й соматичні прояви.

У DSM-5-TR тривожні розлади визначаються як стани, що характеризуються надмірним страхом і тривогою, які супроводжуються поведінковими порушеннями та призводять до істотного погіршення повсякденного функціонування особистості [20]. У МКХ-11 тривожні розлади розглядаються як психічні стани, за яких домінують симптоми тривоги, що є стійкими, дезадаптивними та надмірними щодо реальної ситуації [41]. Для соціальної роботи важливим є не лише клінічне розмежування цих станів, а й розуміння того, як конкретні прояви тривоги впливають на соціальні ролі людини, її здатність підтримувати зв'язки, навчатися, працювати, користуватися послугами та взаємодіяти з фахівцями.

Разом із тим між цими класифікаціями існують певні відмінності, наведені в Таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 — Порівняння класифікацій DSM-5-TR і МКХ-11

Критерій	DSM-5-TR	МКХ-11
Розробник	Американська психіатрична асоціація (APA)	Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)
Основний підхід	Клінічний, діагностичний	Міжнародний, медико-статистичний
Визначення тривожних розладів	Надмірний страх і тривога з поведінковими порушеннями	Стійка, дезадаптивна тривога
Деталізація критеріїв	Висока	Помірна
Основні види розладів	Генералізований тривожний розлад, панічний, агорафобія, соціальний, фобії	Генералізований тривожний розлад, панічний, агорафобія, соціальний, фобії
Застосування в Україні	Обмежене (наука, клініка)	Офіційна класифікація

[20, 41]

Для фахівців соціальної роботи використання положень МКХ-11 має особливе значення, оскільки ця класифікація застосовується в офіційній системі охорони здоров'я України. Водночас DSM-5-TR дає змогу глибше зрозуміти клінічні критерії, специфіку симптомів та відмінності між окремими видами тривожних розладів. Отже, ці класифікації можна розглядати як взаємодоповнювальні: DSM-5-TR забезпечує вищу деталізацію діагностичного опису, тоді як МКХ-11 має ширше прикладне значення для офіційної медичної та соціальної практики [20, 41].

До основних видів тривожних розладів належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад, агорафобія, соціальний тривожний розлад, специфічні фобії, тривожний розлад розлуки та селективний мутизм [20, 41].

Генералізований тривожний розлад характеризується хронічною, надмірною та неконтрольованою тривогою щодо різних сфер життя, зокрема здоров'я, навчання, роботи, матеріального становища або безпеки близьких людей [20]. *Панічний розлад* пов'язаний із повторюваними панічними атаками, що супроводжуються інтенсивним страхом, соматичними симптомами та побоюванням втрати контролю [41]. *Агорафобія* проявляється страхом ситуацій або місць, з яких складно вийти чи отримати допомогу у разі виникнення панічних або тривожних симптомів [20]. *Соціальний тривожний розлад* пов'язаний зі стійким страхом соціальних ситуацій, у яких людина може зазнати негативної оцінки, осуду чи приниження [21]. *Специфічні фобії* характеризуються інтенсивним страхом перед конкретними об'єктами або ситуаціями, який порушує повсякденне функціонування людини [41]. Однією з ключових соціально-психологічних характеристик *тривожного розладу розлуки* є підвищена залежність від значущих осіб та страх втрати емоційної безпеки. Люди з цим розладом уникають ситуацій, пов'язаних із розлукою, що обмежує їхню автономність, професійну мобільність і побудову партнерських стосунків [20]. Особи із *селективним мутизмом* демонструють уникання мовленнєвої активності в соціальних ситуаціях, де очікується спілкування. Це обмежує можливості соціальної участі, розвитку комунікативних навичок і професійної реалізації [41].

Незважаючи на відмінності між окремими видами тривожних розладів, їх об'єднують спільні соціально-психологічні прояви. До них належать підвищена тривожність, очікування небезпеки, негативні автоматичні думки, страх помилки, очікування негативної оцінки з боку оточення, труднощі концентрації уваги, психоемоційне виснаження, соматичне напруження та поведінкове уникання. У соціальному вимірі ці прояви можуть призводити до обмеження контактів, зниження участі у навчальній, професійній і громадській діяльності, погіршення міжособистісних відносин та зменшення готовності звертатися по допомогу [20, 21, 41].

Особливого значення набуває феномен саможигматизації. Людина з

тривожним розладом може інтеріоризувати поширені в суспільстві негативні уявлення про психічні труднощі та сприймати власний стан як прояв слабкості, неспроможності або «ненормальності». Унаслідок цього посилюються сором, провина, страх осуду та схильність приховувати симптоми навіть від близького оточення. Самостигматизація виступає додатковим соціальним бар'єром, оскільки знижує готовність звертатися по професійну допомогу, обмежує участь у групових формах підтримки та поглиблює соціальну ізоляцію [24, 27].

Важливим механізмом соціальної дезадаптації при тривожних розладах є поведінкове уникання. Воно тимчасово знижує рівень тривоги, однак у довгостроковій перспективі закріплює страх, звужує життєвий простір людини та обмежує її соціальну активність. Наприклад, людина може уникати публічних виступів, спілкування з незнайомими людьми, користування громадським транспортом, участі в групових заходах або звернення до установ, де потрібно пояснювати власну ситуацію. У контексті соціальної роботи це потребує не лише інформування про доступні послуги, а й створення безпечного середовища, у якому людина може поступово відновлювати соціальні зв'язки, автономність і впевненість у власних діях [7, 21].

Тривожні розлади істотно впливають на якість життя особистості. Якість життя є багатовимірним поняттям, що включає фізичний, психічний, соціальний та рольовий добробут. Дослідження показують, що люди з тривожними розладами частіше повідомляють про знижені показники якості життя порівняно з особами без таких розладів. Це проявляється у погіршенні соціального функціонування, зниженні задоволеності міжособистісними стосунками, труднощах виконання навчальних, професійних і сімейних ролей, а також у зниженні загального психологічного благополуччя [23, 31, 39].

В умовах повномасштабної війни в Україні вплив тривожних розладів на якість життя та соціальне функціонування посилюється чинником хронічного стресу. Повітряні тривоги, загроза обстрілів, вимушене переміщення, втрата звичного середовища, порушення сну та постійна інформаційна напруга формують стан тривалого психоемоційного виснаження. Для осіб з уже

наявними тривожними розладами це може означати посилення симптомів, зниження стресостійкості, зростання унікальної поведінки та ускладнення соціальної адаптації. За даними ВООЗ, у 2025 році понад 70% опитаних дорослих в Україні повідомляли про симптоми тривоги, депресії або сильного стресу протягом попереднього року, що свідчить про масштабність психологічного навантаження внаслідок війни [40].

У навчальній діяльності тривожні розлади можуть проявлятися через труднощі концентрації уваги, страх негативної оцінки, уникання усних відповідей, презентацій, групових обговорень та інших ситуацій, що передбачають соціальну взаємодію. У студентів та осіб молодого віку це може призводити до зниження навчальної мотивації, психоемоційного виснаження, академічної дезадаптації та обмеження участі в освітньому середовищі [32, 36, 37]. У професійній сфері тривожні розлади можуть ускладнювати комунікацію з колегами і керівництвом, прийняття рішень, участь у нарадах, публічних обговореннях та виконання завдань, які потребують стійкої концентрації уваги [32, 36, 37].

У сімейних відносинах тривожні розлади можуть змінювати характер емоційної взаємодії між членами родини. Підвищена емоційна чутливість, потреба в постійному підтвердженні безпеки, очікування загрози або уникання емоційно насиченого спілкування можуть сприяти конфліктам, непорозумінням і дистанціюванню. Водночас сімейна підтримка є важливим ресурсом подолання психічних труднощів, тому соціальна робота з людьми з тривожними розладами має враховувати не лише індивідуальний стан людини, а й її найближче соціальне оточення [37, 38, 41].

Соціальна активність також зазнає істотних обмежень. Люди з тривожними розладами частіше уникають ситуацій, які сприймаються як потенційно загрозливі або пов'язані з ризиком негативної оцінки. Це може призводити до зменшення кількості соціальних контактів, відмови від участі у громадських, культурних і міжособистісних заходах, зростання суб'єктивної самотності та соціальної ізоляції [26, 32, 33]. У результаті формується замкнене

коло: тривожність знижує соціальну активність, соціальна ізоляція зменшує доступ до підтримки, а дефіцит підтримки, своєю чергою, посилює тривожні прояви.

Отже, тривожні розлади є не лише індивідуальною психоемоційною проблемою, а й чинником соціальної дезадаптації. Вони впливають на якість життя, навчання, працю, сімейні відносини, соціальну активність та здатність людини користуватися доступними ресурсами допомоги. Саме тому їх дослідження потребує комплексного підходу, що поєднує клінічне розуміння симптомів із соціальною підтримкою, спрямованою на відновлення соціального функціонування, зменшення бар'єрів звернення по допомогу та посилення ресурсів людини і громади [26, 32, 38].

1.2. Сутність та види соціальної підтримки людей з тривожними розладами

Соціальна підтримка є одним із ключових напрямів соціальної роботи з людьми, які перебувають у стані вразливості або стикаються з труднощами соціального функціонування. У випадку людей із тривожними розладами вона набуває особливого значення, оскільки тривога часто супроводжується ізоляцією, униканням, недовірою до фахівців, страхом осуду, недостатньою поінформованістю про доступні послуги та труднощами самостійного звернення по допомогу. Соціальна підтримка у цьому контексті не замінює медичної або психотерапевтичної допомоги, але створює умови для доступу людини до необхідних ресурсів, підтримує її соціальні зв'язки, сприяє подоланню бар'єрів і відновленню участі у житті громади [2, 12, 13].

У широкому розумінні соціальна підтримка охоплює систему дій, спрямованих на допомогу людині у подоланні складних життєвих обставин, збереженні або відновленні соціального функціонування, забезпеченні доступу до послуг, ресурсів і правової інформації. Вона може реалізовуватися на індивідуальному, сімейному, груповому та

громадському рівнях. Для людей із тривожними розладами особливо важливо, щоб підтримка була доступною, безпечною, конфіденційною, недискримінаційною та зорієнтованою на реальні потреби людини [9, 12, 25].

Соціальна підтримка людей із тривожними розладами має комплексний характер. Вона поєднує емоційну, інформаційну, інструментальну, соціально-правову та супровідну допомогу. Кожен із цих видів підтримки виконує окрему функцію, однак у практиці соціальної роботи вони мають застосовуватися взаємопов'язано, оскільки труднощі людини зазвичай не обмежуються лише одним аспектом. Наприклад, особа може одночасно потребувати емоційного прийняття, інформації про доступні сервіси, допомоги у записі до фахівця, підтримки у взаємодії з установами та подальшого супроводу [12, 13].

Емоційна підтримка полягає у створенні безпечної атмосфери прийняття, розуміння та поваги. Для людей із тривожними розладами це особливо важливо, оскільки страх осуду, сором і самотигматизація можуть перешкоджати відкритому зверненню по допомогу. Емоційна підтримка передбачає уважне слухання, емпатійне ставлення, уникнення тиску, знецінення або категоричних оцінок. Її метою є зниження внутрішньої напруги, формування довіри до фахівця та створення передумов для подальшої роботи [12].

Інформаційна підтримка передбачає надання людині зрозумілої, достовірної та практично корисної інформації про тривожні розлади, можливі форми допомоги, доступні соціальні, психологічні, медичні та громадські ресурси. Часто люди не звертаються по допомогу не тому, що не потребують її, а тому, що не знають, куди саме можна звернутися, які послуги є безоплатними, які фахівці працюють із відповідними проблемами, які права має отримувач послуг і як виглядає сам процес звернення. Тому інформування є базовим елементом соціальної підтримки [2, 12].

Інструментальна підтримка полягає у конкретній практичній допомозі. Вона може включати сприяння в записі до фахівця, допомогу в заповненні документів, супровід під час звернення до установи, пошук контактів соціальних або медичних служб, організацію взаємодії з освітніми, громадськими чи реабілітаційними ресурсами. Для людей із тривожними розладами така підтримка важлива через те, що навіть проста організаційна дія може викликати сильну тривогу, уникання або відкладання звернення [12, 13].

Соціально-правова підтримка спрямована на забезпечення людини інформацією про її права, доступні гарантії, соціальні послуги та механізми їх отримання. Вона також може включати допомогу у відновленні порушених прав, взаємодії з державними органами, закладами охорони здоров'я, освітніми установами або центрами соціальних служб. У випадку людей із психічними розладами соціально-правова підтримка є важливою також з огляду на ризик стигматизації, дискримінації та порушення прав отримувачів допомоги [4, 5, 12].

Супровідна допомога або соціальний супровід передбачає більш тривалу й системну взаємодію фахівця з людиною. Його метою є не лише одноразове інформування, а підтримка у процесі подолання життєвих труднощів, налагодження контакту з необхідними службами, формування індивідуального маршруту допомоги та поступове відновлення соціального функціонування. Для людей із тривожними розладами короткостроковий соціальний супровід може бути особливо корисним на етапі першого звернення, коли людина ще не має довіри до системи допомоги або не розуміє послідовності дій [12, 13].

Окремо слід виділити психосоціальну підтримку, яка поєднує психологічний і соціальний компоненти допомоги. Вона може включати індивідуальні або групові консультації, тренінги з розвитку навичок саморегуляції, групи підтримки, інформаційно-мотиваційні заняття, кризове консультування, перенаправлення до психолога, психотерапевта

або лікаря-психіатра. У соціальній роботі психосоціальна підтримка важлива тим, що дозволяє працювати не лише із симптомами тривоги, а й із соціальними наслідками цих симптомів: ізоляцією, втратою контактів, труднощами навчання або праці, страхом звернення по допомогу [12, 13].

Важливою характеристикою соціальної підтримки людей із тривожними розладами є її міждисциплінарний характер. Соціальний працівник не встановлює клінічний діагноз і не замінює медичного фахівця, але може відігравати ключову роль у виявленні потреб, первинному консультуванні, інформуванні, перенаправленні, координації взаємодії між різними суб'єктами та підтримці людини в процесі отримання допомоги. Така взаємодія може охоплювати соціальні служби, заклади охорони здоров'я, освітні установи, громадські організації, центри життєстійкості, кризові сервіси та онлайн-ресурси підтримки [2, 12, 13].

Соціальна підтримка має ґрунтуватися на принципах добровільності, конфіденційності, поваги до гідності людини, недискримінації, доступності, індивідуального підходу та орієнтації на потреби отримувача послуг. Для людей із тривожними розладами ці принципи мають практичне значення, оскільки будь-який тиск, формальність, різкі формулювання або недовіра з боку фахівця можуть посилити уникання та знизити готовність до подальшої взаємодії. Натомість підтримувальна комунікація, зрозумілі пояснення та можливість поступового включення у процес допомоги сприяють формуванню довіри [12].

Отже, соціальна підтримка людей із тривожними розладами є комплексною системою допомоги, спрямованою на зменшення соціальних бар'єрів, забезпечення доступу до послуг, підтримку соціальних зв'язків, захист прав і відновлення соціального функціонування. Її ефективність залежить від поєднання різних видів підтримки, міждисциплінарної взаємодії, професійної етики соціального працівника та здатності адаптувати допомогу до індивідуальних потреб людини.

1.3. Нормативно-правове забезпечення соціальної підтримки осіб із психічними розладами в Україні

Ефективна соціальна підтримка осіб із психічними розладами неможлива без належного нормативно-правового забезпечення. Законодавство України визначає права отримувачів соціальних послуг, обов'язки органів влади та суб'єктів надання допомоги, механізми соціального захисту, порядок організації соціальних послуг, а також гарантії інтеграції людей із психічними порушеннями у соціальне середовище. Комплекс правових актів і державних програм формує основу для доступу до соціальних, медичних, реабілітаційних та психосоціальних послуг, а також для захисту прав і свобод громадян [4, 5, 15].

Нормативно-правове забезпечення соціальної підтримки осіб із психічними розладами має міжгалузевий характер. Воно охоплює норми конституційного, соціального, медичного, освітнього та правозахисного законодавства. Для теми соціальної підтримки людей із тривожними розладами особливе значення мають положення, що гарантують право на охорону здоров'я, соціальний захист, повагу до гідності, недискримінацію, доступ до соціальних послуг, конфіденційність інформації та захист прав осіб, які мають психічні розлади [4, 5, 12].

Базовим документом є *Конституція України*, яка закріплює право людини на життя, повагу до гідності, охорону здоров'я, соціальний захист і допомогу у випадках, передбачених законом [6]. Для людей із психічними розладами ці положення мають принципове значення, оскільки створюють загальну правову основу для захисту прав, недопущення дискримінації та забезпечення доступу до необхідної допомоги.

Важливе значення має *Закон України «Про соціальні послуги»*, який визначає організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам і сім'ям, що перебувають у складних життєвих обставинах [5]. У контексті підтримки людей із тривожними розладами цей закон є важливим тому, що

закріплює можливість надання послуг, спрямованих на профілактику, подолання або мінімізацію наслідків складних життєвих обставин. До таких послуг можуть належати інформування, консультування, представництво інтересів, соціальний супровід, соціальна адаптація, кризове втручання та інші форми допомоги [5, 12].

Закон України «Про психіатричну допомогу» визначає правові та організаційні засади надання психіатричної допомоги, гарантії прав осіб із психічними розладами, умови добровільності та захисту прав пацієнтів [4]. Для соціальної роботи цей документ важливий не лише з медичного погляду, а й з позиції захисту прав людини, дотримання етичних норм, недопущення стигматизації та забезпечення взаємодії між медичними і соціальними службами.

Система соціальних послуг для осіб із психічними розладами може включати соціальний супровід, психосоціальну підтримку, реабілітаційні послуги, соціально-правову допомогу та сприяння у взаємодії з державними органами, медичними установами, освітніми закладами й громадськими організаціями. Соціальний супровід передбачає комплексну допомогу у повсякденному житті та адаптації до соціального середовища. Психосоціальна підтримка може реалізовуватися через індивідуальні та групові консультації, корекційні програми, тренінгові заняття й розвиток соціальних навичок. Реабілітаційні послуги спрямовані на відновлення соціальної активності та включення людини до навчання, праці або громадського життя. Соціально-правова підтримка передбачає інформування про права, допомогу у взаємодії з установами та захист порушених прав [12, 13].

Окрему роль відіграють державні та місцеві програми, спрямовані на розвиток системи психосоціальної підтримки, послуг у громадах, кризової допомоги та підтримки населення в умовах війни. У сучасних умовах повномасштабної війни потреба в таких послугах істотно зростає, оскільки значна частина населення переживає хронічний стрес, втрату відчуття безпеки, вимушене переміщення, втрату соціальних зв'язків і потребу в доступній

допомозі [14, 40]. Саме тому нормативно-правова база має не лише декларувати права, а й забезпечувати практичні механізми доступу до підтримки на рівні громади.

Також уваги в сучасному українському контексті потребує Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», ініційована першою леді Оленою Зеленською. Програма спрямована на розвиток системи психосоціальної підтримки та формування культури піклування про ментальне здоров'я в умовах війни. Її перевагою є міжсекторальний характер, оскільки вона об'єднує державні інституції, громади, сферу охорони здоров'я, соціальну роботу, освіту та міжнародних партнерів [8].

З позиції соціальної роботи програма «Ти як?» є корисним навігаційним ресурсом, що поєднує просвітницькі матеріали, інструменти самодопомоги, первинного самотестування та маршрути доступу до онлайн-, офлайн- і телефонної допомоги. Для людей із тривожними розладами це зменшує бар'єр першого звернення по підтримку, а для соціального працівника може бути практичним інструментом під час консультування, психоосвіти та перенаправлення до відповідних сервісів. Водночас ефективність програми залежить від доступності послуг у конкретній громаді, цифрової грамотності населення та готовності фахівців інтегрувати ці інструменти у практику [8, 18].

Важливим аспектом нормативно-правового забезпечення є міжвідомча взаємодія. Люди з тривожними розладами можуть одночасно потребувати соціальної, психологічної, медичної, освітньої та правової допомоги. Тому ефективна підтримка передбачає координацію дій між центрами соціальних служб, закладами охорони здоров'я, освітніми установами, громадськими організаціями, кризовими сервісами та іншими суб'єктами. Нормативна база створює умови для такої взаємодії, однак її результативність залежить від практичної організації маршрутів допомоги, доступності послуг і поінформованості населення [12, 13].

Для людей із тривожними розладами особливо важливо, щоб правові гарантії реалізовувалися не формально, а через конкретні доступні послуги.

Якщо людина не знає, куди звернутися, не довіряє фахівцям, боїться осуду або не має фінансових ресурсів для отримання допомоги, наявність нормативних гарантій сама по собі не забезпечує реального доступу до підтримки. Саме тому соціальна робота має поєднувати правове інформування, первинне консультування, перенаправлення і супровід, допомагаючи людині перейти від формального права на допомогу до фактичного користування послугами [5, 12].

Отже, нормативно-правове забезпечення соціальної підтримки осіб із психічними розладами в Україні створює основу для надання соціальних, медичних, реабілітаційних, психосоціальних та соціально-правових послуг. Водночас ефективність цієї підтримки залежить від доступності послуг, міжвідомчої взаємодії, інформування населення, конфіденційності, недискримінаційного підходу та практичної здатності соціальних служб реагувати на потреби людей із тривожними розладами.

1.4 Аналіз діяльності соціальних служб щодо підтримки людей із тривожними розладами

Аналіз діяльності соціальних служб щодо підтримки людей із тривожними розладами доцільно здійснювати не лише через опис окремих установ, а й через порівняння моделей організації допомоги. Такий підхід дає змогу визначити, які елементи підтримки вже представлені в українській практиці, а які можуть бути використані для її вдосконалення. У межах цього підрозділу розглянуто українські та зарубіжні моделі підтримки: центри соціальних служб і центри життєстійкості в Україні, NHS Talking Therapies у Великій Британії та Certified Community Behavioral Health Clinics (CCBHCS) у США. Британська та американська моделі не є прямими аналогами українських соціальних служб, оскільки функціонують переважно в системі психічного або поведінкового здоров'я. Проте вони є релевантними для порівняння, оскільки забезпечують організовану,

доступну та координовану підтримку людям із тривогою, депресією та суміжними станами, а також взаємодіють з іншими службами й сервісами громади [10, 16, 30, 34].

Для оцінки діяльності цих служб і сервісів важливо враховувати не лише перелік послуг, а й організаційні критерії їх доступності та результативності. До таких критеріїв належать: простота першого звернення, можливість самозвернення, зрозуміле інформування населення про доступні послуги, наявність маршруту допомоги, міжвідомча взаємодія, координація дій фахівців, ведення випадку, конфіденційність та активне залучення отримувача послуг до планування підтримки [1, 3, 12]. Для людей із тривожними розладами ці критерії мають особливе значення, оскільки саме складність першого звернення, страх осуду, недовіра до фахівців і недостатня обізнаність про доступні ресурси часто стають бар'єрами отримання допомоги.

В українській практиці важливе місце займають центри соціальних служб. Їхня діяльність орієнтована на підтримку осіб і сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, а також на організацію соціального супроводу, консультування, інформування, оцінювання потреб і перенаправлення до відповідних фахівців або установ [5, 10]. Особливістю цієї моделі є її широта: центри соціальних служб не працюють лише з одним конкретним діагнозом, а надають допомогу різним категоріям населення. Тому підтримка людей із тривожними розладами в цій системі має переважно соціально-координаційний характер: фахівець допомагає виявити проблему, оцінити потреби, організувати доступ до послуг, пояснити можливі маршрути звернення та супроводжувати людину в процесі отримання допомоги.

Практична значущість центрів соціальних служб особливо зростає в умовах війни, коли значна частина населення стикається з хронічним стресом, втратою безпеки, вимушеним переміщенням, втратою соціальних зв'язків і потребою в психосоціальній підтримці. За даними Нацсоцслужби,

центри соціальних служб надавали системну та різнобічну допомогу постраждалим від воєнних дій і збройних конфліктів, що є важливим і для осіб із тривожними проявами в умовах війни [17]. Водночас обмеженням цієї моделі є те, що центри соціальних служб не є спеціалізованими саме на роботі з тривожними розладами. Їхня ефективність у підтримці людей із вираженою тривогою значною мірою залежить від наявності психологів, медичних працівників, громадських сервісів, а також від чітких механізмів міжвідомчої взаємодії. Отже, сильним боком центрів соціальних служб є доступність у громаді, соціальний супровід і координація допомоги, а слабшим — обмежена спеціалізація у сфері психічного здоров'я [5, 10].

Більш виразний психосоціальний фокус мають центри життєстійкості, які є новішою українською моделлю підтримки. Вони виникли як частина державної політики у сфері ментального здоров'я та психосоціальної допомоги в умовах війни. Центр життєстійкості розглядається як дружній і безбар'єрний простір у громаді, де людина може отримати психологічну підтримку або консультацію фахівця соціальної роботи. Перевагою цієї моделі є низькопороговий характер: людина може звернутися по підтримку без складних процедур, стигматизації або необхідності одразу звертатися до спеціалізованої медичної системи [11]. Для людей із тривожними проявами це особливо важливо, оскільки саме перший контакт із системою допомоги часто є найскладнішим.

Центри життєстійкості краще відповідають сучасним викликам воєнного часу, оскільки поєднують психологічну, соціальну та інформаційну підтримку на рівні громади. Їхня діяльність може сприяти зниженню бар'єрів звернення, ранньому виявленню потреб, нормалізації теми психічного здоров'я та перенаправленню людини до відповідних фахівців. Водночас ця модель ще перебуває на етапі становлення, тому її ефективність залежить від кадрового забезпечення, стабільності фінансування, поінформованості населення та реальної доступності таких центрів у різних громадах [11]. Отже, порівняно з центрами соціальних

служб, центри життєстійкості мають вужчий і чіткіший психосоціальний фокус, але поки що не можуть повністю замінити широку систему соціальної підтримки.

Зарубіжний досвід дає змогу побачити інші підходи до організації підтримки людей із тривожними розладами. У Великій Британії важливою моделлю є NHS Talking Therapies, орієнтована на допомогу людям із поширеними психічними труднощами, зокрема тривожними та депресивними станами. Її сильною стороною є спеціалізованість саме на поширених психічних розладах, можливість самозвернення, чітка маршрутизація, поетапна система допомоги та моніторинг результатів. Для людей із тривожними проявами це означає простіший вхід у систему підтримки й менший бар'єр першого звернення [22,29, 30]. Порівняно з українськими центрами соціальних служб, NHS Talking Therapies має вищу спеціалізацію у сфері психічного здоров'я, але менше виконує функції широкого соціального супроводу, характерного для соціальної роботи.

Американська модель Certified Community Behavioral Health Clinics (CCBHCs) демонструє інший підхід — інтеграцію різних видів допомоги в межах системи поведінкового здоров'я. CCBHCs поєднують кризову допомогу, психіатричні та психологічні послуги, підтримку осіб із залежностями, координацію медичної і соціальної допомоги, ведення випадку та взаємодію з іншими сервісами громади [28, 34, 35]. Для соціальної роботи ця модель є особливо цінною, оскільки демонструє можливість поєднання психічного здоров'я із соціально-координаційною підтримкою. Її сильним боком є системність, міжвідомча інтеграція та ведення випадку, а потенційним обмеженням для прямого перенесення в український контекст є складність організації, потреба у значних ресурсах і високому рівні координації між службами.

Порівняння розглянутих моделей свідчить, що кожна з них має власні переваги й обмеження. Центри соціальних служб в Україні є найбільш наближеними до громади та мають досвід соціального супроводу, однак не

є спеціалізованими саме на тривожних розладах. Центри життєстійкості мають виразніший психосоціальний фокус і краще відповідають викликам воєнного часу, проте їхня система ще перебуває на етапі розвитку. NHS Talking Therapies є найбільш спеціалізованою моделлю для підтримки людей із тривожними та депресивними станами, вирізняється можливістю самозвернення та чітким моніторингом результатів. ССВНCS демонструють найвищий рівень інтеграції різних видів допомоги, що робить цю модель важливою з погляду ведення випадку, міжвідомчої координації та довготривалого супроводу [10, 11, 30, 34].

З огляду на це для вдосконалення української системи соціальної підтримки людей із тривожними розладами доцільно врахувати кілька практик. По-перше, важливим є розвиток простого входу в систему допомоги та можливості самозвернення, як у моделі NHS Talking Therapies. По-друге, доцільним є посилення міжвідомчої координації, ведення випадку й поєднання психічного здоров'я із соціальними послугами, як у моделі ССВНCS. По-третє, актуальним є розвиток низькопорогових, дружніх просторів психосоціальної підтримки в громаді, що вже реалізується через центри життєстійкості в Україні. Для центрів соціальних служб це означає потребу в посиленні психосоціальної спеціалізації, навчанні працівників щодо особливостей тривожних розладів і розбудові чітких маршрутів перенаправлення отримувачів соціальних послуг [10, 11, 30, 34].

У межах такої системи особливу роль відіграє соціальний працівник. Його професійна діяльність у роботі з людьми із тривожними розладами охоплює оцінювання потреб отримувача соціальних послуг, інформування про доступні ресурси, первинне консультування, допомогу у побудові маршруту звернення, організацію соціального супроводу, координацію взаємодії з психологами, медичними працівниками, освітніми закладами, соціальними службами та громадськими організаціями. Соціальний працівник не замінює психолога, психотерапевта або лікаря-психіатра, але

може бути першим фахівцем, який допомагає людині зорієнтуватися в системі допомоги й подолати бар'єр першого звернення [2, 12, 13].

Важливою складовою роботи соціального працівника є створення безпечного й безоцінного середовища взаємодії. Для людей із тривожними розладами це має особливе значення, оскільки страх осуду, сором, самотигматизація та недовіра до фахівців можуть перешкоджати відкритому обговоренню проблеми. Тому соціальний працівник має використовувати підтримувальну комунікацію, активне слухання, зрозуміле пояснення можливостей допомоги та спільне планування подальших дій. Такий підхід сприяє формуванню довіри, зниженню напруги й підвищенню готовності людини до отримання подальшої підтримки [12].

Отже, аналіз діяльності соціальних служб і сервісів підтримки свідчить, що ефективна допомога людям із тривожними розладами має ґрунтуватися на доступності, своєчасності, добровільності, конфіденційності та міжвідомчій взаємодії. Українська система має важливі ресурси у вигляді центрів соціальних служб, центрів життєстійкості та програми «Ти як?», однак потребує подальшого розвитку психосоціальної спеціалізації, зрозумілих маршрутів перенаправлення та механізмів самозвернення. Зарубіжні моделі NHS Talking Therapies і CCBHCs демонструють корисні підходи до організації доступної, спеціалізованої та координованої підтримки. Саме поєднання цих елементів може стати основою для вдосконалення соціальної підтримки людей із тривожними проявами в Україні та для розроблення програми «Маршрут підтримки».

Висновки до розділу 1

У першому розділі розкрито теоретичні засади дослідження тривожних розладів як комплексної соціальної проблеми. Встановлено, що тривожні розлади мають не лише медико-психологічний, а й виразний соціальний вимір, оскільки впливають на якість життя, навчальну й професійну діяльність, сімейні відносини, соціальну активність, здатність людини підтримувати соціальні зв'язки та звертатися по допомогу.

Проаналізовано основні підходи до визначення тривожних розладів та їх класифікації відповідно до сучасних міжнародних систем DSM-5-TR і МКХ-11. З'ясовано, що спільними ознаками тривожних розладів є надмірна й стійка тривога, страх, когнітивне напруження, соматичні прояви та поведінкове уникання. У соціальному контексті ці прояви можуть призводити до ізоляції, самотигматизації, зниження адаптаційних можливостей і погіршення соціального функціонування.

Визначено, що соціальна підтримка людей із тривожними розладами має комплексний характер і охоплює емоційну, інформаційну, інструментальну, соціально-правову та супровідну допомогу. Її зміст полягає не у заміні медичної чи психологічної допомоги, а у створенні умов для доступу людини до необхідних послуг, зменшенні бар'єрів звернення, підтримці соціальних зв'язків, захисті прав і сприянні соціальній інтеграції.

Розглянуто нормативно-правове забезпечення соціальної підтримки осіб із психічними розладами в Україні. Встановлено, що чинна нормативна база визначає права отримувачів соціальних послуг, обов'язки суб'єктів надання допомоги, можливості соціального супроводу, психосоціальної підтримки, реабілітації та міжвідомчої взаємодії. Водночас ефективність підтримки значною мірою залежить не лише від наявності правових норм, а й від доступності послуг, поінформованості населення та узгодженості дій соціальних, освітніх і медичних суб'єктів.

Аналіз діяльності соціальних служб і сучасних моделей психосоціальної підтримки засвідчив, що ефективна допомога людям із тривожними проявами має ґрунтуватися на принципах доступності,

добровільності, конфіденційності, низькопорогового доступу, можливості самозвернення, зрозумілого інформування, первинного консультування, перенаправлення до відповідних фахівців і короткострокового соціального супроводу. Саме ці теоретичні положення покладено в основу подальшого емпіричного дослідження та розроблення програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки».

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТРЕБ ТА БАР'ЄРІВ У ДОСТУПІ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Організація та методика дослідження

З метою виявлення потреб людей із тривожними проявами у соціальній підтримці, а також визначення основних бар'єрів звернення по допомогу було проведено емпіричне дослідження у формі анкетного опитування. Обраний метод дав змогу зібрати інформацію про рівень обізнаності респондентів щодо тривожних розладів, їхній особистий досвід переживання тривожності, практику звернення по допомогу, чинники, які ускладнюють доступ до підтримки, а також найбільш очікувані форми соціальної допомоги.

Інструментом дослідження стала авторська анкета «Анкета з вивчення потреб людей із тривожними розладами у соціальній підтримці» (див. Додаток А). Анкету було підготовлено у форматі Google Forms, що дало змогу провести опитування дистанційно, забезпечити зручність заповнення відповідей і автоматизувати первинне узагальнення результатів. Онлайн-формат був обраний з огляду на доступність для респондентів різного віку та соціального статусу, а також з урахуванням того, що тема тривожності може бути чутливою для відкритого обговорення.

Опитування проводилося в онлайн-форматі. Посилання на анкету поширювалося серед потенційних респондентів через доступні онлайн-комунікаційні канали, зокрема навчальне середовище, соціальні мережі та особисті контакти. Участь в опитуванні була добровільною та анонімною. Респонденти не вказували персональних даних, які дозволяли б їх ідентифікувати, що було важливим для забезпечення етичності дослідження та створення умов для більш відкритого висловлення думок щодо переживання тривожності, досвіду звернення по допомогу та потреб у соціальній підтримці.

Усього в межах дослідження було опрацьовано 83 анкети респондентів різного віку та соціального статусу. Отримані відповіді було систематизовано за тематичними блоками анкети. Кількісні результати узагальнювалися шляхом підрахунку частот і відсоткового співвідношення відповідей, а відкриті або змістовно розгорнуті відповіді аналізувалися з погляду повторюваності основних смислових категорій. Такий підхід дав змогу не лише визначити загальні тенденції, а й виявити найбільш значущі проблеми, які респонденти пов'язують із доступом до соціальної та психосоціальної підтримки.

Анкетування не мало на меті встановлення клінічного діагнозу тривожного розладу. Його завданням було не медичне оцінювання стану респондентів, а виявлення їхніх уявлень, досвіду, потреб і бар'єрів, пов'язаних із тривожними проявами та зверненням по допомогу. Тому в практичній частині роботи поняття «люди з тривожними проявами» використовується для позначення респондентів, які повідомляли про досвід тривожності, труднощі емоційної саморегуляції, бар'єри звернення по допомогу або потребу в соціальній підтримці.

Структура анкети охоплювала п'ять тематичних блоків. Перший блок був спрямований на збір загальної соціально-демографічної інформації про респондентів. До нього входили питання про вік, стать, місце проживання, соціальний статус, а також вплив подій, пов'язаних із війною, на психоемоційний стан. Цей блок дозволив окреслити загальний профіль учасників опитування та врахувати соціальний контекст, у якому формуються їхні потреби у підтримці.

Другий блок анкети стосувався рівня обізнаності респондентів щодо тривожних розладів. У ньому було запропоновано твердження про те, що тривожний розлад не є лише тимчасовим хвилюванням, а може потребувати професійної допомоги; що тривожні розлади можуть мати не лише емоційні, а й фізичні прояви; що людина з тривожним розладом може звертатися по допомогу не лише до психіатра, а й до сімейного лікаря, психолога або соціального працівника; а також що хронічний стрес в умовах війни може

посилювати тривожні симптоми. Завдяки цьому блоку передбачалося визначити, наскільки респонденти розуміють сутність тривожних розладів і можливі маршрути звернення по допомогу.

Третій блок був присвячений самооцінці переживань і досвіду звернення по допомогу. Його завданням було з'ясувати, чи стикалися респонденти з тривожними проявами, як часто вони переживали тривожність, чи впливала вона на їхнє навчання, роботу, спілкування або повсякденне життя, а також чи мали вони досвід звернення по допомогу у зв'язку з тривожністю. Окрему увагу було приділено тому, до кого саме зверталися респонденти: до близьких людей, психолога, сімейного лікаря, психіатра, соціального працівника або інших джерел підтримки. Цей блок дав змогу порівняти рівень обізнаності з реальною практикою звернення по допомогу.

Четвертий блок анкети був спрямований на виявлення бар'єрів звернення по допомогу. Респондентам пропонувалося визначити, які чинники можуть перешкоджати отриманню підтримки: переконання, що з проблемою можна впоратися самостійно, висока вартість послуг, недовіра до фахівців, необізнаність щодо того, куди звертатися, страх осуду, сором або інші перешкоди. Саме цей блок був важливим для розуміння того, чому навіть за наявності тривожних проявів люди можуть не звертатися по допомогу або відкладають таке звернення.

П'ятий блок анкети стосувався потреб респондентів у соціальній підтримці. У ньому з'ясовувалося, які форми допомоги вони вважають найбільш потрібними: індивідуальне консультування, зрозуміла інформація про доступні послуги, безоплатні або анонімні сервіси, онлайн-консультації, групи підтримки, соціальний супровід, допомога з перенаправленням до фахівців. Особливу увагу було приділено значенню соціального супроводу, оскільки саме він може забезпечити не лише одноразове інформування, а й допомогу людині у побудові зрозумілого маршруту звернення по підтримку.

Обробка результатів здійснювалася шляхом узагальнення відповідей у межах кожного тематичного блоку. Для закритих питань було підраховано

кількість відповідей і визначено їх відсоткове співвідношення від загальної кількості респондентів або, у разі окремих питань, від кількості тих учасників, які мали відповідний досвід. Наприклад, при аналізі того, до кого саме зверталися респонденти по допомогу, відсотки розраховувалися не від усіх 83 опитаних, а від групи тих осіб, які зазначили, що мали досвід звернення по допомогу. Це дозволило уникнути викривлення результатів і точніше показати реальну структуру звернень.

Результати дослідження було використано як емпіричну основу для подальшого аналізу потреб і бар'єрів у доступі до соціальної підтримки людей із тривожними проявами. Отримані дані також стали підґрунтям для розроблення програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки», орієнтованої на інформування, зниження бар'єрів звернення по допомогу, формування індивідуального маршруту підтримки, перенаправлення до відповідних фахівців і короткостроковий соціальний супровід.

2.2. Аналіз результатів дослідження обізнаності та досвіду звернення по допомогу

Аналіз відповідей показав, що загальний рівень обізнаності респондентів щодо тривожних розладів є доволі високим, що показано на рисунку 2.1. Більшість учасників правильно визначали, що тривожний розлад не зводиться до тимчасового хвилювання, а може потребувати професійної допомоги (78,3%); усвідомлювали, що тривожні розлади можуть проявлятися не лише емоційно, а й фізично (97,6%); визнавали вплив хронічного стресу в умовах війни на посилення тривожних симптомів (94%), а також погоджувалися з тим, що сором і страх осуду можуть заважати людині звертатися по допомогу (84,3%). Отже, можна стверджувати, що базові уявлення про природу тривожних розладів у більшості респондентів уже сформовані.

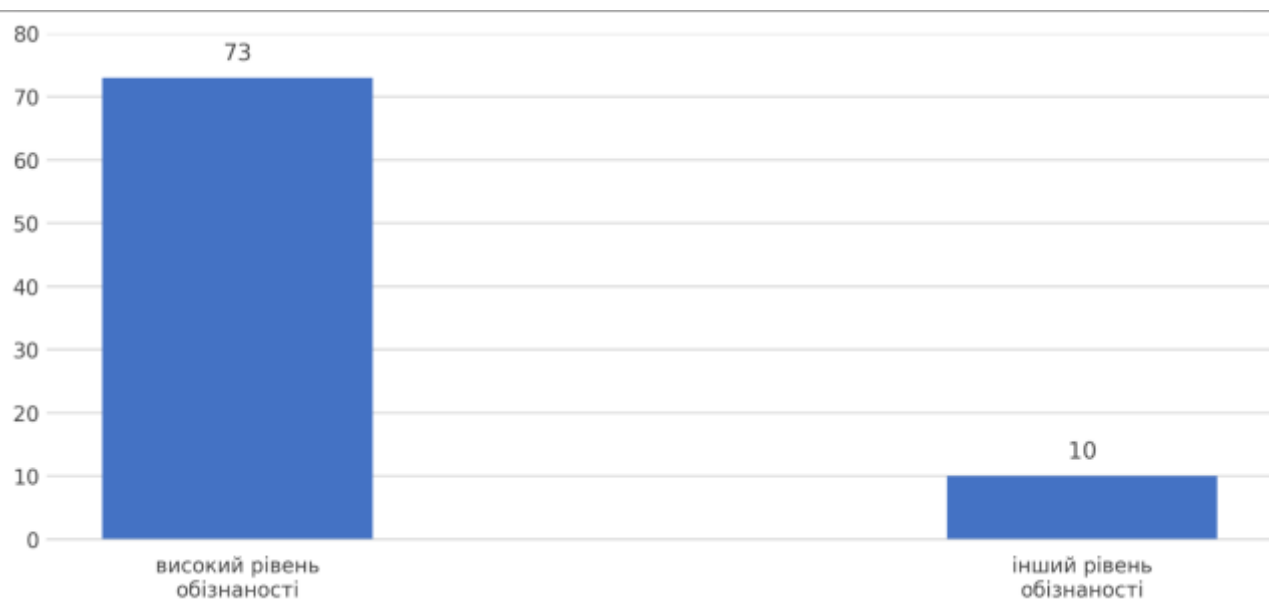


Рисунок 2.1 — Загальна обізнаність респондентів щодо тривожних розладів (Джерело: складено автором за результатами анкетного опитування.)

Водночас результати щодо адресатів звернення по допомогу, подані на рисунку 2.2, засвідчили розрив між рівнем обізнаності та практикою звернення по допомогу. Попри те, що багато респондентів правильно розпізнають ознаки тривожних розладів і визнають потребу в допомозі, значна частина опитаних не зверталася по професійну підтримку. Серед респондентів, які мали досвід звернення по допомогу у зв'язку з тривожністю, тобто серед 28 осіб, найчастіше зазначалися близькі люди — 14 осіб (50% від цієї групи), психолог — 12 осіб (42,9%), сімейний лікар — 4 особи (14,3%) та психіатр — 3 особи (10,7%). Оскільки можна було обрати кілька варіантів відповіді, сума відсотків перевищує 100%. Це свідчить, що для значної частини людей первинною формою підтримки лишається неформальне оточення, тоді як офіційна система допомоги не завжди сприймається як

перший або найбільш доступний ресурс.

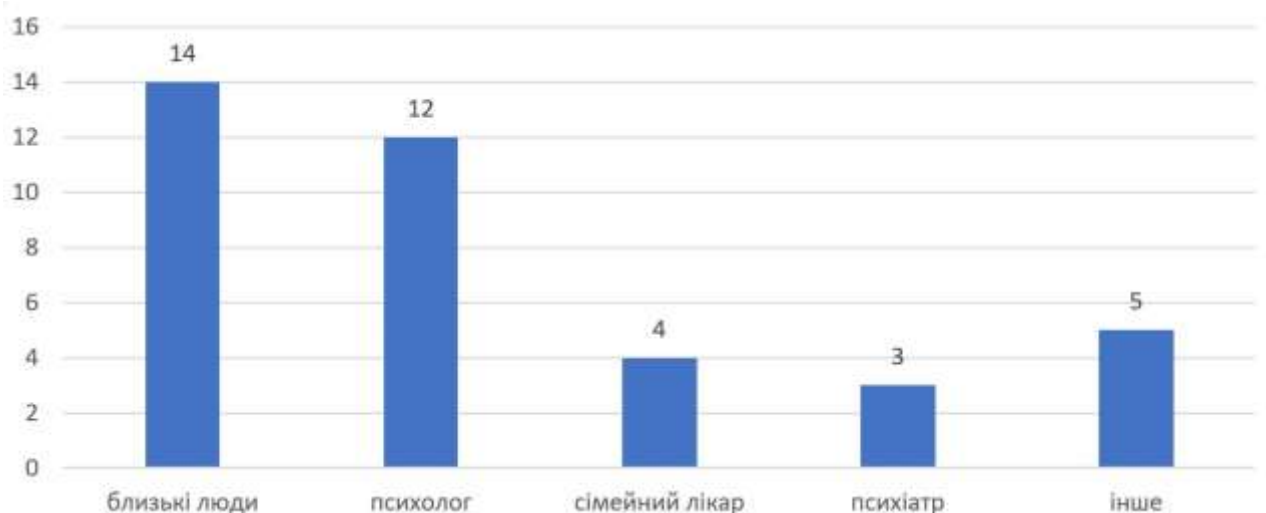


Рисунок 2.2 — До кого саме зверталися по допомогу

Примітка: респонденти могли обрати кілька варіантів відповіді

Серед основних бар'єрів звернення по допомогу, відображених на рисунку 2.3, респонденти найчастіше зазначали переконання, що з проблемою можна впоратися самотійно (54,2%). Окрім цього, важливими перешкодами виявилися висока вартість послуг (22,9%), недовіра до фахівців (16,9%), необізнаність щодо того, куди звертатися (13,3%), страх осуду (12%), сором за свій стан (10,8%), а також недостатня доступність послуг і труднощі із записом на прийом (9,6%). Такі відповіді свідчать, що бар'єри мають як організаційний, так і соціально-психологічний характер. Частина респондентів не звертається не тому, що не відчуває труднощів, а тому, що применшує їхню серйозність, не довіряє системі допомоги або боїться негативної реакції оточення.

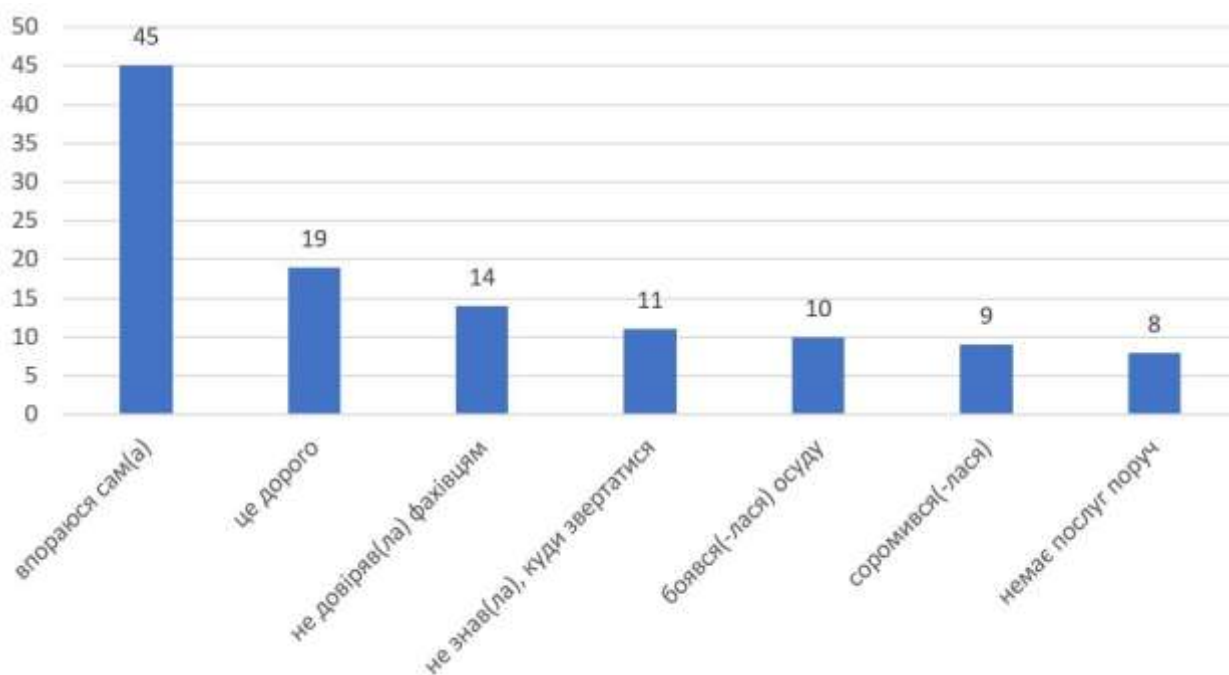


Рисунок 2.3 — Чому не зверталися по допомогу

Примітка: респонденти могли обирати кілька варіантів відповіді

Окремо слід звернути увагу на питання, пов'язані зі самостигматизацією та соціальною стигматизацією. Частина учасників анкети зазначила, що відчувала сором через власний психоемоційний стан, а також стикалася з нерозумінням або знеціненням з боку інших людей. Це дає підстави стверджувати, що проблема тривожних розладів у свідомості частини респондентів досі не сприймається як стан, який потребує фахового ставлення та підтримки. Відповідно, поряд з розвитком послуг важливим напрямом соціальної роботи має бути антистигматизаційна та просвітницька діяльність.

Як показано на рисунку 2.4, щодо найбільш потрібних форм соціальної підтримки респонденти найчастіше обирали індивідуальне консультування (78,3%), зрозумілу інформацію про те, куди звертатися (59%), безоплатні послуги (42,2%), анонімні сервіси допомоги (39,8%), онлайн-консультації (39,8%), групи підтримки (37,3%), підтримку для членів сім'ї (34,9%), соціальний супровід (33,7%) і допомогу з перенаправленням до фахівців (31,3%). Отже, потреба стосується не лише безпосередньої психологічної допомоги, а й доступної інформації, навігації

в системі послуг, підтримки родини та міжвідомчої координації. Це говорить про доцільність комплексного підходу до соціальної підтримки осіб з тривожними розладами, який має поєднувати інформаційний, консультативний, координаційний і супровідний компоненти.

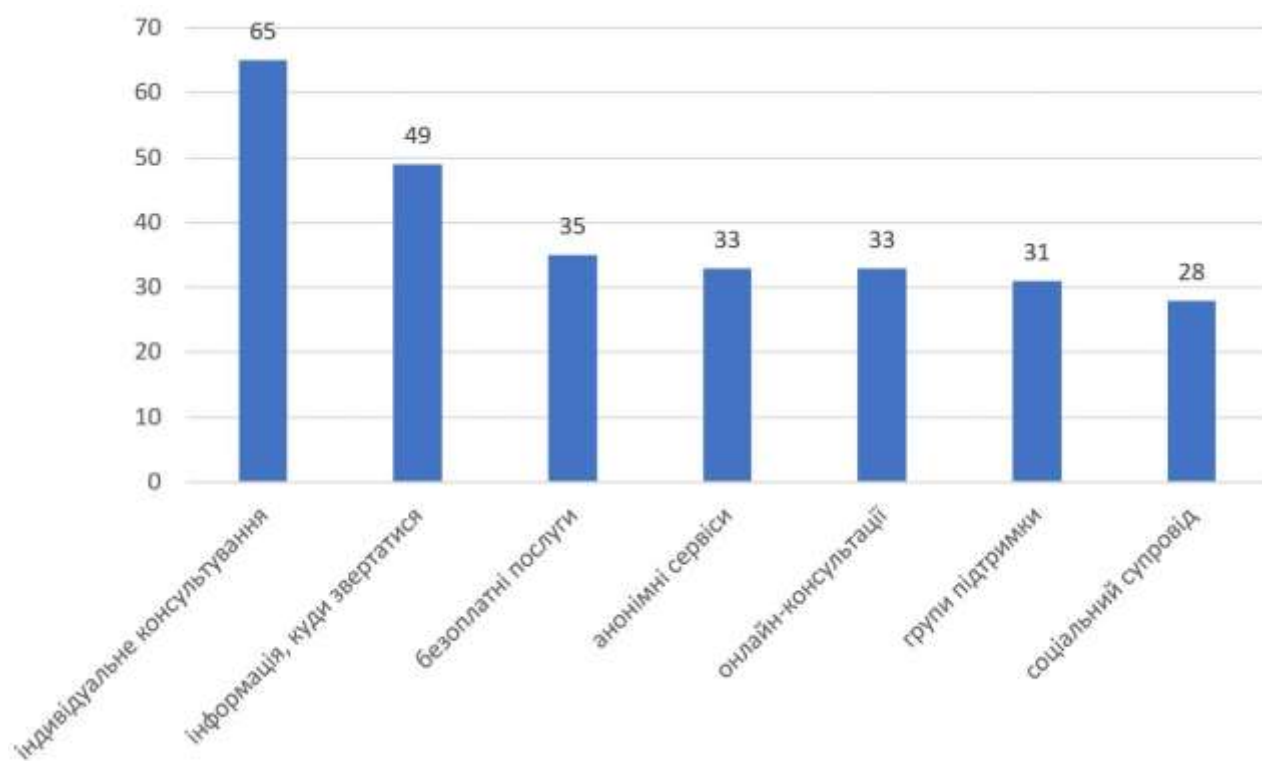


Рисунок 2.4 — Потреби респондентів у підтримці

Примітка: респонденти могли обрати кілька варіантів відповіді

Показовими є й відповіді на питання про важливість соціального супроводу та взаємодії соціального працівника з медичними й психологічними фахівцями. Більшість респондентів високо оцінила значення соціального супроводу для людини з тривожним розладом, а також важливість міждисциплінарної взаємодії, що показано на рисунку 2.5. Це підтверджує, що соціальна підтримка в цій сфері не може обмежуватися лише одноразовою консультацією. Ефективна допомога передбачає супровід людини, координацію між різними фахівцями та підтримку в процесі звернення, адаптації та подолання кризової ситуації. Формулювання анкети прямо визначає соціальний супровід як комплексну

послугу підтримки, навчання і допомоги в подоланні складних життєвих обставин, що добре узгоджується з логікою цього дослідження.

23. Наскільки важливим є соціальний супровід для людини з тривожним розладом? *Соціальний супровід — це комплекс... 1 — зовсім не важливий 5 — дуже важливий
83 ответа

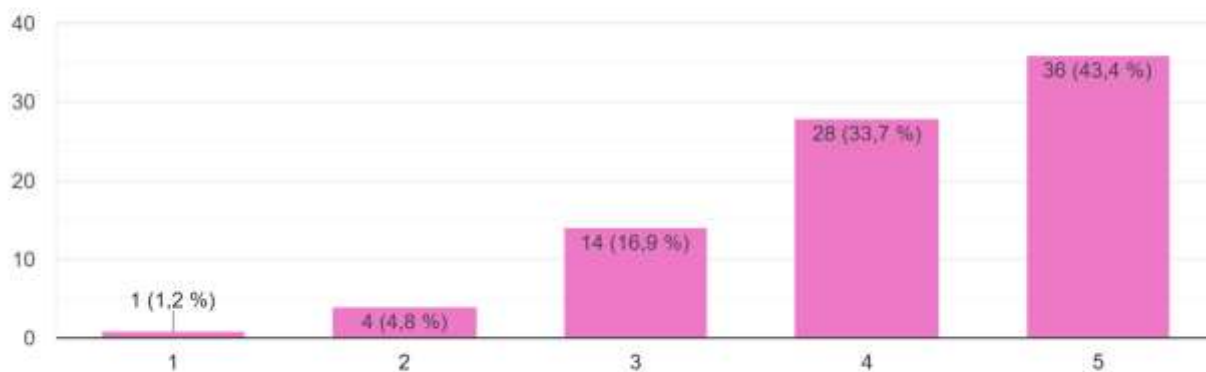


Рисунок 2.5 — Оцінка важливості соціального супроводу

Для узагальнення основних кількісних результатів анкетного опитування доцільно подати зведену таблицю, у якій відображено структуру вибірки, рівень обізнаності респондентів щодо тривожних розладів, досвід звернення по допомогу, основні бар'єри та найбільш затребувані форми соціальної підтримки.

Як видно з таблиці 2.1, респонденти загалом демонструють достатній рівень обізнаності щодо тривожних розладів, однак реальне звернення по допомогу залишається значно нижчим. Основними бар'єрами є установка на самостійне подолання труднощів, висока вартість послуг, недовіра до фахівців і недостатня поінформованість про маршрути звернення. Водночас найбільший запит спостерігається на індивідуальне консультування, доступну інформацію, безоплатні та анонімні сервіси, а також соціальний супровід.

Таблиця 2.1 — Основні результати анкетного опитування щодо потреб людей з тривожними розладами у соціальній підтримці

Показник	Результат
Загальна кількість респондентів	83 особи
Найчисельніша вікова група	15–18 років — 49 осіб (59,0%)
Домінуюче місце проживання	малі міста — 64 особи (77,1%)
Загальний рівень обізнаності щодо тривожних розладів	переважно високий: 73 респонденти (88,0%) продемонстрували високий рівень обізнаності
Частка респондентів, які зверталися по допомогу	менша частина опитаних: 28 осіб (33,7%)
Найпоширеніші адресати звернення	близькі люди — 14 осіб (50,0% серед тих, хто звертався); психолог — 12 осіб (42,9%)
Основний бар'єр звернення	переконання, що можна впоратися самостійно — 45 осіб (54,2%)
Інші поширені бар'єри	висока вартість послуг — 19 осіб (22,9%); недовіра до фахівців — 14 осіб (16,9%); необізнаність щодо маршрутів звернення — 11 осіб (13,3%); страх осуду — 10 осіб (12,0%); сором — 9 осіб (10,8%)
Найбільш потрібні форми підтримки	індивідуальне консультування — 65 осіб (78,3%); зрозуміла інформація про те, куди звертатися — 49 осіб (59,0%); безоплатні послуги — 35 осіб (42,2%); анонімні сервіси — 33 особи (39,8%); онлайн-консультації — 33 особи (39,8%)
Ставлення до соціального супроводу	переважно висока оцінка важливості: середній бал — 4,13 з 5; оцінку 4 або 5 надали 64 особи (77,1%)
Ставлення до взаємодії соціального працівника з медичними та психологічними фахівцями	переважно висока оцінка важливості: середній бал — 4,13 з 5; оцінку 5 надали 37 осіб (44,6%)
Основні теми відкритих відповідей	брак розуміння, підтримки, психологічної допомоги, безпечного середовища, доступної інформації та достатньої кількості фахівців

Примітка: складено на основі відповідей респондентів.

Аналіз відкритих відповідей респондентів дозволив глибше зрозуміти їхнє бачення найбільш дефіцитних форм допомоги. Найчастіше у відповідях повторювалися такі смислові акценти: брак розуміння, підтримки з боку

оточення, психологічної допомоги, доступу до кваліфікованих фахівців, зрозумілої інформації про маршрути звернення, а також безпеки й простору без осуду. У відповідях зустрічалися формулювання про те, що людям з тривожними розладами бракує «розуміння», «банального розуміння з боку оточуючих», «підтримки рідних», «допомоги фахівця», «доступної інформації про послуги», «відчуття безпеки», «простору, де можна бути вразливим без страху осуду». Це дозволяє стверджувати, що респонденти пов'язують якісну підтримку не тільки з наявністю спеціаліста, а й з емоційно безпечним соціальним середовищем.

Відкриті відповіді також показали, що частина респондентів бачить основну проблему в організаційних недоліках системи: згадувалася мала кількість фахівців, складність доступу до допомоги в невеликих населених пунктах, нестача очної допомоги, а також потреба у зрозумілій маршрутизації. Поряд із цим траплялися й відповіді, що применшують серйозність тривожних розладів або перекладають повну відповідальність лише на саму людину. Такі висловлювання свідчать про неоднорідність уявлень щодо проблеми та збереження окремих стигматизуючих установок. Тому поряд із розвитком сервісів важливо формувати культуру розуміння психічного здоров'я, своєчасного звернення по допомогу та прийняття людей, які мають тривожні розлади.

Отже, результати анкетного опитування дають підстави для кількох узагальнень. По-перше, респонденти в цілому демонструють достатній рівень загальної обізнаності щодо тривожних розладів. По-друге, ця обізнаність не завжди переходить у реальне звернення по допомогу, що пояснюється поєднанням внутрішніх і зовнішніх бар'єрів. По-третє, найбільш затребуваними формами підтримки є індивідуальне консультування, чітка інформація про маршрути допомоги, безоплатні й анонімні сервіси, а також соціальний супровід і координація між фахівцями. По-четверте, якісний аналіз відкритих відповідей підтверджує, що поряд із фаховою допомогою людям з тривожними розладами особливо потрібні

розуміння, прийняття, підтримка близьких і безпечне середовище без осуду. Таким чином, соціальна підтримка осіб з тривожними розладами має будуватися як комплексна система, що поєднує інформаційний, психологічний, соціально-супровідний та міждисциплінарний компоненти.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було розглянуто організацію та методику емпіричного дослідження потреб і бар'єрів у доступі до соціальної підтримки людей із тривожними проявами. Дослідження проводилося у формі онлайн-анкетування за допомогою Google Forms. Усього було опрацьовано 83 анкети респондентів різного віку та соціального статусу. Анкетування не мало на меті клінічну діагностику тривожних розладів, а було спрямоване на виявлення рівня обізнаності, досвіду звернення по допомогу, бар'єрів отримання підтримки та найбільш затребуваних форм соціальної допомоги.

Результати дослідження засвідчили, що більшість респондентів має достатній рівень загальної обізнаності щодо тривожних розладів: 73 особи, або 88%, продемонстрували високий рівень обізнаності. Водночас лише 28 респондентів, тобто 33,7%, зазначили, що зверталися по допомогу у зв'язку з тривожністю. Це свідчить про розрив між знанням про проблему та реальною практикою отримання підтримки.

Серед тих, хто мав досвід звернення по допомогу, найчастіше зазначалися близькі люди — 14 осіб (50% від цієї групи), психолог — 12 осіб (42,9%), сімейний лікар — 4 особи (14,3%) та психіатр — 3 особи (10,7%). Отже, первинним джерелом підтримки для багатьох респондентів залишається неформальне оточення, тоді як звернення до професійних фахівців є менш поширеним.

Основними бар'єрами звернення по допомогу виявилися переконання,

що з проблемою можна впоратися самотійно, висока вартість послуг, недовіра до фахівців, необізнаність щодо маршрутів звернення, страх осуду та сором. Найчастіше респонденти зазначали саме переконання у можливості самотійного подолання проблеми — 45 осіб, або 54,2%, що свідчить про психологічний та інформаційний характер бар'єрів.

Аналіз потреб показав, що найбільш затребуваними формами підтримки є індивідуальне консультування, зрозуміла інформація про доступні послуги, безоплатна допомога, анонімні сервіси, онлайн-консультації, перенаправлення до фахівців і соціальний супровід. Окремо підтверджено важливість соціального супроводу: середній бал його значущості становив 4,13 із 5, а 64 особи, тобто 77,1%, надали оцінку 4 або 5.

Отже, результати емпіричного дослідження підтвердили актуальність розроблення програми соціальної підтримки для людей із тривожними проявами. Виявлені потреби й бар'єри засвідчують необхідність доступної, зрозумілої та конфіденційної допомоги, що поєднує інформування, консультування, перенаправлення до фахівців і короткостроковий соціальний супровід. Отримані результати стали підґрунтям для розроблення програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки».

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ МОЛОДІ З ТРИВОЖНИМИ ПРОЯВАМИ

3.1. Обґрунтування та структура програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки»

Результати анкетного опитування, подані у підрозділі 2.2, засвідчили наявність чіткого розриву між достатнім рівнем загальної обізнаності респондентів щодо тривожних розладів та низькою практикою реального звернення по допомогу.

З огляду на це у межах дослідження розроблено короткострокову програму соціальної підтримки «Маршрут підтримки». Програма орієнтована на людей з тривожними проявами загалом, однак її пілотне впровадження доцільно здійснювати на молоді з малих міст, оскільки саме ця категорія є найбільш репрезентативною для структури авторської вибірки. Водночас змістові модулі програми можуть бути адаптовані й для інших категорій людей з тривожними розладами — студентської молоді, здобувачів професійної освіти, відвідувачів центрів життєстійкості, отримувачів соціальних послуг тощо.

Програма не передбачає психотерапевтичного втручання або клінічної діагностики, а зосереджується на тих напрямках, які реально входять до професійної компетентності соціальної роботи: інформуванні, соціальному консультуванні, мотиваційній підтримці, короткостроковому соціальному супроводі, посередництві та перенаправленні до відповідних фахівців і сервісів.

Метою програми є підвищення доступності соціальної підтримки для молоді з малих міст з тривожними проявами шляхом інформування про доступні послуги, формування зрозумілого маршруту звернення по допомогу, зменшення бар'єрів звернення та забезпечення

короткострокового соціального супроводу.

Завдання програми:

- 1) виявити актуальні бар'єри звернення по допомогу в учасників програми;
- 2) надати учасникам доступну та практично орієнтовану інформацію про форми соціальної, психологічної та медичної допомоги;
- 3) сформувати в учасників зрозумілий алгоритм звернення по допомогу у разі посилення тривожних проявів;
- 4) зменшити вплив установки на самостійне подолання труднощів, страху осуду, сорому та недовіри до фахівців;
- 5) забезпечити індивідуальне соціальне консультування та короткостроковий соціальний супровід;
- 6) підвищити готовність учасників до використання доступних сервісів підтримки.

Цільову групу програми становлять молоді люди з малих міст, насамперед старшокласники та молоді дорослі, які мають тривожні прояви або стикаються з підвищеним рівнем тривожності, але не звертаються по допомогу через інформаційні, організаційні чи соціально-психологічні бар'єри. За потреби програма може бути адаптована для інших категорій людей з тривожними розладами.

Принципи реалізації програми:

- добровільність участі;
- конфіденційність;
- безоцінне ставлення до учасників;
- доступність і зрозумілість інформації;
- орієнтація на сильні сторони людини;
- короткостроковість і практична спрямованість;
- міждисциплінарність;

– реалістичність подальших кроків і маршрутів звернення.

Тривалість і формат реалізації програми. Програма розрахована на 3 тижні та реалізується у змішаному форматі. Її структура поєднує короткий груповий інформаційно-мотиваційний блок, індивідуальне соціальне консультування, навігаційну допомогу та короткостроковий соціальний супровід. Такий формат відповідає результатам анкетування, оскільки респонденти виявили запит одночасно на індивідуальне консультування, доступну інформацію про маршрути звернення, анонімні та онлайн-сервіси, а також соціальний супровід. Складається з трьох послідовних модулів. Кожен модуль має власну мету, зміст, форми роботи та очікуваний результат.

Перший модуль програми спрямований на встановлення первинного контакту з учасником, виявлення його потреб і визначення бар'єрів, які ускладнюють звернення по допомогу. На цьому етапі соціальний працівник або інший фахівець соціальної сфери проводить індивідуальну консультацію, під час якої уточнюється запит учасника, обговорюються труднощі, пов'язані з тривожними проявами, а також визначаються чинники, що заважають зверненню по підтримку. До таких чинників можуть належати сором, страх осуду, недовіра до фахівців, переконання, що проблему потрібно вирішувати самостійно, або необізнаність щодо доступних сервісів.

Важливим завданням першого модуля є не лише збирання інформації, а й створення безпечної атмосфери взаємодії. Молодь із тривожними проявами може неохоче говорити про власні переживання, тому фахівцю важливо уникати тиску, оцінювання або нав'язування рішень. Консультація має бути побудована на принципах добровільності, конфіденційності, поваги до гідності учасника та підтримувальної комунікації. Очікуваним результатом цього етапу є встановлення довіри, визначення основних потреб і попереднє окреслення маршруту підтримки.

Другий модуль має інформаційно-мотиваційний характер і є центральним

елементом програми. Його основною формою є груповий тренінг, під час якого учасники отримують доступну інформацію про тривожні прояви, можливі джерела допомоги та роль різних фахівців. У межах цього модуля пояснюється, що допомога у разі тривожності може мати кілька рівнів: підтримка близьких людей, звернення до шкільного психолога або соціального педагога, консультація сімейного лікаря, психолога, психіатра, соціального працівника, а також використання онлайн-ресурсів і безоплатних сервісів.

Під час другого модуля важливо не перевантажувати учасників складною медичною термінологією. Основний акцент має бути зроблено на практичних питаннях: коли тривога вже починає заважати навчанню, спілкуванню чи повсякденному життю; чому звернення по допомогу не є ознакою слабкості; до кого можна звернутися першочергово; які ресурси доступні безоплатно або онлайн; як зробити перший крок. Такий підхід допомагає зменшити стигматизацію теми психічного здоров'я та підвищити готовність молоді користуватися доступними формами підтримки.

Особливе місце у другому модулі займає робота з індивідуальною картою маршруту допомоги. Учасник визначає, до кого може звернутися у найближчому оточенні, хто може допомогти у закладі освіти, які фахівці або сервіси доступні поза школою чи громадою, а також які онлайн-ресурси можна використати. Така карта дозволяє перевести загальну інформацію у конкретний алгоритм дій. Очікуваним результатом другого модуля є підвищення обізнаності учасників, зменшення невизначеності щодо першого звернення та формування первинного маршруту підтримки.

Третій модуль програми спрямований на закріплення готовності до звернення по допомогу та організацію короткострокового соціального супроводу. На цьому етапі проводиться підсумкова індивідуальна консультація або коротка супровідна бесіда, під час якої разом з учасником уточнюється створений маршрут допомоги, визначається найбільш реалістичний перший крок і обговорюються можливі труднощі, які можуть виникнути під час

звернення до фахівця або сервісу підтримки.

За потреби у межах третього модуля може здійснюватися перенаправлення до психолога, сімейного лікаря, соціальної служби, центру життєстійкості, громадської організації або онлайн-платформи підтримки. Важливо, що перенаправлення не має бути формальним. Фахівець повинен переконатися, що учасник розуміє, куди саме він може звернутися, з якою метою, які перші дії потрібно виконати та яку підтримку він може отримати. Очікуваним результатом цього модуля є уточнений маршрут допомоги, зниження невизначеності та підвищення готовності до практичного звернення по підтримку.

Структуру програми соціальної підтримки подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 — Структура програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки»

Тиждень	Мета етапу	Зміст роботи	Форми роботи	Очікуваний результат
1 тиждень	Виявити потреби учасника та зменшити первинні бар'єри звернення	Первинна бесіда; уточнення запиту; виявлення бар'єрів звернення; обговорення труднощів повсякденного функціонування; визначення наявних ресурсів підтримки.	Індивідуальна консультація соціального працівника.	Встановлено контакт з учасником; визначено основні потреби; окреслено попередній маршрут підтримки.
2 тиждень	Надати доступну інформацію про допомогу та сформувати орієнтацію в маршрутах звернення	Інформаційно-мотиваційний тренінг; пояснення ролі соціального працівника, психолога, сімейного лікаря, психіатра; інформування про безоплатні, онлайн-	Груповий тренінг, інформаційна пам'ятка, індивідуальна карта маршруту допомоги.	Учасник отримав зрозумілу інформацію про доступні послуги та шляхи звернення; сформовано первинну карту маршруту допомоги.

		та анонімні сервіси; ознайомлення з ресурсами «Ти як?» та «Не дрібниці».		
3 тиждень	Закріпити готовність до звернення по допомогу та здійснити короткостроковий соціальний супровід	Уточнення готовності учасника до звернення; підтримка у встановленні першого контакту з фахівцем або службою; перенаправлення; коротка підсумкова консультація.	Соціальний супровід, індивідуальна консультація, дистанційна підтримка.	Учасник має індивідуальний маршрут звернення; знижено вираженість бар'єрів; підвищено готовність до контакту з фахівцями.

Як видно з таблиці 3.1, програма має поетапну структуру. Вона починається з індивідуального виявлення потреб, продовжується інформаційно-мотиваційним тренінгом і завершується уточненням індивідуального маршруту підтримки та короткостроковим соціальним супроводом. Така побудова програми відповідає логіці поступового подолання бар'єрів звернення по допомогу: спочатку учасник усвідомлює власні труднощі й наявні ресурси, потім отримує інформацію про можливі шляхи підтримки, а на завершальному етапі формує конкретний алгоритм подальших дій.

Критерії результативності програми. Результативність програми може визначатися за такими показниками: здатність учасника назвати конкретні служби або фахівців, до яких він може звернутися; наявність у нього індивідуальної карти маршруту допомоги; зниження суб'єктивної згоди з твердженням, що тривожні труднощі потрібно долати виключно самотійно; підвищення готовності звернутися по допомогу; фактичне встановлення контакту з потрібним фахівцем або сервісом у разі потреби.

Таким чином, програма «Маршрут підтримки» поєднує індивідуальну консультацію, груповий інформаційно-мотиваційний тренінг, роботу з картою маршруту допомоги, перенаправлення до відповідних фахівців і короткостроковий соціальний супровід. Її перевагою є практична спрямованість: програма не обмежується загальним інформуванням про тривожність, а допомагає учаснику сформулювати зрозумілий і реалістичний алгоритм дій у разі потреби. Саме тому вона може бути використана у закладах освіти, центрах соціальних служб, центрах життєстійкості та громадських організаціях як інструмент первинної соціальної підтримки молоді з тривожними проявами. Одним з ключових елементів розробленої програми є *інформаційно-мотиваційний тренінг*, який доцільно проводити для старшокласників як групи, найбільш наближеної до структури авторської вибірки. Саме цей модуль програми спрямований на роботу з установкою «я впораюся самотійно», зменшення сорому та страху осуду, підвищення обізнаності про маршрути звернення по допомогу і знайомство з доступними ресурсами підтримки. У межах дослідження цей модуль може бути апробований окремо в умовах закладу загальної середньої освіти малого міста.

3.2. Апробація інформаційно-мотиваційного тренінгу як модуля програми соціальної підтримки

З метою первинної апробації розробленої програми соціальної підтримки «Маршрут підтримки» було проведено інформаційно-мотиваційний тренінг (див. Додаток Б) для учнів 11 класу Ніжинського ліцею Ніжинської міської ради при НДУ імені М. Гоголя. До участі в тренінгу було залучено 28 учнів, які належать до старшої шкільної вікової групи та перебувають на етапі інтенсивного емоційного, навчального й професійного самовизначення. Вибір саме цієї аудиторії є обґрунтованим, оскільки в

авторському анкетному дослідженні найчисельнішою віковою групою були респонденти 15–18 років, а домінуючим місцем проживання — малі міста.

Тренінг тривав 45 хвилин і був спрямований на розв’язання тих проблем, які виявлено за результатами опитування: наявність установки на самостійне подолання труднощів, недостатню орієнтацію в маршрутах звернення по допомогу, сором, страх осуду та недовіру до фахівців.

Зміст заняття поєднував кілька взаємопов’язаних вправ. На етапі актуалізації проблеми використовувалася вправа «Чому люди мовчать?», у межах якої учні висловлювали свої припущення, чому люди навіть за наявності тривожних проявів не звертаються по допомогу. Обговорення дозволило винести в групову площину такі бар’єри, як сором, страх осуду, недовіра до фахівців, переконання, що проблему потрібно вирішувати самостійно, а також нерозуміння, до кого саме звертатися. Ця вправа була спрямована на усвідомлення того, що труднощі звернення по допомогу є поширеними і соціально зумовленими, а не виключно індивідуальною «слабкістю».

У межах інформаційного блоку було використано вправу «Коли хвилювання вже потребує підтримки?», побудовану на аналізі типових життєвих ситуацій старшокласників. Учням пропонувалися короткі приклади, пов’язані з навчанням, іспитами, безсонням, постійним внутрішнім напруженням, униканням спілкування чи втратою концентрації. Завданням учасників було визначити, у яких випадках ідеться про звичайне ситуативне хвилювання, а в яких — про стан, що вже потребує звернення по допомогу. Вправа була спрямована на формування вміння розпізнавати межу між нормативним переживанням і тривожним станом, який починає впливати на повсякденне функціонування.

Для зменшення стигматизації та сорому використовувалася вправа «Звернутися — це не слабкість», яка мала формат короткого обговорення поширених упереджень. Учасникам пропонувалися типові фрази на кшталт:

«сильна людина має справлятися сама», «по допомогу звертаються лише тоді, коли вже зовсім погано», «якщо піти до психолога, тебе не зрозуміють». У процесі обговорення ці твердження аналізувалися критично, а учні спільно доходили висновку, що звернення по допомогу є відповідальним кроком турботи про себе, а не ознакою слабкості. Така вправа була спрямована на зниження стигматизуючого сприйняття психоемоційних труднощів.

У блоці, присвяченому маршрутам звернення по допомогу, використовувалася вправа «Хто може допомогти?», у межах якої учні визначали можливі джерела підтримки в найближчому соціальному оточенні та за його межами. Обговорювалася роль близьких дорослих, класного керівника, шкільного психолога, соціального педагога, сімейного лікаря, психолога, психіатра, а також онлайн-ресурсів підтримки. Окремо учнів було ознайомлено з платформою «Ти як?» [8] і телеграм-ботом «Не дрібниці» [19] як доступними інструментами первинної навігації та підтримки. Метою цієї вправи було формування чіткого уявлення про те, що допомога може мати кілька рівнів і маршрутів, а звернення не обмежується лише одним фахівцем чи установою.

Практичним ядром заняття стала вправа «Мій маршрут підтримки», під час якої кожен учасник заповнював індивідуальну карту маршруту допомоги. У карті учні зазначали, до кого вони можуть звернутися перш за все, які фахівці або служби доступні їм у школі чи громаді, які онлайн-ресурси вони можуть використати, а також які конкретні перші кроки можуть зробити, якщо тривожний стан почне заважати навчанню чи повсякденному життю. Вправа була спрямована на переведення загальної інформації у персоналізований, практичний план дій.

Таким чином, зміст тренінгу поєднував інформаційний, мотиваційний, антистигматизаційний і практичний компоненти. Його структура була побудована таким чином, щоб не лише підвищити поінформованість учнів, а й дати їм базовий алгоритм дій у ситуації, коли

тривожний стан потребує звернення по допомогу.

Використовувалися такі способи фіксації безпосередніх результатів: спостереження за активністю та включеністю учасників, аналіз практичного завдання наприкінці заняття, усна рефлексія, а також заповнення учасниками індивідуальної карти маршруту допомоги. Такий підхід є доцільним для пілотної апробації окремого модуля програми, оскільки дозволяє зафіксувати практичні результати участі, не перевантажуючи учнів додатковими формалізованими процедурами.

У ході тренінгу учасники ознайомилися з ознаками ситуацій, у яких тривожний стан потребує звернення по допомогу, уточнили, до кого саме можна звертатися у шкільному, медичному та соціальному середовищі, а також отримали інформацію про доступні онлайн-ресурси підтримки. Практичним підсумком заняття стало заповнення 28 індивідуальних карт маршруту допомоги, у яких учні визначали дорослих і фахівців, до яких вони можуть звернутися, а також доступні для них сервіси підтримки.

Проведення тренінгу дало змогу досягти кількох важливих практичних результатів. По-перше, учні отримали структуровану та зрозумілу інформацію не лише про проблему тривожних розладів, а й про реальні шляхи звернення по допомогу. По-друге, було актуалізовано питання стигматизації психоемоційних труднощів: у процесі обговорення учні виявляли готовність говорити про переживання без осуду, а також визнавали, що звернення по підтримку не є проявом слабкості. По-третє, учасники засвоїли практичні ресурси самодопомоги та первинного звернення, зокрема офіційні інформаційні сервіси та безпечні онлайн-інструменти, орієнтовані на молодь.

Під час усної рефлексії учасники зазначили, що найбільш корисними для них були блоки про те, як зрозуміти момент, коли вже варто звертатися по допомогу, до кого можна звернутися в реальному житті, а також ознайомлення з онлайн-ресурсами підтримки. Це підтверджує, що для старшокласників у малому місті першочергове значення має не лише

загальна інформація про тривожні прояви, а насамперед конкретний, практично орієнтований маршрут дій.

Отже, проведення інформаційно-мотиваційного тренінгу дозволило апробувати один з ключових модулів розробленої програми соціальної підтримки людей з тривожними розладами. Безпосередній практичний ефект тренінгу проявився у підвищенні орієнтації учасників у маршрутах звернення по допомогу, ознайомленні з доступними сервісами підтримки, зменшенні стигматизуючого сприйняття теми психічного здоров'я та формуванні індивідуальних карт маршруту допомоги. Таким чином, результати апробації підтверджують практичну доцільність включення інформаційно-мотиваційного тренінгу до структури короткострокової програми соціальної підтримки людей з тривожними розладами. Водночас, хоча пілотне впровадження здійснювалося на старшокласниках малого міста, зміст і логіка тренінгу можуть бути використані й для інших категорій людей з тривожними розладами після відповідної адаптації.

3.3. Рекомендації для фахівців соціальної сфери щодо впровадження програми соціальної підтримки

Розроблена програма соціальної підтримки «Маршрут підтримки» може бути використана у практичній діяльності соціальних педагогів, практичних психологів, фахівців із соціальної роботи, класних керівників, працівників центрів соціальних служб, центрів життестійкості та громадських організацій, які працюють з молоддю з тривожними проявами. Її доцільно застосовувати як короткостроковий інструмент первинної підтримки, спрямований на підвищення обізнаності, зменшення бар'єрів звернення по допомогу, формування індивідуального маршруту підтримки та організацію перенаправлення до відповідних фахівців.

Основне призначення полягає у тому, щоб допомогти молодій людині

краще зорієнтуватися у власному стані, зрозуміти, що звернення по допомогу є нормальним і відповідальним кроком, отримати інформацію про доступні сервіси підтримки та визначити перші практичні дії у разі, якщо тривога заважає навчанню, спілкуванню або повсякденному життю.

Насамперед програму доцільно впроваджувати у закладах освіти, оскільки саме школа або інший освітній заклад часто є тим середовищем, де тривожні прояви молоді стають помітними через труднощі навчання, уникання публічних відповідей, зниження активності, проблеми у спілкуванні з однолітками або підвищену емоційну напругу. У цьому контексті соціальний педагог і практичний психолог можуть використовувати програму як частину профілактичної та просвітницької роботи, а також як інструмент раннього виявлення потреб у підтримці.

На підготовчому етапі фахівцям доцільно визначити цільову групу, мету заняття, формат проведення, тривалість роботи та очікувані результати. Програму можна реалізовувати як повний тритижневий цикл або використовувати окремі її модулі залежно від потреб закладу освіти чи конкретної групи. Наприклад, у школі доцільним є проведення інформаційно-мотиваційного тренінгу для учнів старших класів, тоді як у центрі соціальних служб або громадській організації програма може бути реалізована у формі індивідуальної консультації, групового заняття та подальшого короткострокового супроводу.

Важливою умовою впровадження програми є створення безпечної та безоцінної атмосфери. Молодь може уникати відкритої розмови про тривожність через сором, страх осуду, недовіру до дорослих або переконання, що з проблемою потрібно впоратися самотійно. Тому фахівцю слід заздалегідь пояснити учасникам, що участь у занятті є добровільною, висловлювання не оцінюються, а мета роботи полягає не у «перевірці» чи «діагностиці», а у наданні корисної інформації та формуванні зрозумілого маршруту допомоги.

Перший модуль програми, спрямований на виявлення потреб і

первинних бар'єрів звернення по допомогу, доцільно проводити у формі індивідуальної бесіди, короткої консультації або анонімного анкетування. Соціальний педагог чи психолог може з'ясувати, які труднощі найчастіше турбують учнів, чи знають вони, до кого можна звернутися у разі тривожності, які бар'єри заважають просити про підтримку та які форми допомоги здаються їм найбільш прийнятними. Отримана інформація дає змогу адаптувати подальшу роботу до реальних потреб групи.

Другий модуль, інформаційно-мотиваційний тренінг, доцільно використовувати як центральну частину програми у шкільному середовищі. Його варто проводити у доступній, практично орієнтованій формі, без перевантаження медичною термінологією. Основний акцент має бути зроблено на тому, як відрізнити звичайне хвилювання від стану, який уже заважає повсякденному життю; чому звернення по допомогу не є проявом слабкості; хто саме може допомогти у школі, громаді, медичній або соціальній сфері; які онлайн-ресурси та безоплатні сервіси можна використати.

Під час тренінгу доцільно використовувати інтерактивні вправи, короткі життєві ситуації, групове обговорення, роботу з твердженнями та індивідуальне заповнення карти маршруту підтримки. Такий формат допомагає не лише передати інформацію, а й зменшити стигматизуюче ставлення до теми психічного здоров'я, актуалізувати проблему бар'єрів звернення по допомогу та перевести загальні знання у конкретний алгоритм дій для кожного учасника.

Особливо важливим елементом тренінгу є вправа «Мій маршрут підтримки». Її доцільно використовувати як практичний результат заняття. Учасник має визначити, до кого він може звернутися насамперед, кому довіряє у своєму найближчому оточенні, хто може допомогти у школі, які фахівці або сервіси доступні поза школою, які онлайн-ресурси можна використати та який перший крок реально зробити у разі посилення тривожності. Така карта не повинна бути формальною схемою; вона має

бути простою, зрозумілою і реально придатною для використання.

Третій модуль програми доцільно організовувати як короткостроковий соціальний супровід. Після тренінгу або первинної консультації фахівець може запропонувати учасникам можливість індивідуального звернення для уточнення маршруту допомоги. У межах такого супроводу соціальний педагог, психолог або соціальний працівник допомагає визначити, який саме вид підтримки потрібен людині, до кого краще звернутися, як подолати страх першого звернення, як підготуватися до розмови з фахівцем або близькою людиною. За потреби може бути організоване перенаправлення до психолога, сімейного лікаря, соціальної служби, центру життестійкості або іншого доступного сервісу.

Для соціальних педагогів програма може бути корисною як інструмент профілактичної та просвітницької роботи з учнями. Соціальний педагог може використовувати її для виявлення типових бар'єрів звернення по допомогу, проведення групових занять, формування навичок пошуку підтримки та налагодження взаємодії між учнями, батьками, класними керівниками, психологом і зовнішніми службами. У роботі соціального педагога важливо акцентувати не на медичній стороні тривожних розладів, а на соціальних наслідках тривожності: ізоляції, труднощах комунікації, зниженні навчальної активності, страху просити про допомогу.

Для практичних психологів програма може бути використана як допоміжний інструмент психоосвіти та первинної підтримки. Психолог може застосовувати окремі вправи тренінгу під час групових занять, годин спілкування або індивідуальних консультацій. Особливо доцільним є використання вправ, спрямованих на розпізнавання ситуацій, коли хвилювання вже потребує підтримки, а також на зменшення стигматизуючих переконань щодо звернення до фахівця. Водночас у разі виявлення складних або стійких психоемоційних труднощів психолог має організовувати подальше перенаправлення відповідно до компетенції та можливостей закладу.

Для фахівців із соціальної роботи програма може бути використана у центрах соціальних служб, центрах життєстійкості, молодіжних просторах або громадських організаціях. У такому форматі вона може бути адаптована для молоді, внутрішньо переміщених осіб, студентів, підлітків старшого шкільного віку або інших груп, які стикаються з тривожними проявами. Фахівець із соціальної роботи може використовувати програму для первинного консультування, оцінювання потреб, складання індивідуального маршруту підтримки, перенаправлення до партнерських сервісів та короткострокового супроводу.

Окрему увагу під час впровадження програми слід приділяти співпраці між фахівцями. Ефективна підтримка молоді з тривожними проявами потребує взаємодії соціального педагога, практичного психолога, класного керівника, адміністрації закладу освіти, батьків або законних представників, соціальних служб, медичних і громадських організацій. Така взаємодія має бути організована з дотриманням принципів конфіденційності, добровільності, поваги до гідності людини та недопущення стигматизації.

Організовуючи роботу з учнями, фахівцям варто уникати формату примусового обговорення особистих переживань у групі. Доцільніше використовувати узагальнені життєві ситуації, анонімні приклади, вправи на розпізнавання бар'єрів і побудову маршруту допомоги. Це дозволяє говорити про складну тему без тиску на конкретного учасника. Якщо після заняття учень виявляє бажання поговорити індивідуально, фахівець має забезпечити таку можливість у безпечному форматі.

Для підвищення ефективності програми доцільно поєднувати її з інформаційними матеріалами: пам'ятками, QR-кодами на перевірені ресурси, короткими схемами маршруту допомоги, контактами шкільного психолога, соціального педагога, місцевих соціальних служб, центрів життєстійкості, онлайн-платформ і телефонних сервісів підтримки. Така інформація має бути простою, актуальною та доступною для молоді.

Важливо, щоб учасники після тренінгу мали не лише загальне розуміння проблеми, а й конкретний перелік дій і ресурсів.

Очікуваними результатами впровадження програми у практику соціальної та освітньої роботи є підвищення обізнаності молоді про тривожні прояви й доступні форми допомоги, зменшення бар'єрів першого звернення, формування більш прийняттого ставлення до отримання підтримки, розвиток навичок орієнтації у соціальних, психологічних, медичних та онлайн-ресурсах, а також створення індивідуальних маршрутів допомоги. Для фахівців програма може стати зручним алгоритмом організації первинної підтримки, профілактичної роботи та перенаправлення молоді до відповідних сервісів.

Отже, програма «Маршрут підтримки» може бути використана як гнучкий практичний інструмент у роботі соціальних педагогів, психологів і фахівців соціальної сфери. Її перевагою є поєднання просвітницького, мотиваційного та супровідного компонентів. Програма не потребує складного обладнання або тривалої підготовки, але вимагає від фахівця етичності, уважності до стану учасників, знання доступних сервісів допомоги та готовності організувати подальше перенаправлення у разі потреби. Саме тому її доцільно впроваджувати у закладах освіти, соціальних службах і громадських організаціях як елемент первинної соціальної підтримки молоді з тривожними проявами.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було розроблено та обґрунтовано програму соціальної підтримки «Маршрут підтримки», спрямовану на допомогу молоді з тривожними проявами. Основою для її створення стали результати емпіричного дослідження, які засвідчили наявність бар'єрів звернення по допомогу, недостатню орієнтацію респондентів у доступних сервісах

підтримки та потребу в індивідуальному консультуванні, зрозумілому інформуванні, перенаправленні до фахівців і короткостроковому соціальному супроводі.

Програма «Маршрут підтримки» побудована як короткострокова тритижнева програма, що охоплює три послідовні модулі: виявлення потреб учасника та зменшення первинних бар'єрів звернення; інформування про доступні послуги й формування орієнтації у маршрутах допомоги; закріплення готовності до звернення по підтримку та організацію короткострокового соціального супроводу. Така структура дає змогу поєднати індивідуальну консультацію, груповий інформаційно-мотиваційний тренінг, роботу з картою маршруту допомоги та перенаправлення до відповідних фахівців або сервісів.

У межах практичної апробації було проведено інформаційно-мотиваційний тренінг «Маршрут підтримки: куди звертатися, якщо тривога заважає жити» для учнів 11 класу. Тренінг був спрямований на підвищення обізнаності учасників щодо тривожних проявів, зменшення стигматизуючого ставлення до звернення по допомогу, ознайомлення з можливими джерелами підтримки та формування індивідуальних карт маршруту допомоги. Практичним результатом апробації стало те, що учасники змогли визначити потенційних осіб і сервіси, до яких можна звернутися у разі посилення тривожності.

Розроблені рекомендації для фахівців соціальної сфери показали, що програма може бути використана соціальними педагогами, практичними психологами, фахівцями із соціальної роботи, класними керівниками, працівниками центрів соціальних служб, центрів життєстійкості та громадських організацій. Її можна впроваджувати як повний тритижневий цикл або використовувати окремі модулі залежно від потреб конкретної групи чи установи. Особливо доцільним є застосування програми у закладах освіти, де тривожні прояви молоді можуть позначатися на навчанні, комунікації, соціальній активності та готовності звертатися по допомогу.

Отже, розроблена програма соціальної підтримки «Маршрут підтримки» є практично орієнтованим інструментом первинної соціальної підтримки молоді з тривожними проявами. Її перевагою є поєднання просвітницького, мотиваційного та супровідного компонентів, а також можливість адаптації до роботи в освітніх закладах, соціальних службах і громадських організаціях. Програма сприяє підвищенню обізнаності, зменшенню бар'єрів першого звернення, формуванню зрозумілого маршруту допомоги та посиленню міжвідомчої взаємодії у сфері соціальної підтримки.

ВИСНОВКИ

У бакалаврській кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне й практичне дослідження проблеми соціальної підтримки людей із тривожними розладами та молоді з тривожними проявами. У процесі роботи було проаналізовано тривожні розлади як соціальну проблему, проведено емпіричне дослідження потреб і бар'єрів у доступі до соціальної підтримки, розроблено програму «Маршрут підтримки», здійснено апробацію її інформаційно-мотиваційного модуля та сформульовано практичні рекомендації для фахівців соціальної сфери.

На виконання першого завдання дослідження було проаналізовано теоретичні засади дослідження тривожних розладів як соціальної проблеми. Встановлено, що тривожні розлади мають не лише медико-психологічний, а й виразний соціальний вимір, оскільки впливають на якість життя, навчальну й професійну діяльність, сімейні відносини, соціальну активність, міжособистісні зв'язки та здатність людини звертатися по допомогу. Тривожні прояви можуть посилювати соціальну ізоляцію, самотистигматизацію, унікальну поведінку та знижувати рівень соціального функціонування особистості.

На виконання другого завдання було визначено сутність і види соціальної підтримки осіб із тривожними розладами. З'ясовано, що соціальна підтримка у цій сфері має комплексний характер і охоплює емоційну, інформаційну, інструментальну, соціально-правову та супровідну допомогу. Її зміст полягає не в заміні медичної чи психотерапевтичної допомоги, а у створенні умов для доступу людини до необхідних ресурсів, зменшенні бар'єрів звернення, підтримці соціальних зв'язків, захисті прав і сприянні соціальній інтеграції. Особливе значення має діяльність соціального працівника, який може здійснювати первинне консультування, інформування, перенаправлення, соціальний супровід та координацію взаємодії між соціальними, освітніми, медичними й

громадськими сервісами.

На виконання третього завдання було проведено діагностику потреб і бар'єрів у зверненні по допомогу серед осіб, які мають прояви тривожності. У дослідженні взяли участь 83 респонденти різного віку та соціального статусу. Результати анкетування засвідчили, що більшість опитаних має достатній рівень загальної обізнаності щодо тривожних розладів: 73 респонденти, або 88%, продемонстрували високий рівень обізнаності. Водночас лише 28 осіб, тобто 33,7%, зазначили, що зверталися по допомогу у зв'язку з тривожністю. Це підтвердило наявність розриву між обізнаністю про проблему та реальною практикою звернення по підтримку.

Окремо було встановлено ключові проблеми, які ускладнюють доступ до допомоги. Основним бар'єром звернення виявилось переконання, що з проблемою можна впоратися самотійно, — його зазначили 45 осіб, або 54,2% респондентів. Також значущими бар'єрами були висока вартість послуг, недовіра до фахівців, необізнаність щодо маршрутів звернення, страх осуду та сором. Серед респондентів, які мали досвід звернення по допомогу, найчастіше зазначалися близькі люди — 14 осіб, або 50% від цієї групи, та психолог — 12 осіб, або 42,9%. Це свідчить, що неформальне оточення часто залишається першим джерелом підтримки, тоді як професійна допомога не завжди є достатньо доступною або зрозумілою для молоді.

Аналіз потреб респондентів показав, що найбільш затребуваними формами підтримки є індивідуальне консультування, зрозуміла інформація про доступні послуги, безоплатні та анонімні сервіси, онлайн-консультації, перенаправлення до відповідних фахівців і соціальний супровід. Індивідуальне консультування обрали 65 осіб, або 78,3%, зрозумілу інформацію про те, куди звертатися по допомогу, — 49 осіб, або 59%, безоплатні послуги — 35 осіб, або 42,2%, анонімні сервіси та онлайн-консультації — по 33 особи, або по 39,8%. Важливість соціального супроводу також отримала високу оцінку: середній бал становив 4,13 із 5, а

64 респонденти, тобто 77,1%, надали оцінку 4 або 5. Отже, результати дослідження підтвердили потребу не лише в одноразовому інформуванні, а й у супроводі людини під час вибору маршруту допомоги.

На виконання четвертого завдання було розроблено та обґрунтовано програму соціальної підтримки молоді з тривожними проявами «Маршрут підтримки». Програма спрямована на підвищення доступності допомоги в умовах малої громади, де молодь може стикатися з обмеженим доступом до спеціалізованих сервісів, недостатньою анонімністю, страхом осуду та браком інформації про можливості підтримки. Структура програми охоплює три послідовні модулі: виявлення потреб учасника та первинних бар'єрів звернення; інформування про доступні послуги й формування маршруту допомоги; закріплення готовності до звернення по підтримку та організацію короткострокового соціального супроводу.

Розроблена програма поєднує індивідуальну консультацію, груповий інформаційно-мотиваційний тренінг, роботу з картою маршруту допомоги, перенаправлення до відповідних фахівців і короткостроковий соціальний супровід. Її перевагою є практична спрямованість: програма не обмежується загальним поясненням проблеми тривожності, а допомагає молодій людині визначити конкретні джерела підтримки, зрозуміти роль різних фахівців і сформувавати реалістичний алгоритм першого звернення по допомогу.

На виконання п'ятого завдання було проведено апробацію інформаційно-мотиваційного модуля програми у формі тренінгу «Маршрут підтримки: куди звертатися, якщо тривога заважає жити» для учнів 11 класу. Тренінг був спрямований на підвищення обізнаності учасників щодо тривожних проявів, зменшення стигматизуючого ставлення до звернення по допомогу, ознайомлення з можливими джерелами підтримки та формування індивідуальних карт маршруту допомоги. Практичним результатом апробації стало те, що учасники змогли визначити потенційних осіб, установи, фахівців та онлайн-ресурси, до яких можна звернутися у разі

посилення тривожності.

Апробація інформаційно-мотиваційного тренінгу частково підтвердила практичну придатність програми «Маршрут підтримки» для роботи з молоддю. Водночас її ефективність потребує подальшого вивчення на ширшій вибірці та із застосуванням до- і післяоцінювання змін в обізнаності, ставленні до звернення по допомогу та готовності користуватися доступними сервісами. Попри це, проведена апробація засвідчила, що тренінговий модуль може бути використаний як реальний інструмент первинної соціальної підтримки, психоосвіти та маршрутизації молоді з тривожними проявами.

Практична цінність розробленої програми полягає в можливості її використання соціальними працівниками, соціальними педагогами, практичними психологами закладів освіти, фахівцями центрів соціальних служб, центрів життєстійкості та громадських організацій. Програма може застосовуватися як повний короткостроковий цикл або як окремий інформаційно-мотиваційний модуль у школах, молодіжних просторах, центрах соціальних послуг і громадських ініціативах. Розроблені рекомендації допомагають фахівцям організовувати роботу з молоддю у безпечному, добровільному й безоцінному форматі, поєднуючи інформування, консультування, перенаправлення та короткостроковий супровід.

Отже, мету бакалаврської кваліфікаційної роботи досягнуто, а поставлені завдання виконано. У роботі теоретично обґрунтовано соціальну значущість проблеми тривожних розладів, емпірично визначено потреби й бар'єри у доступі до підтримки, розроблено програму «Маршрут підтримки», апробовано її інформаційно-мотиваційний модуль і запропоновано рекомендації для фахівців соціальної сфери. Отримані результати можуть бути використані для підвищення доступності соціальної підтримки молоді з тривожними проявами в умовах малої громади.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аносова А., Безпалько О., Цюман Т. та ін. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми. за заг. ред. Журавель Т., Кияниці З. Київ: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017, с. 352.
2. Білий В. «Сучасні підходи до трактування поняття «соціальна підтримка»». В: Психологічні виміри культури, економіки, управління 27 (2025). Електронний ресурс. url: <https://sci.ldubgd.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/15531/1/%D0%91%D1%96%D0%BB%D0%B8%D0%B9.pdf> (дата зверн. 05.02.2026).
3. Семигіна Т. В., Коришова Г. та Іванова О. Інформування населення про соціальні та реабілітаційні послуги. Методичний посібник. Київ: К.І.С., 2013, с. 104.
4. Верховна Рада України. Закон України «Про психіатричну допомогу». № 1489-III від 22.02.2000. 2000. url: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (дата зверн. 05.02.2026).
5. Верховна Рада України. Закон України «Про соціальні послуги». № 2671-VIII від 17.01.2019. 2019. url: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата зверн. 05.02.2026).
6. Верховна Рада України. Конституція України. Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. 1996. url: <https://zakon.rada.gov.ua/go/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата зверн. 05.02.2026).
7. Волошин П. В. та Марута Н. О. «Якість життя хворих із тривожними розладами». В: Український вісник психоневрології 23.1(82) (2015), с. 5—11.
8. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». Про програму. Електронний ресурс. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» url: <https://howareu.com/> (дата зверн. 19.03.2026).

9. Зверєва І.Д. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. Київ; Сімферополь: Універсум, 2012, с. 536.
10. Кабінет Міністрів України. Деякі питання діяльності центрів соціальних служб. Постанова від 01.06.2020 № 479; Електронний ресурс. 2020. url: <https://zakon.rada.gov.ua/go/479-2020-%D0%BF> (дата зверн. 31.03.2026).
11. Кабінет Міністрів України. Про організацію діяльності та забезпечення функціонування центрів життєстійкості. Постанова від 23.01.2024 № 83; Електронний ресурс. 2024. url: <https://zakon.rada.gov.ua/go/83-2024-%D0%BF> (дата зверн. 31.03.2026).
12. Кияниця З. П. та Петрочко Ж. В. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми. Частина I: Сучасні орієнтири та ключові технології. Посібник у 2-х частинах. Київ: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017, с. 256.
13. Коляденко С. та Літяга І. «Соціально-правова підтримка жінок в Україні, які живуть з ВІЛ». В: Соціальна робота та соціальна освіта 2(9) (2022). doi: 10 . 31499 / 2618 - 0715 . 2(9) .2022 . 267091. url: <https://srso.udpu.edu.ua/article/view/267091>.
14. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія розвитку системи психічного здоров'я на 2021–2030 роки. Офіційний документ МОЗ України. Київ, 2021.
15. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний веб-сайт. 2026. url: <https://www.moz.gov.ua/uk> (дата зверн. 05.02.2026).
16. Міністерство соціальної політики України. Життєстійкість. Електронний ресурс. 2026. url: <https://www.msp.gov.ua/about/klyuchovi-napryamy/zhyttyestiykist> (дата зверн. 31.03.2026).
17. Національна соціальна сервісна служба України. Публічний звіт Національної соціальної сервісної служби України за 2023 рік. Електронний ресурс. 2023. url: <https://nssu.gov.ua/> (дата зверн. 31.03.2026).

18. Освітня платформа «Ти як?» (курси). Електронний ресурс.
Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» url:
https://howareu.com/mainpage_course (дата зверн. 19.03.2026).
19. Телеграм-бот «не дрібниці». Електронний ресурс. url:
https://t.me/n_trivia_bot (дата зверн. 20.04.2026).
20. American Psychiatric Association. DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. АНГЛ. 5th. Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.
21. Beck A. T., Emery G. та Greenberg R. L. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. АНГЛ. New York: Basic Books, 2005.
22. Clark D. M., Layard R. та Smithies R. «Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites». АНГЛ. В: Behaviour Research and Therapy 47.11 (2009). Електронний ресурс, с. 910—920. url: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3111658/> (дата зверн. 31.03.2026).
23. Comer J. S. та ін. «Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC)». АНГЛ. В: Journal of Clinical Psychiatry 72.1 (2011), с. 43—50. doi: 10.4088/JCP.09m05094blu. url: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3000882/> (дата зверн. 10.01.2026).
24. Corrigan P. W. та Rao D. «On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change». АНГЛ. В: Canadian Journal of Psychiatry 57.8 (2012), с. 464—469. doi: 10.1177/070674371205700804.
25. Hupcey J. E. «Social Support: A Conceptual Analysis». АНГЛ. В: Journal of Advanced Nursing 25.4 (1997), с. 695—703. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x. url: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x> (дата зверн. 10.01.2026).

26. Kessler R. C. та ін. «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication». АНГЛ. В: Archives of General Psychiatry 62.6 (2005), с. 593—602.
27. Ociskova M. та ін. «Self-stigma and treatment effectiveness in patients with anxiety disorders — a mediation analysis». АНГЛ. В: Neuropsychiatric Disease and Treatment 14 (2018), с. 383—392. doi: 10.2147/NDT.S152208.
28. Medicaid.gov. CCBHC Certification Criteria. АНГЛ. Електронний ресурс. 2026. url: <https://www.medicaid.gov/medicaid/financial-management/certified-community-behavioral-health-clinic-ccbhc-demonstration> (дата зверн. 31.03.2026).
29. NHS. Find NHS Talking Therapies for anxiety and depression. АНГЛ. Електронний ресурс. 2026. url: <https://www.nhs.uk/nhs-services/mental-health-services/find-nhs-talking-therapies-for-anxiety-and-depression/> (дата зверн. 31.03.2026).
30. NHS England. NHS Talking Therapies, for anxiety and depression. АНГЛ. Електронний ресурс. 2026. url: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/> (дата зверн. 31.03.2026).
31. Olatunji B. O., Cisler J. M. та Tolin D. F. «Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review». АНГЛ. В: Clinical Psychology Review 27 (2007), с. 572—581.
32. Rapaport M. H. та ін. «Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders». АНГЛ. В: American Journal of Psychiatry 162.6 (2005), с. 1171—1178.
33. Stein M. B. та Stein D. J. «Social anxiety disorder». АНГЛ. В: The Lancet 371 (2008), с. 1115—1125.
34. The Joint Commission. Certified Community Behavioral Health Clinics (CCBHCs). АНГЛ. Електронний ресурс. 2026. url:

<https://www.jointcommission.org/en-us/accreditation/behavioral-health-care-and-human-services/certified-community-behavioral-health-clinics> (дата зверн. 31.03.2026).

35. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General. CCBHC Evaluations and Reports. АНГЛ. Електронний ресурс. 2023. url: <https://oig.hhs.gov/reports/all/2023/the-substance-abuse-and-mental-health-services-administration-did-not-ensure-that-clinics-fully-complied-with-federal-requirements-when-awarding-and-monitoring-certified-community-behavioral-health-clinic-expansion-grants/> (дата зверн. 31.03.2026).
36. Ware J. E., Kosinski M. та Keller S. K. How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. АНГЛ. 2nd. Boston, MA: Health Institute, New England Medical Center, 1995.
37. Ware J. E., Kosinski M. та Keller S. K. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. АНГЛ. Boston, MA: Health Institute, 1994.
38. Whisman M. A. та Collazos T. «A longitudinal investigation of marital dissolution, marital quality, and generalized anxiety disorder in a national probability sample». АНГЛ. В: Journal of Anxiety Disorders 96 (2023). Article 102713, с. 102713. doi: 10.1016/j.janxdis.2023.102713.
39. Wilmer M. T., Anderson K. та Reynolds M. «Correlates of Quality of Life in Anxiety Disorders: Review of Recent Research». АНГЛ. В: Current Psychiatry Reports 23.11 (2021), с. 77. doi: 10.1007/s11920-021-01290-4. url: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8493947/> (дата зверн. 15.01.2026).
40. World Health Organization. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report. АНГЛ. Copenhagen, 2025. url: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-6904-46670-80597> (дата зверн. 19.03.2026).

41. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Англ. Online classification. Geneva, 2019. url: <https://icd.who.int/> (дата зверн. 19.03.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

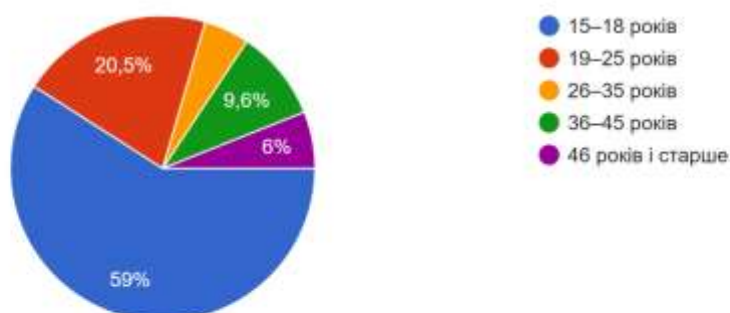
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ «ВИВЧЕННЯ ПОТРЕБ ЛЮДЕЙ ІЗ ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ У СОЦІАЛЬНІЙ ПІДТРИМЦІ»

«Запрошуємо Вас взяти участь в анонімному опитуванні на тему соціальної підтримки людей із тривожними розладами. Метою опитування є вивчення рівня обізнаності щодо тривожних розладів, досвіду звернення по допомогу, наявних бар'єрів та потреб у соціальній підтримці.»

Блок 1. Загальна інформація

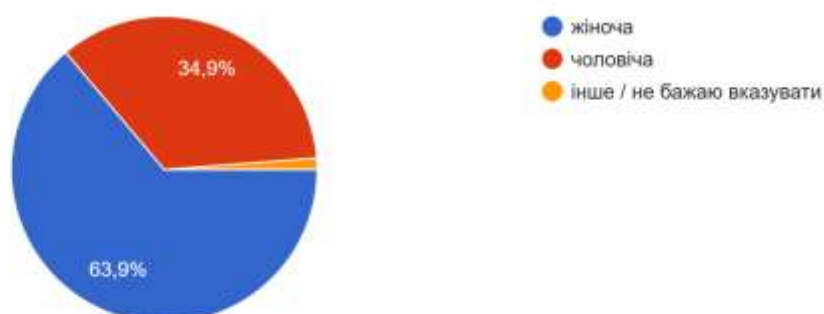
1. Ваш вік:

83 ответа



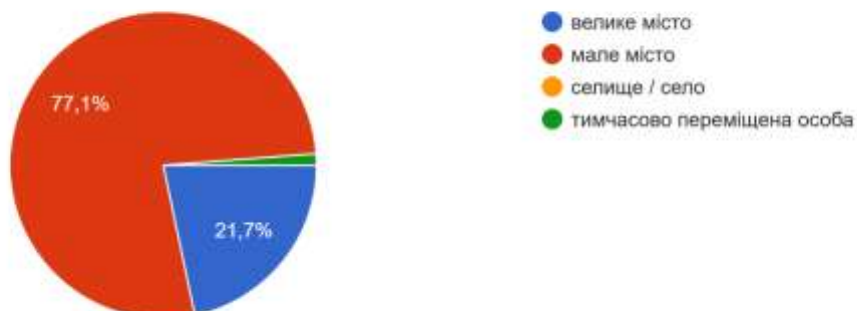
2. Ваша стать:

83 ответа



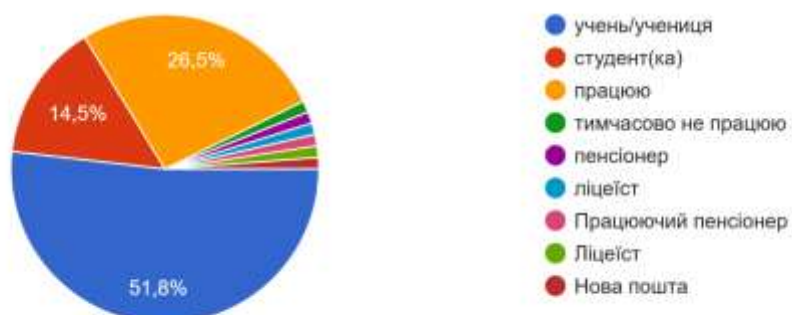
3. Місце проживання:

83 ответа



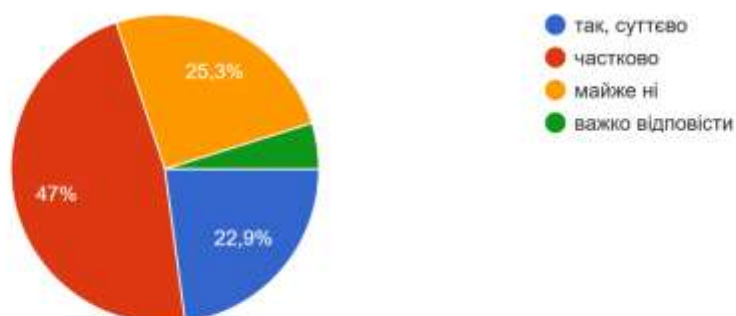
4. Ваш соціальний статус:

83 ответа



5. Чи вплинули на ваш психоемоційний стан події, пов'язані з війною?

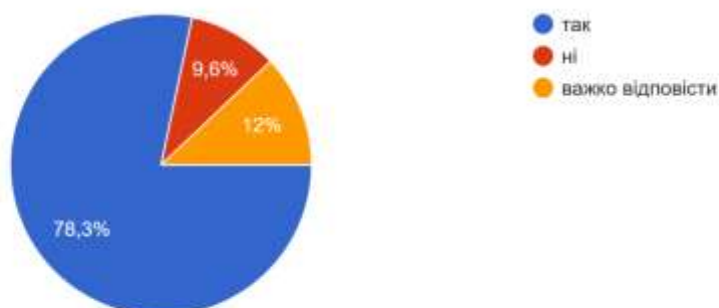
83 ответа



Блок 2. Обізнаність щодо тривожних розладів

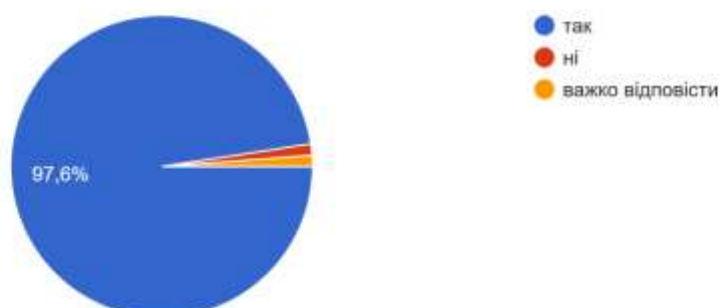
6. Тривожний розлад — це не просто тимчасове хвилювання, а стан, який може потребувати професійної допомоги.

83 ответа



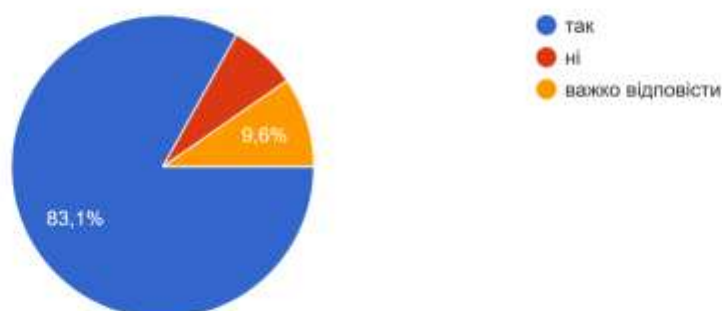
7. Тривожні розлади можуть проявлятися не лише емоційно, а й фізично (серцебиття, тремтіння, задуха, безсоння).

83 ответа



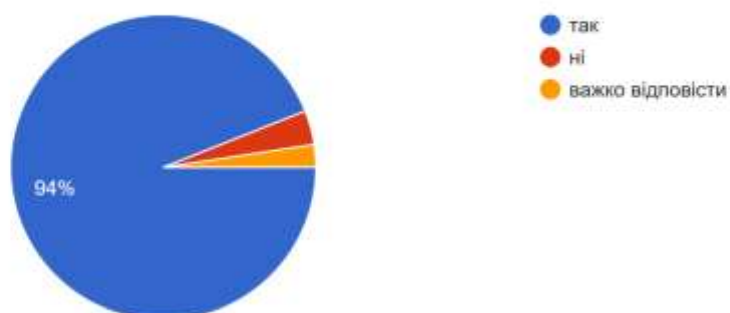
8. Людина з тривожним розладом може звертатися по допомогу не лише до психіатра, а й до сімейного лікаря, психолога, соціального працівника.

83 ответа



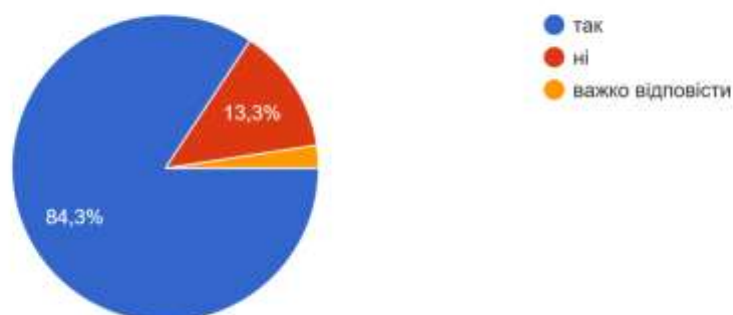
9. Хронічний стрес в умовах війни може посилювати тривожні симптоми.

83 ответа



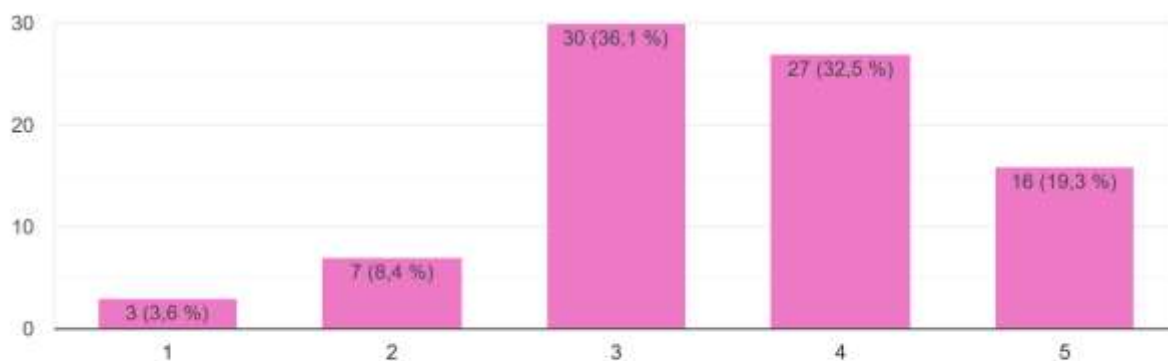
10. Сором і страх осуду можуть заважати людині звертатися по допомогу.

83 ответа



11. Наскільки ви вважаєте себе обізнаними щодо тривожних розладів? Шкала від 1 до 5, де: 1 — зовсім не обізнаний(-а) 5 — добре обізнаний(-а)

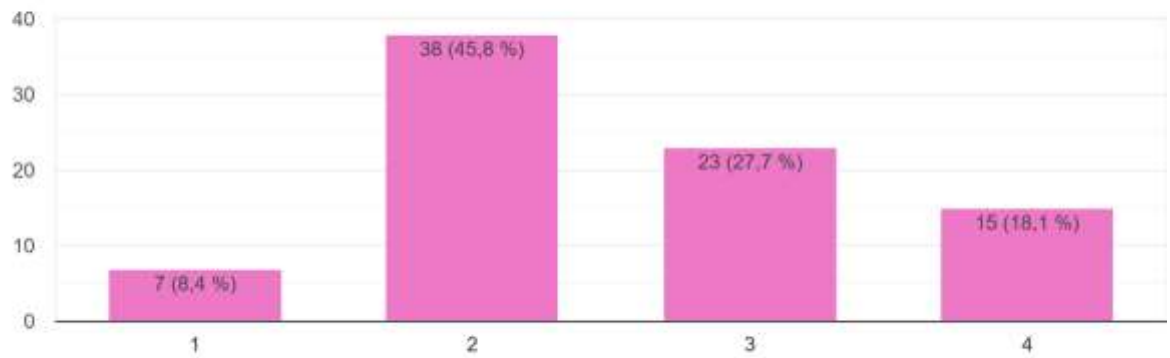
83 ответа



Блок 3. Самооцінка переживань і досвіду

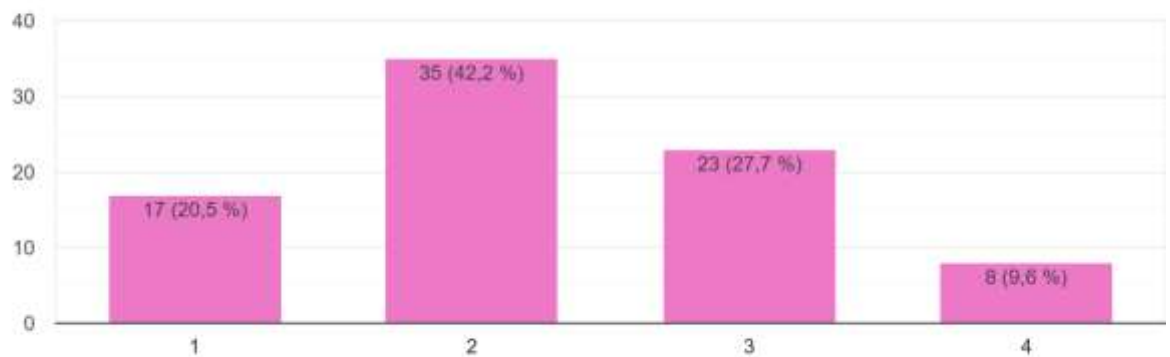
12. Останнім часом я часто відчував(ла) нервові напруження або тривогу. 1 — зовсім ні 2 — інколи 3 — часто 4 — майже постійно

83 ответа



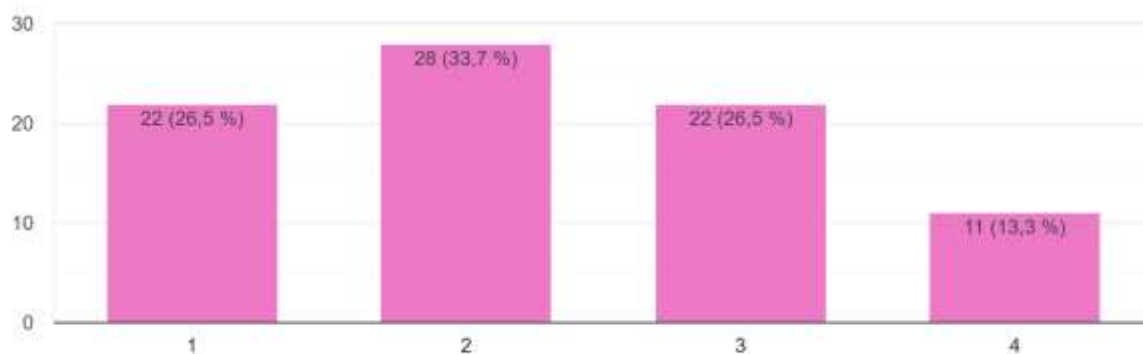
13. Мені було важко зупинити постійне хвилювання. 1 — зовсім ні 2 — інколи 3 — часто 4 — майже постійно

83 ответа



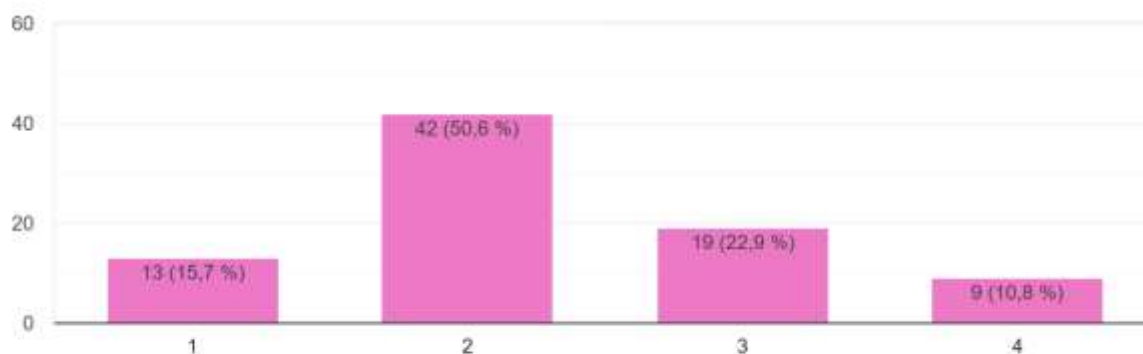
14. Через переживання у мене були труднощі зі сном або відпочинком. 1 – зовсім ні 2 – інколи 3 – часто 4 – майже постійно

83 ответа



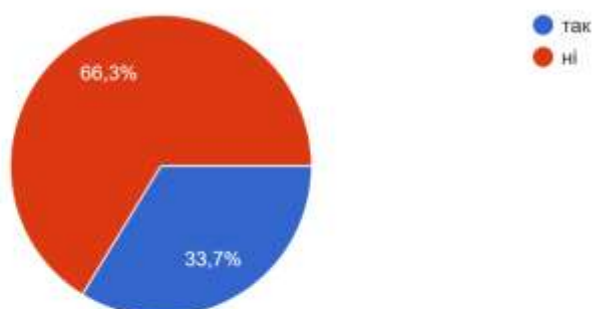
15. Я відчував(ла) фізичні прояви тривоги (серцебиття, тремтіння, стиснення в грудях, пітливість тощо). 1 – зовсім ні 2 – інколи 3 – часто 4 – майже постійно

83 ответа



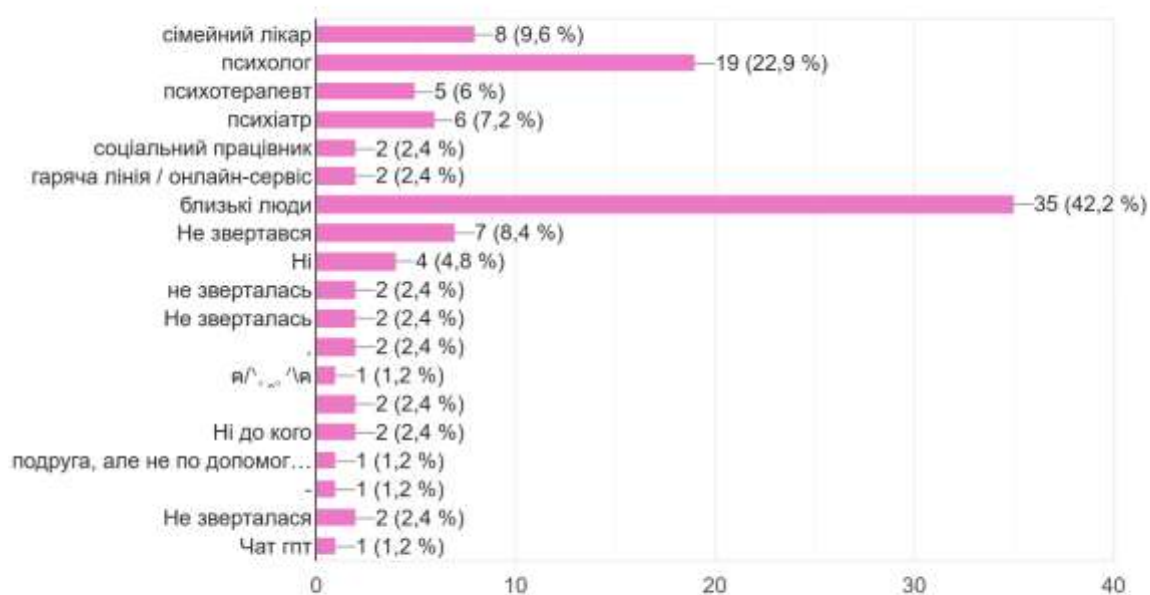
16. Чи зверталися ви коли-небудь по допомогу у зв'язку з тривогою, страхами, панічними проявами або постійним напруженням?

83 ответа



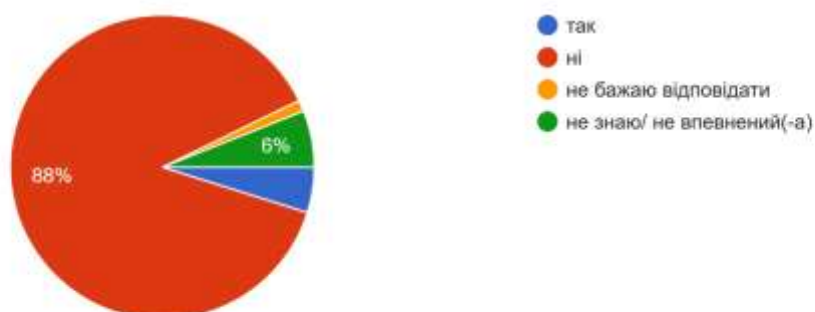
17. Якщо так, до кого саме ви зверталися? Можна обрати кілька варіантів:

83 ответа



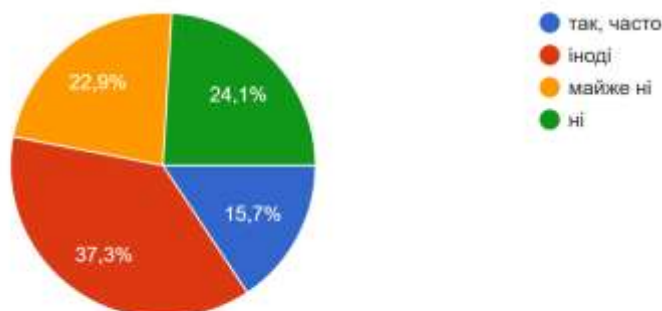
18. Чи маєте ви встановлений фахівцем діагноз, пов'язаний із тривожним розладом?

83 ответа



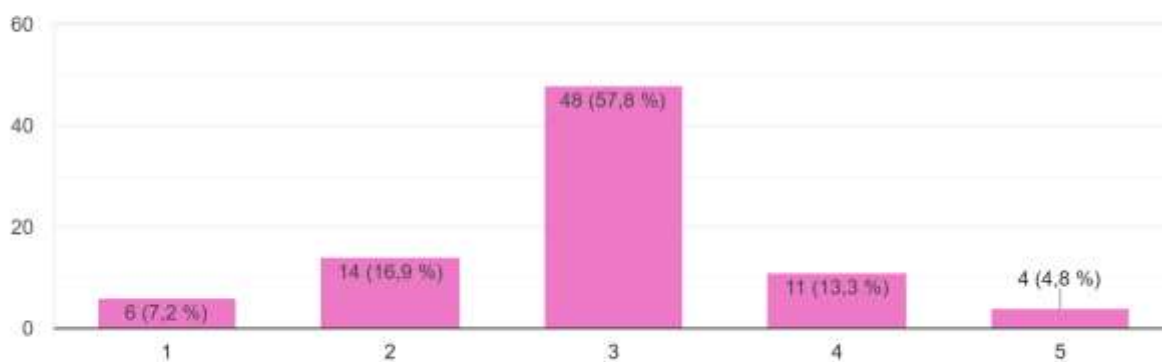
21. Чи стикалися ви з нерозумінням або знеціненням вашого стану з боку інших людей?

83 ответа



22. Наскільки легко, на вашу думку, отримати допомогу людині з тривожним розладом у вашій громаді? 1 — дуже складно 5 — дуже легко

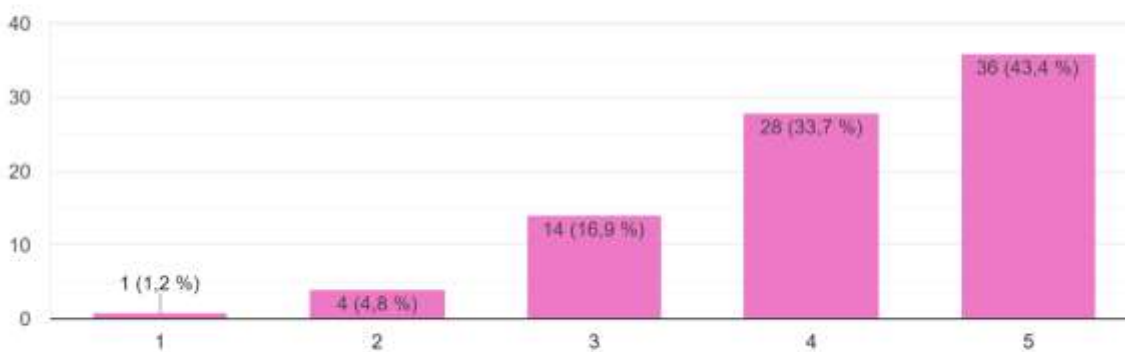
83 ответа



Блок 5. Потреби у соціальній підтримці

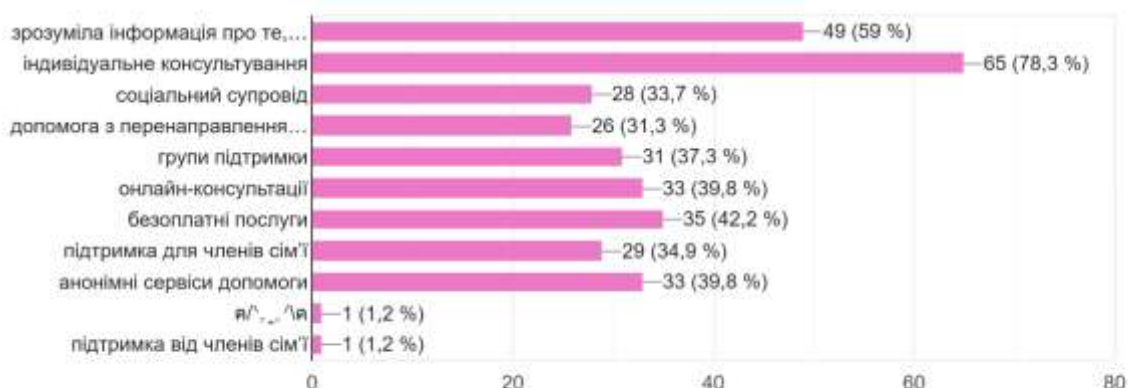
23. Наскільки важливим є соціальний супровід для людини з тривожним розладом? *Соціальний супровід — це комплекс...ї. 1 — зовсім не важливий 5 — дуже важливий

83 ответа



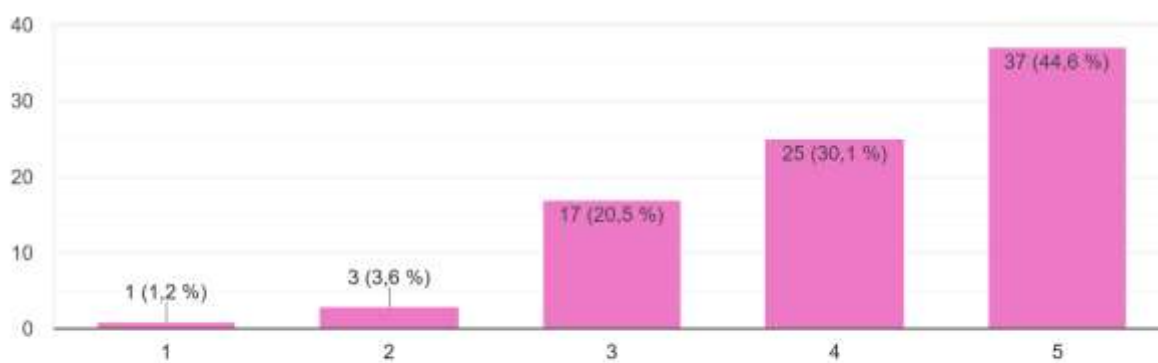
24. Які форми підтримки були б для вас або для людей із тривожними розладами найбільш корисними? Можна обрати кілька варіантів:

83 ответа



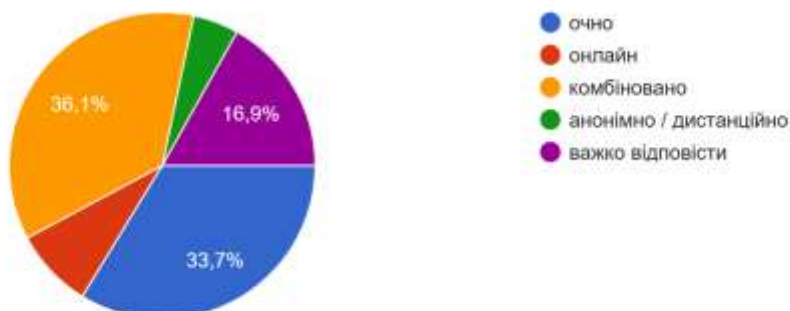
25. Наскільки важливою є взаємодія соціального працівника з медичними та психологічними фахівцями? 1 – зовсім не важливий 5 – дуже важливий

83 ответа



26. Який формат допомоги є для вас найбільш прийнятним?

83 ответа



27. Якої допомоги, на вашу думку, найбільше бракує людям із тривожними розладами?

83 ответа

замала кількість фахівців не враховуючі великі міста, та зрозумілість куди саме звертатись людям

Розмови з однодумцями

часу

Близьких друзів/людей

Психологічної

Допоги спеціаліста

Людей поруч. На моєму досвіді більша частина соціуму, особливо люди старшого покоління доволі скептично ставляться до тривожних розладів та в цілому психологічних хвороб. Можливо вони не достатньо обізнані в цій темі, а можливо це виховання. Та є факт що більшість не сприймає це серйозно. І через це з'являється страх осуду, що ти не такий як всі, і тривога - лише спосіб привернути до себе увагу. Не має підтримки оточення. Люди звикші думати лише про себе не перейматимуться моральним станом інших осіб.

ПЛАН ІНФОРМАЦІЙНО-МОТИВАЦІЙНОГО ТРЕНІНГУ «МАРШРУТ ПІДТРИМКИ: КУДИ ЗВЕРТАТИСЯ, ЯКЩО ТРИВОГА ЗАВАЖАЄ ЖИТИ»

Цільова аудиторія: учні 11 класу закладу загальної середньої освіти малого міста.

Тривалість: 45 хвилин.

Форма проведення: інформаційно-мотиваційний тренінг з елементами обговорення та практичного завдання.

Мета тренінгу: Надати старшокласникам зрозумілу інформацію про тривожні розлади, зменшити стигматизацію звернення по допомогу, показати реальні маршрути звернення та ознайомити з доступними ресурсами підтримки.

Завдання тренінгу:

- 1) актуалізувати розуміння того, що тривожні труднощі не слід ігнорувати;
- 2) зменшити установку на самостійне подолання проблеми без звернення по допомогу;
- 3) ознайомити учнів з алгоритмом звернення по допомогу у школі, громаді та онлайн;
- 4) представити доступні ресурси підтримки: платформу «Ти як?» та телеграм-бот «Не дрібниці»;
- 5) сформулювати в учасників первинну індивідуальну карту маршруту допомоги.

Необхідні матеріали: презентація, ноутбук або проєктор, роздруковані картки з практичним завданням, індивідуальні карти маршруту допомоги, ручки, QR-коди на ресурси «Ти як?» та «Не дрібниці».

Структура тренінгу наведена у таблиці Б.1.

Таблиця Б.1. — Зміст інформаційно-мотиваційного тренінгу

Етап / вправа	Час	Зміст	Спрямування
1. Вступ і налаштування на роботу	5 хв	Коротке представлення теми тренінгу та її практичного значення. Наголошується, що розмова стосується поширених психоемоційних труднощів, які можуть виникати в житті будь-якої людини, особливо в період навчального навантаження, невизначеності та підготовки до майбутнього професійного вибору. Учасникам пропонується працювати в атмосфері поваги, добровільності висловлювань і без осуду.	Створити безпечну атмосферу спілкування та підготувати учасників до відкритого обговорення теми.
2. Вправа «Чому люди мовчать?»	5 хв	Учням ставиться запитання: «Чому люди, навіть коли їм емоційно важко, часто не звертаються по допомогу?». Учасники висловлюють свої варіанти відповідей, після чого вони узагальнюються. У ході обговорення фіксуються такі бар'єри, як сором, страх осуду, небажання здаватися слабкими, переконання, що проблему потрібно вирішувати самостійно, недовіра до фахівців або нерозуміння, до кого саме звертатися.	Актуалізувати проблему бар'єрів звернення по допомогу; показати, що ці бар'єри є поширеними; підвести учасників до думки, що звернення по підтримку є нормальним і допустимим кроком.

(продовження на наступній сторінці)

Таблиця Б.1. — Зміст інформаційно-мотиваційного тренінгу (продовження)

Етап / вправа	Час	Зміст	Спрямування
3. Вправа «Коли хвилювання вже потребує підтримки?»	8 хв	Учасникам пропонуються короткі життєві ситуації, близькі до досвіду старшокласників: сильне хвилювання перед іспитами, постійне напруження і труднощі зі сном, уникання відповідей на уроках через страх помилитися, відчуття, що тривога заважає зосередитися, вчитися або спілкуватися, небажання виходити з дому чи бачитися з іншими через сильне внутрішнє напруження. Учні визначають, чи йдеться про звичайне тимчасове хвилювання, чи вже про стан, який варто не ігнорувати і з яким доцільно звернутися по допомогу. Після обговорення робиться узагальнення, що орієнтиром є не сам факт хвилювання, а його тривалість, інтенсивність і вплив на сон, навчання, стосунки та щоденні справи.	Навчити учнів розпізнавати ситуації, коли тривога вже виходить за межі звичайного хвилювання; підвищити уважність до власного психоемоційного стану; зменшити тенденцію применшувати значущість власних труднощів.

(продовження на наступній сторінці)

Таблиця Б.1. — Зміст інформаційно-мотиваційного тренінгу *(продовження)*

Етап / вправа	Час	Зміст	Спрямування
---------------	-----	-------	-------------

4. Вправа «Звернутися — це не слабкість»	5 хв	Учням пропонуються типові стигматизуючі твердження: «Сильна людина повинна справлятися сама», «Якщо звертаєшся по допомогу, значить ти слабкий», «До психолога звертаються тільки ті, коли вже зовсім погано», «Краще мовчати, бо мене не зрозуміють». Учасники коротко обговорюють, чому такі думки виникають і чому вони не завжди є правильними. Після цього робиться спільний висновок, що звернення по допомогу є відповідальним кроком, спрямованим на збереження власного благополуччя, а не ознакою неспроможності.	Зменшити стигматизацію теми психічного здоров'я; послабити сором і страх осуду; сформувати більш прийнятне ставлення до звернення по допомогу.
---	------	---	--

(продовження на наступній сторінці)

Таблиця Б.1. — Зміст інформаційно-мотиваційного тренінгу *(продовження)*

Етап / вправа	Час	Зміст	Спрямування
---------------	-----	-------	-------------

5. Вправа «Хто може допомогти?»	10 хв	Учасникам пояснюється, що допомога у разі тривожних труднощів може мати кілька рівнів. Спочатку обговорюється коло найближчої підтримки. Далі окремо пояснюється роль шкільного середовища: класний керівник, шкільний психолог, соціальний педагог. Після цього розглядаються можливості звернення поза школою: сімейний лікар, психолог, психіатр, соціальні служби, спеціалізовані сервіси. Окремо презентуються онлайн-ресурси: «Тисяч як?» — як джерело перевіреної інформації та сервісів допомоги; «Не дрібниці» — як дружній до підлітків онлайн-інструмент консультаційної підтримки.	Сформувати чітке уявлення про можливі маршрути звернення по допомогу; показати, що підтримка є реальною; підвищити орієнтацію учнів у шкільних, соціальних, медичних та онлайн-ресурсах.
---------------------------------	-------	---	--

(продовження на наступній сторінці)

Таблиця Б.1. — Зміст інформаційно-мотиваційного тренінгу *(продовження)*

Етап / вправа	Час	Зміст	Спрямування
---------------	-----	-------	-------------

6. Практична вправа «Мій маршрут підтримки»	12 хв	Кожен учасник отримує індивідуальну карту маршруту допомоги. У карті потрібно письмово зазначити: до кого можна звернутися насамперед, якщо тривога почне заважати жити чи вчитися; хто може допомогти у школі або поруч із нею; які онлайн-ресурси можна використати; які перші кроки реально можна зробити. Після заповнення картки кілька бажаних можуть коротко озвучити свої варіанти.	Закріпити отриману інформацію в індивідуально значущій формі; допомогти учням перевести загальні знання у власний алгоритм дій; сформувати первинний практичний результат тренінгу.
7. Підсумок і рефлексія	5 хв	У завершальній частині учасникам пропонується коротко відповісти на запитання: що було для мене найкориснішим; який маршрут чи ресурс я запам'ятав(-ла); що я зробитиму, якщо тривога заважатиме мені або близькій людині. Коротка рефлексія дає змогу узагальнити отриманий досвід і завершити тренінг практичним висновком.	Узагальнити зміст тренінгу; підсилити практичну спрямованість заняття; зафіксувати індивідуально значущі результати участі.

Очікувані безпосередні результати тренінгу: після участі у тренінгу учні мають отримати базове уявлення про те, коли тривожні прояви потребують звернення по допомогу, до кого саме можна звертатися у школі,

громаді та поза її межами, а також які безпечні онлайн-ресурси можна використати для первинної підтримки. Окремим результатом є зменшення стигматизуючого сприйняття звернення по допомогу та формування у кожного учасника первинної карти маршруту допомоги.

Способи фіксації результатів: результати тренінгу можуть фіксуватися через кількість учасників, які заповнили індивідуальні карти маршруту допомоги; спостереження за включеністю групи; аналіз відповідей у практичному завданні; короткі усні рефлексії учасників; за потреби — відгук класного керівника, психолога або соціального педагога.

Шаблон індивідуальної карти маршруту допомоги:

1) Якщо я відчуваю, що тривога заважає мені жити чи вчитися, я можу звернутися до: _____.

2) У школі або поруч зі школою мені можуть допомогти: _____.

3) Онлайн-ресурси, які я запам'ятав(-ла): _____.

4) Перші дії, які я можу зробити для звернення по допомогу: _____.