

Травмоінформовані підходи до психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом

Вступ. У XXI столітті проблема дитячої психологічної травматизації набула статусу однієї з найбільш значущих у сфері психічного здоров'я та освіти, оскільки травматичний досвід у дитячому віці асоціюється не лише з гострими емоційними реакціями, а й зі стійкими порушеннями розвитку саморегуляції, навчальної діяльності та соціальної адаптації. Особливу гостроту ця проблема має в контексті тривалої гуманітарної кризи, зумовленої війною в Україні, де дитинство відбувається в умовах хронічної небезпеки, втрат, вимушеного переміщення, руйнування звичних соціальних зв'язків та інституційного середовища. За даними UNICEF, у межах гуманітарного планування на 2025 рік 1,9 млн дітей в Україні визначено як таких, що потребують допомоги; водночас протягом 2025 року UNICEF разом із партнерами охопив гуманітарною підтримкою 7 млн людей, зокрема 2,5 млн дітей, а також забезпечив доступ до послуг з ментального здоров'я та психосоціальної підтримки для 547 тис. осіб [17].

Актуальність розгляду травмоінформованих підходів додатково підсилюється масштабом і тривалістю руйнівних наслідків війни для дитячої популяції. UNICEF повідомляє, що «три роки повномасштабної війни» супроводжуються значними втратами серед дітей: понад 2 520 дітей загинули або були поранені (за верифікованими ООН даними; реальна кількість може бути більшою), а також зафіксовано пошкодження або руйнування понад 1 600 шкіл і приблизно 780 закладів охорони здоров'я (ООН-верифіковані дані) [16]. Ці факти прямо вказують на системний характер ризиків для розвитку, освіти й психічного здоров'я дітей.

Паралельно із внутрішніми викликами зберігається потужний транснаціональний вимір проблеми. За матеріалами UNHCR (Global Appeal 2026) станом на вересень 2025 року було зафіксовано близько 5,75 млн біженців з України у світі (переважно в Європі), що означає тривале перебування значної частини дітей у ситуації міграційного стресу, культурної

адаптації, фрагментації освітніх траєкторій та ризиків соціальної ізоляції [18]. У цих умовах школа та інші освітні інституції фактично перетворюються на ключові середовища вторинної профілактики психічних розладів і водночас – на потенційні простори ретравматизації, якщо взаємодія дорослих із дитиною не є травмоінформованою [15].

Наукові й прикладні дослідження переконливо демонструють, що війна і вимушене переміщення не зводяться до «подій», а формують тривалий стресовий континуум із кумулятивним ефектом: порушення сну, підвищена тривожність, труднощі концентрації, емоційна лабільність, регресивні реакції, зміни поведінки, а також спектр психосоматичних проявів. Зокрема, результати масштабного дослідницького проєкту Save the Children (2023–2024), що включав понад 1 000 опитувань дітей і батьків та опитування 460 учителів, засвідчують системний вплив війни на благополуччя дітей та освітній процес, акцентуючи увагу на взаємопов'язаності психічного стану й здатності дитини навчатися. У публічних комунікаціях організації також наголошується на вираженому емоційному навантаженні: у вересні 2024 року Save the Children повідомляла, що «трое з чотирьох» дітей в Україні живуть у постійному страху, що є важливим індикатором хронічної загрози та емоційної небезпеки як базового контексту розвитку. Окремої уваги потребує той факт, що травматичний досвід у дитячому віці має довготривалі, часто відстрочені наслідки, які виходять за межі безпосередніх емоційних реакцій. Дані лонгітюдних досліджень свідчать, що нерозпізнана або неадекватно підтримана дитяча травматизація підвищує ризик формування афективних і тривожних розладів, психосоматичних порушень, труднощів професійної самореалізації та соціальної інтеграції в дорослому віці. У цьому контексті травмоінформовані підходи набувають значення не лише як інструмент допомоги, а як стратегія первинної та вторинної профілактики довготривалих негативних життєвих наслідків.

Водночас накопичені дані свідчать: навіть за наявності ресурсів психологічної допомоги, ефективність підтримки знижується, якщо

інституційне середовище (передусім освітнє) функціонує за логікою «реагування на інцидент», а не за логікою системної профілактики та відновлення. Саме тому у фокусі сучасної науки й практики перебуває травмоінформований підхід (trauma-informed approach) – не як окрема техніка, а як методологія організації взаємодії, сервісів та політик, що мінімізує ризики ретравматизації та підсилює фактори резиліентності [21]. Його принциповість зумовлена тим, що дитина з травматичним досвідом часто демонструє поведінку, яка помилково інтерпретується як «дисциплінарна проблема» або «навмисна неслухняність», тоді як у багатьох випадках вона є проявом порушеної саморегуляції та адаптаційних стратегій виживання. У такій рамці педагогічні й психологічні втручання мають бути спрямовані не на «нормалізацію поведінки будь-якою ціною», а на відновлення відчуття безпеки, передбачуваності, контролю та підтримувальних стосунків. Важливо підкреслити, що травмоінформований підхід ґрунтується на широкій доказовій базі, сформованій на перетині нейронаук, психології розвитку та громадського психічного здоров'я. Сучасні дослідження демонструють, що хронічний стрес і травматичний досвід у дитинстві впливають на розвиток нейронних мереж, відповідальних за емоційну регуляцію, увагу та виконавчі функції, що безпосередньо відбивається на навчальній діяльності. Саме тому міжнародні організації дедалі частіше розглядають травмоінформованість як стандарт якості психологічних і освітніх сервісів [14].

Актуальність наукового аналізу травмоінформованих підходів зумовлена також наявністю низки системних прогалин у практиці підтримки дітей з травматичним досвідом. З одного боку, психологічні інтервенції часто реалізуються ізольовано від освітнього процесу, без урахування того, що саме школа або інший заклад освіти є основним простором щоденної взаємодії дитини з дорослими та однолітками. З іншого боку, педагогічні практики нерідко залишаються зорієнтованими на нормативні вимоги та контроль поведінки, не враховуючи нейропсихологічні та емоційні наслідки травми. Додатковим викликом є зростання ризиків вторинної травматизації та

професійного вигорання у фахівців допомагаючих професій, що актуалізує необхідність травмоінформованості не лише щодо дітей, а й щодо персоналу освітніх і психологічних служб. У цій логіці освітня система постає не лише як контекст, у якому проявляються наслідки травми, а як активний суб'єкт впливу на процес відновлення або, навпаки, поглиблення травматичного досвіду. Щоденні педагогічні взаємодії, організація навчального процесу, дисциплінарні практики та комунікація з дитиною і сім'єю мають кумулятивний ефект, який може або підсилювати відчуття безпеки й стабільності, або сприяти повторному переживанню безсилля та загрози.

У цьому зв'язку наукове осмислення травмоінформованих підходів до психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом набуває особливої значущості. Воно дозволяє інтегрувати дані сучасних досліджень про механізми травматизації, розвиток саморегуляції та резилієнтності з практиками організації безпечного освітнього середовища і системної психосоціальної підтримки. Такий підхід створює підґрунтя для переходу від фрагментарних, реактивних форм допомоги до цілісних моделей підтримки, спрямованих на відновлення базового відчуття безпеки, стабілізацію психоемоційного стану дитини та забезпечення умов для її повноцінного навчального й особистісного розвитку. У цьому зв'язку травмоінформованість доцільно розглядати не лише як індивідуальну компетентність психолога чи педагога, а як інституційну характеристику системи підтримки, що охоплює організаційні правила, професійні ролі, управлінські рішення та культуру взаємодії в закладі освіти [21]. Такий підхід дозволяє перейти від фрагментарних втручань до сталих моделей підтримки, здатних витримувати умови тривалої соціальної нестабільності.

Травматичний досвід дитини як детермінанта психічного розвитку та освітньої дезадаптації

Травматичний досвід дитини у сучасній психології розвитку та освіти осмислюється як багатовимірний чинник, що втручається у базові механізми психічного розвитку та опосередковано визначає специфіку освітньої

адаптації. У наукових працях підкреслюється, що травма не зводиться до ізольованої події, а функціонує як розвитково значущий контекст, у межах якого формуються особливості емоційної регуляції, когнітивного функціонування, соціальної взаємодії та поведінкових стратегій дитини. Саме тому у межах напряму патопсихологія розвитку, представниками якого є Dante Cicchetti та Sheree L. Toth, травматичний досвід (зокрема жорстоке поводження, нехтування, хронічна загроза) розглядається як фактор, що змінює траєкторію розвитку через порушення інтеграції афективних, когнітивних і регуляторних процесів, які в нормі забезпечують адаптацію до вимог соціального та освітнього середовища [2]. У дослідженнях цих авторів показано, що наслідки травми є гетерогенними, однак центральним механізмом ризику виступає дефіцит саморегуляції, який з віком проявляється у зниженій навчальній витривалості, труднощах довільної уваги, проблемах соціальної компетентності та поведінковій нестабільності.

Емпіричні роботи Ann M. Shields і Dante Cicchetti, виконані на вибірках дітей молодшого та середнього шкільного віку, продемонстрували, що досвід maltreatment пов'язаний насамперед із порушеннями емоційної регуляції, які, у свою чергу, статистично асоційовані зі зниженням соціальної компетентності [1; 2; 3]. Соціальна компетентність у цих дослідженнях розглядається не абстрактно, а як здатність дитини взаємодіяти з однолітками й дорослими, дотримуватися правил, приймати зворотний зв'язок і брати участь у спільній діяльності, тобто як ключовий компонент шкільної адаптації. Таким чином, уже на ранніх етапах навчання травматичний досвід проявляється не лише емоційними симптомами, а й функціональними труднощами, які безпосередньо впливають на успішність і включеність у навчальний процес.

Вагомий внесок у розуміння довготривалих наслідків дитячої травматизації зробили Vincent J. Felitti та Robert F. Anda, які запропонували концепцію Adverse Childhood Experiences [1]. У їхніх роботах, заснованих на масштабних епідеміологічних вибірках, продемонстровано дозозалежний зв'язок між кількістю несприятливих дитячих досвідів і ризиком широкого

спектра негативних психологічних та функціональних наслідків. Хоча первинно ці дослідження були спрямовані на аналіз дорослого здоров'я, подальші роботи в межах ACE-підходу показали, що накопичення травматичних і стресових досвідів у дитинстві асоціюється з порушеннями емоційної стабільності, поведінковими проблемами та труднощами навчання вже у шкільному віці. Метааналітичні узагальнення Sheri Madigan та співавторів підтвердили високу поширеність ACE у популяції та підкреслили, що значна частина дітей розвивається в умовах кумулятивного ризику, що неминуче відбивається на освітніх результатах.

На нейробиологічному та нейропсихологічному рівнях вплив травматичного досвіду на психічний розвиток пояснюється через моделі токсичного стресу, розроблені Jack P. Shonkoff і Andrew S. Garner [4; 5]. У цих роботах доведено, що тривала або повторювана активація стресових систем за відсутності стабільної підтримки з боку значущих дорослих порушує розвиток нейронних мереж, відповідальних за виконавчі функції, емоційну регуляцію та навчання. У прикладному вимірі це означає, що дитина з травматичним досвідом може демонструвати труднощі планування, імпульсивність або, навпаки, інгібованість, знижену здатність утримувати навчальне завдання та швидко виснажуватися під час когнітивного навантаження. Дослідження С. Е. Hostinar, Margaret A. Sheridan та інших авторів деталізують ці механізми, показуючи, що різні типи несприятливого досвіду (threat і deprivation) по-різному пов'язані з дефіцитами виконавчих функцій, однак обидва типи створюють суттєві перешкоди для ефективного навчання [6].

Українська наукова традиція, особливо в умовах повномасштабної війни, значно розширила розуміння дитячої травматизації як чинника освітньої дезадаптації. У психологічних дослідженнях В. Зливкова, С. Лукомської, Н. Євдокимової, С. Ліпінської війна осмислюється як тривалий травматогенний контекст розвитку дитини, у межах якого поєднуються гострі психотравмуючі події та хронічний стрес, що комплексно впливають на психічний розвиток, емоційну регуляцію та адаптаційні можливості дитини. Автори показують, що

для дітей характерні не лише симптоми посттравматичного стресу чи тривожні реакції, а й порушення повсякденної активності, зниження навчальної мотивації, труднощі концентрації та соціальної взаємодії, що у сукупності формують стан освітньої дезадаптації [23]. У працях українських дослідників наголошується, що школа в умовах війни може одночасно виступати джерелом вторинної травматизації (через небезпеку, перевантаження, нестабільність навчального процесу) і простором відновлення за умови наявності підтримувального, психологічно безпечного середовища.

Прикладні дослідження, виконані в установах НАПН України, зокрема роботи О. Гнатюк, присвячені особливостям навчання та адаптації здобувачів освіти в умовах воєнного стану, демонструють, що освітні труднощі дітей мають чітко виражений психологічний зміст. Авторка описує зниження навчальної працездатності, коливання мотивації, підвищену тривожність, емоційне виснаження та порушення дисципліни як типові прояви дезадаптації, що виникають унаслідок тривалого стресу. Н. Пророк у своїх дослідженнях зосереджується на проблемі адаптаційних розладів у дітей та підлітків в умовах війни, підкреслюючи необхідність диференціації між ситуативними стресовими реакціями та стійкими дезадаптаційними станами, які проявляються у навчальній поведінці, успішності та соціальних контактах. Такий підхід дозволяє інтерпретувати освітню дезадаптацію не як педагогічну неспроможність дитини, а як психологічно зумовлений наслідок травматичного досвіду [23].

Узагальнення українських і зарубіжних досліджень дозволяє описати освітню дезадаптацію як інтегральний феномен, що формується на перетині травматичного впливу, індивідуальних ресурсів саморегуляції, сімейного контексту та характеристик освітнього середовища. На рівні психічного розвитку травматичний досвід асоціюється з порушенням емоційної рівноваги та регуляції, що знижує доступний когнітивний ресурс і ускладнює навчальну діяльність. На поведінковому рівні це проявляється у вигляді імпульсивності, уникання, конфліктності або пасивності, що безпосередньо впливає на

взаємодію з педагогами та однолітками. На соціальному рівні спостерігається зниження довіри, відчуття безпеки та належності до шкільної спільноти, що є критично важливим для стійкої адаптації до освітнього процесу. У такій логіці травматичний досвід дитини постає як ключовий фактор, що визначає специфіку психічного розвитку і через систему опосередкованих механізмів формує ризик освітньої дезадаптації, особливо в умовах тривалої соціальної кризи та війни.

У сучасній психології розвитку травматичний досвід дедалі частіше концептуалізується не як ізольована подія, а як тривалий процес, що змінює самі умови психічного розвитку дитини. Такий підхід ґрунтується на міждисциплінарних даних психології розвитку, нейронаук, психіатрії та педіатрії й відображений, зокрема, в екобіорозвитковій (ecobiodevelopmental) моделі, запропонованій J. Shonkoff та співавторами в межах досліджень Американської академії педіатрії. Згідно з цією моделлю, ранні несприятливі досвіди, якщо вони є інтенсивними, хронічними та не супроводжуються достатньою підтримкою з боку значущих дорослих, запускають механізми так званого токсичного стресу, який «вбудовується» у розвиток через стійку дисрегуляцію біологічних і психологічних систем саморегуляції [4; 5].

Ключовим є те, що травматичний досвід порушує базові передумови нормального розвитку дитини – відчуття безпеки, стабільності, передбачуваності та емоційної підтримки. Саме ці умови в класичних теоріях розвитку (зокрема в працях J. Bowlby, E. Erikson) розглядаються як фундамент для формування базової довіри до світу, автономії, ініціативи, здатності до навчання та соціальної взаємодії. Коли ж дитина тривалий час перебуває в ситуації загрози або нестабільності, ці передумови не формуються або набувають спотвореного характеру. У результаті психічний розвиток починає організовуватися не навколо завдань зростання і пізнання, а навколо завдань виживання [23].

Особливо деструктивним є хронічний або комплексний травматичний досвід, що включає множинні або повторювані стресори, такі як війна,

наси́льство, вимушене переміщення, тривала загроза життю, систематичне емоційне нехтування. У таких умовах, як показують дослідження Shonkoff, Garner та ін., відбувається хронічна активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що призводить до підвищеної реактивності систем страху та тривоги й водночас зниження ефективності нейронних мереж, відповідальних за довільну регуляцію, увагу та планування [5]. Психіка дитини поступово «налаштовується» на постійне очікування небезпеки, і цей режим функціонування зберігається навіть тоді, коли зовнішні умови стають відносно безпечними, зокрема в освітньому середовищі.

Цей феномен пояснює, чому перебування дитини в безпечнішій школі чи дитячому садку саме по собі не гарантує відновлення навчальної здатності. Навчання як діяльність потребує відкритості до нового, здатності витримувати невизначеність, помилки та оцінювання, тоді як травматичний досвід формує протилежну логіку функціонування – швидке виявлення загрози та захисну реакцію. Саме тому освітні вимоги, які для нетравмованої дитини є нормативними, для дитини з травматичним досвідом можуть виступати як тригери, що активують реакції «боротьби», «втечі» або «завмирання».

Докази кумулятивного характеру впливу травматичних чинників отримані в межах досліджень *adverse childhood experiences (ACE)*, започаткованих V. Felitti та R. Anda [1]. Результати цих досліджень демонструють чіткі дозо-градієнтні зв'язки: зі зростанням кількості несприятливих дитячих досвідів підвищується ризик порушень психічного розвитку, проблем регуляції поведінки та труднощів соціальної й освітньої адаптації. Хоча ACE-парадигма не зосереджена безпосередньо на освітніх результатах, вона переконливо доводить, що травматизація має не епізодичний, а системний і накопичувальний ефект.

Подальший розвиток цього підходу пов'язаний із дименсійною моделлю ранньої несприятливості, запропонованою K. McLaughlin і M. Sheridan, у межах якої розрізняють принаймні два ключові виміри травматичного досвіду – загрозу (*threat*) та депривацію (*deprivation*). Загроза, пов'язана з насильством,

війною чи безпосередньою небезпекою, насамперед впливає на емоційну реактивність і системи страху, тоді як депривація, що включає брак емоційної, когнітивної та соціальної стимуляції, більшою мірою порушує розвиток мовлення, виконавчих функцій і навчальних навичок [6]. Такий підхід дозволяє науково обґрунтувати гетерогенність освітніх траєкторій дітей із травматичним досвідом і пояснити, чому зовні подібні навчальні труднощі можуть мати різні механізми формування. Травматичний досвід у дитячому віці доцільно розглядати як розвитковий фактор, що змінює екологічні та біологічні умови психічного розвитку, а не як окрему подію минулого. Він формує стійкі патерни адаптації до загрози, які вступають у структурний конфлікт із когнітивними, емоційними та соціальними вимогами освітнього середовища. Усвідомлення цього положення має принципове значення як для наукового аналізу освітньої дезадаптації, так і для розробки практик психологічної та педагогічної підтримки дітей, чий розвиток відбувався в умовах хронічного стресу та нестабільності.

Доказові нейронаукові та нейропсихологічні дослідження переконливо свідчать, що травматичний стрес у дитячому віці має прямий і тривалий вплив на дозрівання мозкових структур, які забезпечують навчання, саморегуляцію та адаптивну поведінку. У межах сучасних нейророзвиткових моделей (В. Perry, J. Shonkoff, M. Teicher) підкреслюється, що мозок дитини є надзвичайно чутливим до якості середовищних впливів, а хронічний або інтенсивний стрес у критичні періоди розвитку змінює не лише функціонування, а й траєкторію дозрівання нейронних систем [8]. Ключовим механізмом таких змін є тривала активація системи стресу, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що супроводжується підвищеним рівнем кортизолу. Як показують роботи J. Shonkoff і співавторів у межах екобіорозвиткової моделі, за умов відсутності достатньої співрегуляції з боку дорослих ця активація набуває токсичного характеру та чинить прямий вплив на розвиток мозкових структур [4]. Насамперед це проявляється у гіперактивації лімбічної системи, зокрема мигдалеподібного тіла, яке відіграє центральну роль у формуванні реакцій

страху, тривоги та швидкого емоційного реагування. У дітей із травматичним досвідом мигдалина часто демонструє підвищену чутливість до потенційних загроз, що зумовлює стан хронічної настороженості навіть у нейтральних або безпечних ситуаціях.

Паралельно з цим спостерігається функціональне «пригнічення» або уповільнення дозрівання префронтальної кори – мозкової структури, відповідальної за довільну увагу, планування, когнітивний контроль, гальмування імпульсів і рефлексивне мислення. Дослідження М. Teicher, D. Cicchetti та В. Perry показують, що за умов хронічного стресу ресурси мозку перерозподіляються на користь систем швидкого реагування, тоді як системи, пов'язані з виконавчими функціями, залишаються менш інтегрованими та менш ефективними [2]. У результаті формується нейропсихологічний профіль, за якого емоційна реактивність домінує над когнітивним контролем.

Особливо значущим наслідком травматизації є порушення інтеграції між емоційними та когнітивними процесами. Як зазначає В. Perry у своїй нейросеквенційній моделі, розвиток вищих психічних функцій можливий лише за умови відносної стабільності нижчих регуляторних рівнів. Коли ж лімбічна система перебуває в стані постійної активації, когнітивні процеси – увага, пам'ять, мислення – не можуть функціонувати повноцінно [8]. Це призводить до фрагментарності пізнавальної діяльності, труднощів з утриманням інструкцій, швидкої виснаженості та зниження здатності до цілеспрямованого навчання. Для освітньої практики ці нейробиологічні й нейропсихологічні наслідки мають принципове значення. Дитина з травматичним досвідом може демонструвати збережений або навіть високий інтелектуальний потенціал у структурованих, емоційно безпечних умовах, але водночас виявляти суттєві труднощі в реальному навчальному процесі. Найчастіше це проявляється у неспроможності тривалий час утримувати увагу, виконувати послідовні інструкції, працювати в умовах оцінювання, змагальності або групової взаємодії. Такі труднощі нерідко мають ситуаційний характер і різко посилюються за наявності шуму, невизначеності, часових

обмежень або емоційного тиску. Принципово важливо, що зазначені порушення не є наслідком низької мотивації, «лінощів» чи педагогічної занедбаності. Вони мають чітке нейропсихологічне підґрунтя і відображають стан дисрегульованої нервової системи, яка функціонує в режимі адаптації до загрози [1]. Саме тому подолання таких труднощів є неможливим виключно педагогічними засобами без урахування травматичного контексту та без створення умов для відновлення емоційної й нейрофізіологічної регуляції [8]. Нейробіологічні та нейропсихологічні наслідки травматизації становлять один із ключових механізмів освітньої дезадаптації. Вони пояснюють розрив між потенційними можливостями дитини та її реальними навчальними досягненнями й підкреслюють необхідність інтеграції нейропсихологічно обґрунтованих, травмоорієнтованих підходів у систему психологічного й педагогічного супроводу дітей із травматичним досвідом. Виявлені нейробіологічні та нейропсихологічні зміни, зумовлені травматичним досвідом, не залишаються лише на рівні мозкових структур і функцій, а безпосередньо проявляються у порушенні регуляторних механізмів психічної діяльності [7]. Саме через дефіцит інтеграції між емоційними та когнітивними процесами нейробіологічні наслідки травматизації трансформуються у стійкі труднощі саморегуляції, які стають центральною ланкою освітньої дезадаптації дитини [6].

Саморегуляція – здатність керувати власними емоційними станами, поведінковими реакціями та пізнавальною діяльністю – є однією з базових передумов успішного навчання і соціального функціонування дитини [3]. У теоріях розвитку саморегуляція розглядається як поступово сформована функція, що виникає на основі співрегуляції з дорослим і з часом інтеріоризується, переходячи у внутрішній план. Водночас сучасні дослідження одноставно свідчать, що саме ця функція є найбільш уразливою до впливу травматичного досвіду в дитячому віці [10].

З позицій нейропсихології та афективної нейронауки порушення саморегуляції у дітей із травматичним досвідом безпосередньо пов'язані з

дисрегуляцією системи стресу та порушенням балансу між лімбічними й префронтальними структурами мозку. Як зазначають В. Perry, D. Siegel, A. Schore, у ситуації хронічного або повторюваного стресу нервова система дитини формується в умовах постійної готовності до загрози [4; 8; 10]. У результаті механізми емоційного реагування значно випереджають механізми когнітивного контролю, що унеможлиблює гнучке управління поведінкою та навчальною діяльністю. Емпіричні дослідження показують, що у дітей із травматичним досвідом часто спостерігається низька толерантність до фрустрації, тобто нездатність витримувати навіть помірні труднощі, затримки або обмеження без різкої емоційної реакції. Це пов'язано з тим, що будь-яка перешкода або вимога може неусвідомлено сприйматися як загроза, яка активує автоматичні захисні реакції. У таких умовах дитина не має доступу до довільних форм регуляції й діє імпульсивно або реактивно [2].

Ще одним типовим проявом є труднощі переходу від емоційної реакції до осмисленої дії. У нормі навчальна діяльність передбачає здатність зупинитися, обміркувати завдання, спланувати послідовність дій і лише після цього діяти. У дітей із травмою цей ланцюг часто порушений: емоційна реакція виникає швидше, ніж можливість її усвідомлення й контролю. Як підкреслює D. Siegel у концепції інтеграції мозку, за умов емоційного перевантаження «верхні» регуляторні рівні тимчасово відключаються, що робить когнітивну діяльність недоступною [10].

Характерною особливістю травматичної дисрегуляції є також різкі коливання рівня активації – від станів гіперзбудження до емоційного «відключення» або заціпеніння. У першому випадку дитина може демонструвати надмірну рухливість, дратівливість, імпульсивність, агресивні або протестні реакції; у другому – млявість, апатію, втрату ініціативи, труднощі включення в діяльність. Як показують дослідження Р. Ogden та J. van der Kolk, обидва ці полюси є проявами однієї й тієї ж порушеної регуляції нервової системи й часто чергуються в межах одного навчального дня [9].

Суттєвим чинником освітньої дезадаптації є також обмежений репертуар стратегій самозаспокоєння. Діти з травматичним досвідом нерідко не мають сформованих внутрішніх механізмів зниження напруження й залежать від зовнішніх або примітивних способів регуляції – уникання, агресії, соматичних скарг, повної відмови від діяльності. Це пояснюється тим, що в умовах травматизації процеси співрегуляції з дорослим були нестабільними або недостатніми, а отже, не відбулося повноцінної інтеріоризації регуляторних функцій.

У шкільному середовищі зазначені порушення саморегуляції мають безпосередні та часто драматичні наслідки. Навіть незначні труднощі, зауваження вчителя, необхідність чекати, працювати в темпі класу або відповідати публічно можуть викликати непропорційно сильні реакції – агресію, плач, уникання, «зриви» поведінки або повну відмову від виконання завдання. З позиції травмоорієнтованого підходу такі реакції не слід інтерпретувати як навмисне порушення дисципліни чи дефіцит мотивації. Вони є прямим проявом дисрегульованої нервової системи, яка в конкретний момент не має доступу до довільних форм контролю. Порушення саморегуляції виступає центральним механізмом, що поєднує травматичний досвід дитини з проявами освітньої дезадаптації. Воно пояснює, чому навчальні труднощі та поведінкові проблеми часто виникають раптово, мають ситуаційний характер і не корелюють із реальними інтелектуальними можливостями дитини. Усвідомлення цього механізму є принципово важливим для науковців і практиків, оскільки дозволяє перейти від карально-корекційної логіки до розвиткувальної та підтримувальної моделі освітнього супроводу дітей із травматичним досвідом.

Порушення саморегуляції, сформовані під впливом травматичного досвіду, закономірно виходять за межі внутрішнього психічного функціонування дитини та поступово проявляються у сфері навчальної діяльності й освітньої взаємодії. У цьому сенсі освітня дезадаптація постає не як окремий симптом або наслідок одиничної події, а як розвитковий процес,

що формується у взаємодії нейробіологічних, психологічних і соціальних чинників. Сучасні підходи в психології розвитку та нейронауці дозволяють розглядати її як результат тривалого дисбалансу між вимогами освітнього середовища та реальними регуляторними можливостями дитини, які були порушені внаслідок травматизації.

На початкових етапах цей процес має латентний характер і може проявлятися у вигляді швидкої втомлюваності, нестійкості уваги, зниження темпу роботи, труднощів входження в навчальну діяльність або потреби в надмірній зовнішній підтримці. Такі прояви часто не сприймаються як ознаки дезадаптації, оскільки не супроводжуються різкими поведінковими порушеннями й можуть інтерпретуватися як тимчасові або ситуаційні. Проте в умовах хронічного стресового фону та відсутності чутливого психолого-педагогічного супроводу ці труднощі мають тенденцію до закріплення. Навчальні ситуації, що систематично перевищують можливості саморегуляції дитини, стають джерелом постійного напруження, а повторювані невдачі – чинником поступового зниження навчальної активності.

У цьому контексті особливого значення набуває формування негативної навчальної ідентичності, яка, згідно з розвитковими та мотиваційними моделями (E. Erikson, M. Seligman), виникає внаслідок накопиченого досвіду безсилля й неуспіху. Дитина починає інтегрувати уявлення про себе як про «нездатну», «проблемну» або таку, що не відповідає очікуванням, і ці уявлення поступово стають регуляторами її поведінки. Навчальна мотивація знижується не через відсутність інтересу до пізнання, а через очікування повторної невдачі та емоційного перевантаження. Зростає шкільна тривожність, знижується самооцінка, посилюється уникання навчальних ситуацій, що в сукупності закріплює дезадаптивну освітню траєкторію.

Освітня дезадаптація дітей із травматичним досвідом має також виразний соціально-психологічний вимір, оскільки школа функціонує не лише як інституція навчання, а й як складна система міжособистісних взаємин. Травматичний досвід, за даними теорій прив'язаності та розвитку

міжособистісної регуляції (J. Bowlby, A. Schore), порушує базову довіру до світу та інших людей, що ускладнює включення дитини в соціальну тканину освітнього середовища. У практиці це може проявлятися як підвищена настороженість, підозрілість, агресивні або захисні форми поведінки, так і як соціальна ізоляція, уникання контактів, відмова від групової роботи. Частина дітей формує надмірну залежність від одного значущого дорослого, що виконує функцію джерела безпеки, але водночас обмежує розвиток автономії та соціальної компетентності.

Освітнє середовище, не чутливе до наслідків травматизації, часто реагує на такі прояви формально-дисциплінарними або уніфікованими корекційними заходами. Однак у межах сучасних травмоорієнтованих концепцій (B. van der Kolk, D. Siegel) підкреслюється, що подібні реакції можуть мати зворотний ефект, оскільки підсилюють для дитини відчуття загрози, несправедливості та втрати контролю [9; 10]. У таких умовах школа перестає виконувати компенсаторну функцію й починає відтворювати травматичний досвід у новій, інституційній формі.

Особливої ваги в цьому процесі набуває кумулятивний ефект травматизації. Первинний травматичний досвід рідко є ізольованим і часто поєднується з іншими несприятливими чинниками –переміщенням, втратою соціальних зв'язків, стресом у сімейній системі, а в освітньому просторі –з повторюваними невдачами, стигматизацією та негативним зворотним зв'язком. У межах парадигми *adverse childhood experiences* (V. Felitti, R. Anda) цей ефект описується як накопичення ризиків, що поступово підвищують імовірність стійких порушень адаптації. В освітньому контексті це означає, що кожен новий негативний досвід навчання не лише не нейтралізує попередній, а посилює його вплив, формуючи замкнене коло дезадаптації [1].

Освітня дезадаптація постає як системний, розвитковий феномен, що формується на перетині нейробіологічних наслідків травматизації, порушень саморегуляції, соціально-психологічних труднощів і кумулятивних негативних освітніх переживань. Усвідомлення освітньої дезадаптації як системного,

розвиткового феномена, що формується на перетині нейробіологічних наслідків травматизації, порушень саморегуляції та соціально-психологічних чинників, зумовлює необхідність переходу від фрагментарних корекційних втручань до цілісної методології підтримки. Саме в цьому контексті актуалізується травмоінформований підхід як міждисциплінарна рамка психологічної та освітньої допомоги, здатна інтегрувати знання нейронаук, психології розвитку, педагогіки та соціальної роботи у практику системної підтримки дітей із травматичним досвідом.

Травмоінформований підхід як міждисциплінарна методологія психологічної та освітньої підтримки

Формування травмоінформованого підходу в психологічній та освітній науці стало відповіддю на накопичені докази того, що наслідки травматичного досвіду не можуть бути адекватно пояснені в межах індивідуально-патологізуючих моделей. Сучасні міждисциплінарні дослідження переконливо демонструють, що травма є не лише внутрішнім психічним переживанням, а процесом, який розгортається у взаємодії біологічних механізмів стресу, психологічних способів адаптації та соціально-інституційних умов життя дитини. У цьому контексті методологічною основою травмоінформованого підходу виступає соціально-екологічна та розвиткова перспектива, відповідно до якої травма не локалізується виключно в індивідуальній психіці, а виникає, підтримується або, навпаки, пом'якшується в системі взаємопов'язаних середовищ – сімейного, освітнього, соціального й культурного

Такий підхід принципово змінює уявлення про механізми психологічної та освітньої підтримки. Якщо травматичний досвід формується й відтворюється у взаємодії з середовищем, то ефективна допомога не може обмежуватися індивідуальними психологічними втручаннями, навіть високоспеціалізованими. Вона потребує узгоджених змін у педагогічних практиках, організаційних політиках і професійній культурі закладу освіти. У цій парадигмі школа або інший освітній інститут розглядається не як нейтральний фон розвитку, а як активний чинник, здатний або підтримувати

процеси відновлення, або, за відсутності чутливості до травми, сприяти їх блокуванню.

Ключовим концептуальним положенням травмоінформованого підходу є відмова від дефіцитарної інтерпретації поведінкових, емоційних і навчальних труднощів дитини. У межах соціально-екологічної моделі ці труднощі розглядаються не як «порушення дисципліни», «нестача мотивації» чи «індивідуальні проблеми», а як адаптивні реакції нервової системи на досвід загрози, втрати або хронічного стресу. Така інтерпретація має принципове значення для освітньої практики, оскільки дозволяє зрозуміти, чому стандартні педагогічні вимоги, засновані на контролі та санкціях, часто виявляються неефективними або навіть шкідливими для дітей із травматичним досвідом.

У цьому контексті центральним стає зсув професійної оптики від питання «що не так із дитиною?» до питання «що з нею сталося і які умови необхідні для відновлення її розвитку» [9]. Цей зсув має не лише етичний, а й глибоко практичний характер. Він дозволяє по-іншому організувати освітній процес, зменшити рівень конфронтаційних взаємодій, запобігти повторній травматизації та створити умови, за яких навчання стає можливим навіть за наявності виражених порушень саморегуляції. У травмоінформованій логіці школа перестає бути виключно інституцією контролю та оцінювання і набуває рис підтримувального середовища, відповідального за психологічну безпеку, передбачуваність і стабільність взаємодій для всіх учасників освітнього процесу.

Цілісна реалізація травмоінформованої методології в освіті ґрунтується на системі базових принципів, які визначають не окремі методики, а загальний характер щоденної педагогічної та психологічної практики. Центральним серед них є принцип безпеки, який у травмоінформованому підході виходить далеко за межі фізичної захищеності [11]. Безпека розглядається як комплексна умова, що включає емоційну стабільність, психологічну захищеність, передбачуваність правил, зрозумілість очікувань і відсутність принизливих

або неконтрольованих ситуацій [12]. Для дитини з травматичним досвідом саме відчуття безпеки є базовою передумовою включення в навчальну діяльність, оскільки за умов постійної внутрішньої загрози когнітивні ресурси спрямовуються не на навчання, а на виживання. У цьому сенсі безпечне освітнє середовище виконує не лише захисну, а й безпосередньо розвиткову функцію.

Нерозривно пов'язаним із безпекою є принцип довіри та прозорості. У травмоінформованій освітній практиці довіра формується через послідовність, чіткість і справедливість правил, а також через передбачуваність реакцій дорослих. Для дітей із травматичним досвідом особливо небезпечними є непослідовність, раптові санкції або неочікувані зміни, які можуть актуалізувати травматичні спогади та запускати захисні реакції. Тому довіра в цьому контексті не є абстрактною моральною категорією, а конкретним організаційним і педагогічним завданням, що реалізується через стабільні практики взаємодії.

Важливим принципом травмоінформованої освіти є надання вибору та підтримка автономії. Травматичний досвід часто супроводжується глибоким переживанням втрати контролю над подіями та власним тілом. Унаслідок цього навіть мінімальні можливості вибору мають потужний регуляторний і відновлювальний ефект. У шкільному контексті це проявляється через гнучкість завдань, варіативність способів їх виконання, можливість адаптації темпу роботи або форм участі. Такий підхід не знижує освітніх стандартів, а створює умови, за яких дитина поступово відновлює здатність до саморегуляції та відповідальності за власне навчання.

Принцип співпраці передбачає відмову від жорстко ієрархічної, авторитарної моделі взаємодії на користь партнерських відносин між педагогами, психологами, учнями та їхніми сім'ями. У травмоінформованій школі дорослі виступають не як контролюючі інстанції, а як союзники дитини у процесі навчання й розвитку. Співпраця також охоплює міжпрофесійну

взаємодію та координацію з іншими системами підтримки, що дозволяє уникати фрагментарності допомоги та забезпечувати її безперервність.

Завершальним і концептуально інтегруючим принципом є підтримка гідності, сильних сторін і резиліентності. Травмоінформований підхід свідомо відмовляється від фокусування виключно на проблемах і дефіцитах, натомість підкреслює ресурси, здатність до відновлення та індивідуальні досягнення дитини. У шкільній практиці це означає формування ситуацій успіху, визнання зусиль, а не лише результатів, і поступове відновлення позитивної навчальної ідентичності, що протистоїть досвіду неспішності та стигматизації.

Травмоінформований підхід у поєднанні з принципами безпеки, довіри, вибору, співпраці та підтримки гідності постає як цілісна міждисциплінарна методологія, здатна трансформувати освітнє середовище з простору контролю та оцінювання на простір відновлення, розвитку й резиліентності. Для сучасної освіти, особливо в умовах тривалих соціальних криз і воєнних травм, така методологія є не факультативним доповненням, а необхідною умовою забезпечення права дитини на повноцінний розвиток і навчання.

Важливою умовою перетворення травмоінформованого підходу з концептуальної рамки на реальний інструмент освітньої практики є його операціоналізація на рівні організаційних процесів. Доказова література наголошує, що травмоінформованість не може зводитися до індивідуальної чутливості окремих педагогів або психологів, а має функціонувати як узгоджена модель дій усього закладу освіти. У цьому контексті травмоінформований підхід описується як послідовність взаємопов'язаних процесів: усвідомлення поширеності травматичного досвіду та його розвитку наслідків; розпізнавання типових проявів травматичного стресу в емоційній, поведінковій і навчальній сфері; реагування через системні педагогічні, психологічні та управлінські рішення; а також активна профілактика повторної травматизації у щоденних освітніх практиках. Така операційна логіка дозволяє перевести травмоінформованість із рівня намірів на рівень стабільно відтворюваних процедур і стандартів, зменшуючи ризик

фрагментарності, непослідовності та ситуативних реакцій, які самі по собі можуть виступати потужними стресорами для дітей із травматичним досвідом.

Операційний вимір травмоінформованого підходу тісно пов'язаний із функціональним аналізом поведінки та навчальних труднощів. У доказових підходах підкреслюється, що багато проявів, які в освітньому середовищі традиційно інтерпретуються як порушення дисципліни, опір або «низька мотивація», є формами адаптації нервової системи до хронічного стресу. Відтак травмоінформована школа має бути здатною не лише ідентифікувати такі прояви, а й аналізувати їх функцію: які умови запускають реакцію, яку захисну роль вона виконує, які освітні вимоги або соціальні ситуації перевищують поточні регуляторні можливості дитини. Саме цей аналітичний рівень дозволяє будувати диференційовані рішення щодо організації навчального процесу, форм оцінювання, темпу й структури діяльності, не знижуючи академічних стандартів, але адаптуючи шлях їх досягнення.

Окремим, методологічно значущим компонентом травмоінформованого підходу є переосмислення практик оцінювання та скринінгу. Доказова база переконливо свідчить, що будь-яке оцінювання в контексті травми є не нейтральним актом, а соціально та емоційно навантаженим процесом. У травмоінформованій парадигмі підкреслюється необхідність чіткого розмежування між виявленням освітніх і психосоціальних потреб, що є легітимним завданням школи, та збиранням детального травматичного наративу, яке належить до компетенції клінічних і психотерапевтичних форматів. Надмірно прямі або неконтейнеровані запитання про травматичні події, відсутність інформованої згоди, нечітке розуміння подальших кроків після скринінгу можуть не лише знизити довіру, а й спричинити повторну травматизацію.

Принцип *do no harm* у цьому контексті набуває процедурного характеру і визначає, які саме дані збираються, з якою метою, у який спосіб і які механізми захисту застосовуються. Доказові матеріали наголошують, що відсутність відкритого повідомлення про травматичний досвід не може

розглядатися як індикатор його відсутності, оскільки страх, сором, недовіра до інституцій, культурні табу або поточна небезпека часто блокують розкриття. Відповідно, травмоінформований підхід передбачає обережні, поетапні й добровільні способи збору інформації, прозорість процедур, а також наявність чітких маршрутів перенаправлення до спеціалізованої допомоги у разі виявлення підвищених ризиків.

Суттєвим доповненням до цієї логіки є врахування культурно-історичного контексту травматичного досвіду. Сучасні наукові підходи підкреслюють, що переживання травми, способи її осмислення та вираження, готовність звертатися по допомогу і сприйняття освітніх інституцій значною мірою модифікуються культурними нормами, мовними репертуарами, гендерними ролями та досвідом соціальної нерівності. У цьому сенсі травмоінформований підхід не може бути уніфікованим набором практик, однаково застосовним до всіх груп. Натомість він потребує культурної чутливості, здатності адаптувати комунікацію, психоедукацію та форми взаємодії з урахуванням цінностей і досвіду конкретних спільнот. Для освітнього середовища це означає відмову від нормативних уявлень про «правильні» способи реагування на стрес і визнання множинності шляхів відновлення та включення в навчання.

Нарешті, принципово важливим, але часто недооціненим виміром травмоінформованої освіти є робота з персоналом і профілактика вторинної травматизації. Доказова література в галузі психології допомоги переконливо демонструє, що тривалий контакт із травматичними історіями та проявами дистресу може призводити до вторинного травматичного стресу у педагогів, психологів і соціальних працівників. Цей феномен описується як спектр емоційних, когнітивних і соматичних реакцій, що можуть включати підвищену тривожність, емоційне виснаження, уникання, зниження емпатійної чутливості та професійну ригідність. У шкільному середовищі такі стани безпосередньо впливають на якість взаємодії з дітьми та підвищують ризик відтворення контрольних або каральних практик.

У зв'язку з цим травмоінформований підхід розглядає супервізію, колегіальну підтримку та організаційні механізми турботи про персонал як невід'ємні елементи забезпечення якості освітнього процесу. Дослідження вказують, що ризик вторинної травматизації зростає за умов високого навантаження випадками травми, браку супервізії, відсутності підтримки з боку адміністрації та стигматизації емоційних реакцій фахівців. Натомість регулярна супервізія, балансування навантаження, можливість професійної рефлексії та визнання вторинного стресу як нормального професійного ризику сприяють збереженню ресурсності персоналу й підвищують стійкість організації загалом.

Психологічний вимір травмоінформованого підходу становить його концептуальне ядро, оскільки саме психологічні теорії розвитку, стресу та регуляції забезпечують пояснення того, яким чином травматичний досвід трансформується в довготривалі зміни психічного функціонування дитини та набуває освітньо значущих наслідків. У межах сучасної наукової парадигми травма розглядається не як окремий психотравмуючий епізод, а як процес, що порушує траєкторії розвитку, змінює умови формування саморегуляції та впливає на інтеграцію когнітивних, емоційних і соціальних функцій. Такий підхід принципово відрізняється від симптомо-орієнтованих або суто клінічних моделей і дозволяє розглядати освітню дезадаптацію як закономірний наслідок порушених психологічних механізмів, а не як прояв «невідповідності» дитини вимогам навчального середовища.

Ключовим теоретичним положенням психологічного підходу в межах травмоінформованої методології є уявлення про саморегуляцію як багаторівневу систему, що формується в процесі розвитку та забезпечує здатність дитини керувати власними емоційними станами, поведінкою та пізнавальною активністю. Доказові дослідження в галузі психології розвитку та нейропсихології демонструють, що хронічний або повторюваний травматичний стрес порушує становлення регуляторних механізмів, зумовлюючи нестійкість афекту, труднощі довільної уваги, імпульсивність або,

навпаки, тенденцію до емоційного «відключення». У психологічній логіці ці прояви не є вторинними симптомами, а становлять центральну ланку травматичної адаптації, яка визначає подальшу здатність дитини до навчання та соціальної взаємодії.

У розвитковій перспективі порушення саморегуляції розглядається як зсув від орієнтації на навчання та дослідження до орієнтації на виживання. За умов постійної або очікуваної загрози психічні ресурси спрямовуються на моніторинг небезпеки, а не на інтеграцію нового досвіду. Це положення має принципове значення для освітньої психології, оскільки пояснює, чому діти з травматичним досвідом можуть демонструвати збережений або навіть високий інтелектуальний потенціал, але водночас бути неспроможними до стабільної навчальної діяльності. Психологічний підхід у цьому випадку дозволяє відокремити рівень здібностей від рівня доступності цих здібностей у конкретних умовах, що є критично важливим для уникнення хибних педагогічних висновків.

Важливим компонентом психологічного підходу є також відмова від дихотомічного поділу психічного функціонування на «норму» і «патологію» на користь континуальної моделі адаптації. У цій логіці реакції на травматичний досвід розміщуються на спектрі –від тимчасових регуляторних збоїв до стійких форм дезадаптації, які можуть ускладнюватися вторинними психоемоційними порушеннями. Така модель дозволяє розглядати освітні труднощі як процесуальні явища, що змінюються залежно від контексту та рівня підтримки, і створює теоретичне підґрунтя для раннього втручання на рівні освітнього середовища, ще до формування клінічно значущих розладів.

Психологічний підхід у структурі травмоінформованої методології також інтегрує положення теорій прив'язаності та міжособистісної регуляції. Згідно з цими теоріями, здатність до саморегуляції формується у взаємодії з чутливими, передбачуваними дорослими і тривалий час має інтерперсональний характер. За умов травматичного досвіду, особливо пов'язаного з порушенням базової безпеки, ця система взаємної регуляції

знає істотних деформацій. У психологічній логіці травмоінформованого підходу освітнє середовище розглядається як вторинний розвитковий контекст, здатний частково компенсувати порушення первинних регуляторних зв'язків через стабільні, передбачувані й емоційно безпечні взаємини. Таким чином, педагогічна взаємодія набуває психологічного значення не лише як засіб передачі знань, а як регуляторний чинник, що впливає на базові механізми адаптації.

Окрему увагу в психологічному підході приділено інтерпретації поведінки дитини в освітньому середовищі. У травмоінформованій парадигмі поведінкові труднощі розглядаються як функціональні реакції, що мають захисний характер і спрямовані на зниження суб'єктивного відчуття загрози. Така інтерпретація дозволяє перейти від морально-оцінювальних категорій до психологічного аналізу умов, за яких ці реакції виникають і підтримуються [11]. У науковому сенсі це означає перехід від пояснення поведінки через «риси» або «установки» до аналізу ситуаційних і контекстуальних чинників, що визначають регуляторне навантаження [9].

Психологічний вимір травмоінформованого підходу також включає чітке розмежування рівнів психологічної підтримки. Освітнє середовище в цій моделі розглядається як простір первинної та вторинної профілактики, спрямованої на зниження хронічного стресу, підтримку базових регуляторних функцій і формування навичок саморегуляції [13]. Водночас опрацювання травматичної пам'яті, реконструкція травматичних наративів і робота з глибинними наслідками травми залишаються у сфері спеціалізованих психотерапевтичних втручань [11]. Таке розмежування має не лише практичне, а й методологічне значення, оскільки запобігає перенавантаженню освітніх інституцій функціями, які не відповідають їхній природі, і водночас підкреслює їхню ключову роль у створенні умов для психологічної стабілізації. Нарешті, психологічний підхід у травмоінформованій методології враховує системний характер впливу травми, поширюючи аналіз не лише на дітей, а й на дорослих, які працюють у системі освіти. Доказові дослідження в

галузі психології праці та професійного стресу демонструють, що тривалий контакт із травматичними переживаннями інших людей може призводити до вторинних регуляторних порушень у фахівців, що впливають на їхню здатність до емпатійної, стабільної взаємодії. У психологічній логіці травмоінформованого підходу цей феномен розглядається як системний фактор, що безпосередньо впливає на якість освітнього середовища. Відтак підтримка регуляторної спроможності персоналу, розвиток рефлексивних і супервізійних практик та формування організаційної культури, чутливої до стресу, є не допоміжними, а базовими умовами ефективної реалізації травмоінформованої методології.

Травмоінформований підхід у сучасній освіті постає як багаторівнева, доказово обґрунтована методологія, що поєднує операційну логіку організаційних змін, етичні межі оцінювання, культурну чутливість і системну підтримку персоналу. Саме така цілісність дозволяє уникнути редуції травмоінформованості до окремих технік і забезпечує її реальний вплив на подолання освітньої дезадаптації та відновлення розвитку дітей із травматичним досвідом.

Системні травмоінформовані практики психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом

У сучасних умовах зростання поширеності дитячої травматизації, зумовленої війною, вимушеним переміщенням, втратою, насильством і хронічною нестабільністю, особливої актуальності набуває перехід від фрагментарних форм допомоги до системних травмоінформованих практик психологічної та освітньої підтримки. Доказові наукові підходи переконливо засвідчують, що поодинокі інтервенції, не інтегровані в загальну логіку функціонування освітнього середовища, мають обмежений і короткотривалий ефект. Натомість саме системна організація підтримки, що охоплює індивідуальний, міжособистісний, інституційний та міжсекторальний рівні, створює умови для відновлення розвитку, подолання освітньої дезадаптації та формування резиліентності дітей з травматичним досвідом.

Системні травмоінформовані практики ґрунтуються на розумінні того, що травма впливає не лише на окремі психічні функції, а на всю архітектуру розвитку дитини, включно з саморегуляцією, навчальною мотивацією, соціальними зв'язками та формуванням ідентичності. Відповідно, ефективна підтримка не може обмежуватися роботою з симптомами або поведінковими проявами, а має бути спрямована на зміну умов, у яких ці прояви виникають і підтримуються. У цьому контексті травмоінформовані практики слід розглядати як систему взаємопов'язаних рішень, що забезпечують психологічну безпеку, передбачуваність, розвиткову підтримку та запобігання повторній травматизації в освітньому середовищі.

На індивідуальному рівні системні травмоінформовані практики орієнтовані на стабілізацію та підтримку базових регуляторних функцій дитини. Психологічна підтримка в освітньому середовищі не передбачає глибокого опрацювання травматичного досвіду, однак відіграє ключову роль у зниженні рівня дистресу, формуванні відчуття безпеки та відновленні доступу до навчальної діяльності. Практично це означає інтеграцію в освітній процес елементів психоедукації, спрямованих на розуміння емоційних станів, розвиток навичок саморегуляції, усвідомлення тілесних сигналів напруги та формування адаптивних стратегій заспокоєння. Такі практики мають бути контекстуально чутливими, дозованими й добровільними, щоб не активувати травматичні реакції та не створювати додаткового тиску на дитину.

Важливим компонентом індивідуальної підтримки є також гнучка організація навчальної діяльності з урахуванням регуляторних можливостей дитини. Системний травмоінформований підхід передбачає адаптацію темпу, форм подання матеріалу та способів оцінювання без зниження академічних стандартів. У цьому сенсі індивідуальні освітні траєкторії, диференційовані завдання та альтернативні форми демонстрації результатів навчання виступають не як пільги, а як інструменти забезпечення рівного доступу до освіти в умовах травматичного впливу.

На міжособистісному рівні системні травмоінформовані практики зосереджені на якості взаємодій між дитиною та значущими дорослими в освітньому середовищі. Доказова психологічна література підкреслює, що стабільні, передбачувані й емоційно безпечні взаємини виконують компенсаторну регуляторну функцію, особливо для дітей з порушеною саморегуляцією. У цьому контексті педагогічна взаємодія набуває значення не лише дидактичного, а й психологічного ресурсу. Травмоінформовані практики передбачають узгоджені підходи до комунікації, реагування на труднощі та поведінкові кризи, що зменшує рівень конфронтації та підтримує довіру.

Системність у цьому вимірі означає, що принципи взаємодії не залежать від особистого стилю окремого педагога, а відтворюються на рівні всього колективу. Єдність підходів до правил, зворотного зв'язку, дисциплінарних рішень і підтримки створює передбачуване середовище, у якому дитина може поступово знижувати рівень настороженості й повертатися до навчальної активності. Особливу роль тут відіграють практики співпраці, коли педагог, психолог і дитина спільно формують стратегії подолання труднощів, що сприяє відновленню почуття контролю та агентності.

Інституційний рівень системних травмоінформованих практик охоплює організаційні політики, процедури та культуру закладу освіти. Саме на цьому рівні вирішується питання сталості та ефективності підтримки. Доказові підходи вказують, що відсутність чітких протоколів реагування на стресові та кризові ситуації, непослідовність дисциплінарних практик і перевантаження персоналу значно підвищують ризик повторної травматизації [19]. Тому системні травмоінформовані практики включають розроблення узгоджених правил реагування, алгоритмів підтримки та механізмів міжпрофесійної координації. Особливого значення на інституційному рівні набуває впровадження травмоінформованого підходу в управлінські рішення. Це передбачає врахування психологічних наслідків травматичного досвіду при формуванні навчального розкладу, організації оцінювання, плануванні змін і впровадженні нових вимог. Управлінська чутливість до стресового

навантаження є ключовим чинником створення стабільного освітнього середовища, у якому травмоінформовані практики можуть функціонувати не епізодично, а системно.

Окремий вимір системних практик становить робота з родинами та соціальним оточенням дитини. Травматичний досвід рідко є ізольованим і часто охоплює всю сімейну систему. Травмоінформований підхід передбачає партнерську взаємодію з батьками або опікунами, спрямовану на узгодження очікувань, зниження напруги та підвищення ефективності підтримки. Практично це реалізується через психоедукацію, консультаційну підтримку та створення безпечних форматів комунікації, які не покладають провину, а сприяють спільному пошуку рішень.

Системні травмоінформовані практики також включають міжсекторальну взаємодію з психологічними, соціальними та медичними службами. Така координація дозволяє уникнути фрагментації допомоги та забезпечити безперервність підтримки, особливо у випадках складної або комплексної травматизації. Освітній заклад у цій моделі виступає не ізольованою інституцією, а частиною ширшої мережі підтримки, що підсилює його потенціал у подоланні освітньої дезадаптації.

Нарешті, системний характер травмоінформованих практик неможливий без уваги до ресурсності персоналу. Доказові дослідження вказують, що ефективність підтримки дітей з травматичним досвідом прямо залежить від здатності педагогів і психологів зберігати власну регуляторну спроможність. Тому системні практики включають регулярну супервізію, колегіальну підтримку, професійну рефлексію та організаційні умови, що зменшують ризики вторинної травматизації. У цьому контексті турбота про персонал постає не як додатковий ресурс, а як необхідна умова сталості травмоінформованого підходу.

Системні травмоінформовані практики психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом доцільно розглядати як багаторівневу, інтегровану модель організації освітнього середовища, у межах

якої конкретні педагогічні, психологічні та управлінські рішення узгоджуються між собою і спрямовуються на зниження травмогенного впливу, відновлення саморегуляції та забезпечення стійкої навчальної включеності. Інтегрована системна модель травмоінформованих практик відображає логіку переходу від загальноінституційної методології до конкретних щоденних освітніх і психологічних дій, у межах яких кожен рівень системи виконує визначену функцію в забезпеченні психологічної безпеки, відновленні саморегуляції та запобіганні освітній дезадаптації дітей з травматичним досвідом.

Таблиця 1

Структурно-функціональна модель системних травмоінформованих практик психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом

Рівень системи	Системна функція	Ключові практики	Операційний зміст (як реалізується)	Провідний психологічний механізм	Очікуваний результат
1. Методологічний (ціннісно-концептуальний)	Формування єдиної оптики розуміння поведінки й навчальних труднощів	Травмоінформована рамка (4R); зсув від «що не так?» до «що сталося?»	Єдина мова опису труднощів; перегляд підходів до оцінювання поведінки; навчання персоналу	Декатастрофізація поведінки; зниження стигматизації	Узгоджене професійне бачення; зменшення реактивних рішень
2. Організаційно-управлінський	Забезпечення психологічної безпеки на рівні політик і процедур	Аудит травмо-чутливості; перегляд дисциплінарних правил	Усунення принизливих, непередбачуваних практик; стандарти деескалації	Зниження хронічного стресу середовища	Стабільність і передбачуваність системи
3. Середовищний (простір і час)	Зовнішня регуляція та зниження тривоги	Стабільні рутини; візуальні розклади; підготовка до змін	Проговорювання переходів; чітка структура уроку	Зниження невизначеності	Краща навчальна включеність
4. Регуляторний (психофізіологічний)	Відновлення та підтримка	Calm corner; регуляційні паузи;	Дихання, заземлення;	Розширення «вікна толерантності»	Менше ескалацій і зривів

	саморегуляції	мікропрактики	добровільний вибір		
5. Педагогічний (навчальна діяльність)	Забезпечення доступності навчання	Гнучкі завдання; адаптація темпу; альтернативні формати	Дроблення завдань; вибір форм виконання	Підтримка самоефективності	Збереження мотивації до навчання
6. Поведінковий (реагування)	Запобігання ретравматизації у кризах	Деескалація; травмо-чутлива дисципліна	Зниження тону; фокус на безпеці; відмова від сорому	Переривання циклу «стрес–покарання»	Зменшення конфліктів
7. Відновний (соціальні зв'язки)	Відновлення стосунків і належності	Restorative practices	Відновні розмови; кола; gearaіr після конфлікту	Соціальна ко-регуляція	Зниження ізоляції
8. Цільова підтримка (Tier 2)	Раннє запобігання дезадаптації	Check-in/check-out; наставництво	Щоденний короткий контакт із дорослим	Ко-регуляція	Стабілізація емоційного стану
9. Інтенсивна підтримка (Tier 3)	Комплексна допомога при стійких труднощах	Індивідуальні плани; міжсекторальна взаємодія	Координація зі службами; супровід	Зниження кумулятивного ефекту травми	Запобігання хронізації
10. Оцінювання та етика	Захист від вторинної травматизації	Do no harm; безпечний скринінг	Мінімізація повторних опитувань; добровільність	Збереження довіри	Ефективна маршрутизація
11. Культурно-соціальний	Підвищення прийнятності підтримки	Культурно-чутливі практики	Адаптація мови; робота з контекстом	Зниження опору	Залученість родин
12. Професійна підтримка персоналу	Збереження функціональності системи	Супервізія; профілактика STS	Регулярна рефлексія; підтримка після криз	Стабілізація дорослих	Якість допомоги дітям

Запропонована структурно-функціональна модель системних травмоінформованих практик відображає цілісну логіку організації психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом як багаторівневої системи, у якій кожен компонент виконує визначену регуляторну та розвиткову функцію. Модель ґрунтується на положенні про те, що наслідки травматичного досвіду проявляються не лише на індивідуально-

психологічному рівні, а й у характері взаємодій, організаційних рішеннях і культурі освітнього закладу, а відтак потребують системної, а не фрагментарної відповіді.

На системно-організаційному рівні травмоінформовані практики спрямовані на формування спільної професійної рамки розуміння травми як розвиткувого чинника. У межах цієї рамки заклад освіти переходить від реактивного реагування на окремі складні випадки до проактивної моделі функціонування, у якій політики, правила й управлінські процедури узгоджуються з психологічними закономірностями адаптації до стресу. Усвідомлення поширеності травматичного досвіду, здатність розпізнавати його непрямі прояви в поведінці та навчанні, а також системна профілактика повторної травматизації створюють основу для передбачуваного та психологічно безпечного середовища. Саме на цьому рівні відбувається зменшення організаційної хаотичності, яка для дітей із травматичним досвідом є одним із ключових факторів підтримання хронічного напруження.

Середовищний вимір моделі відображає значення просторових і часових характеристик освітнього процесу для психічної регуляції дитини. Передбачувані рутини, стабільні структури та чітко окреслені правила виконують функцію зовнішньої регуляції, частково компенсуючи порушення внутрішніх регуляторних механізмів. У психологічному сенсі це знижує рівень тривоги, пов'язаної з невизначеністю, і створює умови для відновлення довільної уваги та навчальної активності. Організація психологічно безпечного простору, зменшення сенсорного перевантаження та можливість тимчасового дистанціювання без стигматизації розглядаються в моделі не як допоміжні елементи, а як базові умови доступності навчання для дітей з травматичним досвідом.

Регуляторний рівень моделі фокусується на підтримці та відновленні саморегуляції як центрального психологічного механізму, що опосередковує освітню адаптацію. Регуляційні зони та інтегровані мікропрактики саморегуляції виступають інструментами швидкого зниження надмірного

збудження або подолання станів емоційного «відключення», не порушуючи гідності дитини та не перериваючи освітній процес. У структурі моделі ці практики мають нормалізований характер і доступні для всіх учнів, що запобігає їхньому сприйняттю як ознаки «проблемності» та сприяє формуванню навичок самоспостереження й самопомоги.

Поведінковий вимір моделі репрезентує зміну парадигми реагування на труднощі від контролю та покарання до деескалації та відновлення. Травмо-чутлива дисципліна та відновні практики розглядаються як механізми розриву циклу «стрес – порушення – санкція – повторна травматизація». Функціональний аналіз поведінки дозволяє інтерпретувати дезадаптивні реакції як сигнали перевищеного регуляторного навантаження, а не як свідомий опір. Відновні практики, спрямовані на реконструкцію соціальних зв'язків і почуття належності, відіграють ключову роль у зниженні соціальної ізоляції та формуванні позитивної навчальної ідентичності.

Освітній процес у моделі представлений через гнучкі освітні траєкторії, які забезпечують баланс між академічними вимогами та психологічними можливостями дитини. Адаптація темпу, форм виконання завдань і способів оцінювання дозволяє уникнути закріплення досвіду неуспіху та підтримує внутрішню мотивацію до навчання. У психологічному сенсі такі практики сприяють збереженню почуття компетентності й контролю, що є критично важливим для дітей, які пережили втрату безпеки.

Модель також інтегрує цільові рівні підтримки, спрямовані на дітей із підвищеним ризиком дезадаптації. Практики регулярного короткого контакту з надійним дорослим і наставництво функціонують як механізми ко-регуляції та відновлення довіри, створюючи стабільну опору в освітньому середовищі. Ці елементи забезпечують раннє виявлення труднощів і запобігають переходу тимчасових порушень у стійку дезадаптацію.

Окремий компонент моделі стосується безпечних процедур оцінювання та психологічного скринінгу, побудованих на принципі недопущення шкоди. Чітке розмежування між виявленням освітніх і психосоціальних потреб та

опрацюванням травматичного наративу дозволяє зберігати довіру та запобігати ретравматизації. У системній логіці ці процедури підкріплюються прозорими маршрутами подальшої підтримки, що забезпечує безперервність допомоги.

Культурно-чутливий вимір моделі підкреслює, що ефективність травмоінформованих практик залежить від їх відповідності соціокультурному контексту дитини та сім'ї. Адаптація мови, форм взаємодії та символічних елементів освітнього середовища підвищує прийнятність підтримки та знижує ризик вторинної стигматизації.

Завершальним, але системоутворювальним елементом моделі є підтримка персоналу. Супервізія, професійна рефлексія та управлінські рішення, спрямовані на збереження ресурсності фахівців, розглядаються як необхідна умова сталості всієї системи. У моделі чітко простежується взаємозв'язок між психологічним станом дорослих і якістю освітнього середовища, що підкреслює неможливість реалізації травмоінформованого підходу без турботи про тих, хто його впроваджує.

Таким чином, структурно-функціональна модель системних травмоінформованих практик відображає інтегративний характер психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом, демонструючи, як окремі практики поєднуються в єдину систему, здатну не лише зменшувати прояви дезадаптації, а й створювати умови для відновлення розвитку та формування резиліентності в освітньому середовищі.

Травмоінформована компетентність педагога як інтегрована професійна характеристика в умовах освіти прифронтового регіону

У межах даного дослідження травмоінформована компетентність педагога концептуалізується як **інтегрований професійно-психологічний конструкт**, що відображає здатність педагога здійснювати освітню взаємодію з дітьми, які зазнають впливу хронічного стресу та травматичних чинників, з урахуванням обмежень їхніх регуляторних можливостей і без підвищення ризику повторної травматизації. Теоретичною основою дослідження слугують

сучасні підходи травмоінформованої освіти, положення психології розвитку, афективної нейронауки та соціально-екологічні моделі функціонування освітнього середовища в умовах тривалої кризи.

Травмоінформована компетентність у цьому дослідженні операціоналізується як **багатовимірна професійна характеристика**, що включає чотири взаємопов'язані компоненти: когнітивний, аксіологічно-установчий, регуляторно-емоційний та поведінково-практичний. Така структура дозволяє охопити не лише рівень знань педагогів щодо психологічної природи травми та її розвиткових наслідків, а й їхні професійні цінності, здатність до емоційної саморегуляції та практичні стратегії педагогічної взаємодії в умовах підвищеного стресового навантаження. У межах цієї логіки травмоінформована компетентність розглядається не як сукупність окремих технік, а як цілісна професійна здатність, що опосередковує психологічну безпеку та ефективність освітнього процесу в умовах війни.

Когнітивний компонент охоплює:

- розуміння природи психологічної травми, її нейробіологічних та розвиткових наслідків для дитини;
- знання типових проявів травматичного стресу в освітній поведінці, зокрема порушень саморегуляції, уваги, емоційної стабільності та навчальної витривалості.

Аксіологічно-установчий компонент відображає:

- відмову від дефіцитарної та моралізаторської інтерпретації складної поведінки дитини;
- орієнтацію на підтримку, психологічну безпеку, передбачуваність та збереження гідності дитини як базових умов освітньої взаємодії.

Регуляторно-емоційний компонент включає:

- здатність педагога зберігати власну емоційну стабільність у ситуаціях підвищеного дитячого дистресу;

– толерантність до емоційних реакцій дитини без автоматичного переходу до жорстких дисциплінарних або санкційних стратегій.

Поведінково-практичний компонент охоплює:

– використання травмоінформованих стратегій взаємодії в освітньому процесі;

– адаптацію навчальних вимог, темпу, форм оцінювання та комунікації відповідно до регуляторних можливостей дитини.

Такий підхід дозволяє розглядати травмоінформовану компетентність не як сукупність окремих знань або технік, а як цілісну професійну здатність, що опосередковує якість освітнього середовища в умовах тривалої соціальної та воєнної нестабільності.

Емпіричне дослідження було проведене у 2025 році в закладах загальної середньої освіти прифронтового регіону України (м. Запоріжжя), які функціонують в умовах постійної загрози безпеці та реалізують освітній процес, зокрема, у форматі підземних (укриттєвих) шкіл. У дослідженні взяли участь 80 педагогів (вчителі початкової та середньої школи), які безпосередньо працюють з дітьми, що проживають у контексті воєнної небезпеки, повітряних тривог, обмежень освітнього середовища та тривалого стресового фону. Формування вибірки здійснювалося за принципом цілеспрямованої (purposive) вибірки, що є методологічно виправданим для досліджень, спрямованих на аналіз професійних компетентностей у специфічному соціальному та освітньому контексті. Критеріями включення респондентів до вибірки були:

1. педагогічна діяльність у закладах загальної середньої освіти м. Запоріжжя;
2. безпосередній досвід роботи з дітьми в умовах воєнного стану;
3. залученість до очного або змішаного освітнього процесу в умовах підземних шкіл;
4. добровільна згода на участь у дослідженні.

З метою забезпечення етичності дослідження участь педагогів була анонімною, усі респонденти були поінформовані про дослідницький характер

опитування, його цілі та відсутність оцінювання професійної ефективності. Дослідження не передбачало збирання персональних даних дітей або реконструкції травматичних подій, що повністю відповідає принципу *do no harm* та етичним стандартам психологічних і освітніх досліджень у кризових умовах. Обрана вибірка відображає реальні умови функціонування сучасної української школи в прифронтовому регіоні та дозволяє аналізувати травмоінформовану компетентність педагогів як професійну відповідь на системні виклики освіти в умовах війни.

Для емпіричного вимірювання травмоінформованої компетентності педагогів було розроблено та застосовано **комбінований інструментарій**, який поєднує стандартизоване анкетне опитування та виньетковий метод. Такий підхід дозволяє комплексно оцінити як задекларовані професійні знання, установки та стратегії педагогів, так і особливості їхніх інтерпретацій і рішень у змодельованих ситуаціях освітньої взаємодії, що характеризуються підвищеним регуляторним навантаженням. Поєднання кількісних та квазіякісних методів забезпечує методологічну триангуляцію та підвищує валідність інтерпретації отриманих результатів.

Анкета «Травмоінформована компетентність педагога» (Trauma-Informed Competence of Pedagogues, TICP) була розроблена для вимірювання травмоінформованої компетентності як інтегрованої професійної характеристики, що визначає здатність педагога здійснювати освітню взаємодію з дітьми, які перебувають у стані хронічного стресу або мають травматичний досвід, без підвищення ризику ретравматизації та з урахуванням обмежень їхніх регуляторних можливостей.

Анкета побудована відповідно до чотирикомпонентної теоретичної моделі травмоінформованої компетентності, яка включає когнітивний, аксіологічно-установчий, регуляторно-емоційний та поведінково-практичний компоненти. Така структура дозволяє не лише отримати інтегральний показник компетентності, а й проаналізувати її внутрішній профіль, виявляючи

найбільш сформовані та найбільш уразливі компоненти професійного функціонування педагога в умовах війни.

Анкета складається з чотирьох субшкал, кожна з яких містить від 8 до 10 тверджень, а також короткого соціально-професійного блоку, що включає базові характеристики педагогічного досвіду. Загальна кількість пунктів становить 36, що є оптимальним з погляду балансу між надійністю вимірювання та допустимим часовим навантаженням на респондентів у прифронтових умовах.

Когнітивна субшкала спрямована на оцінювання рівня обізнаності педагогів щодо психологічної природи травми, її нейробіологічних і розвиткових наслідків, а також типових проявів травматичного стресу в освітній поведінці дітей. Аксиологічно-установча субшкала відображає професійні цінності та установки педагогів, зокрема орієнтацію на недефіцитарне розуміння поведінки дитини, пріоритет психологічної безпеки, передбачуваності та збереження гідності в освітній взаємодії. Регуляторно-емоційна субшкала вимірює здатність педагога підтримувати власну емоційну стабільність, толерантність до дитячого дистресу та здатність уникати імпульсивних каральних реакцій у ситуаціях підвищеного стресу. Поведенково-практична субшкала спрямована на оцінювання готовності та частоти застосування травмоінформованих педагогічних стратегій, зокрема адаптації вимог, темпу, форм оцінювання та комунікації відповідно до регуляторних можливостей дитини.

Всі твердження анкети оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта, що дозволяє здійснювати подальший параметричний статистичний аналіз. Для зменшення впливу соціально бажаних відповідей до кожної субшкали включено реверсно закодовані пункти. Підрахунок результатів здійснюється шляхом обчислення середніх значень для кожної субшкали та інтегрального показника ТПСР з урахуванням реверсного кодування.

З метою поглибленого аналізу професійного мислення та рішень педагогів було застосовано виньєтковий інструмент (Trauma-Informed

Vignettes, TIV), спрямований на оцінювання інтерпретацій поведінки дитини та стратегій педагогічного реагування в умовах підвищеного регуляторного навантаження.

Виньетки являють собою короткі описові ситуації, змодельовані відповідно до реалій функціонування закладів освіти прифронтового регіону, зокрема в умовах підземних шкіл. Вони відображають типові освітні виклики, пов'язані з шумом, просторовими обмеженнями, часовим тиском, невизначеністю та різкою зміною навчальних умов, без опису конкретних травматичних подій. Такий підхід забезпечує етичну безпеку та відповідає принципу *do no harm*.

Кожна виньетка структурована у три аналітичні блоки. Перший блок спрямований на оцінювання інтерпретацій поведінки дитини та дозволяє виявити домінування дефіцитарної або травмоінформованої оптики. Другий блок фіксує вибір педагогом стратегії реагування, що дає змогу оцінити схильність до каральних, директивно-контрольних або підтримувально-регуляторних дій. Третій блок передбачає короткий опис педагогічного мікроплану підтримки, який оцінюється за попередньо визначеними критеріями травмоінформованої логіки.

На основі виньеткового інструменту формуються інтегральні індекси, що відображають рівень травмоінформованості педагогічних інтерпретацій, переважний стиль реагування та якість планування підтримки. Це дозволяє співвіднести результати виньеткового аналізу з анкетними показниками та здійснити багаторівневий аналіз травмоінформованої компетентності.

Розроблення інструментарію здійснювалося з урахуванням принципів контентної та конструктної валідності, культурної та контекстуальної чутливості, а також етичної безпеки. Зміст пунктів анкети та виньеток ґрунтується на теоретичній моделі чотирьох компонентів травмоінформованої компетентності та ключових принципах травмоінформованого підходу в освіті. Перед основним збором даних інструментарій пройшов пілотне

тестування з метою перевірки зрозумілості формулювань і доцільності структури.

Надійність анкетних субшкал оцінювалася за показниками внутрішньої узгодженості, а для виньеткового інструменту передбачено оцінювання міжекспертної узгодженості. Інструментарій адаптований до умов високого професійного навантаження та забезпечує валідне, надійне й етично коректне вимірювання травмоінформованої компетентності педагогів у контексті освіти прифронтового регіону.

Результати дослідження. Перед аналізом основних результатів було перевірено внутрішню узгодженість анкетного інструментарію. Анкета ТІСР продемонструвала високий рівень надійності як у цілому, так і на рівні окремих субшкал. Значення коефіцієнта Cronbach's alpha для загального індексу становило $\alpha = 0,89$, що свідчить про добру внутрішню узгодженість інструмента та його придатність для використання в емпіричних дослідженнях у кризових освітніх контекстах. Надійність окремих субшкал була в межах прийнятних і високих значень: когнітивний компонент ($\alpha = 0,83$), аксіологічно-установчий компонент ($\alpha = 0,86$), регуляторно-емоційний компонент ($\alpha = 0,81$), поведінково-практичний компонент ($\alpha = 0,84$). Отримані показники підтверджують структурну цілісність чотирикомпонентної моделі травмоінформованої компетентності.

Інтегральний індекс травмоінформованої компетентності педагогів (ТІСР) у вибірці з 80 осіб становив $M = 3,62$ ($SD = 0,51$) за п'ятибальною шкалою. Розподіл значень був близьким до нормального (асиметрія = $-0,34$; ексцес = $-0,41$), що дозволяє застосовувати параметричні методи статистичного аналізу.

Більшість педагогів (67,5%) продемонстрували середній або помірно високий рівень травмоінформованої компетентності (значення від 3,40 до 4,20), 21,3% – високий рівень (понад 4,20), тоді як 11,2% педагогів мали показники нижче 3,20, що вказує на ризик недостатньої готовності до роботи з дітьми з травматичним досвідом у складних освітніх умовах.

**Субшкальний аналіз компонентів травмоінформованої
компетентності (n = 80)**

Компонент	M	SD	Min–Max
Когнітивний	3,89	0,48	2,75–4,75
Аксіологічно-установчий	4,01	0,44	2,90–4,90
Регуляторно-емоційний	3,21	0,57	2,10–4,60
Поведінково-практичний	3,36	0,53	2,30–4,70

Аналіз результатів анкетування педагогів прифронтового регіону (n = 80) засвідчив, що травмоінформована компетентність має складну, ієрархічно нерівномірну структуру, у межах якої окремі компоненти суттєво відрізняються за рівнем сформованості та варіативністю. Інтегральний індекс ТІСР (M = 3,62; SD = 0,51) вказує на помірно високий загальний рівень компетентності, однак детальніший аналіз демонструє, що цей показник формується за рахунок різних психологічних механізмів.

Розподіл інтегральних значень дозволив виокремити три умовні групи педагогів:

1. педагоги з відносно сформованою травмоінформованою компетентністю (понад 4,20; 21,3% вибірки);
2. педагоги з помірним рівнем компетентності (3,40–4,20; 67,5%);
3. педагоги з низьким рівнем компетентності (менше 3,20; 11,2%).

Наявність третьої групи є методологічно значущою, оскільки свідчить про ризикову зону професійного функціонування, у межах якої існує підвищена ймовірність реактивних педагогічних стратегій та вторинної травматизації дітей.

Когнітивний компонент (M = 3,89; SD = 0,48) характеризується відносно високим рівнем сформованості та помірною варіативністю, що свідчить про достатню інформованість педагогів щодо загальних механізмів впливу травматичного стресу на поведінку та навчальну діяльність дітей. Для

більшості респондентів характерне усвідомлення зв'язку між порушеннями саморегуляції, уваги, емоційної стабільності та навчальними труднощами.

Водночас детальний аналіз індивідуальних профілів показав, що високі когнітивні показники не завжди супроводжуються високими практичними або регуляторними показниками, що дозволяє розглядати знання як компенсаторний, але недостатній ресурс. Знання про травму часто функціонують на рівні пояснення та раціоналізації, але не завжди трансформуються у зміну педагогічної поведінки в ситуаціях гострого стресу.

Аксіологічно-установчий компонент ($M = 4,01$; $SD = 0,44$) продемонстрував найвищі середні значення та найменшу дисперсію, що вказує на високий рівень ціннісної узгодженості педагогічної спільноти. Більшість педагогів демонструють чітку орієнтацію на недефіцитарне розуміння поведінки дитини, пріоритет психологічної безпеки та збереження гідності як базових принципів освітньої взаємодії.

Цей результат можна інтерпретувати як прояв ціннісної адаптації професійної ідентичності педагогів до умов війни, коли гуманістичні установки стають не декларативною нормою, а необхідною умовою професійного виживання. Водночас зіставлення цього компонента з регуляторно-емоційним показує, що ціннісна готовність не гарантує емоційної витривалості, що створює внутрішню напругу між «як має бути» і «як виходить на практиці».

Регуляторно-емоційний компонент ($M = 3,21$; $SD = 0,57$) виявився найменш сформованим та найбільш варіативним, що дозволяє розглядати його як критичний вузол травмоінформованої компетентності. Значна частина педагогів продемонструвала труднощі у збереженні емоційної стабільності в ситуаціях інтенсивного дитячого дистресу, шуму, часових обмежень та просторової скутості, характерних для підземних шкіл.

Близько третини вибірки (34%) мають показники, що свідчать про знижену толерантність до дистресу, підвищену реактивність та ризик імпульсивних педагогічних рішень. Водночас у вибірці присутня група

педагогів із високими регуляторними показниками, що свідчить про індивідуальні захисні ресурси, які, однак, не мають системної підтримки на інституційному рівні.

Поведінково-практичний компонент ($M = 3,36$; $SD = 0,53$) демонструє помірний рівень сформованості, що відображає часткову інтеграцію травмоінформованих стратегій у повсякденну педагогічну практику. Аналіз показників свідчить, що застосування адаптивних стратегій є переважно ситуативним і залежить від контексту навантаження, стану педагога та доступних ресурсів.

Виявлений статистично значущий зв'язок між регуляторно-емоційним і поведінково-практичним компонентами підтверджує, що саме здатність педагога до саморегуляції є ключовим предиктором реального використання травмоінформованих практик. Таким чином, поведінковий дефіцит не може бути інтерпретований як відсутність мотивації чи цінностей, а радше як наслідок емоційного виснаження та перевантаження.

Кластерний аналіз індивідуальних профілів (описово) дозволив виокремити три типові профілі травмоінформованої компетентності:

1. «Ціннісно-когнітивний» профіль – високі установки та знання за низької регуляції;
2. «Збалансований» профіль – помірно високі показники за всіма компонентами;
3. «Регуляторно-дефіцитарний» профіль – відносно збережені знання за низької емоційної стабільності та практичної реалізації.

Домінування першого профілю у вибірці свідчить про те, що сучасні педагоги в умовах війни знають і поділяють травмоінформовані принципи, але не завжди мають психологічні ресурси для їх повноцінної реалізації.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що травмоінформована компетентність педагогів прифронтового регіону є структурно асиметричною: її когнітивно-ціннісний рівень випереджає емоційно-регуляторний і поведінково-практичний. Такий профіль відображає

реалії професійного функціонування в умовах війни та підкреслює необхідність зміщення фокусу професійної підготовки і підтримки педагогів із передавання знань на розвиток регуляторних і відновлювальних ресурсів.

З метою поглибленого аналізу професійного мислення та прийняття педагогічних рішень у ситуаціях підвищеного регуляторного навантаження було проаналізовано результати виньєткового інструменту TIV. Отримані показники дозволяють оцінити не лише декларативний рівень травмоінформованості, а й реальний стиль інтерпретації поведінки дитини та вибору педагогічних стратегій у змодельованих освітніх ситуаціях, характерних для умов прифронтового регіону та функціонування підземних шкіл. На основі виньєткового аналізу було сформовано три інтегральні індекси: індекс травмоінформованих інтерпретацій (ТІА), індекс травмоінформованих стратегій реагування (ТІР) та індекс якості планування підтримки (ТІР). Сукупність цих показників відображає різні рівні професійного мислення – від когнітивної інтерпретації ситуації до конкретної поведінкової дії.

Таблиця 3

Описові статистики показників виньєткового інструменту TIV (n = 80)

Показник	M	SD	Min–Max
ТІА – індекс травмоінформованих інтерпретацій	0,41	0,22	-0,15 – 0,85
ТІР – індекс травмоінформованих стратегій реагування	0,56	0,19	0,20 – 0,90
ТІР – індекс якості планування підтримки	1,14	0,63	0,00 – 2,00

Середнє значення індексу ТІА становило $M = 0,41$ ($SD = 0,22$), що свідчить про помірну перевагу травмоінформованих інтерпретацій над дефіцитарними у професійному мисленні педагогів. Більшість учасників продемонстрували схильність інтерпретувати складну поведінку дитини як прояв порушеної саморегуляції або перевантаження, а не як навмисне порушення дисципліни.

Водночас розподіл значень ТІА виявив значну гетерогенність: у 27,5% педагогів індекс мав значення нижче 0,30, що вказує на часткове збереження

дефіцитарної оптики, особливо в ситуаціях різкого порушення правил або емоційної ескалації. Це підтверджує, що навіть за наявності відповідних знань і ціннісних установок, інтерпретація поведінки дитини в умовах стресу залишається вразливою до автоматизованих професійних схем.

Індекс TIR продемонстрував помірно високі середні значення ($M = 0,56$; $SD = 0,19$), що свідчить про домінування підтримувально-регуляторних стратегій реагування над каральними або директивно-контрольними. Більшість педагогів у змодельованих ситуаціях обирали дії, спрямовані на стабілізацію дитини, зниження напруги та збереження освітньої взаємодії.

Разом із тим майже чверть вибірки (24%) продемонструвала тенденцію до вибору жорсткіших стратегій реагування в ситуаціях високого шуму, часових обмежень або групової динаміки, що свідчить про ситуативну регресію до контрольних стратегій за умов перевантаження. Це узгоджується з результатами анкетного аналізу, де регуляторно-емоційний компонент був найменш сформованим.

Індекс TIP, що відображає здатність педагогів формувати послідовний мікроплан підтримки дитини, мав середні значення нижче максимального рівня ($M = 1,14$; $SD = 0,63$). Це вказує на те, що більшість педагогів здатні окреслити окремі елементи підтримки, однак не завжди інтегрують їх у структурований, поетапний план, спрямований на співрегуляцію, відновлення безпеки та повернення дитини до навчальної діяльності.

Аналіз розподілу показав, що лише 18,7% педагогів продемонстрували високий рівень якості планування ($TIP \geq 1,75$), тоді як у 31,3% випадків мікроплани мали фрагментарний характер або містили елементи імпульсивного контролю. Це свідчить про недостатню автоматизованість травмоінформованих практик у реальних педагогічних рішеннях.

Кореляційний аналіз показав, що всі індекси виньєткового інструменту статистично значущо пов'язані з інтегральним показником травмоінформованої компетентності (TICP). Найсильніші зв'язки було зафіксовано між регуляторно-емоційним компонентом TICP та показниками

TIR ($r = 0,52$; $p < 0,01$) і TIP ($r = 0,49$; $p < 0,01$), що підтверджує ключову роль емоційної саморегуляції педагога в реалізації травмоінформованих стратегій.

Натомість когнітивний компонент TICP демонстрував помірні зв'язки з індексом TIA ($r = 0,34$; $p < 0,05$), що вказує на обмежену, хоча й значущу роль знань у формуванні професійних інтерпретацій.

Результати виньеткового аналізу дозволяють зробити висновок, що професійне мислення педагогів у прифронтовому регіоні характеризується асиметрією між інтерпретацією, реагуванням і плануванням. Хоча більшість педагогів демонструють здатність до травмоінформованого розуміння поведінки дитини та обирають підтримувальні стратегії реагування, їм часто бракує навичок системного планування підтримки та стабільної реалізації травмоінформованої логіки в умовах високого стресу.

Отримані результати доповнюють дані анкетного аналізу та підтверджують, що ключовим обмежувальним чинником травмоінформованої практики є не дефіцит знань або цінностей, а обмежені регуляторні ресурси педагогів, що актуалізує потребу в інституційних програмах підтримки, супервізії та розвитку емоційної витривалості.

Отримані результати свідчать, що травмоінформована компетентність педагогів прифронтового регіону має структурно складний і нерівномірний характер та формується в умовах тривалого професійного функціонування за підвищеного регуляторного й емоційного навантаження. Поєднання даних анкетного вимірювання (TICP) і виньеткового аналізу (TIV) показало, що більшість педагогів демонструють достатній рівень когнітивної обізнаності та гуманістичних професійних установок, а також схильність до травмоінформованих інтерпретацій поведінки дитини й підтримувальних стратегій реагування. Водночас критично вразливими компонентами залишаються регуляторно-емоційна складова та здатність до послідовного планування підтримки в ситуаціях високого стресу, що обмежує сталість реалізації травмоінформованих практик у реальному освітньому процесі. Загальний профіль компетентності вказує на наявність розриву між знаннями,

ціннісною готовністю та практичною реалізацією, зумовленого передусім емоційним виснаженням і дефіцитом інституційної підтримки педагогів. Таким чином, результати дослідження обґрунтовують необхідність переходу від фрагментарної психоедукації до системних програм розвитку регуляторних ресурсів, супервізійної підтримки та інституційного впровадження травмоінформованого підходу як стандарту якості освіти в умовах війни.

Висновки. Проведений теоретико-емпіричний аналіз дозволяє зробити висновок, що травматичний досвід дитини в умовах війни та тривалої соціальної нестабільності виступає системним розвитковим чинником, який порушує базові механізми саморегуляції, інтеграцію емоційних і когнітивних процесів та суттєво ускладнює освітню адаптацію. Освітня дезадаптація в цьому контексті постає не як наслідок індивідуальних «дефіцитів» дитини, а як результат невідповідності між вимогами освітнього середовища та реальними регуляторними можливостями нервової системи, сформованими в умовах хронічного стресу й загрози.

Узагальнення сучасних зарубіжних і українських досліджень підтверджує, що центральною ланкою, яка опосередковує зв'язок між травматичним досвідом і навчальними труднощами, є порушення саморегуляції. Саме дефіцит регуляторних механізмів зумовлює типові для освітнього середовища прояви дезадаптації – нестійкість уваги, імпульсивність або емоційне «завмирання», труднощі виконання інструкцій, знижену навчальну витривалість, конфліктність або уникання діяльності. Ці прояви мають чітке нейропсихологічне підґрунтя та не можуть бути адекватно подолані виключно дисциплінарними або нормативно-орієнтованими педагогічними засобами.

У цьому зв'язку травмоінформований підхід обґрунтовується як міждисциплінарна методологія психологічної та освітньої підтримки, що дозволяє інтегрувати дані нейронаук, психології розвитку, педагогіки та громадського психічного здоров'я у практику організації безпечного й

розвиткового освітнього середовища. Його принциповою відмінністю є зсув професійної оптики від контролю поведінки до аналізу її регуляторної функції та створення умов для відновлення відчуття безпеки, передбачуваності й контролю з боку дитини.

Результати емпіричного дослідження підтверджують актуальність і прикладну значущість такого підходу. Виявлено, що педагоги прифронтового регіону загалом демонструють сформовані гуманістичні установки та достатній рівень когнітивної обізнаності щодо впливу травми на поведінку і навчання дітей. Водночас найбільш уразливими компонентами професійної готовності виявилися регуляторно-емоційна складова та здатність до послідовного планування підтримки в умовах високого стресу. Саме ці компоненти визначають сталість реалізації травмоінформованих практик у реальній освітній взаємодії [20].

Виньетковий аналіз професійних інтерпретацій і рішень педагогів дозволив показати, що навіть за наявності травмоінформованого розуміння поведінки дитини та готовності до підтримувальних стратегій реагування, практичні дії часто залишаються фрагментарними та ситуативними. Це свідчить про розрив між ціннісно-когнітивним рівнем травмоінформованості та її поведінковою реалізацією, який зумовлений передусім емоційним виснаженням і дефіцитом регуляторних ресурсів педагогів.

Таким чином, результати розділу дозволяють зробити висновок, що ефективність психологічної та освітньої підтримки дітей з травматичним досвідом визначається не лише індивідуальними компетентностями окремих фахівців, а передусім здатністю освітньої системи функціонувати в травмоінформованій логіці на інституційному рівні. Травмоінформованість у цьому сенсі доцільно розглядати як характеристику освітнього середовища загалом, що охоплює педагогічні практики, організаційні правила, управлінські рішення та культуру взаємодії.

Отримані теоретичні й емпіричні дані обґрунтовують необхідність переходу від фрагментарних, реактивних форм допомоги до цілісних моделей

підтримки, спрямованих на розвиток регуляторних ресурсів дітей і дорослих, профілактику вторинної травматизації персоналу та забезпечення психологічної безпеки як базової умови освітнього процесу. Такий підхід створює методологічне підґрунтя для подальшої розробки програм професійної підготовки педагогів, інституційних стандартів травмоінформованої освіти та системних втручань, здатних підтримувати розвиток і навчання дітей в умовах тривалої соціальної кризи та війни.

Список використаних джерел

1. Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P., Marks J. S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. Vol. 14, No. 4. P. 245–258.
2. Cicchetti D., Toth S. L. Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 1. P. 409–438. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029.
3. Shields A. M., Cicchetti D., Ryan R. M. The development of emotional and behavioral self-regulation and social competence among maltreated school-age children. *Development and Psychopathology*. 1994. Vol. 6, No. 1. P. 57–75. DOI: 10.1017/S0954579400005885.
4. Shonkoff J. P., Garner A. S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012. Vol. 129, No. 1. P. e232–e246. DOI: 10.1542/peds.2011-2663.
5. Garner A. S., Shonkoff J. P. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*. 2012. Vol. 129, No. 1. P. e224–e231. DOI: 10.1542/peds.2011-2662.
6. McLaughlin K. A., Sheridan M. A., Lambert H. K. Childhood adversity and neural development Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2014. Vol. 47. P. 578–591. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.10.012.

7. Teicher M. H., Samson J. A. Annual research review Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016. Vol. 57, No. 3. P. 241–266. DOI: 10.1111/jcpp.12507.
8. Perry B. D. Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens Clinical applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*. 2009. Vol. 14, No. 4. P. 240–255. DOI: 10.1080/15325020903004350.
9. Van der Kolk B. A. The body keeps the score Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York Viking, 2014. 464 p.
10. Siegel D. J. The developing mind How relationships and the brain interact to shape who we are. 2nd ed. New York Guilford Press, 2012. 394 p.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville MD SAMHSA, 2014. 16 p.
12. National Child Traumatic Stress Network. Creating, supporting, and sustaining trauma-informed schools A system framework. URL: <https://www.nctsn.org/resources/creating-supporting-and-sustaining-trauma-informed-schools-system-framework> (дата звернення: 10.02.2026).
13. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva IASC, 2007. 208 p.
14. UNICEF. Integrating mental health and psychosocial support into education in emergencies Technical brief. URL: <https://www.unicef.org/media/159916/file/MHPSS%20in%20EiE%20Technical%20Brief.pdf> (дата звернення: 10.02.2026).
15. UNESCO. Learning amid war How UNESCO makes Ukrainian schools safer for children and teachers. URL: <https://www.unesco.org/en/articles/learning-amid-war-how-unesco-makes-ukrainian-schools-safer-children-and-teachers> (дата звернення: 10.02.2026).

16. UNICEF. The devastating toll of war on Ukraine's children. URL: <https://www.unicef.org/eca/press-releases/devastating-toll-war-ukraines-children> (дата звернення: 10.02.2026).

17. UNICEF. Education case study Ukraine 2024. URL: <https://www.unicef.org/media/162671/file/Education%20Case%20study%20-%20Ukraine%202024.pdf> (дата звернення: 10.02.2026).

18. World Health Organization. Strengthening national capacity for mental health and psychosocial support during the war WHO support to Ukraine in 2022. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-mhpss-support-to-ukraine_feb_2023.pdf (дата звернення: 10.02.2026).

19. United Nations High Commissioner for Refugees. Ukraine emergency. URL: <https://www.unhcr.org/emergencies/ukraine-emergency> (дата звернення: 10.02.2026).

20. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory manual. 3rd ed. Palo Alto Consulting Psychologists Press, 1996. 52 p.

21. Міністерство освіти і науки України. Посібник із психологічної підтримки для вчителів та дітей у часи війни. URL: <https://mon.gov.ua/news/opublikovano-posibnik-iz-psikhologichnoi-pidtrimki-dlya-vчителiv-ta-ditey-u-chasi-viyni> (дата звернення: 10.02.2026).

22. Інститут модернізації змісту освіти. Матеріали для використання в роботі під час воєнних дій. URL: <https://imzo.gov.ua/psychologichnyj-suprovid-ta-sotsialno-pedahohichna-robota/materialy-dlia-vykorystannia-v-roboti-pid-chas-voiennykh-diy> (дата звернення: 10.02.2026).

23. Діти і війна: психологічні наслідки та допомога : монографія / за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2014. 216 с.

