

УДК 376.37:159.9

<https://doi.org/10.68134/ah.2026-10-02.004>**Юрцунь Юлія Миколаївна**

студент, Львівський національний університет імені Івана Франка

ORCID: 0009-0005-2075-1463

ТРАВМА-ІНФОРМОВАНИЙ ПІДХІД ЯК СКЛАДОВА ПСИХОЛОГО-ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

Анотація. У тезах висвітлено теоретико-методологічні засади та критичну потребу впровадження травма-інформованого підходу (Trauma-Informed Care) у практику психолого-логопедичного супроводу дітей та дорослих, які зазнали травматичного впливу війни в Україні. На основі аналізу сучасних досліджень розкрито механізми впливу хронічного стресу на мовленнєву функцію. Було проаналізовано, як отримані внаслідок бойових дій психологічні та/або фізичні травми посилюють прояви вже наявних розладів мовлення, або ж стають рушієм для їх виникнення. Обґрунтовано необхідність відходу від традиційної дефіцитарної моделі на користь ресурсного підходу, що запобігає ризикам повторної травматизації під час корекційної роботи. Увагу зосереджено на методологічній адаптації ключових принципів травма-інформованого підходу (безпека, прозорість, вибір, партнерство та опора на ресурси) до специфіки логопедичних занять з клієнтом. Сформульовано теоретичну модель взаємодії фахівців-логопедів/ТММ з особами, що постраждали від війни. Доведено, що системна перебудова терапевтичного середовища під вимоги ТІС є необхідною передумовою для безпечного відновлення комунікативної функції. Подальші зусилля мають бути спрямовані на розробку практичних протоколів оцінювання реабілітаційного середовища з погляду врахування травми, а також на створення міждисциплінарних навчальних курсів для фахівців у галузі логопедії або терапії мови та мовлення.

Ключові слова: травма-інформований підхід, психолого-логопедичний супровід, воєнна травма, ретравматизація, комунікативна адаптація, мультидисциплінарна команда.

Abstract. These abstracts outline the theoretical and methodological foundations and the critical need to implement a trauma-informed care (TIC) approach in the psychological and speech-language support provided to children and adults affected by the war in Ukraine. Based on an analysis of contemporary neurobiological and clinical research, the mechanisms by which chronic stress impacts speech function are elucidated. The study analyzes how psychological and/or physical trauma resulting from hostilities exacerbates existing speech disorders or triggers their onset. It substantiates the necessity of shifting away from the traditional deficit-based model in favor of a resource-oriented approach that mitigates the risk of re-traumatization during therapeutic intervention. Particular attention is paid to the methodological adaptation of the five key principles of trauma-informed care – safety, transparency, choice, partnership, and reliance on resources – to the specific context of speech therapy sessions. A theoretical model of interaction between specialists (speech therapists/speech-language pathologists and trauma-informed practitioners) and war-affected individuals is proposed; furthermore, the study demonstrates that systematically restructuring the therapeutic environment to align with TIC standards is a prerequisite for the safe restoration of communicative function.

Keywords: trauma-informed approach, psychological and speech-language support, war-related trauma, retraumatization, communicative adaptation, multidisciplinary team.

Вступ

Повномасштабна війна в Україні спричинила масову травматизацію суспільства, де хронічний стрес, обстріли, втрата домівки, рідних та мінно – вибухові поранення стали повсякденною реальністю. У логопедичній практиці ця ситуація маніфестує стрімким зростанням кількості осіб із порушеннями мовленнєвого розвитку, втратою набутих навичок чи ускладненням вже наявних патологій. Травма війни діє як подвійний деструктивний чинник: вона або суттєво обтяжує перебіг вихідних мовленнєвих порушень, або стає тригером для

виникнення первинних розладів – від посттравматичного заїкання та мутизму у дітей до афазій, дизартрій та когнітивно – комунікативних дефіцитів у дорослих.

Традиційний підхід у логопедії тривалий час базувався на принципах дефіцитарного підходу, орієнтованого лише на «виправлення» порушеної функції за допомогою директивних вказівок та інтенсивного тренування. Проте в умовах пережитої психотравми такий формат створює високий ризик ретравматизації клієнта. Коли його нервова система перебуває у стані хронічної гіперактивації або дисоціації, будь – який примус, оцінювальний тиск чи непередбачувані фізичні маніпуляції сприймаються як загроза. Це зумовлює критичну потребу переформатування або ж модернізації професійної практики логопеда/ТММ на засадах травма-інформованого підходу, де заняття з спеціалістом розглядається не просто як набір вправ, а як безпечне середовище для відновлення комунікації.

Мета і завдання

Теоретично обґрунтувати та методологічно систематизувати принципи впровадження травма-інформованого підходу в психологічній та мовленнєвій реабілітації дітей і дорослих, які зазнали травми внаслідок війни, з особливим акцентом на структурній адаптації основних принципів цього підходу під час планування та проведення логопедичних занять. Завдання роботи:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу щодо механізмів впливу воєнної психотравми та порушень на психоемоційний стан, когнітивні процеси й мовленнєву діяльність дітей та дорослих.
2. Розкрити сутність і концептуальні засади травма-інформованого підходу (Trauma-Informed Care) у контексті мультидисциплінарної медико-психологічної та мовленнєвої реабілітації.
3. Методично адаптувати ключові принципи травма-інформованого підходу: безпека, довіра та прозорість, підтримка й співпраця, розширення можливостей і право вибору, а також урахування індивідуального та культурно-історичного контекстів – до специфіки й структури логопедичних занять.

Методи

У цьому методологічному дослідженні, що ґрунтується на огляді літератури, застосовано низку теоретичних методів, зокрема критичний аналіз і систематизацію наукових праць із питань мовленнєвої патології, нейробіологічних аспектів стресу та клінічної психології, а також концептуальні засади SAMHSA та Американської асоціації мовлення, мови й слуху (ASHA). Завдяки порівняльно – синтетичному аналізу та концептуальному моделюванню було порівняно моделі підтримки, що базуються на принципах подолання дефіцитів та врахуванні травматичного досвіду, а також розроблено алгоритм адаптації структури логопедичних занять.

Результати та обговорення

Сучасний вектор розвитку реабілітації та спеціальної освіти визначає травма-інформований підхід (Trauma-Informed Care) як фундаментальну методологічну основу роботи з особами, що постраждали внаслідок катастрофічних подій воєнного часу. В основі цієї концепції лежить глибоке розуміння того, як пережита психологічна травма змінює поведінкові реакції, механізми емоційної саморегуляції, когнітивні функції та комунікативну активність особистості. Згідно з концептуальною моделлю SAMHSA (Управління служб лікування залежностей та психічного здоров'я), ця парадигма ґрунтується на принципах забезпечення фізіологічної та психологічної безпеки, формування довіри, надання емоційної підтримки, побудови рівноправного партнерства та суворого запобігання вторинній травматизації клієнта [3, с. 9].

У контексті логопедії та терапії мови та мовлення це вимагає суттєвого розширення фокусу уваги фахівця: пріоритет зміщується з простої оцінки мовленнєвих порушень, зумовлених соматичними чи органічними ураженнями центральної нервової системи, до цілісного аналізу психоемоційного стану пацієнта. Ігнорування травматичного досвіду може значно знизити ефективність навіть найбільш науково обґрунтованих методів втручання.

Аналіз фахової літератури свідчить, що психологічна травма воєнного часу справляє руйнівний вплив на всі рівні мовленнєвої системи. Вона провокує або посилює посттравматичні темпо – ритмічні розлади, психогенне заїкання та труднощі зі структурно – семантичним програмуванням висловлювань, а також спричиняє помітне зниження комунікативної ініціативи [1, 2]. Хронічна психоемоційна напруга створює стійкі фізіологічні бар'єри, що сповільнюють нейропластичні процеси та відновлення втрачених мовленнєвих навичок. Відтак, від логопеда чи ТММ вимагається глибоке розуміння нейробіологічних і психофізіологічних наслідків травми, а не лише володіння класичними методами розвитку мовлення чи реабілітації.

Практична адаптація травма-інформованого підходу до структури логопедичного заняття охоплює кілька ключових аспектів. Насамперед йдеться про трансформацію самого терапевтичного простору: він повинен забезпечувати відчуття передбачуваності й стабільності, водночас відновлюючи втрачене пацієнтом почуття контролю над ситуацією. Важливим кроком є попереднє виявлення та мінімізація потенційних тригерів – таких як сенсорні чинники (раптові звуки, специфічне освітлення), певні лексичні конструкції чи навіть надмірно директивні стилі взаємодії, які здатні спровокувати флешбеки тощо. Часова та змістова організація заняття також потребує гнучкого коригування: темп, обсяг навантаження та послідовність завдань необхідно варіювати відповідно до поточного рівня психофізіологічного виснаження пацієнта. Крім того, вкрай важливо інтегрувати методики соматичної та соматосенсорної саморегуляції безпосередньо в структуру логопедичного заняття перед переходом до артикуляційних чи мовленнєвих вправ. Застосування технік зосередженого дихання, коротких пауз і завдань, що передбачають ритмічні рухи, допомагає знизити рівень вегетативного гіперзбудження та перевести нервову систему в стан готовності до опрацювання інформації. Вирішальну роль відіграють тон і стиль спілкування фахівця: вони мають бути позбавленими примусу й вирізнятися делікатністю, без жодного натяку на оцінювальний тиск чи спонукування силоміць. Як слушно зазначають O'Leary та співавт., систематичне врахування травматичного досвіду клієнта створює необхідні умови для підвищення його залученості до реабілітаційного процесу та значно посилює загальну ефективність відновлення комунікативної функції [4]. У міжнародній практиці логопедії в межах військової медицини наголошується, що мовленнєві розлади в пацієнтів із поєднанням черепномозкової травми та ПТСР не слід тлумачити надто спрощено. З огляду на те, що ці стани мають спільні соматичні та когнітивні симптоми, як-от головний біль, втома й порушення уваги, фахівці з мовленнєвої терапії підкреслюють важливість міждисциплінарного підходу до надання допомоги. Створення середовища, що враховує наслідки травми, дає змогу брати до уваги супутні психоемоційні чинники та уникати передчасних діагностичних помилок у процесі відновлення мовленнєвої плинності [5].

Практичне впровадження підходу, що враховує травму (trauma-informed approach), вимагає від логопедів та ТММ перегляду традиційної структури терапевтичного заняття. Замість того, щоб зосереджуватися виключно на виконанні дидактичних завдань, заняття стає безпечним терапевтичним середовищем, де кожен етап адаптується до поточного психофізіологічного стану клієнта.

1. Принцип фізичної та емоційної безпеки щодо середовища та фізичної взаємодії

Забезпечення безпеки починається з організації фізичного простору для терапії. Для осіб, які мають травматичний досвід (незалежно від того, чи це діти із заїканням або мутизмом, чи дорослі з афазією і т.д.), поява сенсорних тригерів – таких як раптові гучні звуки,

імітація вибухів або сліпуче світло – може мати критичне значення. Меблі розміщують так, щоб пацієнт міг бачити вхід. Підхід, що враховує травму (ТІС/ТІА), у логопедії та медико-психологічній реабілітації ґрунтується на розумінні того, що травматичний досвід клієнта впливає на його фізичний, психічний і когнітивний стан, а також на процес відновлення мовлення та комунікації.

1. Безпека: Фізичне та емоційне середовище, у якому проводиться терапія, має бути передбачуваним, комфортним і вільним від тригерів, здатних спричинити ретравматизацію.
2. Довіра та прозорість: Чітке пояснення загальних цілей і процедур, а також уникнення прихованих намірів чи маніпуляцій.
3. Підтримка рівних: Залучення родини, підтримка з боку людей зі схожим досвідом або групові формати роботи.
4. Співпраця та взаємодія: Вихід за межі традиційної ієрархії «лікар – пацієнт» або «ТММ – пацієнт»; має бути спільне прийняття рішень щодо всього курсу терапії.
5. Розширення можливостей, право голосу та вибір: Відновлення відчуття контролю пацієнта над власним тілом, мовленням і процесом одужання.
6. Культурні, історичні та гендерні аспекти: врахування індивідуального контексту й специфіки бойової або цивільної травми.

Висновки

Травма, пов'язана з війною, зумовлює необхідність докорінної зміни парадигми логопедичної допомоги та відмови від моделі, що фокусується на дефіцитах, оскільки вона створює ризик ретравматизації в умовах хронічного стресу.

Застосування основних принципів підходу, орієнтованого на врахування травми (ТІС), під час логопедичних занять перетворює середовище на безпечний терапевтичний простір, де прозорість, можливість вибору та акцент на сильних сторонах особистості стають ключовими чинниками зниження комунікативної тривожності. Інтеграція засобів додаткової та альтернативної комунікації (ДАК) у практику надання допомоги з урахуванням травми слугує ефективним засобом психоемоційного розвантаження.

Подальші зусилля мають бути спрямовані на розробку практичних протоколів оцінювання реабілітаційного середовища з погляду врахування травми, а також на створення міждисциплінарних навчальних курсів для фахівців у галузі логопедії або терапії мови та мовлення.

Список використаних джерел

1. Бабич Н. М. Мовленнєві дисфункції у військових з наслідками ЧМТ: огляд літератури. Перспективи та інновації науки. 2024. № 8 (42). С. 46–58. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-8(42)-46-58
2. Рібцун Ю. В. Травматизація в умовах війни. Особливості психологічної допомоги особам з афатичними порушеннями. Актуальні проблеми охорони психічного здоров'я українського народу у воєнний і повоєнний час : матеріали методолог. семінару НАПН України 16 лист. 2023 р. К. : Педагогічна думка. 2023. С. 245–248.
3. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2014. P. 342.
4. O' Leary N., Rupert A. C., Lotty M. Understanding the why: The integration of trauma-informed care into speech and language therapy practice. *Advances in Communication and Swallowing*. 2023. No. 26(2). P. 81–87. DOI: 10.3233/ACS-220017
5. Norman R. S., Jaramillo C. A., Eapen B. C., Amuan M. E., Pugh M. J. Acquired Stuttering in Veterans of the Wars in Iraq and Afghanistan: The Role of Traumatic Brain Injury, Post-Traumatic Stress Disorder, and Medications. *Military medicine*. 2018. No. 183(11-12). P. 526–534. DOI: 10.1093/milmed/usy067