

ПРИЧОРНОМОРСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ЕКОНОМІКИ ТА ІННОВАЦІЙ

ГАБІТУС

Науковий журнал

Випуск 78

Том 1



Видавничий дім
«Гельветика»
2025

Редакційна колегія:

Шапошникова Ірина Василівна – доктор соціологічних наук, професор
Лісеєнко Олена Василівна – доктор соціологічних наук, професор
Алісаускієне Мілда – доктор соціальних наук, професор
Бендаравечіне Ріта – доктор соціальних наук та порівняльної політики, асоційований професор
Ендірулайтієне Ауксе – доктор психологічних наук, професор
Тавровецька Наталія Іванівна – кандидат психологічних наук, доцент
Терешкінас Артурас – доктор соціальних наук, професор
Хижняк Лариса Михайлівна – доктор соціологічних наук, професор
Яковлев Денис Вікторович – доктор політичних наук, професор
Волошенко Марина Олександрівна – доктор педагогічних наук, доцент
Кузьменко Вячеслав Віталійович – доктор філософських наук, професор
Деркач Лідія Миколаївна – доктор психологічних наук, професор
Асєєва Юлія Олександрівна – доктор психологічних наук
Яковлева Лілія Іванівна – доктор політичних наук, професор
Корсакевич Святослав Сергійович – доктор філософії з психології

**Науковий журнал «Габітус» включено до Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») зі спеціальностей:
С4. Психологія, С5. Соціологія відповідно до Наказу МОН України
від 17.03.2020 № 409 (додаток 1)**

***Журнал включено до міжнародної наукометричної бази
Index Copernicus International (Республіка Польща)***

Електронна сторінка видання – www.habitus.od.ua

**Рекомендовано до друку та поширення через мережу Internet
Вченою радою Причорноморського науково-дослідного інституту
економіки та інновацій (протокол № 11 від 24.11.2025 року)**

Статті у виданні перевірені на наявність плагіату за допомогою програмного забезпечення
StrikePlagiarism.com від польської компанії Plagiat.pl.

Редакція суб'єкта у сфері друкованих медіа: Рішення Національної ради України
з питань телебачення і радіомовлення № 1552 від 09.05.2024 року
(Ідентифікатор медіа R30-04408)

Суб'єкт у сфері друкованих медіа –
ПУ «Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій»
(вул. Інглезі, буд. 6/1, оф. 135, м. Одеса, 65101, info@iei.od.ua, тел. (093) 120-27-72).

Періодичність виходу: 12 разів на рік.
Мови розповсюдження: українська, англійська, польська, німецька, французька.

ЗМІСТ

**СЕКЦІЯ 1
ТЕОРІЯ ТА ІСТОРІЯ СОЦІОЛОГІЇ****Кондов К.В.**ПОЛІТИЧНА ДОВІРА В ГРАНИЧНИХ СИТУАЦІЯХ:
ВІД ВЕБЕРА ДО СУЧАСНИХ ТЕОРІЙ ЛЕГІТИМНОСТІ.....9**СЕКЦІЯ 2
ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ. ІСТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ****Buherko J.M.**A HISTORICAL ANALYSIS OF THE FORMATION
OF REFLEXIVE PROBLEMATICS IN PSYCHOLOGY.....15**Фролов Р.В., Блінов О.А.**ВІЙНА ЯК СТРЕС-ФАКТОР У ПЕРЕБІГУ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ:
ОГЛЯД НАУКОВИХ ДАНИХ.....22**СЕКЦІЯ 3
ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ****Асєєва Ю.О., Дідух М.Л., Дубенко О.В.**ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА ДЕТЕРМІНАНТИ
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПЕДАГОГІВ.....26**Астремська І.В., Шемчук Ю.В., Ярошевська В.Л.**ВПЛИВ МЕНТАЛЬНИХ ДИТЯЧИХ УСТАНОВОК
НА СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ.....30**Барболін І.С.**ЦІННІСНО-СМИСЛОВА СФЕРА ЯК КЛЮЧОВИЙ
СТРУКТУРНИЙ КОМПОНЕНТ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКІВ
З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.....36**Батраченко І.Г., Кваша А.О.**ІМПЛІЦИТНІ ТЕОРІЇ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ
ЯК ПРОБЛЕМНЕ ПОЛЕ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....40**Бохонок С.М., Руденко О.В.**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕСУРСУ
ОСОБИСТОСТІ НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....47**Бурлєєв О.Л., Бурлєєва М.О.**ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ
АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....53**Василенко Л.П., Пупін Б.Г.**ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ
В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ ВИЩОЇ ШКОЛИ.....63**Вінс В.А., Лещенко М.В.**ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ
МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.....68

Воляннюк Н.Ю., Охріменко Д.В. ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ: МОЖЛИВОСТІ ТА РИЗИКИ ДЛЯ РОЗВИТКУ КРИТИЧНОГО І САМОСТІЙНОГО МИСЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ.....	72
Гаваза Л.В. ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ДИСТИНКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	78
Герасимова К.М., Герасіна С.В. ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ МОБІЛЬНИХ КОМАНД МІЖНАРОДНИХ ГУМАНІТАРНИХ МІСІЙ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ НА ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЯХ.....	84
Гоцуляк Н.Є. МЕТОДОЛОГІЧНІ ТРУДНОЩІ В ДОСЛІДЖЕННІ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ В ЦИФРОВОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	90
Гребонько Є.П., Причепя Н.О. МІЖКУЛЬТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК У ВОЄННИХ КОНФЛІКТАХ.....	96
Гречаник М.І. ПРИВ'ЯЗАНІСТЬ ЯК ЕВОЛЮЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ.....	103
Кабанцева А.В., Панченко О.А. ТЕХНОЛОГІЯ РАННЬОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ І АБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ СТРЕСУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ	110
Клименко М.Р., Деда А.І. УТРАЧЕНА ЕМОЦІЙНА МОВА: АЛЕКСИТИМІЯ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ ДЛЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ.....	116
Коляда Н.В., Сахно П.І., Кузнєцова І.О. КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ В ОСІБ РАННЬОЇ ДОРОСЛОСТІ З ВИСОКИМ РІВНЕМ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ	121
Коровіцький Р.О. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ВРАЗЛИВИХ ГРУП У КРИЗОВИХ УМОВАХ: ДОСВІД РОБОТИ З ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ В УКРАЇНІ.....	126
Косіков А.І., Бочелюк В.Й. ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ	132
Красін С.А., Красіна Г.В. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСОБИСТОСТІ ЗАСОБАМИ ФІЛЬМОТЕРАПІЇ ЗА МОДЕЛЮ PERMA.....	138
Купчишина В.Ч., Сердюк Ю.І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНИХ УЯВЛЕНЬ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ ПРО ҐЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ	142
Левицька Т.В., Шамлян К.М. ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПОКАЗНИКІВ ПОЧУТТЯ СОРОМУ І ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ В МОЛОДІ.....	147

Меленчук Н.І., Лебединський Е.Б. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ Я-КОНЦЕПЦІЇ ОСІБ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ КОМУНІКАТИВНОЇ КРЕАТИВНОСТІ.....	152
Романюк Л.В., Ларченко Н.Р. ПСИХІЧНІ СТАНИ ДІТЕЙ У КІБЕРСПОРТИВНОМУ ПРОСТОРІ.....	158
Стасюк В.В., Мороз В.М. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ ВПЛИВУ ПРОФЕСІЙНИХ АДИКЦІЙ.....	163
Філіппський А.Ю. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ПІДХОДІВ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІСТУ ПОНЯТТЯ «ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ».....	170
Хромець В.А. ІДЕНТИЧНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З РАС КРІЗЬ ПРИЗМУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ.....	176
Цегельник Т.М., Міршук О.Є., Силенко Ю.В. САМОРОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО ВИПУСКНИКА ЗВО ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ.....	183
Чамлай І.В. СИМПТОМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В КОМБАТАНТІВ.....	188
Череда О.М. ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ПСИХОЛОГІВ ЗАКЛАДІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ.....	193
Chernenko O.M., Pasynchuk K.M., Diachkova O.M. PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF WAR VETERANS: SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONTEXT.....	199
Чернякова О.В., Кущенко І.В. АРТТЕРАПІЯ ЯК РЕСУРС ПІДТРИМКИ ВНУТРІШНЬОЇ РІВНОВАГИ КЛІЄНТА В ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ.....	204
Шевченко Н.Ф. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЯК СКЛАДНИК ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ ФАХІВЦІВ АВІАЦІЙНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.....	209
Шелестова О.В., Новосадова Ю.В. НЕСВІДОМЕ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ: ПСИХОДИНАМІЧНИЙ ТА АРХЕТИПІЧНИЙ ВИМІРИ.....	214
Шульга Т.В., Ніколаєнко С.О., Бібік Ю.В. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	218

ТЕХНОЛОГІЯ РАННЬОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ Й АБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ СТРЕСУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ

EARLY MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION AND HABILITATION TECHNOLOGY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS EXPOSED TO STRESS FROM MILITARY CONFLICTS

У статті розглядається актуальна проблема впливу надзвичайних стресових ситуацій, зокрема воєнних дій та інтенсивного інформаційного тиску, на психічне здоров'я дітей. Останні є найбільш вразливими до наслідків травматичних подій. У межах дослідження, проведеного за запитом Міністерства охорони здоров'я України (державний реєстраційний номер 0123U100337), у період 2022–2025 років здійснено комплексний аналіз психічного стану дітей і підлітків, які проживають в умовах війни. Отримані результати підтвердили критичну потребу в упровадженні ранньої медико-психологічної реабілітації й абілітації, що стало підґрунтям для розроблення авторської технології, в основі якої – синтез наукового знання та практики. Представлена технологія є інноваційною відповіддю на сучасні виклики, що постають перед системою охорони психічного здоров'я в умовах війни й поствоєнного відновлення. Технологія інтегрує міждисциплінарні знання, урахує соціокультурний контекст та орієнтована на практичну реалізацію через командну роботу фахівців та активну участь сім'ї. Вона передбачає раннє виявлення потреб, сімейно-орієнтований і командний підходи, дотримання принципів безпеки, індивідуальності, поступовості, системності і професіоналізму. Задля розуміння здоров'я та хвороби запропоновано розширення біопсихосоціальної моделі до біоінфопсихосоціальної, що враховує вплив інформаційного середовища. Визначено роль освітнього простору в ранньому виявленні змін психічного здоров'я й особливо описана роль клінічного психолога, який забезпечує міждисциплінарну інтеграцію. Такий підхід цієї технології дає змогу не лише адаптувати наявні моделі до реалій воєнного й повоєнного часу, а й створити нову парадигму психосоціальної допомоги, орієнтовану на стійке відновлення та розвиток особистості.

Ключові слова: психічне здоров'я дітей, воєнна травматизація, біоінфопсихосоціальна модель, системний принцип, мультидисциплінарний підхід, раннє виявлення, клінічний психолог.

Exposure to extreme stressors, including armed conflict and intensive informational pressure, represents a significant risk factor for the mental health of children, who are particularly vulnerable to the psychological consequences of traumatic events. A study conducted at the request of the Ministry of Health of Ukraine (state registration number 0123U100337) systematically examined the mental state of children and adolescents living under wartime conditions between 2022 and 2025. Findings from this study underscore the urgent need for early medical-psychological rehabilitation and habilitation interventions, which informed the development of the present technology. This approach constitutes an innovative response to contemporary challenges in the provision of mental health care during and following armed conflict. The proposed technology integrates interdisciplinary knowledge, accommodates socio-cultural factors, and is designed for practical implementation via coordinated specialist teams and active family participation. Key components include early needs assessment, family – centered and multidisciplinary approaches, and adherence to principles of safety, individualization, gradual progression, systematicity, and professional rigor. To enhance conceptualizations of health and illness, the traditional biopsychosocial model is extended to a bio-infopsychosocial model, which explicitly incorporates the effects of the information environment. Educational institutions are identified as critical sites for early detection of mental health changes, and the clinical psychologist's role as a coordinator of interdisciplinary integration is emphasized. The implementation of this technology facilitates not only the adaptation of existing care models to wartime and post-conflict realities but also the establishment of a novel paradigm of psychosocial support aimed at sustainable recovery and the holistic development of the individual.

Key words: child mental health, war-related trauma, bio-infopsychosocial model, systems approach, multidisciplinary intervention, early detection, clinical psychology.

УДК 159.95/96

DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.78.1.18>

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Кабанцева А.В.

к.психол.н., учена секретарка,
завідувачка відділення
клінічної психології
ДНП «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр
Міністерства охорони здоров'я України»
ORCID ID: 0000-0001-7678-6052

Панченко О.А.

д.мед.н., д.держ.упр., професор,
почесний академік
Національна академія
педагогічних наук України,
заслужений лікар України,
генеральний директор
ДНП «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр
Міністерства охорони здоров'я України»,
президент Всеукраїнської професійної
психіатричної ліги
ORCID ID: 0000-0001-9673-6685

Постановка проблеми. Сучасне життя наповнено надзвичайними стресовими ситуаціями, що часто несуть низку випробувань і викликів [9], особливо в умовах ведення активних воєнних дій та інтенсивного інформаційного впливу. Подібне є суттєвою загрозою психічному здоров'ю, життєвим настановам особистості, її структурі цінностей, мотивам, що призводять до порушення світогляду й десоціалізації [6; 10]. Такі негативні зміни торкаються найбільш уразливої категорії – дітей, бо через незрілість психічних процесів, несформоване критичне мислення й залежність від батьків вони зазнають найбільших наслідків травматичних подій. Їхня здатність адекватно оцінювати стресові виклики та розробляти ефективні стратегії подолання стресу значно обме-

жена порівняно з дорослими, і це робить їх більш схильними до виникнення психічних і поведінкових порушень, унаслідок впливу травматичних обставин. Наукові дослідження [17; 20] доводять, що психічні травми можуть мати серйозні наслідки як у короткостроковій, так і в довготривалій перспективі, проявляючись як відразу після травматичної події, так і через кілька років, а в окремих випадках передаватися наступним поколінням. Діти стають свідками руйнівних подій, стикаються з багатогранними проблемами, основними з яких є гуманітарні, фізичні, психологічні, соціальні й освітні. Головна проблема, з якою стикаються діти, а також і дорослі, – це відсутність відчуття безпеки. Незадоволення цієї базової потреби, що є критично важливою для

гармонійного розвитку, призводить до підвищення ризику формування психічних і соматичних порушень [3]. Діти, які пережили воєнні конфлікти, часто мають проблеми з поведінкою, труднощі в спілкуванні й адаптації, а також проявляють високу схильність до агресії або ізоляції [16; 21]. Такі наслідки знижують якість життя та поглиблюють кризові прояви вікового розвитку, тому відновлення здоров'я потребує системного підходу [5].

Історично в кожному періоді формувалися свої моделі відновлення здоров'я, такими стали органічна, психосоціальна та біопсихосоціальна. Зокрема, органічна, або медична модель ґрунтувалася лише на ліквідації тілесних симптомів хвороби. Пізніше до уваги стали братися психологічні, психічні й соціальні фактори лікування, що сформувало появу психосоціальної моделі [8]. Із часом наукова спільнота дійшла висновку, що при порушенні й відновленні здоров'я потрібно враховувати біологічні, психічні, соціальні умови та процеси, що знаходяться в тісній взаємодії, результатом чого стала поява нової моделі та програмної рамки для великого спектра досліджень – біопсихосоціальна парадигма. Відповідно до біопсихосоціальної моделі Дж. Енгеля [14], людина визначається як цілісний організм, у якому біологічні, психологічні та соціальні фактори перебивають у постійному взаємозв'язку.

Динаміка біопсихосоціальної моделі відображена в роботах багатьох авторів [1; 13; 14; 15]. З часом біопсихосоціальна модель почала вимагати мультидисциплінарного й індивідуального підходу до надання послуг у сфері психічного здоров'я. Ефективне впровадження біопсихосоціальної моделі в систему охорони здоров'я держави можливе за умови спільної роботи різних фахівців – психологів, психіатрів, психотерапевтів, медсестер, сімейних лікарів, соціальних працівників, користувачів послуг, пацієнтів і їхніх родин, що вимагає значних зусиль (часових, фінансових тощо). При такому підході фахівці можуть надавати більш якісні послуги, а пацієнти отримувати кращий результат [2]. Але сьогодні, з огляду на значущу силу інформації, яка не поступається класичній зброї щодо знищення людства та завдання значної шкоди для розвитку конкретної особистості, формуються нові тенденції запиту про допомогу, а отже, виникає потреба в зміні моделі не лише відновлення здоров'я, а й створення технології, де модель

Раннє виявлення

Рання реабілітація

Рис. 1. Умова реалізації ранньої медико-психологічної реабілітації

є частка технологічного процесу. Тому розробка та впровадження ефективної технології ранньої медико-психологічної реабілітації й абілітації дітей і підлітків, які зазнали стресу внаслідок воєнних дій (далі – технологія), набуває особливої актуальності у воєнні та повоєнні часи.

Мета дослідження: представити технологію ранньої медико-психологічної реабілітації й абілітації дітей і підлітків, які зазнали стресу внаслідок воєнних дій, задля відновлення їхнього психічного здоров'я, підвищення стресостійкості й запобігання довготривалим негативним наслідкам травматизації.

Виклад основного матеріалу. Під час виконання НДР за запитом МОЗ України «Методологічні засади короткострокової реабілітації й абілітації дітей та підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни» на замовлення МОЗ України (номер держреєстрації – 0123U100337) у період 2022–2025 років проведено низку наукових досліджень щодо актуального стану психічного здоров'я дітей і підлітків, які проживають в Україні [4; 7; 11]. Проведені дослідження й необхідність реалізації медико-психологічної реабілітації й абілітації стали підставою для розроблення технології цього процесу.

Для реалізації ранньої медико-психологічної реабілітації й абілітації принципово важливе значення має раннє виявлення осіб, які її потребують (рис. 1). У свою чергу, ефективність проведених заходів прямо залежить від технології, за якою реабілітація буде надаватися.

Саме поняття «технологія» є багатограним і має різні тлумачення [12; 18; 19], задля мінімізації непорозуміння і підвищення чіткості сприйняття технології представимо авторське бачення поняття, що лягло в основу презентації роботи. Отже, технологія реабілітації й абілітації – це сукупність знань, методологічних підходів і принципів, методів та інструментів, засобів, що використовуються в чіткій послідовності дій для забезпечення відновлення здоров'я особи й набуття нею необхідних навичок для успішної соціалізації. Підґрунтям технології є синтез наукового знання та практичного досвіду. Для більшої наочності висвітливо основні аспекти технології (рис. 2).

Принципи й підходи

- фундаментальні положення та правила;
- базові ідеї певної теорії, концепції, моделі;

Система методів

- набір спеціальних прийомів, способів та операцій, що застосовуються;

Інструменти й засоби

- знаряддя, що використовуються для досягнення поставленої мети;

Практичне застосування

- задоволення потреб суб'єкта;
- покращення послуги;
- створення бажаного результату.

Рис. 2. Основні аспекти технології

Отже, технологія надає відповіді на такі основні питання «Як?» і «За допомогою чого?» можна досягти бажаного результату.

Методологія технології полягає в дотриманні єдиних підходів, принципів та алгоритму надання допомоги, а також запровадженні відповідних методів і застосуванні доцільних інструментів.

Запровадження цієї технології передусім реалізується на сімейно-орієнтовному й командному підходах. Дитина та її сім'я розглядаються як єдине ціле. Неможливо повноцінно відновити психічне здоров'я дитини, не враховуючи найближчий осередок, у якому вона зростає. Сім'я є основним соціальним середовищем, і її функціонування значно впливає на процес відновлення. Тому реабілітаційні й абілітаційні заходи повинні передбачати залучення всієї сім'ї, з якою працює команда фахівців.

До основних принципів реалізації технології належать такі:

- **Співпраця із сім'єю.** Сім'я відіграє важливу роль у процесі відновлення здоров'я дитини.

- **Принцип безпековості й довіри.** Створення безпечних умов взаємодії й установлення комплаєнсу з дитиною та її сім'єю.

- **Принцип індивідуальності.** Кожна дитина – це неповторна особистість, і кожна сім'я має свою індивідуальність, тому до кожного випадку має бути індивідуальний підхід.

- **Принцип системності.** Дитина розглядається як єдина система, де тісно взаємодіють фізична, психічна та соціальна складові здоров'я. Під час відновлення враховуються фізіологічні процеси, функціональний і психічний стани, соціальне оточення, спосіб життя, психологічне благополуччя.

- **Принцип поступовості.** Процес відновлення потребує часу, терпіння та прийняття поточної ситуації. Задля запобігання посиленому впливу на психіку дитини навантаження інтервенцій має бути оптимальним відповідно до віку, пережитої травматичної ситуації й рівня наявних психологічних ресурсів дитини.

- **Принцип професіоналізму та компетентності.** Глибокі знання, досвід, відповідальність кожного фахівця мультидисциплінарної команди, а також високий рівень їхньої професійної етики й комунікативних навичок.

Як зазначено в постановці проблеми, актуальною парадигмою розуміння здоров'я і хвороби, а також відновлення здоров'я є біопсихосоціальна модель, але власні попередні дослідження [4; 7; 11] визначають високу роль впливу інформаційного компонента, що як має позитивний ефект особистісного розвитку й відновлення, так і може ставати додатковим фактором порушення здоров'я дітей і підлітків. Більш детальні результати дослідження із цього приводу будуть представлені в монографії «Інформаційна безпека дитини у ментальному вимірі», автори О.А. Панченка, В.Г. Панок, А.В. Кабанцева. У статті представляються основні постулати стосовного того, що в сучасних умовах технічного прогресу постає потреба у виокремленні

інформаційного фактора як окремої умови порушення та відновлення здоров'я. А це формує нову парадигму – біоінфопсихосоціальну модель здоров'я і хвороби.

На перший погляд може здатися, що інформація стосується соціальної сфери, але інформація сама по собі не є соціальною складовою, поряд із цим вона цілком може нею стати, коли вона використовується у взаємодії між людьми, бо саме інформація формує соціальні зв'язки, впливає на соціальні процеси або набуває суспільного значення. Тому розмежування цих складових полягає в такому: соціальна складова стосується взаємодії людини з людиною чи суспільством, а інформаційна – відображає можливості людини сприймати, перероблювати й відображати інформацію.

В умовах зазначеної парадигми відновлення здоров'я дитини потребує вирішення проблем медичного, психологічного, соціального й інформаційного характеру. При відновленні здоров'я зусилля необхідно спрямовувати не тільки на діагностику захворювань і їх лікування, а й значно більшою мірою на зміну інформаційного й емоційного компонентів навантаження, власне інформаційно-психологічного довкілля дитини, де велика перевага надається формуванню інформаційно-психологічної культури та проведенню психопрофілактики.

До уваги варто також узяти провідну діяльність дітей і підлітків – навчання, а тому раннє виявлення змін психічного здоров'я може бути застосовано саме під час перебування в закладі освіти, де саме педагог може виявити перші ознаки емоційних, поведінкових змін дитини. Більш складніше це реалізувати при онлайн чи заочному навчанні дитини, тут ця функція доступна більше батькам або представникам, що їх замінюють. Раннє виявлення збільшує вірогідність надання необхідної медико-психологічної допомоги. І це потребує налагодження співпраці між закладами освіти й охорони здоров'я, а також створення кооперації між дитиною, батьками, педагогами, фахівцями закладу охорони здоров'я.

Обізнаність педагога щодо змін психічного здоров'я, проявів наслідків стресу в дитини, зокрема емоційних і поведінкових реакцій дитини, забезпечить своєчасне інформування практичного психолога закладу освіти про виявлені зміни. Подібні зміни можуть бути також виявлені власне самим психологом під час планової роботи з дітьми, а також окреслені батьками, якщо останні мають достатній рівень необхідних знань у цьому питанні. Тому тут актуальною є реалізація просвітницької роботи щодо підвищення психологічної культури населення, яке опікується неповнолітніми. Це сприятиме більш ранньому зверненню по професійну медико-психологічну допомогу.

Наслідки стресу можуть проявлятися в дитини на емоційному, поведінковому, соматичному рівнях. Тому обстеження дитини має включати оцінювання психологічних, біологічних і психофі-

зіологічних показників здоров'я, за результатами якого й складається план лікування та реабілітації. Варто враховувати, що під час стресу насамперед утрачається відчуття безпеки, а наявність фізичних травм чи пошкоджень, утрат близьких людей, матеріальних, сенсових речей посилює наслідки стресової події. За рахунок суб'єктивних вражень стресова подія стає травматичною, що завдає шкоди здоров'ю, поведінці й загалом життєдіяльності дитини.

Таким чином, медико-психологічна реабілітація й абілітація повинні включати таке:

- умови фізичної та психологічної безпеки, прогнозованості взаємодії (обговорення з пацієнтом плану, усього обсягу втручань та отримання обов'язкової згоди, це також сприятиме посиленню відчуття безпеки);
- наявність травматичного досвіду, запобігання ретравматизації (усі дії та спілкування з боку медичного персоналу повинні бути виважені, застосування професійної термінології з боку фахівців охорони здоров'я в спілкуванні з пацієнтом і членами його сім'ї є неприпустимим, мова фахівця має бути доступною до розуміння);
- покрововість дій у відновленні (оскільки стрес суттєво виснажує, тому навантаження діагностичних і реабілітаційних заходів повинні відповідати обсягу ресурсних можливостей пацієнта);
- нормалізацію емоцій, повернення пацієнта до режимних моментів життя щодо піклування про себе, відновлення контакту з тілом, бо стрес блокує цей контакт;
- активне залучення сім'ї як щодо відновлення здоров'я дитини, так і власного (це дасть батькам більше розуміння реакцій дитини, своїх реакцій, а також сприятиме покращенню внутрішньосімейних стосунків і відновленню ресурсів кожного члена сім'ї за рахунок проведення скринінгової оцінки психоемоційного стану та функціонування батьків);
- виявлення й посилення психологічних ресурсів, зміцнення соціальної підтримки, відновлення впевненості й віри у власні сили;
- формування нових реакцій і ставлення до викликів долі;
- спрямування на розвиток нової Я-концепції в пацієнта (відновлення позитивного «Я образу», посилення власної спроможності й ідентичності);
- профілактику віддалених наслідків (складання планів на майбутнє, визначення довгострокової перспективи).

Значно пришвидшить проведення об'єктивізації стану дитини застосування комп'ютеризованих комплексів, карт клініко-психологічного та соціального обстеження дітей різних вікових категорій. Проведення скринінгової оцінки психоемоційного стану й функціонування батьків обґрунтовується тим, що психоемоційний стан останніх прямо пропорційно впливає на психоемоційний стан дітей і процес їх відновлення. За результатами виявленої потреби батьки також можуть

бути залучені для проходження власного курсу медико-психологічної реабілітації. Забезпечення комплексної медико-психологічної реабілітації рекомендується проводити за універсальним алгоритмом, що буде мати свою специфіку на кожному етапі реалізації. Універсальність алгоритму визначається тим, що він підходить у роботі з дітьми, підлітками й дорослими. Цей алгоритм включає консультацію лікаря-координатора, консультації вузькопрофільних фахівців, проведення необхідних обстежень, формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди, складання та реалізацію плану реабілітації, оцінювання ефективності проведених заходів.

Зокрема, у роботі з дітьми й підлітками лікарем ФРМ, лікарем-педіатром і клінічним психологом здійснюється об'єктивізація актуального стану здоров'я дитини (підлітка), визначаються пріоритетні й супутні проблеми, що перешкоджають процесу всебічного та сталого розвитку. Клінічний психолог не лише проводить психодіагностику актуального психоемоційного стану, а й виявляє індивідуальну реакцію дитини на стрес у вигляді агресії, регресії, замкнутості чи соматизації. Саме такі результати діагностики дають змогу сформувати відповідну команду фахівців щодо виявлених проблем здоров'я дитини. Фахівці мультидисциплінарної реабілітаційної команди організовують комплексний план реабілітації з урахуванням усіх індивідуальних характеристик особистості. План реабілітації дітей і підлітків складається мультидисциплінарною командою з обов'язковою активною залученістю батьків. Під час проведення реабілітації й абілітації клінічний психолог забезпечує психологічну підтримку та стабілізацію; здійснює роботу з психотравмою такими психотерапевтичними інструментами, як EMDR, нарративна терапія, травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія; сприяє переосмисленню травматичного досвіду та його інтеграції в життєву історію дитини; проводить роботу із сім'єю та соціальним оточенням дитини; реалізовує профілактику вторинної травматизації (формування навичок саморегуляції, ресурсного мислення, позитивної самооцінки).

Під час реалізації плану реабілітації систематично проводиться моніторинг стану здоров'я, по завершенню – повторна медико-психологічна діагностика, за її результатами формулюються підсумкові рекомендації для дитини, батьків і педагогів.

З огляду на специфічність надання допомоги зазначеному контингенту, обов'язковим є здійснення підтримки фахівців, зокрема сприяти розвитку навичок самопомоги серед спеціалістів, які працюють із травмованими дітьми та їх сім'ями, з метою запобігання професійному вигоранню.

Висновки. Отже, на основі викладеного вище можемо резюмувати таке:

1. Актуальність проблеми психічного здоров'я дітей і підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни, підтверджена результатами наукових до-

2012. Vol. 63. P. 227–57. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100356>.

17. Schwartz L., Nakonechna M., Campbell G., Brunner D., Stadler C., Schmid M. et. al. Addressing the mental health needs and burdens of children fleeing war: a field update from ongoing mental health and psychosocial support efforts at the Ukrainian border. *European journal of psychotraumatology*. 2022. Vol. 13(2). 2101759. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2101759>.

18. Technology. URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/technology/>.

19. Technology. URL: <https://www.britannica.com/technology/technology>.

20. Yayan E.H., Düken M.E., Özdemir A.A., Çelebioğlu A. Mental Health Problems of Syrian Refugee Children: Post-Traumatic Stress, Depression and Anxiety. *Journal of pediatric nursing*. 2020. Vol. 51. e27–e32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.012>.

21. Ye Y., Li Y., Jin S., Huang J., Ma R., Wang X. et. al. Family Function and Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023. Vol. 24(5). P. 3151–3169. <https://doi.org/10.1177/15248380221126182>.

Стаття надійшла у редакцію: 31.10.2025

Стаття прийнята: 13.11.2025

Опубліковано: 08.12.2025