

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА
ГРІНЧЕНКА**

ФАКУЛЬТЕТ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ

Кафедра освітології та психолого-педагогічних наук

**РЕАЛІЗАЦІЯ ТРАВМА-ІНФОРМОВАНОГО ПІДХОДУ В ОСВІТНЬОМУ
ПРОЦЕСІ СУЧАСНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Спеціальність 011 Освітні, педагогічні науки

Гапчик Катерина Валеріївна
ОДКОМ-1-24-1.4.д

Науковий керівник:
Желанова Вікторія В'ячеславівна
докторка педагогічних наук, професорка,
професорка кафедри освітології та
психолого-педагогічних наук

Допущено до захисту
Протокол № __ від _____

Завідувачка кафедри
Хоружа Людмила Леонідівна
докторка педагогічних наук, професорка

КИЇВ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ТРАВМА-ІНФОРМОВАНОГО ПІДХОДУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ СУЧАСНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	6
1.1. Аналіз феномену травми як ґрунтового поняття травма-інформованого підходу.	6
1.2. Травма-інформований підхід як проблема зарубіжного та вітчизняного наукового дискурсу	20
1.3. Сутність моделей травма-інформованого підходу та їх адаптація в освітньому середовищі університету.	40
Висновки до розділу 1	54
РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ ІДЕЙ ТРАВМА-ІНФОРМОВАНОГО ПІДХОДУ В СУЧАСНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	56
2.1. Аналіз нормативних й методичних документів в контексті їх потенціалу щодо впровадження ідей ТІП в сучасному університеті	56
2.2. Аналіз досвіду впровадження ТІП у Київському столичному університеті імені Бориса Грінченка	61
Висновки до розділу 2	75
ВИСНОВОК	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ	86

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена передусім трансформаціями, які сьогодні переживає система вищої освіти України в умовах війни. Освітній процес відбувається в реальності постійної небезпеки, втрат, вимушених переміщень, тривалого емоційного напруження та нестабільності. Значна частина здобувачів вищої освіти має досвід травматичних подій, що безпосередньо впливає на їхню здатність навчатися, концентрувати увагу, вибудовувати довірливі взаємини, планувати майбутнє та зберігати внутрішню рівновагу. У таких умовах університет дедалі більше постає як середовище, що має сприяти відновленню й розвитку особистості. При цьому є важливою проблема зниження ризиків повторної травматизації студентів у закладах вищої освіти (далі ЗВО). Йдеться про очевидні запобігання відкритим формам насильства чи дискримінації, та про менш очевидні чинники освітнього середовища такі, як перевантаження, непередбачуваність вимог, жорсткі форми контролю, некоректну роботу з чутливими темами, ігнорування емоційного стану студентів. За відсутності системного підходу навіть формально безпечне освітнє середовище може відтворювати умови, у яких травматичний досвід лише посилюється. У таких умовах травма-інформований підхід (далі ТІП) постає як одна з відповідей на сучасні виклики освіти. Його теоретичні засади сформувалися в межах міждисциплінарних досліджень психотравми, нейробіології, психотерапії та соціальної роботи. Вагомий внесок у формування сучасної моделі ТІП зробили такі дослідники як: Бессел ван дер Колк, Брюс Перрі, Джон Брієр, Джудіт Герман, Максін Гарріс та Роджер Фаллот, у працях яких травма осмислюється як досвід, що визначає спосіб навчання, поведінку, комунікацію та здатність людини до саморегуляції й розвитку. За кордоном, ці ідеї реалізуються через моделі Whole School / Whole Campus Approach, Sanctuary Model, Social Emotional Learning, що доводять ефективність інтеграції принципів ТІП у діяльність соціальних інституцій. В українському освітньому просторі теж формується травма-інформований підхід хоча й

аспектно. З'являються практичні ініціативи, спрямовані на створення безпечного та підтримувального освітнього середовища. Зокрема, у Київському університеті імені Бориса Грінченка запроваджено тренінги для викладачів щодо створення травма-інформованого освітнього середовища, а на факультеті педагогічної освіти реалізовано спеціальний курс для магістрантів з освітнього коучингу, що включає модуль із травма-інформованості. Водночас у сфері вищої освіти дорослих травма-інформований підхід поки що більше присутній у вигляді окремих ініціатив, ніж як цілісно вибудована освітня система. Особливо відчутною є нестача чітко окреслених індикаторів реалізації принципів ТІП на рівні освітніх політик, педагогічних практик і систем психологічної та соціальної підтримки. Часто принципи безпеки, довіри, партнерства та студентоцентрованості задекларовані в стратегічних документах, але не завжди отримують послідовне втілення в реальному освітньому процесі. Актуальність дослідження посилюється також змінами у самій філософії вищої освіти, яка дедалі більше орієнтується на людиноцентровану парадигму. Травма-інформований підхід – це рамка організації освітнього середовища, яка поєднує академічні стандарти з етичним, психологічним та соціальним контекстом освітнього процесу. Саме ці обставини зумовлюють потребу в науковому осмисленні освітнього потенціалу травма-інформованого підходу, визначенні можливостей його реалізації в сучасному університеті та аналізі того, як принципи ТІП можуть бути інтегровані на нормативному, інституційному, програмному й дисциплінарному рівнях підготовки фахівців у ЗВО. Отже, зазначені об'єктивні чинники зумовили вибір теми магістерської роботи «Реалізація травма-інформованого підходу в освітньому процесі сучасного університету»

Об'єкт дослідження – реалізація травма-інформованого підходу в освітньому процесі сучасного університету.

Предмет дослідження – потенціал нормативного і дидактико-методичного супроводу освітнього процесу за освітньою

програмою 2.A1.00.02 Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих у контексті реалізації ідей травма-інформованого підходу.

Мета дослідження – проаналізувати сутність феноменів «травма» та «травма-інформований підхід» у вітчизняному та зарубіжному науковому дискурсі та з'ясувати потенціал нормативного й методичного забезпечення освітнього процесу в сучасному університеті у контексті впровадження ідей травма-інформованого підходу.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати феномен травми, як ґрунтовне поняття травма-інформованого підходу;
- 2) визначити сутність травма-інформованого підходу, як проблеми зарубіжного та вітчизняного наукового дискурсу;
- 3) висвітлити моделі травма-інформованого підходу та особливості їх адаптації в сучасному університеті;
- 4) проаналізувати нормативні і методичні документи державного, інституційного й програмного рівня щодо їх потенціалу у контексті реалізації ТІП.
- 5) оцінити інституційний потенціал університету щодо впровадження ТІП.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз та узагальнення наукових досліджень; дефініційний аналіз базових понять; вивчення нормативних та програмних документів; *емпіричні:* вивчення та узагальнення сучасного педагогічного досвіду; контент-аналіз для виявлення та класифікації фрагментів тексту, що відповідають принципам ТІП.

Апробація результатів: участь у IX Міжнародній Грінченківській науковій школі у галузі знань 01 Освіта/Педагогіка для магістрантів, аспірантів, докторантів та молодих учених (18-22 листопада 2024 р); участь у V Міжнародній науковій конференції «Педагогіка у міждисциплінарному вимірі: реалії вищої освіти у контексті викликів сьогодення» (20 листопада 2024 р); участь у IX Міжнародній науково-практичній конференції «Інновації

партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму» (22-23 травня 2025 р.).

Надруковані тези: Желанова В. В., Гапчик К. В. «Сутність травма-інформованого підходу та реалізація його ідей в сучасному університеті» // Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали IX Міжнародній науково-практичній конференції (м. Кам'янець-Подільський, 22-23 травня 2025 р.) С. 342-345. Опублікована стаття: Желанова В. В., Гапчик К. В. «Генеza становлення проблеми травма-інформованого підходу у науковому дискурсі» // Вісник науки та освіти // Християнська академія педагогічних наук України // (2025 р.) С. 1196-1208.

Структура й обсяг роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, п'ятих підрозділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ТРАВМА-ІНФОРМОВАНОГО ПІДХОДУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ СУЧАСНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

1.1. Аналіз феномену травми як ґрунтового поняття травма-інформованого підходу.

Для осмислення стану наукової розробленості травма-інформованого підходу, доцільно розпочати з аналізу його витоків, а саме ключового для нього поняття, феномену травми. Поняття «травма» походить від давньогрецького слова τραῦμα [4], що позначало «рана», або ж «пошкодження», тобто порушення цілісності тіла внаслідок зовнішнього впливу [2]. Етимологічне значення збереглося в медичному вжитку, і використовується для позначення ушкоджень тканин чи органів, зумовлених механічними, термічними, хімічними або радіаційними факторами [1].

Аналіз історичної медичної літератури показує, що розширення розуміння травми від фізичних ушкоджень до психічних реакцій не було одномоментним. Упродовж XVIII–XIX століть лікарі й дослідники намагалися описати специфічні психічні наслідки травматичних подій, зокрема пов'язаних із війнами, аваріями та іншими техногенними катастрофами. У цей період з'являлися різні терміни на позначення наслідків таких станів: «ностальгія», «втома солдата», «солдатське серце», «залізничний хребет», тощо [5]. Протягом XIX – початку XX століття точилися активні наукові дискусії щодо природи неврозів, у межах яких травматичні симптоми пояснювалися або як наслідок органічного ушкодження нервової системи, або як результат психологічного шоку й психічної дезорганізації [58]. 1884 рік знаменувався появою терміна «травматичний невроз» у книзі «Die Traumatischen Neurosen» Г. Оппенгайма, що містила опис 42 випадків, спричинених залізничними або виробничими аваріями. Подальші війни, зокрема російсько-японська та Перша світова війна, остаточно закріпили уявлення про бойову психічну травматизацію як

окрему клінічну проблему, бо саме в межах цього конфлікту, ймовірно, вперше відбулося інституційне визнання післябойових психічних симптомів з боку як медичної спільноти, так і військового командування [31].

У другій половині XIX ст. французький невролог Жан-Мартен Шарко, звернув увагу на зв'язок між важкими переживаннями і неврологічними симптомами [45]. На думку Шарко, наявний подвійний механізм розвитку таких станів: вразлива, спадково обумовлена, нервова система пацієнта і потужний зовнішній чинник – травматична подія, яка і провокує розлад. За його словами, сильне емоційне потрясіння може спричинити функціонально обернені неврологічні симптоми – паралічі, втрату чутливості, судоми, що є подібними до фізичної травми [15]. Джудіт Герман вказує, що саме в працях Шарко вперше чітко прозвучала ідея про психогенну природу частини невротичних розладів, позначивши відхід від суто медичного, тілесного трактування травми [35].

Його учень, П'єр Жане, далі розвинув ці ідеї і заклав основи наукового розуміння психологічної травми. Жане вивчав пацієнтів з істерією та дійшов до висновку, що надзвичайно сильний стрес або переляк може дезінтегрувати свідомість. За його концепцією, травматичні спогади не засвоюються нормально, а відщеплюються від свідомості, продовжуючи існувати автономно у формі підсвідомих, фіксованих ідей чи так званих моторних автоматизмів [50]. Стан людини, яка постраждала від психічної травми, він описував як стан вимкненого мовлення або невимовного жаху, коли звичайні когнітивні схеми не спрацьовують для осмислення події. Як наслідок, пам'ять про травму ізолюється від решти свідомості та виникає дисоціація, що проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, соматичних симптомів тощо [53]. Праці П'єра Жане фактично описали психологічний механізм травми та ввели до наукового обігу поняття посттравматичних, підсвідомих симптомів, зумовлених не тілесним ушкодженням, а саме пережитим досвідом людини.

Схожі ідеї розвивалися в психіатрії та психоаналізі. Австрійський лікар Зигмунд Фройд, який у 1885–1886 рр. відвідував лекції Шарко [27], засвоїв концепцію «травматичного неврозу» і застосував її до пояснення істеричних розладів [13]. У праці «Дослідження істерії» (1895), написаній спільно з Й. Броєром, З. Фройд показав, що істеричні симптоми є наслідком пригнічених травматичних спогадів [28]. Він вважав, що в основі неврозів лежить внутрішній відбиток травматичного переживання, який через нестерпність витісняється зі свідомості в несвідоме і так продовжує впливати на психіку. Відоме фройдівське положення про те, що істерики страждають переважно від спогадів, показує центральну роль психічної травми в розвитку симптомів. І доводить наступну думку, що травматичний досвід рідко постає як ізольований або однозначно окреслений спогад. Натомість він функціонує як пусковий механізм, що зумовлює появу різноманітних психічних і поведінкових реакцій. У низці випадків саме травма лежить в основі таких проявів, як фобії, obsесивні симптоми чи порушення мовлення [6]. Хоча й згодом Фройд модифікував свою теорію, перейшовши від реальних дитячих травм до несвідомих фантазій, сама ідея психологічної, нематеріальної травми увійшла до наукового дискурсу [29]. На початку XX ст. завдяки працям Шарко, Жане та Фрейда, психотравму почали виокремлювати як відносно самостійне явище, що не зводиться до тілесного ураження. Відтак у науковому дискурсі почало оформлюватися чіткіше розрізнення між фізичною травмою, як пошкодженням тіла і психологічною травмою, як глибоким порушенням внутрішнього емоційного і когнітивного стану, спричиненим подіями, що перевищують можливості психіки до розуміння. Дослідники Нік Хаслам та Мелані Дж. Макграт відзначають, що відбулася метафорична експансія від тілесного ушкодження до психічного і травма більше не є обов'язково окремим нападом на фізичну цілісність організму, а може бути також тривалим станом, який нас турбує [32].

У військово-медичному дискурсі, під час Першої світової війни, Чарльз Майерс увів у науковий обіг термін «снарядний шок» [49], описуючи

психологічні реакції солдатів на артилерійські обстріли. Та на початку Другої, Абрам Кардінер, у своїй роботі «The traumatic neuroses of war» (1941 р.), сформулював поняття «бойового неврозу», де описав його симптоматику [39].

Кінець війни у В'єтнамі дозволив переосмислити характер психічних наслідків участі у бойових діях. Відзначалося, що майже 30% військовослужбовців втрачала боєздатність через психологічне виснаження та розлади, спричинені тривалим впливом бойового стресу [3]. Маштаб цих проявів, привернув увагу медичної спільноти, науковців і громадськості. Це спричинило хвилю досліджень і суспільного тиску з вимогою офіційного визнання психічних наслідків воєнного досвіду як окремого предмета діагностики та лікування [61]. Результатом стало офіційне включення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) до третього видання «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» [21] Американської психіатричної асоціації у 1980 році. Це рішення засвідчило перше формальне визнання психологічної травми як самостійного чинника, здатного спричинити психопатологічний стан, що підлягає клінічній оцінці та терапевтичному втручання. Критерії ПТСР у третьому виданні наголошували на винятковості травматичної події, вона мала виходити за межі звичного людського досвіду і викликати в людини інтенсивний страх, жах або безпорадність. У наступних редакціях, поняття травми поступово розширювалося. Відзначалося, що травматичний стрес може виникати не тільки від особисто пережитої події, а й від спостереження чи навіть опосередкованого зіткнення (через розповіді, медіа) з катастрофічними подіями. Також дедалі більше враховувалися суб'єктивні переживання постраждалого та його індивідуальна оцінка і реакція на подію [30].

На початку XXI ст. сформувалася парадигма розуміння травми, яка поєднує в собі біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Визнається, що травматична подія впливає одночасно на тіло (нейробіологічні зміни), психіку (емоції, когніції) та соціальне функціонування людини [24]. Зокрема, у 2014

р. урядове агентство SAMHSA (Служба з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я, США) запропонувало узагальнювальну концепцію травми «3 Е» – Event, Experience, Effect (Подія, Досвід, Ефект). Згідно з SAMHSA, травма – це подія, низка подій або обставин (Event), які переживаються людиною з глибоким почуттям небезпеки, страху чи безпорадності (Experience) і мають тривалі негативні наслідки (Effect) для її фізичного та психічного благополуччя [14].

Травматичність ситуації сьогодні визначається не одною характеристикою самої події, але й суб'єктивним досвідом потерпілого (одна й та сама подія може бути травматичною для однієї людини і не мати руйнівного впливу на іншу) та тривалими наслідками для життя особи [35]. А до прикладу Марк Мікале і Пол Лернер, обидва історики психіатрії, зневажають будь-яке єдине «об'єктивне» визначення травми. На їхню думку, травма не є подією як такою, а переживанням або спогадом про подію в свідомості індивіда або житті спільноти [42].

Отже, це поняття набуває нового значення, оскільки психологічна шкода представлена як та, що подібна до фізичної травми, та є формами болю або ослаблення, спричиненими значною зовнішньою подією [32]. Можна стверджувати, що протягом останніх століть розуміння феномену травми еволюціонувало від суто фізичного поняття рана/ушкодження до складної конструкції, що охоплює тілесні, психологічні та соціокультурні аспекти. Травма – це комплексний процес, що включає подію, її індивідуальне переживання та довготривалий вплив на людину і навіть на спільноти.

Саме через багатовимірність цього явища зріз інтерес до вивчення травми з позиції міждисциплінарності, зокрема, у психології, нейронауках, педагогіці, соціології та суміжних галузях.

За визначенням Американської психологічної асоціації, психологічна травма постає як переживання, що супроводжується інтенсивним страхом, почуттям безпорадності, дезорієнтацією та порушенням відчуття реальності. Такі стани здатні формувати тривалий негативний вплив на спосіб мислення,

поведінкові стратегії та повсякденне життя особи [8]. У психіатрії, зокрема в діагностичних критеріях ПТСР, травматичною подією вважається вплив реальної або смерті, що загрожує, серйозного поранення чи сексуального насильства, причому як через особистий досвід, так і через спостереження чи дізнання про подію від близьких [22].

Соціальні науки вводять концепти колективної, культурної та історичної травми. Колективна травма – це травматичний досвід, який одночасно переживає ціла група людей або спільнота, який змінює саму тканину цієї спільноти [56]. Наприклад, терористичний акт, що стався 11 вересня 2001 року в США описують як колективну травму, що призвела до масових індивідуальних страждань та до змін у суспільних нормах та політиках, як-от посилення безпеки, зміни в правилах авіа-перельотів тощо. Колективна травма впливає на стосунки всередині спільноти, її ідентичність та передає цей вплив наступним поколінням. Близьким поняттям є історична травма (в ширшому понятті культурна) і описується як, емоційний і психологічний біль, що передається поколіннями внаслідок масивних травматичних подій, пережитих певною культурною групою [7]. Травма геноцидів або колонізації продовжує відбиватися на нащадках постраждалих груп (наприклад, спадщина Голодомору чи геноциду корінних народів). Історична травма характерна тим, що її ефекти накопичуються у поколіннях. Дослідники, Марія Єллоу Хорс та Брейв Гарт, відзначають типові наслідки цього явища, такі як зловживання алкоголем і наркотиками, депресія, недовіра, передчасна смертність – як відповідь спільноти на давні колективні рани [33].

Нейробіологія розглядає травму як процес, який призводить до нейрофізіологічних змін у мозку і нервовій системі. Важкий стрес травматичної події порушує нормальну роботу механізмів реакції на стрес: гіперактивується мигдалеподібне тіло, що відповідає за страх, змінюється робота гіпокампу (пам'ять) та префронтальної кори (контроль емоцій), розбалансовується

гормональна регуляція

(гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь) [64]. Бессел ван дер Колк визначає травму як досвід, що настільки перевантажує системи захисту, що завдає шкоди нейробіологічному функціонуванню і залишає людину нездатною розпізнавати та регулювати небезпеку, через що постраждалий ніби постійно бореться з невидимими загрозами [65].

Інтеграція підходів із різних наукових дисциплін дала змогу сформувати більш комплексне уявлення про травму, у тому числі і щодо її типології. Зокрема, сучасна наукова література пропонує кілька класифікацій, що дає змогу точніше аналізувати її вплив на людину.

Гостра травма – одинична надзвичайно стресова подія відносно короткої тривалості. Це може бути природна катастрофа, аварія, акт насильства, пережитий одномоментно. Гостра травма запускає негайну стресову реакцію, а саме притаманний короткочасний стан шоку, дезорієнтації, сильного страху. За нормальних умов гостра реакція згасає протягом кількох днів чи тижнів. Якщо ж симптоми тривають довше місяця, може розвинутиися ПТСР [11].

Хронічна травма – тривалий або повторюваний травматичний вплив. Йдеться про ситуації, коли тригери діють протягом значного часу або виникають знову і знову як-от, тривале фізичне чи сексуальне насильство, життя в зоні бойових дій, систематичне переживання небезпеки. Нервова система фактично постійно перебуває в стані підвищеної бойової готовності або виснаження [68].

Комплексна травма – підвид хронічної травми, включає повторювані випадки насильства, експлуатації чи зради з боку значимих осіб (батьків, опікунів) протягом тривалого часу. Важливою ознакою є неможливість втечі, тобто людина, що зазнає насильства, приміром, дитина, змушена залишатися в середовищі, що травмує і не має контролю над ситуацією [9].

Вторинна травма – травматизація, що виникає від непрямого впливу. Це може бути спостереження або співпереживання чужої травми. Цей феномен часто трапляється у професіоналів, які працюють із людьми, що травмовані,

до прикладу: психотерапевти, лікарі, рятувальники, військові, журналісти, соціальні працівники тощо, родичі постраждалих. Також вживають термін «вторинний травматичний стрес», розроблений фахівцями з травм Бет Стамм, Чарльзом Фіглі та іншими на початку 1990-х років, коли вони намагалися зрозуміти, чому працівники служб, що надають послуги, виявляли симптоми, схожі на ПТСР, не будучи безпосередньо травмованими [20].

Попередній огляд типів травм дозволив структурувати уявлення про багатоаспектність травматичного досвіду. Водночас для глибшого розуміння впливу травми на психіку людини недостатньо лише класифікації; необхідним є аналіз внутрішніх механізмів переживання, адаптації та відновлення. Саме цю функцію виконують концептуально-теоретичні моделі травми. Узагальнено найбільш впливові підходи, які формують підґрунтя сучасного травма-інформованого мислення у форматі таблиці.

Таблиця 1.1

Трактування феномену «травма» в концептуально-теоретичних моделях

Назва теорій, концепцій та моделей	Автор	Короткий опис	Ключові елементи	Практичне значення
Полівагальна теорія [54]	С. Порджес, 1994	Нейробіологічна модель відповіді автономної нервової системи (АНС) на загрозу, де відповідно запускається одна з трьох біологічних стратегій реагування. Ці реакції не є свідомим вибором, бо вони вбудовані еволюційно.	1. Соціальна взаємодія (Ventral Vagal State) – стан безпеки 2. Боротьба/втеча (Sympathetic Activation) – стан загрози 3. Завмирання (Dorsal Vagal Shutdown) – стан безвиході	Пояснює автоматичні реакції на тригери; акцент на відновленні почуття безпеки
Тріада симптомів ПТСР [22, 27]	Американська психіатрична асоціація	Класична структура симптомів ПТСР, що відображає порушення	1. Повторне переживання – проявляється у формі флешбеків,	Сприяє діагностиці й вибору відповідних

		процесів емоційної регуляції, уваги та почуття безпеки.	тригерів, нічних кошмарів, тощо. 2. Уникання – захист психіки від всього, що може нагадувати травму. 3. Гіперзбудливість – постійний стан підвищеної напруги нервової системи	терапевтичних стратегій
Трифазна модель терапії травми [35]	Дж. Герман, 1992	Модель етапного відновлення після травми	1. Стабілізація (відновлення почуття безпеки та контролю) 2. Опрацювання травматичного досвіду (осмислення травматичних спогадів) 3. Реінтеграція (повернення до активного життя, ролей, соціальних зв'язків)	Основа для відновлення в умовах складної травматизації
Травматогенні динаміки [26]	Д. Фінкельхор, 1985	Чотири фактори наслідків дитячої травми (травматична сексуалізація, зрада, стигматизація, безсилля)	Травма формує стійкі деструктивні внутрішні динаміки, які змінюють: – уявлення людини про себе – уявлення про інших – відчуття контролю – межі тіла та психіки	Дає розуміння довгострокових наслідків дитячих травм, застосовується поза контекстом сексуального насильства.
Теорія структурної дисоціації [51]	О. ван дер Харт та ін.	Пояснює фрагментацію особистості через травму	Після травми особистість розподіляється на дві базові системи: ANP – щоденна частина	Ефективна у роботі з складними травматичними розладами, зокрема комплексного

			(Apparently Normal Personality) – відповідає за повсякденне життя; – уникає спогадів про травму; – “функціонує”, вчиться, працює, соціально пристосовується. ЕР – емоційна травматична частина (Emotional Part) – застрягла у травматичному досвіді; – активується тригерами; – містить страх, біль, сором, безсилля, жах.	посттравматичного стресового розладу.
Теорія когнітивного оцінювання [38]	Дж. Джаноф-Булман, 1992	Порушення базових переконань після травми	Спирається на три фундаментальні когнітивні припущення: 1) Світ є безпечним і передбачуваним 2) Інші люди в цілому є доброзичливими 3) Я є цінною людиною і заслуговую на безпеку.	Допомагає у відновленні особистісних структур і переконань після пережитої травми

Ключові моделі травми відображають еволюцію наукового розуміння травми, починаючи від реакцій нервової системи до соціального контексту переживання й інтеграції досвіду. Їхнє осмислення є умовою для побудови цілісного травма-інформованого підходу. Важливим це знання стає у контексті освітньої діяльності, адже дозволяє краще усвідомити, як саме травма впливає на функціонування людини в процесі навчання.

Перейдемо до аналізу основних наслідків травматичного досвіду для особистості, зосереджуючись на прояві у навчальному середовищі. Психологічна травма, спричинена екстремальними стресовими подіями (наси́льство, катастрофи, війна тощо), здатна чинити тривалий деструктивний вплив на особистість і функціонування людини. Наслідки травматичного досвіду проявляються у різних сферах життя людини – когнітивній, емоційній, поведінковій, соматичній та соціальній, і особливо негативно позначаються на навчальному процесі [23]. В умовах закладів освіти все більше зустрічається дітей і молоді, які мають травматичний досвід; для педагогів це означає необхідність розуміти, як травма впливає на здатність учня навчатися, спілкуватися і розвиватися.

Травматичний досвід може суттєво порушувати когнітивні процеси – сприйняття, пам'ять, увагу, мислення. Люди, які пережили травму, часто мають труднощі з ясним мисленням, плануванням і розв'язуванням проблем. У стані хронічного стресу мозок перебуває у режимі виживання, тому і важко зосередитися на навчальних завданнях та засвоювати нову інформацію. В учнів із травматичним досвідом погіршуються показники когнітивного розвитку: спостерігаються проблеми з увагою, уповільнення обробки інформації, зниження пам'яті та виконавчих функцій [19]. Зокрема, у них в середньому фіксують нижчі результати інтелектуальних тестів (IQ), слабші навички читання та загальне зниження успішності у школі, а також більшу кількість пропущених навчальних днів [40]. Частим проявом є феномен відключення або дисоціації, коли людина може наче «витати у хмарах», не реагувати на звернення – це несвідомий захисний механізм психіки, що, втім, заважає бути присутнім у моменті навчання. Ті, що пережили складну травму, мають специфічні труднощі у навчанні, що вимагає додаткової підтримки в освітньому середовищі. Таким чином, когнітивні наслідки травми підривають академічну успішність і можуть зумовлювати відставання в навчанні.

Психотравма глибоко впливає на емоційну сферу особистості. Діти і дорослі з травматичним досвідом часто стикаються з труднощами у

розпізнаванні, вираженні та регуляції своїх емоцій. У них відзначаються хронічна тривога, підвищена страхітливість, депресивні стани або постійний гнів, що може різко змінюватися або виходити з-під контролю. Емоційні реакції таких осіб бувають непередбачуваними, надмірно інтенсивними, бо навіть незначні тригери або нагадування про травму здатні викликати бурхливі сплески відчаю, злості чи паніки. Внаслідок травми світ сприймається як небезпечний, а базова довіра підірвана, тому травмовані діти часто знаходяться у стані постійної «бойової готовності» [65]. У навчальному процесі це проявляється, зокрема, у тому, що дитина може легко фруструватися і зневірюватися при найменших труднощах: наприклад, у школі травмований учень здатен настільки розчаровуватися через складне завдання, що кидає його виконання. Отже, емоційні наслідки травми створюють для постраждалого учня суттєві труднощі в навчанні, заважаючи зосередитися на матеріалі та брати участь у спільній діяльності.

Травматичний досвід відображається також в поведінці особистості, часто проявляючись у дезадаптивних або екстремальних формах поведінки. Людина з психотравмою може реагувати надто інтенсивно на тригери, або, навпаки, впадати в заціпеніння; їй важко контролювати імпульси та заспокоюватися після збудження (Б. ван дер Колк, 2014). Як наслідок, поведінка стає непередбачуваною, вибуховою, іноді агресивною щодо оточення. Нерідко такі учні потрапляють у конфлікти, провокують бійки або проявляють вередливість та непокору стосовно правил, що може бути зовнішнім проявом внутрішнього болю і страху. З іншого боку, деякі травмовані діти демонструють надмірно контрольовану поведінку та показну слухняність, як захисну стратегію уникнення покарання. Травмовані діти значно частіше схильні до ризикованих вчинків (наприклад, самопошкодження, вживання психоактивних речовин). У шкільному середовищі педагог може помітити такі індикатори травми, як різка зміна поведінки учня, спалахи дратівливості чи гніву, часті зриви або істерики, хронічна неслухняність або, навпаки, соціальна ізоляція. Важливо

підкреслити, що проблемна поведінка учня часто є способом комунікації пережитих нею страждань, і не завжди є просто поганою поведінкою [60]. Тому, поведінкові наслідки травми проявляються у деструктивних або нетипових моделях дій, які у навчальному процесі можуть призводити до дисциплінарних проблем, відсторонення від занять та стигматизації учня з боку оточення.

Психологічна травма знаходить відображення й у тілі, через тісний зв'язок нервової та ендокринної систем із емоційними центрами мозку. Хронічний стрес, який супроводжує травмовану особу, підтримує організм у стані постійної фізіологічної напруги (підвищене виділення кортизолу, адреналіну), що з часом виснажує резерви здоров'я. У сучасних медико-педагогічних дослідженнях показано, що хронічний токсичний стрес у дитячому віці може супроводжуватися стійкими структурно-функціональними змінами в ключових нейронних системах, залучених до регуляції емоцій, пам'яті, виконавчих функцій і соціально-емоційної поведінки, зокрема на рівні мигдалеподібного тіла, гіпокампа та префронтальної кори. Такі зміни розглядаються як нейробиологічна основа вразливості до навчальних труднощів, що виявляється у зниженні здатності до концентрації, опрацювання інформації та повноцінного включення в освітню взаємодію [59]. У дітей, які зростають у страхітливих, небезпечних умовах, нерідко спостерігається дизрегуляція біологічних ритмів та систем, як наслідок, може порушуватися нормальний розвиток мозку та імунної системи [52]. Частими соматичними проявами травми є психосоматичні скарги – хронічні або рецидивні головні болі, болі в животі, нудота, м'язова напруга, що часто не мають чіткої медичної причини. Дитина може скаржитися на різні нездужання, швидко втомлюватися на уроках, виглядати млявою або, навпаки, надмірно збудженою. Окрім того, травмовані діти страждають від розладів сну (нічні кошмари, безсоння), що призводить до денної сонливості та зниження концентрації в школі. Деякі дослідження вказують, що в дорослому віці наслідки дитячої травматизації

підвищують ризик хронічних захворювань (серцево-судинних, аутоімунних тощо), проте вже в школі можна побачити збільшення пропусків занять через хвороби у дітей з травматичним досвідом [24]. Отже, соматичні наслідки травми негативно впливають на навчальну активність, зменшуючи працездатність і присутність учня у школі.

Травма суттєво впливає на соціальну взаємодію та особистісні стосунки людини. Ранні психотравми, а саме ті, що пов'язані з насильством чи нехтуванням, підривають базову довіру дитини до світу і до інших людей. Діти, які зазнали жорстокого поводження або втратили надійного опікуна, часто не формують здорової прив'язаності, через що почуваються в небезпеці і самотньо у соціумі. У результаті вони можуть замикатися в собі, уникати близькості з однолітками та дорослими або ж, навпаки, поводитися провокативно і недоречно, випробовуючи межі дозволеного у стосунках [18]. Травмована молодь має труднощі з налагодженням дружніх контактів, не вміє повною мірою довіряти навіть тим, хто заслуговує довіри. Нерідко спостерігається зниження емпатії та соціальних навичок: дитина може неправильно інтерпретувати наміри інших, остерігатися авторитетних осіб (учителів, вихователів) або, навпаки, демонструвати невиправдану прив'язаність до сторонніх у пошуках захисту [17]. Як зазначає ван дер Колк [66], у дітей із досвідом хронічної міжособистісної травматизації формується стійка втрата довіри до фігур піклування та захисту, а також очікування повторної загрози або покинення. Унаслідок цього вони організовують свої стосунки або за типом надмірної, чіпкої прив'язаності, або через опозиційність, уникання та недовіру до дорослих, що безпосередньо зумовлює страх перед авторитетними особами та дезорганізовані моделі соціальної взаємодії. У шкільному колективі це може проявлятися у формі соціальної ізоляції травмованого учня, конфліктності в колі однолітків, труднощів у спілкуванні з учителями та недовіри до дорослих. Соціальні наслідки травми, таким чином, є причиною порушення процесу соціалізації, бо дитині важко інтегруватися в групу, брати участь у спільних проектах,

вона може уникати будь-якої уваги або, навпаки, постійно вимагати її деструктивними способами. Це створює додаткові виклики як для самого учня, так і для педагогів та шкільних психологів, які намагаються забезпечити комфортне середовище навчання.

Розглянуті наслідки травми – когнітивні, емоційні, поведінкові, соматичні та соціальні демонструють, що травматичний досвід має комплексний системний вплив на особистість і здатен серйозно ускладнити освітній процес. Травма порушує нормальне функціонування мозку, емоційної сфери та соціальних навичок настільки, що фактично розриває зв'язок людини з навчанням. Академічна наука і практика одноставні в тому, що ігнорувати ці наслідки в освітньому середовищі неприпустимо. Без розуміння суті проблеми педагогічні зусилля можуть виявитися марними або навіть нашкодити учню. Натомість впровадження підходів, чутливих до травми, та створення травма-інформованого освітнього середовища здатні істотно покращити ситуацію. Забезпечення психологічної безпеки, налагодження довірливих стосунків «учитель–учень», «викладач–студент», гнучкість у навчальних вимогах і надання спеціалізованої підтримки є необхідними умовами успішного навчання для людей з травматичним досвідом. Усвідомлення того факту, що проблеми з навчанням і поведінкою можуть бути наслідком пережитої травми, дозволяє змінити підхід з осуду на підтримку. Відповідно, підсумком даного огляду є теза про важливість інтеграції знань про наслідки травми у педагогічну практику.

1.2. Травма-інформований підхід як проблема зарубіжного та вітчизняного наукового дискурсу

Поступове усвідомлення впливу психічної травми на життя людини призвело до формування травма-інформованого підходу як нової міждисциплінарної парадигми, що поєднує психологію, медицину, соціальну роботу, освіту та право. Якщо попередній розділ був зосереджений на понятті травми та еволюції її трактування, то на цьому етапі доцільно звернутися до

аналізу того, як у науковому дискурсі формується уявлення про травма-інформований підхід.

Формування ТІП стало можливим завдяки накопиченню емпіричних знань про травму впродовж ХХ століття. Історично поняття психологічної травми почало науково осмислюватися в клінічному контексті ще наприкінці ХІХ – на початку ХХ століття у працях Ж. М. Шарко, П. Жане та З. Фрейда, які досліджували істерію та неврози, закладаючи підґрунтя для розмежування фізіологічних і психологічних аспектів травматичних розладів. Після світових війн з'являються перші системні описи травматичного неврозу у ветеранів (А. Кардінер, 1920-ті рр.), що привертає увагу до психотравм у межах клінічної психології та психіатрії. У цей період травма розглядалася передусім як індивідуальний патологічний стан, зосереджений на симптомах.

Лише наприкінці ХХ століття відбувається поступовий перехід до міждисциплінарної перспективи. Визнання посттравматичного стресового розладу як окремого діагнозу в DSM-III (1980) стало поворотним моментом, який започаткував нову хвилю досліджень пам'яті, нейробіології та тілесних механізмів травми. Зокрема, Б. ван дер Колк у праці «The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder» (1984) показав, що травматичні спогади зберігаються у формі фрагментованих сенсорних і тілесних слідів, що пояснює різку фізіологічну реакцію на тригери навіть через роки після події. Для цього етапу залишалось характерним медично-орієнтоване запитання: «Що не так із цією людиною?».

У 1990-х – на початку 2000-х років формується ширше психосоціальне бачення травми. Д. Герман у праці «Trauma and Recovery» (1992) вводить поняття комплексної хронічної травми, наголошуючи на тому, що тривалий досвід насильства, безсилля та порушення базової безпеки призводить до глибоких змін особистості. Паралельно результати масштабного дослідження Adverse Childhood Experiences (ACE) довели довготривалий зв'язок між дитячими психотравмами та ризиком хронічних захворювань, психічних розладів і соціальної дезадаптації в дорослому віці. Саме на цьому етапі у

фаховій спільноті поступово утверджується зміна бачення з питання «що з тобою не так?» на «що з тобою сталося?», що і створює підґрунтя для появи травма-інформованої парадигми.

Перші концептуальні визначення травма-інформованого підходу з'являються на початку 2000-х років. М. Гарріс і Р. Фаллот у статті «Envisioning a Trauma-Informed Service System: A Vital Paradigm Shift» (2001) трактують ТІП як організаційну філософію надання послуг, у якій поведінка клієнта розглядається крізь призму пережитої травми, а ключовими принципами виступають безпека, довіра, вибір, співпраця та посилення суб'єктності. Саме цей програмний документ уперше ввів термін «trauma-informed» щодо цілої системи (організації). Виділено кілька засадничих принципів, які визначають травма-інформовану систему. Передусім ідеться про створення фізично й емоційно безпечного середовища, де мінімізується ризик ретравматизації (повторного переживання травматичних подій). Важливою є також прозорість і передбачуваність процедур, адже чіткість правил та їхнє послідовне застосування знижують відчуття загрози для людей з досвідом травми. Травма-інформована система, за Гарріс і Фаллот, має ґрунтуватися на визнанні того, що поведінкові реакції клієнтів нерідко зумовлені пережитою травмою. Відтак поважне, недискримінаційне ставлення та універсальне припущення включення (мають на увазі організаційний принцип, згідно з яким кожного клієнта слід розглядати як людину, що потенційно має досвід травми) є базовими вимогами до персоналу. Також система повинна підтримувати право людини на вибір, контроль і участь у прийнятті рішень, передбачати рівноправне співробітництво. Крім того, у статті наголошується на необхідності обов'язкового навчання персоналу, а також на перегляді політик і процедур, щоб усунути практики, які можуть бути потенційно шкідливими або загрозливими для людей з травматичним досвідом.

Подальшого розвитку це розуміння набуло у визначенні SAMHSA, де травма-інформований підхід описується як такий, що передбачає

усвідомлення масштабів впливу травми, розпізнавання її ознак та інтеграцію знань про травму в політики й практики організацій з метою запобігання повторному травмуванню.

Е. Хоппер та співавтори [37] визначають ТІП як орієнтовану на сильні сторони рамку, що забезпечує фізичну, психологічну й емоційну безпеку та створює умови для відновлення контролю й автономії осіб із травматичним досвідом. У працях Говарда Бата травма-інформований підхід у сфері освіти описується через три ключові опори: забезпечення безпеки, підтримку значущих стосунків та розвиток навичок емоційної саморегуляції. На його думку, саме ці компоненти створюють універсальні умови для формування середовища, здатного підтримувати зцілення, розвиток і відновлення навчальної спроможності дитини [10]. Дослідник також наголошує, що застосування ТІП передбачає інтерпретацію поведінкових та емоційних реакцій крізь призму нейробіологічних і соціальних наслідків ранньої травми. Водночас він звертає увагу на ризики так званого «травма-універсалізму» – схильності пояснювати будь-які труднощі виключно досвідом травми та, відповідно, нівелювати інші чинники розвитку. У пізнішій публікації «The Trouble with Trauma» [62] Бат аргументує, що не кожна серйозна несприятлива життєва подія може бути концептуально ототожнена з травмою у вузькому розумінні, і пропонує ширше поняття *severe adversity*, яке охоплює як хронічний стрес, так і події травматичного характеру.

У працях О. Котенко, Б. та С. Паламар і співавторів травма-інформований підхід розглядається як комплексна педагогічна модель, спрямована на врахування наслідків травматичного досвіду студентів в умовах воєнного та поствоєнного освітнього середовища [46]. Автори підкреслюють, що ТІП має забезпечувати академічну успішність, психологічну стабілізацію, емоційну безпеку та підтримку внутрішнього світу особистості, що є вразливою до стресових чинників. Ключовим компонентом ТІП у цьому трактуванні виступає рефлексія, яку автори

інтерпретують як превентивний інструмент для зниження ризику виснаження та фіксації передумов емоційного перевантаження [48]. З позиції цих дослідників, ефективне впровадження ТІП потребує структурованої комунікації викладача зі студентом, передбачуваності навчальних дій, підтримки у подоланні інтелектуальних труднощів та створення середовища, що знижує інформаційне й емоційне навантаження [47]. Систематизуємо подані трактування у форматі таблиці.

Таблиця 1.2

Концептуальні підходи до тлумачення травма-інформованого підходу

Представники	Тлумачення
М. Гарріс і Р. Фаллот	Організаційна система, що виходить із визнання впливу травматичного досвіду на людину, враховує її вразливість і можливі тригерні реакції та цілеспрямовано формує таке середовище, яке мінімізує ризик повторної травматизації. Організації, що працюють у цій логіці, інтегрують розуміння травми в усі рівні функціонування, включно з політиками, процедурами та щоденними практиками. Водночас, цей підхід не зводиться до лікування симптомів, а орієнтується передусім на підтримку, безпеку та запобігання повторному травматичному досвіду.
SAMHSA (2014)	Спосіб організації програм, установ чи систем, за якого визнається поширеність впливу травми та наявність різних шляхів відновлення; здійснюється ідентифікація ознак травматизації у клієнтів, родин, персоналу та інших залучених осіб; а також забезпечується системна інтеграція знань про травму в політики, процедури й

	практичну діяльність з чіткою орієнтацією на недопущення ретравматизації.
Е. Хоппер та співавтори	Програма, що враховує травматичний досвід, визнає роль, яку травма може відігравати в житті клієнтів, і прагне створити безпечне, надійне, сприятливе для співпраці та самореалізації середовище.
Говард Бат	Принцип організації повсякденної взаємодії з дітьми та молоддю, що спирається на розуміння впливу травми на розвиток, поведінку та емоційну регуляцію. Його практичне втілення ґрунтується на трьох взаємопов'язаних опорах: формуванні відчуття безпеки, підтримці значущих стосунків і розвитку здатності до емоційної саморегуляції як умови відновлення та навчання.
О. Котенко, Б. та С. Паламар і співавтори	Комплексна педагогічна стратегія, спрямована на формування безпечного, підтримувального та передбачуваного освітнього середовища з урахуванням наслідків воєнного й інших травматичних досвідів учасників освітнього процесу. Його ключовими орієнтирами є зниження ризиків ретравматизації, підтримка психоемоційної стабільності здобувачів освіти та розвиток культури взаємної поваги й партнерської взаємодії.

Таким чином, з урахуванням наведених наукових підходів, у межах даного дослідження травма-інформований підхід у вищій освіті дорослих трактується як міждисциплінарна педагогічна й організаційна парадигма, що ґрунтується на системному розумінні впливу психічної травми на навчальну

діяльність, емоційну регуляцію, соціальну взаємодію та професійне становлення здобувачів освіти. У цьому контексті ТІП передбачає переорієнтацію освітньої взаємодії з оцінювання дефіцитів на створення безпечного, підтримувального й гнучкого освітнього середовища, у якому поведінкові, емоційні та когнітивні труднощі дорослого здобувача розглядаються як можливі наслідки травматичного досвіду, а не як прояви низької мотивації чи неуспішності.

Для подальшого аналізу важливо розмежувати низку суміжних, але принципово різних понять, які використовуються у літературі та практиці. Систематизуємо їхнє представлення.

Таблиця 1.3

Суміжні до травма-інформованого підходу поняття

Поняття	Основний зміст	Приклад застосування у вищій освіті
Травма-обізнаний (trauma-aware)	Базова поінформованість про поширеність травматичного досвіду та його можливий вплив на поведінку й навчання без змін у політиках і структурі організації	Викладач усвідомлює, що частина студентів могла пережити бойові дії або втрати, та уникає раптових гучних стимулів, попереджає про потенційно тригерний зміст занять
Травма-специфічний (trauma-specific)	Спеціалізовані психокорекційні або психотерапевтичні програми для осіб із наслідками травматичного досвіду	Психологічна служба проводить групи підтримки або когнітивно-поведінкові інтервенції для студентів з проявами ПТСР
Травма-фокусований (trauma-focused)	Підтип trauma-specific втручань, що безпосередньо спрямований на опрацювання травматичних спогадів і симптомів	Індивідуальна терапія за методиками TF-CBT або EMDR для студентів із клінічно вираженими посттравматичними розладами

Звернемося до огляду досліджень, присвячених реалізації травма-інформованого підходу у психологічному, медичному, соціальному, освітньому та правовому контекстах.

Психологія та психіатрія вважаються вихідною точкою травма-інформованого підходу, тому що спочатку саме в цих галузях усвідомили роль травми в розвитку психічних розладів. З кінця XX ст. і дотепер триває накопичення знань про психологічну травму, що прямо

вплинуло на практики психотерапії та консультування. До прикладу, праці Джудіт Герман та Бессела ван дер Колка заклали розуміння, що ефективна психологічна допомога потребує врахування травматичного досвіду клієнта. Герман у своїй концепції трьох етапів лікування травми (стабілізація – опрацювання – відновлення зв'язків) підкреслила важливість відновлення контролю та довіри як перших кроків роботи з травмованими пацієнтами. Ван дер Колк, досліджуючи психофізіологію ПТСР, звернув увагу на соматичні аспекти пам'яті. Його висновки про фрагментарність травматичних спогадів та їх «збереження в тілі» змінили підходи до терапії, включивши методи роботи з тілесними відчуттями, а саме діяльність, спрямовану на усвідомлення тіла, дихальні практики тощо. Тепер у психотерапії травми значно більшого значення надається технікам, що враховують тілесні реакції (наприклад, методи соматичної експозиції, EMDR, тілесно-орієнтована терапія).

Наукові дослідження у психологічному аспекті ТПІ дедалі більше фокусуються на комплексній травмі та її довгострокових наслідках. Зокрема, вивчаються такі феномени, як віктимізація в дитинстві і її зв'язок із ризиком розвитку розладів особистості, модель прив'язаності у травмованих дітей тощо. Також значна увага приділяється вторинній травматизації та професійному вигоранню спеціалістів, що працюють із травмою. Це зумовило формування у сучасній психотерапії концепції підтримки самих фахівців, і появи концепції «trauma-informed therapy for therapists», яку у науковій літературі пов'язують із поняттями вторинної (співпережитої) травматизації та травма-інформованої підготовки персоналу. Як показано у дослідженнях І. Макканн та Л. Перлман [43], систематична робота з травмованими клієнтами може призводити до глибинних змін емоційної сфери, світогляду й самосприйняття терапевтів, а за відсутності підтримки до професійного вигорання та психологічного виснаження. У цьому контексті Дж. Брієр і К. Скотт наголошують, що ефективність психотерапії безпосередньо залежить від рівня самоусвідомлення, емоційної стабільності

та здатності терапевта регулювати власні травматичні реакції, що має бути обов'язковою складовою професійної підготовки [58].

В українському психологічному просторі в умовах повномасштабної війни також посилюється увага до проблематики психічної травми та травма-інформованості, зокрема в контексті надання допомоги внутрішньо переміщеним особам і постраждалим від насильства. Окремі українські психотерапевти інтегрують принципи ТПІ у свою практику, ділячись досвідом на професійних заходах. Проте слід зазначити, що ця сфера в Україні поки лише формується, і більшість методичних матеріалів перекладаються з зарубіжних джерел чи запозичуються з досвіду міжнародних тренерів. Тим не менш, уже сьогодні є усвідомлення, що психологічна служба, в тому числі кризова та реабілітаційна допомога ветеранам, переселенцям, постраждалим повинна будуватися на травма-інформованих засадах.

У сфері медицини травма-інформований підхід найчастіше згадується у контексті охорони психічного здоров'я, первинної медико-санітарної допомоги та педіатрії. Якщо психологи й психіатри зосереджені на власне психічних наслідках травми, то медики стикаються з тим, що травматичний досвід пацієнта може значно вплинути на перебіг лікування соматичних хвороб та довіру до лікаря.

Концепція «trauma-informed care» (травма-інформована допомога) почала активно розвиватися після публікації результатів ACE-дослідження (1998), яке показало зв'язок між дитячими психотравмами і підвищеним ризиком серцево-судинних, аутоімунних, ендокринних та інших захворювань у дорослому віці. Це спонукало медичну спільноту переосмислити підходи до профілактики і лікування, враховуючи, що пацієнти з важким травматичним досвідом потребують особливо чуйного ставлення. У 2014 р. управління SAMHSA видало ключовий документ “SAMHSA’s Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach”, який задав стандарти травма-інформованої практики. На основі цього керівництва було розроблено

низку практичних рекомендацій для лікарень, поліклінік, служб швидкої допомоги. Згідно з SAMHSA, заклад, що прагне бути травма-інформованим, має реалізувати принципи 4 “R”: усвідомлювати масштаб впливу травми (Realize), розпізнавати її прояви у пацієнтів і персоналу (Recognize), реагувати, адаптуючи політики та процедури (Respond), і запобігати повторній травматизації (Resist Retraumatization). Практично це означає, що весь персонал, від реєстратури до лікарів, повинен пройти навчання з питань травми, аби, по-перше, не завдати пацієнту ненавмисної психотравми (наприклад, різкими діями чи неповагою до меж пацієнта), а по-друге, вміти помітити ознаки, що пацієнт пережив травматичні події (наприклад, характерні поведінкові або психосоматичні симптоми). Наприклад, у травма-інформованих дитячих лікарнях створюються «безпечні кімнати» або ігрові простори, де діти можуть розслабитися; лікарі пояснюють медичні маніпуляції зрозумілою мовою, дають дитині максимально можливий контроль (вибір смаку сиропу, можливість тримати улюблену іграшку під час огляду тощо) – усе це зменшує страх і повторну травматизацію.

У первинній медичній допомозі (сімейна медицина, поліклініки) травма-інформований підхід полягає у запровадженні скринінгу на травматичний досвід і психосоціальний стрес. Все більше лікарів загальної практики усвідомлюють, що симптоми, з якими звертається пацієнт (хронічний біль, головний біль, функціональні розлади), можуть бути наслідком пережитих травм. Тому деякі клініки вводять анкету ACE або подібні опитувальники, щоб виявити пацієнтів групи ризику і скерувати їх до психолога чи психіатра для додаткової підтримки. Іншим аспектом є травма-інформоване керівництво персоналом. Медичні керівники враховують, що самі лікарі і медсестри можуть зазнавати вигорання і вторинної травматизації, зокрема під час пандемії. Так, за даними інтерв'ю, проведених серед медичних працівників у період COVID-19, було виявлено високий рівень стресу, вигорання, страху та ізоляції, що спонукало заклади охорони здоров'я запроваджувати заходи підтримки і навчання з

психологічної стійкості [41]. Травма-інформоване лідерство в охороні здоров'я проявляється у створенні умов, де персонал відчуває себе почутим і захищеним (наприклад, регулярні групи підтримки, можливість психологічного розвантаження після важких змін), що, як показують дослідження, позитивно позначається і на якості допомоги пацієнтам [44].

В українському науковому просторі емпіричні дослідження також підтверджують масштабні психосоматичні наслідки воєнного дистресу у дітей та підлітків. Зокрема, за результатами дослідження М. Маркової та співавт. (2025), проведеного серед дітей із різних груп вимушеного переміщення та прифронтових регіонів, встановлено статистично значущі зв'язки між хронічним стресом війни та розвитком функціональних гастроінтестинальних, тривожних і психосоматичних розладів. Автори показують, що тривалий дистрес реалізується через нейроендокринні та імунзапальні механізми, порушує вісь «мозок–кишечник», сприяє хронізації соматичних скарг і зниженню адаптаційних ресурсів дитини. Отримані дані підкреслюють потребу у впровадженні міждисциплінарних, зокрема травма-інформованих, підходів у медичній та освітній підтримці дітей, які зазнали впливу війни [55]. Також реалізуються спільні проєкти МОЗ та міжнародних організацій, спрямовані на навчання сімейних лікарів навичкам раннього виявлення ПТСР і кризового консультування. Попри ці кроки, слід відзначити, що системного впровадження ТІП у медицині України поки не досягнуто. Існує потреба в офіційних протоколах, які б закріпили принцип «Do No Harm» (не зашкодь) у психологічному сенсі при наданні будь-якої медичної допомоги. Повномасштабне вторгнення 2022 року і пов'язані з ним масові травми населення додатково актуалізували це питання. Лікування поранених, реабілітація військових і допомога цивільним з посттравматичними проявами вимагають від лікарів нових компетенцій, зокрема розуміння травма-інформованого підходу.

Практичне впровадження ТІП у соціальній сфері відбувалося через перегляд політик і тренінги персоналу. У багатьох організаціях соціального

захисту запровадили стандартні навчальні модулі про травму для всіх співробітників – від керівників до охоронців. Наприклад, програма «Sanctuary Model», створена Сандрою Блум, була націлена на перетворення цілої установи (психіатричної лікарні, дитячого будинку чи притулку) на «санктуарій» – безпечне місце, вільне від насильства. Ця модель передбачала зміну установчих правил: заборону принижуючих покарань, демократію в ухваленні рішень, надання голосу клієнтам щодо того, які послуги вони отримують. Зарубіжні дослідження і практика показали, що соціальні служби, які не враховують травму, нерідко ретравматизують клієнтів. Наприклад, у притулку, де панують жорсткі правила і де клієнток постійно контролюють, жінка, що пережила домашнє насильство, може знову відчувати себе безсилою і пригніченою. Щоб запобігти цьому, на початку 2000-х у США було ініційовано проекти з трансформації служб у травмо-інформовані системи. Розроблені принципи Максін Гарріс і Роджер Фаллот лягли в основу багатьох соціальних програм. Згодом аналогічні підходи підтримала і SAMHSA у своєму концептуальному документі 2014 року, виділивши 6 принципів травма-інформованості (безпека, довіра, підтримка, співпраця, вибір, культурні та гендерні фактори).

Соціальна робота з конкретними групами, такими як ветерани війни, жертви сексуального насильства, біженці, усе більше спирається на травма-інформовані практики. Фахівці усвідомлюють, що стандартні схеми надання допомоги можуть не спрацьовувати, якщо не врахувати пережитий травматичний досвід. Наприклад, при роботі з ветеранами із бойовим ПТСР соціальні працівники навчаються методам деескалації, активно співпрацюють із психологами. При роботі з переселенцями (ВПО) застосовуються групові інтервенції, що зміцнюють відчуття спільноти та взаємопідтримки, оскільки ізоляція лише поглиблює травму.

Українські реалії останніх років – війна, внутрішнє переселення мільйонів людей, зробили травма-інформований підхід особливо актуальним у соціальній сфері. З'явилися ініціативи з навчання соціальних працівників

принципам травма-інформованого підходу, що реалізуються за підтримки міжнародних організацій та спрямовані на підвищення інституційної спроможності громад. Зокрема, у 2025 році в межах Проєкту Ради Європи було проведено тренінг для тренерів за програмою «Підхід, інформований про травму, в контексті доступу до прав людини й основних послуг для внутрішньо переміщених осіб та осіб, що повертаються в Україну». Цей формат підготовки був орієнтований на мультиплікативне поширення практик ТІП через локальні навчальні ініціативи в громадах.

Сфера освіти – школи, коледжі, університети – відносно пізно долучилася до впровадження травма-інформованого підходу, але нині демонструє розвиток цього напрямку. Травма-інформоване навчання стало відповіддю на зростаючу кількість дітей і молоді, що мають травматичний досвід, а також на усвідомлення того, що травми істотно впливають на успішність, поведінку і психічне здоров'я учнів.

На міжнародному рівні найбільш системно травма-інформований підхід у шкільній освіті почав розвиватися у США з початку 2010-х років, де окремі шкільні округи ініціювали впровадження програм «trauma-informed schools». Наукові підстави цього напрямку спираються на міждисциплінарні дослідження наслідків психологічної травми для розвитку дитини, зокрема на праці Брюса Перрі, в яких показано, що пережитий насильницький або хронічний стрес асоціюється з порушеннями емоційної регуляції, навчальної діяльності та поведінки, що зумовлює потребу у підтримувальному освітньому середовищі. У відповідь на ці виклики було розроблено низку моделей травма-інформованої освіти, зокрема “The Missouri Model”, створену за участі департаменту освіти штату Міссурі, яка передбачає поетапне впровадження змін на рівні всієї школи, від підготовки персоналу до трансформації дисциплінарної політики з акцентом на відновні практики. Практико-орієнтованим прикладом є також модель Classroom180 (Хізер Т. Форбс), що пропонує структуровану рамку формування травма-інформованого класу через вибудовування безпечної рутини,

спостереження за емоційним станом учнів і розвиток регуляторних навичок. Водночас у сучасних освітніх практиках поширюється інтеграція травма-інформованого підходу з програмами Social and Emotional Learning, які розглядаються як інструмент підвищення резильєнтності та соціально-емоційних компетентностей учнів у посттравматичних умовах.

Травма-інформоване середовище освітнього закладу спирається на дещо модифіковані принципи ТІП, адаптовані до шкільних умов. Акцент робиться на емоційній безпеці (створення в класі атмосфери підтримки, відсутності страху помилки чи осуду), передбачуваності (чіткий розклад, прозорі правила поведінки), підтримувальних стосунках між учителем і учнями (учитель виступає не караючим контролером, а наставником і фасилітатором). Важливою є зміна ролі педагога: окрім навчання предмету, він стає своєрідним агентом зцілення, що через щоденну взаємодію та довіру допомагає дитині справитися з емоційними труднощами. Практичні кроки можуть включати: запровадження «кутків спокою» або ресурсних зон у класі, де учень може перепочити у разі перевантаження; використання відновних практик замість традиційних покарань (коли вчинок учня обговорюється в колі однокласників з акцентом на виправленні шкоди і примиренні); навчання дітей навичкам саморегуляції (дихальні вправи, майндфулнес на початку уроку). Адміністративно керівництво школи теж має підтримувати цю культуру – політики протидії булінгу, співпраці з батьками, психологічної служби повинні бути переглянуті під кутом зору травма-інформованості.

В Україні ідеї травма-інформованої освіти почали активно обговорюватися після 2014 року у зв'язку з воєнними подіями на сході країни та появою у школах і закладах вищої освіти значної кількості дітей і молоді з досвідом вимушеного переселення. Проте особливої актуальності ця проблематика набула після повномасштабного вторгнення 2022 року, коли освітній процес відбувається в умовах постійної загрози життю, повітряних тривог, руйнувань і тривалого психоемоційного напруження. Значна частина здобувачів освіти зазнала травматичного впливу, що проявляється у

підвищеній тривожності, емоційному виснаженні, депресивних станах, зниженні мотивації до навчання. Це підтверджуються результатами сучасних українських досліджень. Так, у роботі Т. Мієр, Б. Паламара, С. Паламар, О. Котенко та співавторів встановлено, що серед студентів, які навчаються очно під час бойових дій, спостерігається високий рівень депресивних проявів, різких змін настрою, дратівливості та соматичних скарг. Більшість респондентів також зазначали бажання відкладати виконання навчальних завдань через їх суб'єктивне сприйняття як надмірно складних. Водночас автори доводять, що впровадження травма-інформованого навчання створює умови для відновлення відчуття безпеки, налагодження міжособистісної взаємодії та поступового повернення контролю студентів над власним навчанням [46]. Окрему увагу в українських дослідженнях приділено аналізу практик травма-інформованого навчання та їх впливу на рівень тривожності студентів. У дослідженні за участі 900 осіб доведено, що використання профілактичних практик, зокрема вправ із фокусування уваги на диханні з творчим компонентом (Додаток 1), підтримувальної комунікації, уникнення ситуацій ретравматизації та так званих «креативних пауз», сприяє зниженню як ситуативної, так і особистісної тривожності. Також встановлено, що ретравматизацію найчастіше викликають різкі звуки, ізоляція, темрява, публічна критика та знецінення пережитого досвіду, що має безпосереднє значення для організації безпечного освітнього середовища [48].

Подальший розвиток цієї тематики представлений у дослідженнях, присвячених профілактиці передчасної втоми студентів засобами рефлексії в межах травма-інформованого підходу. На вибірці з 1800 здобувачів освіти експериментально доведено, що рефлексія може виконувати навчальну та профілактичну функцію, зменшуючи ризики емоційного та інформаційного перевантаження. Встановлено, що важливими є різні форми педагогічної підтримки: поточний супровід дій студента, допомога у подоланні навчальних труднощів і поетапний контроль проміжних результатів. Відсутність такої взаємодії, навпаки, сприяє швидкому розвитку втоми, втраті

впевненості у власних силах і зниженню ефективності навчальної діяльності [47]. У ширшому науково-педагогічному контексті ці результати узгоджуються з висновками Т. Головатенко (2023), яка у своєму компаративному дослідженні наголошує, що в Україні поки що бракує цілісних програм підготовки педагогів до впровадження травма-інформованого підходу [2]. Авторка обґрунтовує доцільність розвитку мікрокваліфікацій, інтеграції відповідних курсів у програми підвищення кваліфікації та використання гнучких форматів навчання як передумов створення травма-чутливої школи. На практиці в українській освіті вже є приклади впровадження ТІП. Так, у Київському столичному університеті імені Бориса Грінченка започатковано тренінги для викладачів щодо створення травма-інформованого освітнього середовища, а на факультеті педагогічної освіти впроваджено спеціальний курс для магістрантів з освітнього коучингу, що включає модуль з травмо-інформованості (координаторами цих ініціатив виступили Ольга Котенко та Тетяна Головатенко).

Від початку повномасштабної війни українські педагогічні та науково-методичні видання, а також органи освітньої влади систематично публікують рекомендації й нормативні документи, спрямовані на підтримку психічного здоров'я учасників освітнього процесу. Йдеться, зокрема, про настанови щодо реагування на тривожність, надання простору для проговорення досвіду без примусу, підтримування рутин і гнучкості у взаємодії з дітьми, що відображено в довідниках і методичних матеріалах для педагогів 2022 року. У 2022 році Міністерством освіти і науки України було затверджено методичні рекомендації з надання першої психологічної допомоги працівникам закладів освіти в умовах воєнного стану, а у 2023 році – типову програму підвищення кваліфікації педагогічних працівників «Плекання резильєнтності в закладі освіти», спрямовану на розвиток стресостійкості та безпечного освітнього середовища. Окремі аспекти психолого-педагогічного супроводу учасників освітнього процесу в умовах

війни також відображені в сучасних українських наукових публікаціях, присвячених психологічному супроводу в закладах загальної середньої та вищої освіти. Водночас, оскільки більшість зазначених документів не оперує безпосередньо категорією «травма-інформованості», доцільно розглядати ці ініціативи як елементи психолого-педагогічної підтримки та початкові кроки до впровадження травма-інформованого підходу, а не як його повномасштабну інституційну реалізацію.

Інтеграція травма-інформованого підходу у правову сферу є відносно новим напрямом, який активно розвивається протягом останнього десятиліття. Правничий контекст охоплює діяльність судів, правоохоронних органів, адвокатури та пенітенціарної системи, які традиційно зосереджувалися переважно на дотриманні законів і процедур, приділяючи обмежену увагу психологічному стану учасників процесу. Водночас сучасні дослідження засвідчують, що жертви, свідки та підсудні нерідко мають травматичний досвід, який впливає на їхню здатність повноцінно брати участь у правових процедурах. Крім того, самі правники зазнають значного психоемоційного навантаження та ризику вторинної травматизації внаслідок постійного контакту з історіями насильства, втрат і злочинів.

У зарубіжній науковій літературі з кінця 2010-х років формується напрям досліджень, пов'язаний із поняттям «trauma-informed legal practice», у межах якого аналізується вплив психологічної травми на взаємодію клієнтів із правовою системою та на професійне благополуччя юристів. У низці оглядових робіт підкреслюється, що регулярне слухання травматичних свідчень може бути чинником професійного вигорання, депресивних розладів і зниження якості ухвалення рішень, що актуалізує потребу у супервізії та психологічній підтримці правників.

Окремим напрямом є адаптація принципів травма-інформованого підходу до роботи з клієнтами юридичних клінік і постраждалими у кримінальних провадженнях. Зокрема, у США та країнах ЄС розробляються навчальні програми з травма-інформованого інтерв'ювання, спрямовані на

мінімізацію ретравматизації під час допитів через відмову від звинувачувального тону, забезпечення контролю особи над темпом розмови та пояснення процесуальних дій. У судовій практиці поступово запроваджуються елементи так званого «trauma-informed courtroom», що передбачають просторову організацію з урахуванням безпеки, гнучкість у розкладі судових засідань та доступне пояснення процедур. Такі заходи спрямовані на зниження рівня стресу для травмованих осіб і підвищення якості свідчень та справедливості судових рішень.

Особливої актуальності травма-інформований підхід набув у системі кримінальної юстиції. У різних країнах запроваджуються спеціалізовані формати так званих trauma-informed courts, зокрема суди для ветеранів та суди у справах домашнього насильства, де персонал проходить підготовку з роботи з особами, які мають посттравматичні розлади. У наукових дослідженнях також обґрунтовується доцільність перегляду підходів до реабілітації правопорушників, оскільки значна частина з них має власний досвід насильства або соціальної занедбаності в минулому. У зв'язку з цим у пенітенціарних установах розвиваються програми психологічної підтримки та навчання навичкам емоційної регуляції, що концептуально відповідає логіці травма-інформованого підходу. Дослідження засвідчують, що участь ув'язнених у терапевтичних групах, побудованих на принципах безпеки та довіри, асоціюється зі зниженням рівня агресії у виправних установах і поліпшенням постпенітенціарної адаптації, тоді як вплив на рецидивізм і надалі залишається предметом наукових дискусій.

В Україні тема травма-інформованості у правничій сфері актуалізувалася у зв'язку з повномасштабною війною та масовими порушеннями прав людини. Значна кількість осіб звертається за правовою допомогою як постраждалі від воєнних злочинів, тортур та гендерно зумовленого насильства на тимчасово окупованих територіях. Це зумовило посилення освітніх ініціатив для українських юристів за участі міжнародних і правозахисних організацій. Зокрема, за підтримки Офісу Ради Європи в

Україні у 2022–2023 роках проводилися тренінги з підходу, інформованого про травму, для адвокатів та працівників системи безоплатної правової допомоги. У цей же період було підготовлено методичні матеріали з юридичної практики з урахуванням травматичного досвіду постраждалих, у яких травма-інформований підхід розглядається як орієнтація на потреби та досвід клієнта з метою мінімізації ретравматизації під час надання правових послуг. Крім того, в межах правопросвітницьких ініціатив було створено дистанційні курси для юристів, присвячені основам психології травми та її значенню для правничої діяльності. Ці кроки є дуже своєчасними, оскільки довіра громадян до правоохоронної та судової системи значною мірою залежить від того, чи відчуває людина себе захищеною і почутою, вступаючи в контакт із цими інституціями. Справедливе правосуддя неможливе без урахування людського фактору – а травма є потужним чинником, що визначає поведінку і потреби людей у правових ситуаціях.

Повномасштабна війна в Україні, що розпочалася у 2022 році, стала масштабним каталізатором змін, пов'язаних із актуалізацією травма-інформованого підходу. Масові бойові дії, ракетні обстріли міст, тимчасова окупація територій і воєнні злочини спричинили різке зростання психологічних травм серед усіх вікових груп населення. За оцінками міжнародних організацій, значна частина населення України перебуває в зоні підвищеного ризику розвитку психічних розладів, пов'язаних із травматичним досвідом війни. Водночас потреба у психологічній підтримці стосується не лише осіб із клінічно вираженими розладами, а й тих, хто тривалий час перебуває в умовах хронічного стресу та змушений адаптуватися до реалій воєнного часу.

Уже в перші місяці війни стало очевидно, що традиційні підходи до надання допомоги потребують перегляду з урахуванням травматичного досвіду широких верств населення. У наукових і експертних дискусіях війна та масові психосоціальні втрати розглядаються як чинник, що зумовив потребу в інтеграції травма-інформованого підходу у практику освіти, психологічної

допомоги та організаційного управління в Україні. У цьому контексті ТІП дедалі частіше осмислюється як важливий концептуальний ресурс для процесів відновлення, реабілітації та розвитку, зокрема в освітніх установах, трудових колективах і діяльності державних інституцій, що взаємодіють із громадянами, які зазнали наслідків війни.

На рівні державної політики після початку повномасштабної війни було ініційовано комплекс заходів, які за своєю логікою є співзвучними з принципами травма-інформованого підходу. Зокрема, в Україні реалізується національна програма з підтримки ментального здоров'я під патронатом першої леді («Ти як?»), спрямована на нормалізацію звернення по психологічну допомогу та розвиток навичок самопомоги серед населення. Паралельно розвиваються програми підтримки та реінтеграції ветеранів, у межах яких застосовуються підходи, орієнтовані на врахування травматичного досвіду військовослужбовців під час їх повернення до цивільного життя. В освітній сфері Міністерством освіти і науки України у 2022–2023 роках було оприлюднено методичні рекомендації щодо психологічної підтримки учнів в умовах війни та створення безпечного освітнього середовища, які містять поради щодо роботи з емоційними станами дітей, запобігання ретравматизації та розвитку навичок саморегуляції. У соціальній роботі з внутрішньо переміщеними особами та постраждалими громадами поширюються групові форми підтримки, спрямовані на відновлення відчуття зв'язку, безпеки й взаємної підтримки. Водночас правозахисні організації, що здійснюють документування воєнних злочинів, дедалі частіше впроваджують для своїх співробітників практики психоемоційної підтримки (супервізії, ротації, відновлювальні перерви), що також можна розглядати як прояв організаційної травма-інформованості.

1.3. Сутність моделей травма-інформованого підходу та їх адаптація в освітньому процесі університету.

Студенти у воєнний час стикаються з комплексом травматичних чинників, що робить їх однією з найбільш уразливих соціальних груп. До

таких чинників належать прямі та опосередковані наслідки війни, зокрема психологічні травми, пов'язані з бойовими діями, втрата рідних і близьких, вимушене переселення, матеріальна нестабільність, а також тривала невизначеність щодо майбутнього. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та міжнародних психосоціальних оглядів, тривалий воєнний стрес асоціюється з підвищеним ризиком розвитку тривожних і депресивних розладів, емоційного виснаження, зниження концентрації уваги, навчальної мотивації та академічної успішності (WHO, 2022; IASC, 2022). В умовах постійної загрози безпеці навіть звичні академічні вимоги можуть сприйматися як надмірні, що підсилює психоемоційне напруження студентської молоді. Водночас емпіричні дослідження засвідчують, що попри високу вразливість значна частина студентів демонструє резильєнтність, яку в сучасній психології розглядають як динамічний процес адаптації та відновлення попри травматичні обставини [12]. Формування резильєнтності зумовлюється взаємодією внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості. Доказово встановлено, що ключовими чинниками психологічної стійкості студентської молоді є: соціальна підтримка з боку родини, ровесників і викладачів як джерело відчуття безпеки та емоційного прийняття [36]; ефективні стратегії подолання стресу та навички емоційної саморегуляції [16]; самосвідомість і самоефективність, тобто віра у власну здатність впливати на складні обставини [9]; а також задовільний фізичний і психічний стан, включно з режимом сну та фізичною активністю, що безпосередньо пов'язані зі стресостійкістю. Важливим внутрішнім ресурсом, який безпосередньо пов'язаний зі здатністю до відновлення, є рефлексивна компетентність. У працях В. Желанової вона розглядається як інтегрована професійно-особистісна здатність до усвідомлення власних станів, аналізу дій, міжособистісної взаємодії та їхніх наслідків [68]. Дослідниця вводить поняття рефлексіогенезу як поетапного процесу формування цієї компетентності впродовж навчання у закладі вищої освіти: від первинного самоспостереження й самооцінки на початкових курсах до здатності

аналізувати професійні дії, взаємодію з іншими та прогнозувати результати власних рішень на завершальних етапах підготовки. У контексті травматичних подій та хронічного стресу така поступовість розвитку рефлексії допомагає студенту усвідомлювати власні переживання, поступово навчатися їх регулювати, зберігати внутрішню рівновагу та відчуття контролю над ситуацією. Наявність цих ресурсів сприяє тому, що частина студентів навіть у складних обставинах здатні продовжувати навчання та зберігати оптимізм. Водночас, підтримуюче освітнє середовище відіграє ключову роль у зміцненні резильєнтності: можливість отримати розуміння, психологічну допомогу та гнучкий підхід від університету дозволяє молоді легше долати стрес, підтримує мотивацію до навчання і повертає відчуття контролю над своїм життям. Саме тому сьогодні нагальною є вимога трансформувати заклади вищої освіти на безпечний простір, чутливий до потреб травмованих студентів – що і лежить в основі травма-інформованого підходу.

Хоча засадничі ідеї травма-інформованого підходу були закладені у працях М. Гарріс і Р. Фаллот (2001), у подальші роки саме SAMHSA здійснила їх системне узагальнення та стандартизацію. На відміну від концептуальних положень ранніх авторів, рамкова модель SAMHSA (2014) запропонувала чітку, формалізовану систему принципів, придатну для застосування в різних сферах – від охорони здоров'я до освіти та соціальних послуг. Ця модель не заперечує попередні розробки, а структурує їх у вигляді універсальних орієнтирів, які визначають характеристики середовища, чутливого до досвіду травми. Саме тому доцільно окремо зупинитися на принципах, запропонованих SAMHSA, адаптуючи їх до контексту вищої освіти.

Безпека. Принцип передбачає забезпечення фізичної та емоційної безпеки всіх учасників освітнього процесу. Студенти, викладачі та працівники університету мають відчувати себе захищеними й психологічно комфортними у навчальному середовищі. Важливим є також урахування того,

як самі учасники визначають «безпечний простір». У концепції С. Блум безпека розглядається як багатовимірне явище, що охоплює фізичний, психологічний, соціальний та моральний виміри. У вищій освіті це означає не лише безпечні аудиторії, а й передбачуваність правил, підтримувальну атмосферу та відсутність принизливих практик.

Довіра і прозорість. Формування довірливих відносин між студентами та інституцією ґрунтується на відкритості, послідовності та чесності у прийнятті рішень. Організаційні процедури, комунікація та оцінювання мають бути зрозумілими й передбачуваними. Прозорість також передбачає залучення студентів до обговорення рішень, що їх стосуються, що сприяє формуванню партнерських відносин.

Взаємопідтримка. Принцип підкреслює значення підтримки між рівними, як ресурсу відновлення. У контексті університету це може реалізовуватися через студентські групи підтримки, менторські програми, взаємодію з однолітками, які мають власний досвід подолання складних життєвих обставин.

Співпраця і взаємність. Цей принцип передбачає зниження ієрархічних бар'єрів та вирівнювання владних позицій між адміністрацією, викладачами і студентами. Освітнє середовище розглядається як спільний простір відповідальності, де всі учасники залучені до ухвалення рішень і несуть спільну відповідальність за результат.

Розширення прав і можливостей, голос і вибір. Освітні практики мають посилювати автономію, самостійність і впевненість студентів. Для осіб із травматичним досвідом особливо важливо відновити відчуття контролю над власним життям і навчанням. Це реалізується через гнучкі освітні траєкторії, вибіркові дисципліни, врахування зворотного зв'язку та повагу до права студента на власну позицію.

Культурна, історична та гендерна чутливість. Принцип вимагає врахування культурного, соціального та історичного контексту травми, а також подолання дискримінаційних практик. Організація з

травма-інформованим підходом визнає вплив історичної травми, забезпечує гендерно чутливі послуги, підтримує різноманіття та формує інклюзивне освітнє середовище. Для університету це означає розвиток політик інклюзії, підтримку ветеранів, внутрішньо переміщених осіб, представників меншин та створення атмосфери поваги до різних ідентичностей.

У світовій практиці розроблено кілька моделей реалізації травма-інформованого підходу, які відрізняються за рівнем організаційного охоплення та сферою застосування. У контексті аналізу можливостей адаптації до вищої освіти доцільно розглянути Sanctuary Model, ARC (Attachment, Regulation and Competency), а також підходи Whole School та інтеграцію ТІП із програмами соціально-емоційного навчання (СЕН).

Sanctuary Model (укр. «модель санктуарію», авторка Сандра Л. Блум) була розроблена як цілісний підхід до організаційних змін у системах, що працюють із людьми з травматичним досвідом. Теоретично модель спирається на концепцію психологічної травми та ідеї організаційної культури, чутливої до неї. У працях С. Блум Sanctuary визначається, як система принципів і практичних інструментів для трансформації організаційного середовища у напрямі безпеки, відновлення та спільної відповідальності. Йдеться не про окремі методики, а про зміну всієї культури установи з потенційно каральної або травматизуючої на відновну та підтримувальну. У межах цієї логіки С. Блум описує перехід від каральної моделі функціонування до відновної, у центрі якої перебувають зцілення стосунків, виправлення завданої шкоди та розвиток відповідальності. До ключових структурних компонентів Sanctuary Model належать так звані «Сім зобов'язань» (Seven Commitments), які визначають етичні та організаційні орієнтири спільноти: ненасильство, емоційна грамотність, соціальне навчання, демократія, відкритість комунікації, соціальна відповідальність, зростання та зміни. Додатковим інструментом виступає модель осмислення проблем S.E.L.F. (Safety, Emotions, Loss, Future), яка структурує наслідки травми за чотирма взаємопов'язаними вимірами: безпека, емоції, втрата і

майбутнє. Практичне втілення моделі здійснюється через Sanctuary Tool Kit, що включає регулярні спільні зустрічі, індивідуальні та групові плани безпеки, практики розвитку емоційної регуляції та культури відкритої комунікації. Історично Sanctuary Model упроваджувалася у психіатричних лікарнях, реабілітаційних центрах, соціальних службах та установах для дітей і молоді. Згодом її почали адаптовувати й до шкільного середовища, де окремі заклади проходили спеціальне навчання та сертифікацію для формування травма-чутливого освітнього клімату. У сфері вищої освіти застосування Sanctuary Model поки що має фрагментарний характер, однак її принципи дедалі частіше використовуються в управлінні університетами, розвитку етичного лідерства та побудові психологічно безпечного організаційного середовища. Хоча Sanctuary Model виникла у клінічному контексті, її ідеї набули ширшого міжгалузевого застосування. Університет, який орієнтується на логіку «санктуарію», зосереджується на формуванні культури взаємоповаги, відкритості, підтримки та спільного розв'язання проблем. Прикладами адаптації можуть бути програми розвитку психологічно безпечного кампусу, тренінги для академічних керівників із травма-чутливого управління, впровадження принципів ненасильницької комунікації та створення систем підтримки студентів у кризових ситуаціях. За концепцією С. Блум, формування такого організаційного середовища сприяє зміцненню згуртованості спільноти та підвищенню психологічного благополуччя її членів, що опосередковано позначається й на якості освітнього процесу.

Рамкова модель ARC (Attachment, Regulation and Competency) (укр. «Прихильність, регуляція та компетентність») була розроблена М. Блаустайн і К. Кіннібург як компонентний підхід до роботи з дітьми та підлітками, що пережили комплексну травму. Теоретично ARC спирається на інтеграцію чотирьох наукових галузей: нормативного розвитку дитини, теорії прив'язаності, досліджень травматичного стресу та резильєнтності. На цій основі авторками визначено низку навичок і компетентностей, які є найбільш

уразливими внаслідок травматичного досвіду, але водночас пов'язані з довготривалими позитивними результатами розвитку. ARC постає як гнучка рамкова модель, що охоплює три ключові домени втручання та вісім цільових навичок для розвитку.

Attachment (прихильність) фокусується на якості стосунків між дитиною та значущими дорослими й на зміцненні системи підтримки. Інтервенції спрямовані на розвиток чутливості опікунів до емоційних станів дитини, усвідомлення власних реакцій та формування стабільного, безпечного зв'язку.

Regulation (регуляція) стосується формування навичок емоційної, поведінкової та тілесної саморегуляції, які часто порушуються внаслідок травми. Модель передбачає навчання розпізнаванню власних станів, толеруванню інтенсивних переживань і використанню стратегій подолання стресу.

Competency (компетентність) орієнтований на розвиток життєвих навичок, автономії, позитивної ідентичності та відчуття контролю над життєвими обставинами.

Окрім трьох основних доменів, до елементів ARC-втручань належать мотивація та залученість, психоедукація щодо природи травматичних реакцій та формування рутинності як чинника стабільності й передбачуваності. Універсальною метою ARC визначається підтримка здатності дітей і підлітків ефективно взаємодіяти зі світом не з позиції виживання, а з позиції розвитку та спрямованості у майбутнє. Первинно ARC розроблялася як клінічна модель індивідуальної та сімейної терапії, проте згодом її було концептуалізовано також як організаційну рамку для впровадження травма-інформованих практик у системах освіти, соціального захисту та охорони здоров'я. Модель виявила ефективність у роботі з дітьми різного віку та з різними типами психосоціальних труднощів, а її принципи активно використовуються у шкільному середовищі для формування травма-чутливої атмосфери та розвитку регуляторних навичок учнів. У сфері вищої освіти

ARC не існує як окрема стандартизована програма, однак її принципи є релевантними для підтримки студентів, які мають травматичний досвід, зокрема вихованців інституційної опіки, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та осіб із регіонів бойових дій. Адаптація ARC у цьому контексті може інтерпретуватися через три взаємопов'язані рівні:

«Прихильність» розбудова систем наставництва та довірчих відносин між студентами і викладачами або фахівцями підтримки.

«Регуляція» впровадження програм розвитку навичок стрес-менеджменту, емоційної саморегуляції та усвідомленості.

«Компетентність» створення умов для розвитку автономії, академічної самореалізації та формування позитивної навчальної ідентичності.

Хоча ARC-модель була створена для дитячого й підліткового віку, її адаптація у вищій освіті може розглядатися як перспективний ресурс для побудови комплексних програм підтримки студентів. Використання принципів ARC у роботі університетських служб психологічної допомоги та в освітніх практиках потенційно асоціюється зі зниженням рівня емоційного напруження, підвищенням адаптивності та підтримкою психологічного благополуччя студентської молоді.

Whole School Approach (цілісний інституційний підхід) до травма-інформованої освіти є радше концептуальною організаційною рамкою, ніж авторською програмою. Його вихідна ідея полягає в тому, що весь навчальний заклад має узгоджувати свої політики, практики та культуру з урахуванням впливу травматичного досвіду на учнів і студентів. У шкільному середовищі цей підхід відомий також як створення «trauma-sensitive schools» або «trauma-informed schools» і був популяризований, зокрема, через діяльність Trauma and Learning Policy Initiative (TLPI) при Гарвардській юридичній школі. Концептуально він перегукується з моделями «безпечних і підтримуючих шкіл», що впроваджуються у США, Великобританії та Австралії. Цілісний підхід спирається на міждисциплінарні дослідження впливу дитячої травматизації

(ACE) на навчання, поведінку та здоров'я, а організаційно ґрунтується на ідеях зміни освітнього клімату й розвитку інституційної культури. У сучасних оглядах виокремлюють кілька спільних компонентів, притаманних різним моделям травма-інформованих шкіл: формування спільного розуміння природи травми в усьому колективі; пріоритизацію фізичної, емоційної та психологічної безпеки; орієнтацію на сильні сторони та підтримку цілісного благополуччя учнів і персоналу; розбудову довірливих, партнерських та емпатичних стосунків у межах освітньої спільноти. Йдеться про інтеграцію травма-інформованих цінностей на всіх рівнях організації, а не лише про окремі педагогічні ініціативи. На практиці Whole School Approach застосовується насамперед у загальноосвітніх школах. До типових заходів належать: підготовка всього персоналу щодо основ травма-інформованості; перегляд дисциплінарної політики з переходом від каральних до відновних практик; упровадження програм соціально-емоційного навчання; створення внутрішніх міждисциплінарних команд підтримки; розвиток партнерства з батьками та місцевими громадами. Зокрема, у штаті Массачусетс у 2010-х роках окремі школи впроваджували програми Trauma-Sensitive Schools, розроблені TLPI. Пілотні дослідження засвідчили здійсненність такого підходу та його позитивний вплив на шкільний клімат і рівень обізнаності педагогів щодо травми. У контексті вищої освіти ідеї Whole School Approach переосмислюються в межах концепції «травма-інформованого кампусу». Йдеться про те, що не лише окремі викладачі, а й адміністрація, служби студентської підтримки та університетські політики загалом мають узгоджуватися з принципами безпеки, довіри, співпраці та поваги до досвіду студента. У зарубіжній практиці описані приклади інституційних трансформацій університетів у цьому напрямі. Так, один із каліфорнійських університетів створив комплексну міжвідділову систему підтримки студентів із числа вихованців прийомних сімей, що забезпечувала узгоджену роботу фінансової допомоги, студентського житла, психологічних служб і наставництва. Інший приклад коледж у штаті Техас, який реалізував модель

«culture of caring», поєднавши академічну підтримку з програмами задоволення базових потреб студентів (харчування, медичні та психологічні послуги, фонди екстреної допомоги). За даними внутрішніх звітів, такі підходи асоціювалися зі зростанням показників залученості та завершення навчання, особливо серед соціально вразливих студентів. Водночас дослідники підкреслюють, що вирішальним чинником є не лише наявність сервісів, а стиль їх надання – емпатійний, недискримінаційний і безоціночний. Таким чином, цілісний підхід у вищій освіті можна розглядати як стратегію організаційних змін, що передбачає: перегляд університетських політик, системну підготовку персоналу, міжвідомчу координацію служб підтримки, залучення студентського голосу до ухвалення рішень і турботу про психологічне благополуччя співробітників. Сукупність цих заходів формує більш стабільне та підтримуюче освітнє середовище, здатне відповідати потребам студентів із травматичним досвідом.

Соціально-емоційне навчання (СЕН) не є специфічно терапевтичною моделлю роботи з травмою, однак воно тісно пов'язане з концепцією травма-інформованої освіти, оскільки спрямоване на розвиток резилієнтності, емоційного інтелекту та соціальної компетентності у здобувачів освіти. Термін Social Emotional Learning (SEL) увійшов у науково-практичний обіг у 1990-х роках, а у 1994 році було засновано Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL), що відіграє провідну роль у теоретичному й практичному оформленні цього підходу. SEL спирається на поєднання теорій розвитку особистості, концепцій емоційного інтелекту, соціального навчання та освітньої психології, виходячи з припущення, що для успішного функціонування в навчанні та житті недостатньо лише когнітивних академічних знань, а необхідні також соціальні та емоційні компетентності. CASEL визначає соціально-емоційне навчання як процес, у межах якого діти й дорослі набувають і застосовують знання, уміння та установки, потрібні для розуміння і керування власними емоціями, постановки та досягнення

позитивних цілей, емпатійної взаємодії з іншими, побудови і підтримки конструктивних стосунків та відповідального прийняття рішень. П'ять базових компетентностей SEL включають самоусвідомлення, самокерування, соціальну обізнаність, навички взаємодії та відповідальне прийняття рішень. До конкретних умінь належать, зокрема, розпізнавання власних емоцій і сильних сторін, регуляція стресу та імпульсивності, розвиток емпатії, ефективна комунікація, кооперація, розв'язання конфліктів і врахування наслідків власних дій. Усі ці компетентності важливі як для успішного навчання, так і для психічного здоров'я, особливо у молоді, що зазнала впливу травмувальних подій. У шкільній освіті СЕН реалізується через спеціальні програми, інтеграцію відповідних умінь у зміст предметів, тренінги та позакласні активності. Метаналітичні дослідження (зокрема аналіз понад двохсот програм СЕН) показують, що участь учнів у якісно спроектованих програмах соціально-емоційного навчання асоціюється з підвищенням академічних результатів, зменшенням поведінкових проблем і покращенням соціально-психологічного клімату в класі. Зв'язок із травма-інформованим підходом полягає в тому, що SEL зміцнює захисні чинники — розвиває навички емоційної регуляції, сприяє формуванню підтримувальних стосунків зі значущими дорослими та однолітками, підвищує самооцінку, що може пом'якшувати негативні наслідки травматичного досвіду. Спочатку СЕН розвивалося переважно в дошкільній та шкільній освіті, проте останніми роками його значення дедалі активніше обговорюється і в контексті коледжів та університетів. Студенти стикаються зі значними стресорами: академічним навантаженням, необхідністю соціальної адаптації, фінансовими труднощами та невизначеністю щодо майбутнього. Дослідження засвідчують, що розвинені соціально-емоційні компетентності пов'язані з кращою адаптацією до університетського середовища, вищою академічною самоефективністю та кращим суб'єктивним благополуччям. При цьому традиційне припущення про те, що до моменту вступу до університету такі навички вже сформовані, виявляється надто

оптимістичним, особливо щодо студентів із уразливих груп. На практиці впровадження СЕН у вищій освіті може набувати різних форм. На рівні викладання це інтеграція вправ рефлексії, постановки особистісних і академічних цілей, групової роботи, обговорення емоційних аспектів навчання у курси першого року чи адаптаційні програми. У багатьох університетах проводяться тренінги для студентів, спрямовані на розвиток лідерства, комунікативних навичок, управління часом і подолання конфліктів, що фактично відповідає логіці SEL. Університетські служби психологічного консультування можуть пропонувати групові заняття й майстер-класи з управління тривогою, емоційної саморегуляції, побудови конструктивних стосунків, тим самим інтегруючи елементи SEL у підтримку студентів. На інституційному рівні СЕН-орієнтований підхід перегукується з концепцією «культури турботи» та цілісних травма-інформованих стратегій. Це передбачає заохочення програм наставництва «студент–студент», емпатійний стиль викладання і комунікації, регулярні зустрічі для обговорення благополуччя студентів, а також доступність сервісів підтримки. Емпіричні дані вказують, що розвиток соціально-емоційних навичок у студентів асоціюється з покращенням здатності концентруватися, доводити розпочаті справи до завершення, ефективно працювати в групах, дотримуватися академічної доброчесності та краще розпоряджатися власним часом. Для студентів із травматичним досвідом СЕН може виконувати особливо важливу функцію, оскільки створює структуровані можливості для відпрацювання нових моделей емоційної регуляції та соціальної взаємодії у відносно безпечному середовищі. За умови чуйного ставлення педагогів і персоналу університет стає простором, де молодь може вчитися відкрито говорити про свої почуття, формувати конструктивні стосунки та поступово відновлювати відчуття компетентності й контролю над власним життям. У цьому сенсі СЕН не замінює психотерапії, але може бути важливим профілактичним і підтримувальним компонентом травма-інформованого освітнього середовища.

Порівняльна характеристика реалізації моделей травма-інформованого підходу

Модель	Автор(и) / інституція	Основні принципи і компоненти	Первинні сфери застосування	Приклади адаптації у вищій освіті
Sanctuary Model	Сандра Л. Блум; Sanctuary Institute (Andrus Center, США)	Організаційна культурна модель, орієнтована на безпеку, довіру, емоційну грамотність і відновлення через формування травма-інформованої спільноти. Включає Seven Commitments (ненасильство, емоційна грамотність, відкритість, соціальна відповідальність, демократія, зростання і зміни) та модель S.E.L.F. (Safety, Emotions, Loss, Future).	Психіатричні та реабілітаційні служби; соціальні служби для дітей і молоді; школи та резидентні програми.	Використання принципів травма-інформованого лідерства в управлінні університетом; упровадження політик психологічної безпеки, прозорості комунікації та ненасильницької взаємодії; тренінги для персоналу з формування підтримуючого середовища.
ARC (Attachment, Regulation, Competency)	М. Блаустайн, К. Кіннібург; Trauma Center at JRI (США)	Компонентна рамкова модель для осіб із комплексною травмою: три домени	Індивідуальна та сімейна терапія дітей і підлітків; школи;	Наставницькі програми для встановлення довірчих відносин студент–куратор;

		Прихильність, Регуляція, Компетентність. Орієнтована на розвиток безпечних стосунків, навичок емоційної саморегуляції та позитивної ідентичності.	соціальні та резидентні установи.	тренінги стрес-менеджмент у та саморегуляції; освітні практики, що підсилюють автономію, відповідальність і позитивну навчальну ідентичність студентів.
Whole School Approach	Колективний концепт; TLPI (Harvard Law School) та інші освітні ініціативи	Цілісний організаційний підхід: універсальне навчання персоналу щодо травми, пріоритет фізичної й емоційної безпеки, strengths-based підхід, партнерство та довіра, перегляд дисциплінарних і освітніх політик.	Загальноосвітні школи; освітні округи та системи.	Whole Campus Approach: тренінги для всіх співробітників, гнучкі академічні політики для студентів у кризі, міжслужбова координація (психологічна допомога, фінансова підтримка, житло); центри комплексної підтримки студентів («one-stop services»).
SEL (Social Emotional Learning)	CASEL (Collaborative for Academic,	Педагогічний підхід розвитку 5 ключових	Дошкільна та шкільна освіта; молодіжні	Інтеграція SEL у перший рік навчання: курси

	Social, and Emotional Learning, США)	компетентностей: самоусвідомлення, саморегуляція, соціальна обізнаність, навички взаємодії, відповідальне прийняття рішень. Орієнтований на розвиток резильєнтності, емпатії, соціальної адаптивності.	програми; підготовка педагогів.	адаптації, тайм-менеджмент, емоційна грамотність; тренінги з лідерства, комунікації, управління стресом; підтримка студентів через служби психологічного консультування; розвиток емпатійної та підтримуючої студентської культури.
--	--------------------------------------	--	---------------------------------	---

Розглянуті моделі, Sanctuary, ARC, Whole School Approach та SEL, репрезентують різні рівні та стратегії впровадження травма-інформованого підходу, водночас між ними простежується суттєва концептуальна спільність. Усі вони акцентують увагу на створенні безпечного та підтримуючого середовища, розвитку довірливих взаємин і посиленні особистісних ресурсів замість орієнтації виключно на контроль, корекцію чи дисциплінування. У контексті вищої освіти зазначені підходи можуть функціонувати синергійно: базові принципи SAMHSA (безпека, довіра, співпраця, розширення можливостей, культурна чутливість) інтегруються як у зміни організаційного рівня всього закладу (Whole School / Whole Campus), так і в практики безпосередньої взаємодії зі студентами (Sanctuary, ARC), а також у зміст освітніх програм і тренінгових компонентів (SEL). Таким чином,

впровадження травма-інформованих принципів постає як системний, багаторівневий процес, ефективність якого залежить від узгодженості управлінських рішень, педагогічних практик і служб підтримки.

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено теоретичне осмислення травма-інформованого підходу, як сучасної парадигми організації освітнього середовища. Передусім встановлено, що психологічна травма не зводиться виключно до медичного або психопатологічного явища. Вона має багатовимірну природу й впливає на поведінку, емоційне функціонування, уявлення людини про світ та її здатність до міжособистісної взаємодії. Простежена еволюція наукових уявлень про травму, від ранніх уявлень про тілесне ушкодження у XVIII–XIX століттях до сучасних комплексних психофізіологічних і психосоціальних концепцій, створила підґрунтя для формування травма-інформованих моделей у різних сферах, зокрема в освіті. Аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури засвідчив, що травма-інформованість формується як міждисциплінарний напрям із чітко окресленими теоретичними та практичними орієнтирами. Визначальну роль у становленні цієї концепції відіграли М. Гаріс і Р. Фаллот, які першими запропонували організаційну модель, що враховує досвід осіб із травмою. Подальше системне узагальнення та стандартизація підходу були здійснені у звіті SAMHSA (2014), де сформульовано шість базових принципів і набір інституційних практик, які нині розглядаються як орієнтири побудови безпечного середовища, зокрема в освітніх установах. У вітчизняному контексті інтерес до цієї проблематики помітно зростає, особливо в умовах війни, що загострює потребу в психологічній підтримці молоді, зокрема студентської. У підрозділі 1.3 проаналізовано можливості адаптації травма-інформованого підходу до університетського середовища. Встановлено, що йдеться не лише про підготовку окремих викладачів чи фахівців психологічних служб, а про переосмислення всієї організації освітнього процесу. Це передбачає перегляд інституційних політик і процедур, способів комунікації, організації навчання та формування підтримувального мікроклімату. Чітко розмежовано чотири типи підходів, травма-обізнаний, травма-інформований, травма-специфічний і

травма-орієнтований, що дає змогу уникнути термінологічної плутанини та точніше оцінювати рівень інституційної готовності до впровадження ТІП. Узагальнення результатів теоретичного аналізу дає підстави стверджувати, що травма-інформований підхід не слід розглядати як ситуативну педагогічну тенденцію або формальне гасло. Йдеться про цілісну, науково обґрунтовану модель організації освітнього середовища, яка орієнтована на посилення безпеки, уважності до досвіду людини та розвиток підтримувальних взаємодій. Окреслені положення формують теоретичну основу для подальшого практичного аналізу можливостей упровадження травма-інформованого підходу в умовах українського закладу вищої освіти.

РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ ІДЕЙ ТРАВМА-ІНФОРМОВАНОГО ПІДХОДУ В СУЧАСНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

2.1. Аналіз нормативних й методичних документів в контексті їх потенціалу щодо впровадження ідей ТІП в сучасному університеті

Другий розділ присвячено емпіричному аналізу контекстів і умов, у межах яких нині здійснюється підготовка фахівців у закладах вищої освіти України, а також виявленню того, якою мірою ці умови узгоджуються з принципами травма-інформованого підходу. Вихідною позицією дослідження стало розуміння того, що саме нормативно-правові акти, інституційні стратегії, освітньо-професійні програми та програми навчальних дисциплін відображають реальний стан системи вищої освіти й окреслюють межі можливого. Саме вони визначають, наскільки освітній простір може бути безпечним, передбачуваним, чутливим до потреб дорослого здобувача освіти, а отже, і наскільки він потенційно здатний інтегрувати принципи травма-інформованого підходу. З огляду на це документальний аналіз розглядається як валідне джерело емпіричних даних, оскільки дає змогу дослідити формальні вимоги до організації освітнього процесу, зафіксовані інституційні наміри, стратегічні цінності та орієнтири розвитку. Такий підхід ґрунтується на традиції якісних досліджень освітніх політик і соціальних систем, представлених у працях М. Бовена, К. Кріппендорфа, Ф. Майрінга, у межах яких аналіз текстів розглядається як спосіб виявлення глибинних смислів, логік і структур, що регулюють діяльність інституцій. Емпіричну базу становлять: Закон України «Про освіту» (2017), Закон України «Про вищу освіту» (2014), проект Закону України «Про освіту дорослих», «Стратегія розвитку вищої освіти на 2022–2032 роки», стратегічні документи університету, а також освітньо-професійна програма й робочі програми дисциплін магістерської програми «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих». Документи відбиралися за критеріями офіційності, актуальності та наявності положень, які прямо або опосередковано стосуються безпеки, інклюзії, психосоціальної підтримки, індивідуалізації та

студентоцентрованості. Вони були розглянуті як потенційні маркери присутності травма-інформованої логіки. Кодування змісту здійснювалося на основі адаптованої матриці принципів травма-інформованого підходу. Для кожного документа фіксувалися фрагменти, що відповідали певному принципу: згадки про безпечні умови навчання чи недопущення насильства інтерпретувалися як прояв категорії «Безпеки»; вимоги щодо прозорості діяльності закладів освіти, відкритості інформації та передбачуваності процедур як «Довіра і прозорість»; положення про участь студентів в управлінні, право на індивідуальну освітню траєкторію, свободу вибору дисциплін як «Вибір, голос здобувача»; а норми, які стосуються недискримінації, інклюзії, рівного доступу, підтримки вразливих груп і врахування різних життєвих ситуацій, як «Чутливість до контекстів». Окремо відмічалися положення, дотичні до принципів «Взаємопідтримка» (наявність психологічного супроводу, груп підтримки, тьюторства, наставництва) та «Співпраця» (педагогіка партнерства, участь студентів в управлінні, міжсекторальні й партнерські моделі взаємодії). Такий підхід дозволив не нав'язувати документам прямої мови травми, а радше зчитувати, де вже закладені передумови для розвитку ТП. Важливо враховувати, що документальний аналіз має свої обмеження. Він показує те, що задекларовано, але не дозволяє безпосередньо судити про те, як ці норми реалізуються у повсякденній практиці. Тому отримані результати варто розглядати як можливості потенціалу, а не як опис реального стану впровадження травма-інформованого підходу. Узагальнення результатів такого кодування подано в таблиці 2.1, де наочно простежується, як саме шість принципів травма-інформованого підходу відображені в ключових нормативних і стратегічних документах:

Таблиця 2.1

**Репрезентація принципів ТП у законодавстві та стратегічних документах
вищої освіти**

Принцип ТІП	Закон «Про освіту» (2017)	Закон «Про вищу освіту» (2014)	Законопроект «Про освіту дорослих» (2023)	Стратегія розвитку ВО (2022-2032)
1. Безпека	Гарантії безпечного середовища, недопущення насильства, булінгу; захист гідності (ст. 53, 54).	Забезпечення безпечних і нешкідливих умов навчання (ст. 41).	Психосоціальна підтримка дорослих здобувачів; адаптація умов навчання.	Підтримка осіб, що пережили війну; створення психологічно безпечного середовища.
2. Довіра і прозорість	Прозорість діяльності (ст. 30).	Передбачувані процедури акредитації, оцінювання, забезпечення якості.	Вимога прозорих механізмів доступу до програм ДН.	Публічність політик університетів.
3. Взаємопідтримка	Психологічний супровід; інклюзивні групи підтримки.	Студентське самоврядування як форма підтримки і самодопомоги.	Наставництво, тьюторинг дорослих здобувачів.	Програми ментального здоров'я суб'єктів освіти.
4. Співпраця	Педагогіка партнерства.	Права студентів на участь в управлінні ЗВО.	Партнерські моделі освіти дорослих.	Міжсекторальна взаємодія у сфері ВО.
5. Вибір, голос здобувача	Академічна свобода; вибір дисциплін.	Індивідуальна освітня траєкторія.	Адаптивні, персоналізовані програми.	Студентоцентрованість як базовий орієнтир реформи.
6. Чутливість до контекстів	Недискримінація, інклюзія, рівний доступ.	Підтримка осіб з ООП, інклюзивні умови.	Визнання різних життєвих ситуацій дорослих.	Підтримка вразливих груп (ВПО, ветерани).

Закон України «Про освіту» (2017) фіксує фундаментальні принципи функціонування освітньої системи, серед яких одне з центральних місць посідає вимога створення безпечного освітнього середовища. У законі безпечне освітнє середовище трактується як сукупність умов, що унеможливають заподіяння учасникам освітнього процесу будь-якої шкоди будь-то фізичної, моральної чи психологічної, у тому числі пов'язаної з дискримінацією, булінгом, приниженням гідності тощо. Таким чином, закон

проголошує цінність безпеки, та покладає на заклади освіти прямий обов'язок організовувати середовище так, щоб мінімізувати ризики насильства, психологічного тиску та ретравматизації. Уже на цьому рівні можна побачити очевидну кореляцію з першим принципом ТІП – безпекою.

Закон України «Про вищу освіту» більше зосереджений на питаннях якості, автономії університетів і гарантіях академічної свободи, однак у ньому також наявний ряд положень, релевантних травма-інформованій логіці. Насамперед це стосується норм щодо прав студентів на соціальний захист і підтримку, у тому числі для окремих категорій здобувачів, а також вимог до забезпечення безпечних умов навчання. Прямих згадок про психологічну травму чи травма-інформоване навчання в тексті закону немає, проте принципи соціальної підтримки, недискримінації, уваги до осіб з особливими освітніми потребами можна інтерпретувати як потенційне підґрунтя для розбудови травма-інформованих освітніх політик.

Особливий інтерес із позицій ТІП становить законопроект «Про освіту дорослих» (2023), який за логікою найбільше наближається до сучасних підходів у сфері навчання людей із різноманітним життєвим і травматичним досвідом. У проєкті чітко артикулюється необхідність психосоціальної підтримки дорослих здобувачів, підкреслюється важливість доступності освітніх програм, їх адаптивності під індивідуальні можливості та обставини життя. Документ визнає нерівномірність життєвих траєкторій дорослих, наявність кризових подій і різних стартових позицій, що безпосередньо перегукується з логікою травма-інформованого підходу: замість того, щоб рівняти всіх здобувачів до єдиного стандарту, пропонується гнучка система програм та підтримки.

Ще одним важливим нормативним документом, у якому зафіксовано чутливість до досвіду вразливих груп, є «Стратегія розвитку вищої освіти на 2022-2032 роки». У ній питання травматичного досвіду населення, зумовленого війною, міграцією, соціально-економічними потрясіннями, не називається прямо мовою психотравми, однак стратегічні пріоритети

показують, що держава усвідомлює виклики, пов'язані з навчанням уразливих категорій. Один із напрямів Стратегії це забезпечення якісної та доступної освіти для різних груп населення, що в свою чергу включає завдання щодо особливої підтримки мешканців тимчасово окупованих територій, внутрішньо переміщених осіб, ветеранів, представників соціально незахищених груп. Інакше кажучи, на макрорівні визнається наявність груп ризику та декларується обов'язок системи вищої освіти надавати їм додаткову допомогу, що цілком відповідає травма-інформованій логіці бачити потенційно травмованих учасників, а не трактувати їх як звичайних студентів.

Якщо інтерпретувати перелічені документи крізь призму шести принципів ТІП, можна побачити, що:

- принцип безпеки підтримується через норми про безпечне середовище, недопущення насильства, булінгу, приниження гідності, а також вимогу створювати нешкідливі умови навчання;
- принцип довіри та прозорості відображений у вимогах до відкритості інформації про діяльність закладів освіти, прозорих процедур акредитації, оцінювання, забезпечення якості, а також публічності політик університетів;
- принцип взаємопідтримки опосередковано присутній через норми про психологічний супровід, інклюзивні практики, діяльність студентського самоврядування як простору взаємодопомоги, тьюторства й наставництва дорослих здобувачів;
- принцип співпраці закріплено у положеннях про педагогіку партнерства, участь студентів в управлінні ЗВО, партнерські моделі освіти дорослих та міжсекторальну взаємодію у сфері вищої освіти;
- принцип вибору та голосу виявляється в нормах про академічну свободу, право на вибір дисциплін, індивідуальні освітні траєкторії, адаптивні

й персоналізовані програми, студентоцентрованість як стратегічний орієнтир реформи;

– принцип культурної, історичної та гендерної чутливості присутній через положення про недискримінацію, інклюзію, рівний доступ, підтримку осіб із особливими освітніми потребами, а також увагу до вразливих груп, внутрішньо переміщених осіб, ветеранів, мешканців прифронтових територій.

Отже, на нормативному рівні вже сформовано достатньо щільне поле смислів, у якому логіка травма-інформованості хоча й не названа прямо, але потенційно закладена й може розвиватися у більш цілеспрямовані політики.

2.2. Аналіз досвіду впровадження ТІП у Київському столичному університеті імені Бориса Грінченка

Аналіз інституційного рівня дозволяє побачити, наскільки принципи травма-інформованого підходу закріплюються на рівні державної політики та у внутрішніх практиках конкретного закладу вищої освіти. Програма, обрана як емпіричний кейс, реалізується саме в Київському столичному університеті імені Бориса Грінченка. Тому насамперед було опрацьовано оприлюднені стратегічні документи університету, сторінки офіційного сайту щодо соціально-психологічної підтримки, матеріали про внутрішні проекти, сервіси та інфраструктуру. За результатами аналізу публічних джерел університету встановлено, що КСУБГ має розвинену систему психосоціальної підтримки. Центральним елементом цієї системи є Соціально-психологічна служба, створена рішенням Вченої ради у грудні 2019 року та функціонуюча на базі Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти. Служба надає індивідуальну психологічну підтримку, групові заходи, просвітницькі вебінари, консультації у кризових ситуаціях, а також супроводжує студентів і співробітників у питаннях ментального здоров'я. Судячи з відкритих даних, служба щороку проводила сотні

індивідуальних та групових зустрічей, що свідчить про її реальну дієвість. Окремо варто відзначити проєкти, які підсилюють інституційну спроможність університету працювати з темами травми та психічного здоров'я. Серед них:

- Проєкт TIED «Травма-інформоване навчання студентів», реалізований Факультетом педагогічної освіти. Його завдання стосуються підвищення кваліфікації викладачів щодо ТІП, розробки дидактичних інструментів для зменшення освітніх втрат, створення центру підтримки студентів із травматичним досвідом. Додатково у 2023 році проводилися тренінги для працівників факультету з практик травма-інформованої взаємодії. Тобто університет декларує намір працювати у цьому напрямі, та інвестує ресурси в навчання персоналу.

- Проєкт USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», що реалізується факультетом психології. У межах проєкту передбачено модернізацію навчальних програм, впровадження травма-інформованого підходу в підготовку фахівців, партнерство з університетами США та розробку сертифікатних програм. Для нашого дослідження це є показовим: університет бере участь у міжнародних програмах, де ТІП розглядається як ключова складова здоров'я збережувальних освітніх політик.

- Психологічний хаб, орієнтований на розвиток психічної стійкості в умовах війни та повоєнного відновлення. Зміст його діяльності включає тренінги, лекції, вебінари з питань стресостійкості, роботи з переживаннями, кризами, а також надання підтримки у рамках діяльності Соціально-психологічної служби.

Усе це формує мережу сервісів, наближену до вимог trauma-informed campus, що визнає: ефективна робота зі студентами з травматичним досвідом неможлива без доступу до психологічної та соціальної підтримки. Стратегія розвитку університету та програми розвитку факультетів підкреслюють

важливість безпечного психологічного клімату, турботи, відкритості, готовності реагувати на кризові ситуації. У стратегічних цілях простежується акцент на wellbeing студентів і персоналу, що відповідає ключовим принципам ТІП. Внутрішні політики університету, такі як Етичний кодекс, положення про недискримінацію, гендерну рівність, інклюзивну освіту, формують нормативні рамки, у яких травма-інформована взаємодія може бути інституційно очікуваною. Окрім того, система студентського самоврядування, варіативність навчальних траєкторій та відкритість адміністративних процедур підсилюють принципи вибору, голосу здобувача та партнерства. Опрацьовані матеріали дають підстави говорити, що на інституційному рівні КСУБГ сформована мультикомпонентна підтримувальна система, яка потенційно може слугувати основою для реалізації травма-інформованої моделі університету. Хоча формальних документів, які прямо іменують підхід «травма-інформованим», у структурних політиках поки що небагато, змістова наповненість стратегій, ініціатив та проєктів свідчить про фактичну інтеграцію принципів ТІП у щоденну практику університету. У цьому сенсі інституційний рівень відтворює загальнодержавні вимоги, та демонструє власні акценти: розвиток сервісів психологічної допомоги, навчання персоналу, міжнародне партнерство, роботу з травматичним досвідом студентів, інклюзивну культуру та етичну взаємодію. Саме така взаємодоповнюваність різних елементів інституційної політики створює підґрунтя для подальшої програмної та дисциплінарної конкретизації ТІП у межах магістерської програми «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих». Для систематизації даних інституційного рівня реалізацію принципів ТІП було зіставлено з ключовими елементами політики та практик університету. Результати такого зіставлення відображено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Реалізація принципів травма-інформованого підходу на інституційному рівні
КУБГ**

Принцип ТПП	Стратегія розвитку КУБГ / корпоративні цінності	Соціально-психологічна служба	Проект TIED (Травма-інформоване навчання студентів)	Проект USAID (ментальне здоров'я та психосоціальна підтримка)	Психологічний хаб	Внутрішні політики (етика, інклюзія, недискримінація)
1. Безпека	Орієнтація на wellbeing; створення безпечного психологічного клімату; культура турботи	Індивідуальна підтримка; кризові протоколи; робота з тривогами та емоційними станами	Створення безпечного середовища; навчання викладачів основам ТПП	Оновлення програм підготовки з урахуванням психічної безпеки; підтримка вразливих груп	Тренінги зі стійкості у воєнний і повоєнний періоди	Політика недискримінації; протидія булінгу; етичний кодекс
2. Довіра та прозорість	Відкритість комунікацій; прозорість управлінських процедур	Конфідентність звернень; передбачувані канали звернення	Прозорі протоколи взаємодії; чіткі рекомендації для викладачів	Публічність матеріалів; відкриті освітні заходи	Доступні інформаційні ресурси; регулярні вебінари	Прозорість оцінювання; політика академічної доброчесності
3. Підтримка / peer-support	Розвиток сервісів підтримки; партнерський стиль взаємодії	Групові заходи; групи розвитку; подкаст «Психологічна діалогія»	Створення Центру підтримки студентів із травматичним досвідом	Підготовка фахівців для підтримки громад; сертифікаційні програми	Психологічна допомога в межах хабу	Наставництво; підтримка студентських спільнот
4. Співпраця та участь	Студентоцентричність; участь студентів у проектах; командна робота	Спільні групові активності студентів і фахівців	Співпраця викладачів і студентів у впровадженні ТПП	Партнерство з університетами США; міжсектор	Співпраця при проведенні заходів	Студентське самоврядування; партисипативність

				альна взаємодія		
5. Вибір та голос здобув ача	Варіативні освітні траєкторії; врахування потреб здобувачів	Індивідуал ьні формати звернення; можливість вибору форми взаємодії	Адаптивні навчальні інструмен ти; підтримка академічн ої включенос ті	Модерніза ція програм відповідн о до потреб студентів	Формати участі (онлайн / офлайн)	Положення про індивідуаль ні освітні траєкторії; вибіркові дисципліни
6. Культу рна, історич на та соціаль на чутлив ість	Розвиток інклюзивної культури; визнання різноманіття	Підтримка різних груп: студентів, ВПО, працівники в	Робота з нерівномір ністю досвідів; фокус на воєнному контексті	Міжнарод ний обмін практикам и; увага до контексту війни	Теми втрат, стресості йкості, адаптації	Політики рівності, інклюзії, гендерної рівності, антидискри мінація

На програмному рівні аналіз зосереджувався на тому, як принципи травма-інформованого підходу вбудовані в саму структуру та зміст освітньо-професійної програми «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих». На відміну від загальнодержавних і інституційних документів, саме програма задає той набір компетентностей і освітніх результатів, які формують професійну готовність майбутнього фахівця працювати у складному, емоційно насиченому та непередбачуваному контексті, тобто там, де ТІП набуває практичного сенсу. У компетентнісній моделі програми виразно простежуються орієнтири, співзвучні ТІП: уміння створювати безпечне та підтримувальне середовище, здатність до етичної комунікації, повага до індивідуальних освітніх траєкторій, увага до культурного та соціального контекстів дорослого здобувача. Ці вимоги не названі прямо «травма-інформованими», але за своєю суттю відбивають логіку безпеки, підтримки, партнерства й автономії. Зміст навчальних дисциплін підтверджує

цю тенденцію. Курси з психології освіти дорослих, коучингової підтримки, культурологічних контекстів, освіти у трансформаційному суспільстві, етики взаємодії та освітнього дизайну систематично торкаються тем стресу, кризових станів, емоційної регуляції, соціальної чутливості, взаємоповаги та партнерства. Особливо вагомим є модуль із ментального здоров'я в дисципліні «Коучинг в освіті», у ньому студенти отримують інструменти роботи з емоційними станами, навчаються підтримувати інших у ситуаціях тривалого стресу й будувати взаємодію так, щоб уникати ретравматизації. Саме на цьому рівні абстрактні принципи ТПП починають набувати конкретного змісту. Окремої уваги потребує варіативність програми. Наявність вибіркових дисциплін та індивідуальних освітніх траєкторій створює простір, де принципи автономії й права голосу реалізуються не декларативно, а через реальні механізми вибору. Для дорослих здобувачів, які мають різні темпи навчання, різний досвід війни, професійні кризи або перерви в освіті, така гнучкість є необхідною. У цілому програмний рівень демонструє, що навіть без прямого використання терміна «травма-інформований підхід» програма формує компетентності, які дозволяють майбутньому фахівцеві створювати безпечні, стійкі та чутливі до потреб людей освітні середовища. Це відповідає сучасним викликам вищої освіти у воєнний та післявоєнний час, коли університети працюють із поколіннями студентів, чий досвід неминуче позначений стресом, втратами та адаптаційними труднощами. Щоб побачити, як саме принципи ТПП закладені у структуру ОПП, було співвіднесено кожен із принципів травма-інформованого підходу з компетентностями, результатами навчання та елементами програми, де ці принципи знаходять вираз. Узагальнення цього аналізу подано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Відображення принципів ТПП у компетентнісній моделі та змісті ОПП

Принцип ТПП	Компетентності	Результати навчання (РН)	Елементи ОПП, де проявлено
-------------	----------------	--------------------------	----------------------------

Безпека	СКу13, СК3, СК11	РН про організацію здоров'язбережувального середовища	Модулі з психології, коучингу
Довіра	ЗК7, ЗК8	РН щодо етичної взаємодії	Теми «Етика освітньої взаємодії», «Підтримка»
Підтримка	СК11	РН з наставництва й супроводу	Коучинг, практики педагогічного супроводу
Співпраця	СК6, ЗК7	РН про роботу в команді	Освітній дизайн, фасилітація
Вибір/голос	студентоцентровані компетентності	індивідуальні траєкторії	Варіативні блоки, вибіркові дисципліни
Культурна чутливість	міжкультурні компетентності	РН про роботу з різними групами	Культурологічні контексти

Дисциплінарний рівень аналізу показує, як саме принципи травма-інформованого підходу проявляються в конкретних курсах освітньо-професійної програми. Якщо нормативний і програмний рівні задають рамку, то зміст дисциплін показує, яким чином ця рамка наповнюється реальними професійними смислами, навичками та інструментами. Під час вивчення робочих програм стало помітно, що окремі навчальні компоненти фактично формують підґрунтя для здатності майбутнього фахівця працювати у складному й емоційно напруженому середовищі сучасної вищої освіти.

«Психологія освіти дорослих». У цій дисципліні логіка ТПП проявляється природно й органічно. Тут систематично розглядаються питання розвитку дорослої людини, її адаптаційних стратегій, впливу стресу на навчання, особливостей поведінки в кризових станах та механізмів емоційної саморегуляції. Саме ці теми дають студентам можливість зрозуміти, чому дорослий здобувач може реагувати нестандартно, чому інколи знижується концентрація, з'являється втома чи уникання навчальних завдань. У курсі багато уваги приділено феноменам резильєнтності, підтримувальної комунікації та усвідомленого ставлення до власного

емоційного стану, тобто тим аспектам, які є фундаментальними у травма-інформованій педагогіці.

«Коучинг в освіті» (з модулем про ментальне здоров'я та ТПП). Це найбільш виражений у програмі навчальний компонент, де принципи ТПП фактично структурують зміст. Модуль, присвячений ментальному здоров'ю, знайомить студентів із поняттями травми, ретравматизації, психологічної безпеки, а також навчає технік підтримувальної комунікації. Тут студенти практикують навички партнерської взаємодії, вчаться ставити межі, розпізнавати перенавантаження та пропрацьовувати складні емоційні стани. Дисципліна формує один із ключових результатів ТПП, а саме готовність фахівця діяти так, щоб мінімізувати ризики повторного травмування і водночас підтримувати навчальну активність дорослої людини.

«Освіта у трансформаційному суспільстві». Цей курс дає можливість побачити ширший соціальний контекст, у якому відбувається навчання дорослих. Тут багато уваги приділено явищам війни, міграції, зміни ідентичності, соціальної напруги, глобальних криз, чинникам, що прямо впливають на освітню траєкторію студента. Тематичні блоки про соціальну стійкість, інклюзивність, культурні трансформації та адаптацію дорослих суттєво поглиблюють розуміння принципу культурної та історичної чутливості, який є одним із шести базових елементів ТПП.

«Культурологічні контексти сучасної освіти». У цій дисципліні акцент робиться на різноманітті, культурних відмінностях, мовних та символічних сенсах, які впливають на сприйняття людиною навчального середовища. Тут студенти вчаться працювати з різними групами, уникати упереджень, виявляти чутливість до особистої історії кожного здобувача. Хоча курс не є психолого-орієнтованим, він суттєво формує професійну позицію, у якій культурна толерантність і повага виступають основою безпечної взаємодії.

«Освітній дизайн змісту та технологій навчання дорослих». Цей компонент зосереджений на створенні освітнього середовища, де ключову роль відіграють принципи студентоцентризму, прозорості вимог,

адаптивності завдань і чіткості критеріїв оцінювання. Фактично це один із тих курсів, де ТІП проявляється на рівні практичної організації навчання: студенти вчаться проєктувати системи, які не провокують стрес, а навпаки роблять процес навчання зрозумілим і передбачуваним. Ідея «безпечного навчального дизайну» є наскрізною: від структурування матеріалів до вибору методів роботи з групою.

Дисципліна «Управлінські практики професійного розвитку педагогічних працівників» показує, як організаційні рішення впливають на психологічну безпеку. Тут обговорюються стилі управління, робота з командами, комунікаційні етики та механізми зворотного зв'язку.

Саме в таких курсах формується розуміння того, що травма-інформована культура – це не тільки про викладача і студента, а й про колектив, стиль керівництва та інституційні механізми.

Узагальнюючи результати аналізу, можна сказати, що дисциплінарний рівень є тим місцем, де травма-інформований підхід проявляється найбільш безпосередньо. Кожен курс робить свій внесок: психологічні дисципліни працюють із емоційною сферою, коучингові з підтримкою й партнерством, культурологічні із чутливістю до різноманіття, а дизайн-орієнтовані із передбачуваністю та прозорістю освітнього процесу. Саме через зміст дисциплін ТІП переходить від декларацій до реальних педагогічних практик, формуючи у студента готовність працювати з дорослими, які мають різний досвід, різні темпи й потреби, та забезпечувати їм навчальне середовище, у якому безпека й підтримка не гасло, а норма. Щоб узагальнити спостереження щодо того, як різні дисципліни інтегрують принципи ТІП, було здійснено порівняльний аналіз рівня їх представленості. Результати подано в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Рівень представленості принципів ТІП у навчальних дисциплінах програми

Дисципліна	Рівень інтеграції ТІП	Принципи, що відображені	Приклади змісту
------------	-----------------------	--------------------------	-----------------

Коучинг в освіті (Mental Health, ТІП модуль)	Високий	Усі 6 принципів	Травма, ретравматизація, техніки безпеки
Психологія освіти дорослих	Високий	Безпека, підтримка, довіра	Кризи розвитку, стрес, резильєнтність
Освіта у трансформаційному суспільстві	Середній	Культурна чутливість, підтримка	Війна, міграція, глобальні виклики
Освітній дизайн	Середній	Вибір, співпраця, прозорість	Студентоцентризм, ІОТ
Методологія педагогічних досліджень	Частковий	Етика, прозорість	Етичні процедури взаємодії

На основі аналізу чотирьох рівнів: нормативного, інституційного, програмного та дисциплінарного, вдалося сформувати інтеграційну модель впровадження травма-інформованого підходу у закладі вищої освіти. Вона показує, що ТІП не існує окремо від загальної політики університету чи від роботи конкретного викладача; навпаки, він розгортається у постійній взаємодії між різними рівнями організації освітнього процесу.

На політично-нормативному рівні формуються правила, цінності та зобов'язання, що визначають загальну рамку безпеки й підтримки. Йдеться про відповідність державним законам та внутрішні документи університету, де мають бути чітко прописані механізми захисту гідності, недискримінації, реагування на кризові ситуації, а також політики, які гарантують студентам доступ до допомоги. Важливо, що саме цей рівень задає напрямок. Якщо цінності безпеки та культурної чутливості закріплені тут, усі наступні рівні отримують чіткі орієнтири. Організаційно-інституційний рівень фактично робить задеклароване дійсним. Йдеться про ті структури й сервіси, які безпосередньо створюють можливості для підтримки студентів. Університетська Соціально-психологічна служба, Психологічний хаб, проєкти TIED і USAID – це приклади того, як інституція бере на себе відповідальність створити безпечні простори і надати студентам ресурси, яких вони потребують. Саме тут формуються тренінги для викладачів, кризові протоколи, механізми участі студентів, канали довіри та підтримки. На цьому рівні ТІП набуває вимірюваних, конкретних форм. У фокусі

навчально-програмного рівня зміст освітньо-професійної програми, компетентності й результати навчання. Тут принципи ТІП починають працювати на рівні навчальних цілей: уміння створити безпечне середовище, підтримати дорослого здобувача у кризі, працювати з різними життєвими траєкторіями, дотримуватися етики взаємодії, розуміти вплив воєнного досвіду та хронічного стресу на навчання. Гнучкість програми: вибіркові дисципліни, можливість адаптувати темп навчання, варіативність оцінювання, робить цей рівень важливим для дорослих, чий навчальний шлях нерідко поєднується з роботою, сімейними обов'язками або переживаннями воєнного характеру. Саме на аудиторно-дисциплінарному рівні травма-інформований підхід перетворюється з концепції на досвід. Тут вирішальне значення мають ті маленькі рішення, які приймає викладач: як починає заняття, як пояснює завдання, як реагує на втому студентів, як працює з чутливими темами, як задає ритм групі. На цьому рівні принципи ТІП, стають відчутними: у передбачуваній структурі заняття, у чесному зворотному зв'язку, у можливості студентів висловити потреби, у гнучкості щодо термінів, у запобіганні перевантаженню. Умовно модель можна подати як піраміду, у якій кожен рівень підтримує інший: наверху – стратегія та правила, які задають напрямок; посередині – програми та інституційні механізми, які створюють умови; в основі – викладацькі практики, які формують щоденний досвід студента.

Схема 2.1

Логіка поетапної інтеграції ТІП у систему вищої освіти

↑ Стратегічний рівень	
Стратегія розвитку ЗВО Внутрішні політики безпеки, етики, інклюзії Регламенти взаємодії та захисту учасників процесу Узгодження з державною нормативною базою	→ Формує рамку цінностей: безпека, гідність, участь, довіра
↑ Організаційний рівень	

Соціально-психологічна служба Психологічний хаб Проєкт TIED (травма-інформоване навчання студентів) Проєкт USAID з ментального здоров'я Тренінги для викладачів, peer-support групи	→ Перетворює цінності на доступні механізми підтримки
↑ Програмний рівень	
Компетентності ОПП, пов'язані з безпекою, підтримкою, етикою, міжкультурною чутливістю Модулі з ментального здоров'я та коучингової підтримки Варіативні траєкторії, адаптивні форми оцінювання	→ Формує фахову готовність працювати з дорослими у кризі
↑ Дисциплінарний рівень	
Підтримувальна комунікація викладача Передбачуваність занять і безпечні правила взаємодії Робота з чутливим контентом без ретравматизації Емоційні паузи, техніки саморегуляції Фасилітація, коучингові запитання, рефлексивні кола	→ Місце, де ТІП стає досвідом студентів
↑ Основа фактичний щоденний досвід студентів	

Схема 2.1 і таблиця 2.5 взаємодоповнюють одна одну: схема відображає вертикальну логіку розгортання ТІП, а таблиця деталізує зміст інтеграції на кожному рівні, фокусуючись на механізмах та очікуваних результатах. Цілісність можлива лише тоді, коли всі рівні узгоджені між собою. Якщо університет проголошує безпеку на рівні стратегії, але викладач працює у форматі, що провокує ретравматизацію, тоді ТІП не реалізується. І навпаки: навіть найкращі викладацькі практики важко утримувати, якщо інституція не має політик, що їх підтримують. Саме тому модель підкреслює взаємозалежність рівнів, а не їх ізольоване існування. Для наочного узагальнення цієї логіки було розроблено модель, подану в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Модель упровадження травма-інформованого підходу на політично-нормативному, інституційному, програмному та дисциплінарному рівнях

Рівень моделі	Зміст інтеграції ТІП	Ключові механізми та інструменти	Очікувані результати
1. Політично-нормативний	Закріплення принципів безпеки, недискримінації, участі студентів, прозорості та підтримки у внутрішніх політиках ЗВО	Стратегія розвитку; кодекси та положення; локальні регламенти; узгодження з державною нормативною базою	Єдина рамка цінностей і правил; чітко визначені процедури реагування; гарантії безпеки та захисту студентів
2. Організаційно-інституційний	Перетворення цінностей ТІП на інфраструктуру підтримки	Соціально-психологічна служба; Психологічний хаб; проекти TIED і USAID; тренінги для викладачів; партисипативні механізми	Доступність підтримки; розвиток культури турботи; зниження ризику ретравматизації; участь студентів у прийнятті рішень
3. Навчально-програмний	Інтеграція принципів ТІП у зміст ОПП, компетентності й результати навчання	Педагогічні та коучингові дисципліни; модулі з ментального здоров'я; гнучкі траєкторії; адаптивні форми оцінювання	Підготовка фахівців, здатних підтримувати дорослих у кризі; студентоцентризм; розвиток емпатії та етичної взаємодії
4. Аудиторно-дисциплінарний	Практичне втілення принципів ТІП у навчальній взаємодії	Передбачувана структура занять; підтримувальна комунікація; фасилітація; техніки саморегуляції; робота з чутливими темами	Безпечне середовище на заняттях; активність і включеність студентів; зниження стресу й освітніх втрат

Порівняльний аналіз продемонстрував, що нормативна база України, інституційні документи КСУБГ та зміст ОПП «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих» добре узгоджуються між собою і створюють підґрунтя для

впровадження травма-інформованого підходу в університетське середовище. Найбільш виразно принципи ТІП проявляються у дисциплінах, пов'язаних із ментальним здоров'ям, коучинговою підтримкою, психологією дорослих та соціокультурними аспектами освіти. Інші курси демонструють середній або потенційний рівень інтеграції, що відкриває можливості для подальшого розвитку програми в цьому напрямі. Ці результати свідчать, що програма має теоретичні передумови та реальні інструменти для формування фахівців, здатних працювати у контексті війни, кризових переживань, нерівномірності досвідів та високої емоційної напруги. Такий підхід дозволяє не просто «навчати дорослих», а створювати підтримувальні, стійкі та людяні освітні середовища, у яких доросла людина може навчатися без страху, у темпі, що відповідає її можливостям.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз нормативних документів, інституційних стратегій і змісту освітньо-професійної програми «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих» дозволяє зробити висновок, що елементи травма-інформованого підходу вже закладені в сучасну українську систему вищої освіти. Хоча термін «ТПП» у законодавстві прямо не використовується, ключові ідеї підходу такі як безпека, недискримінація, автономія здобувача, прозорість, партнерство, підтримка й культурна чутливість, фактично інтегровані в нормативне поле та програмну логіку. Це свідчить про те, що в українському освітньому контексті поступово формуються підвалини для травма-інформованого освітнього середовища. Аналіз Законів України «Про освіту» (2017) і «Про вищу освіту» (2014) показав, що на рівні законодавства чітко окреслені вимоги до безпеки та гідності всіх учасників освітнього процесу. Наявні положення про інклюзивність, захист прав студентів, підтримку вразливих груп, академічну свободу, прозорість і етичність процедур прямо співзвучні з ключовими принципами ТПП. Це означає, що українське законодавство створює необхідне підґрунтя для розвитку безпечного та чутливого до потреб дорослого здобувача освітнього середовища. Розгляд інституційних документів Київського столичного університету імені Бориса Грінченка показав, що університет уже рухається в напрямі формування культури, сумісної з ТПП. Стратегія розвитку університету, плани кафедр, політики з академічної доброчесності, інклюзії та підтримки ментального здоров'я відображають прагнення створити середовище, у якому студенти відчують безпеку, підтримку та повагу. Ціннісні акценти на wellbeing, партнерській взаємодії й розвитку психологічних сервісів свідчать про те, що в університеті формується власна модель trauma-informed campus, хоча вона поки що більше імпліцитна. Аналіз освітньо-професійної програми «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих» продемонстрував її помітну відповідність логіці ТПП. У програмі простежуються компетентності, які передбачають створення безпечного,

інклюзивного та гнучкого освітнього середовища для дорослих здобувачів. Значну увагу приділено розвитку емпатії, етичної взаємодії, навичок підтримки, здатності працювати з різними соціокультурними групами та в умовах кризових переживань. Особливо важливо, що дисципліни, пов'язані з коучингом і психологією освіти дорослих, включають модулі про ментальне здоров'я, травму, ретравматизацію та техніки безпечної комунікації. Саме ці елементи формують ядро професійної готовності до роботи з дорослими, які переживають стрес чи складні життєві обставини. Навчальні курси програми загалом відповідають реаліям сьогодення, коли значна частина українських студентів і викладачів має досвід війни, втрат, вимушеної міграції або тривалого стресу. У цьому контексті особливо важливою стає не лише професійна компетентність педагога, а й його здатність взаємодіяти зі здобувачами чутливо, етично й підтримувально. Така позиція педагога відповідає філософії травма-інформованої освіти. Розроблена у межах дослідження модель інтеграції ТПІ у діяльність закладу вищої освіти підтвердила, що принципи підходу можуть бути імplementовані системно, від державної політики та інституційних стратегій до конкретних дисциплін, аудиторних практик і щоденної комунікації. Запропонована модель може стати інструментом для подальшого вдосконалення університетських політик, підготовки викладачів, розвитку служб підтримки та студентських ініціатив. У підсумку можна зазначити, що сучасна українська система вищої освіти загалом і ОПП «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих» зокрема мають значний потенціал для розвитку травма-інформованого підходу як цілісної рамки організації освітнього процесу. ТПІ у цьому контексті формує нову якість освітнього середовища, більш безпечного, чутливого, прозорого та підтримувального для дорослих здобувачів, особливо в умовах війни та суспільної нестабільності.

ВИСНОВОК

Узагальнивши результати дослідження, нам вдалося сформулювати такі висновки.

1. За результатами аналізу феномену психологічної травми як базового поняття травма-інформованого підходу встановлено, що сучасне уявлення про травму значно виходить за межі медичного її трактування, яке домінувало впродовж XVIII–XIX століть. Здійснений теоретичний аналіз показав, що травма являє собою складний багатовимірний феномен, який охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові, міжособистісні та екзистенційні зміни у житті людини. Удосконалення наукових методів у галузях медицини, психіатрії, психології та нейробіології сприяло переходу від уявлень про травму як тілесне пошкодження до розуміння її як досвіду, що впливає на цілісність особистості, її образ світу та здатність до участі в освітньому, професійному й соціальному житті. Саме таке теоретичне розширення поняття травми стало основою для формування міждисциплінарних моделей підтримки, серед яких травма-інформований підхід, що покликаний перетворити освітнє середовище на простір безпеки, довіри та підтримки.

2. У ході дослідження сутності травма-інформованого підходу як проблеми зарубіжного та вітчизняного наукового дискурсу визначено, що ТІП є концептуально стійкою міждисциплінарною рамкою, котра інтегрує напрацювання психології травми, соціальної роботи, педагогіки, освітнього менеджменту, організаційних теорій та суспільно-охоронних практик. Аналіз праць зарубіжних авторів показав, що ТІП, починаючи з робіт М. Гаріс та Р. Фаллот, трансформувався з інструменту підтримки клієнтів соціальних служб у цілісну модель організаційного функціонування. Поширеність підходу зумовлена не лише його практичністю, а й здатністю забезпечувати захист від ретравматизації та формувати етичні й емпатійні практики взаємодії. В українському ж науковому полі проблематика ТІП активно формується, що пояснюється зростанням суспільної потреби у психоемоційній підтримці дорослих, які пережили досвід війни, втрати чи вимушеної міграції.

Науковий дискурс демонструє плюралізм підходів до визначення сутності ТІП, що засвідчує як його складність, так і потенціал для розвитку у вищій освіті.

3. Під час висвітлення моделей травма-інформованого підходу та особливостей їх адаптації в сучасному університеті встановлено, що такі моделі, як Sanctuary Model, ARC, Whole School / Whole Campus та підходи соціально-емоційного навчання, поділяють спільну ціннісну основу: безпеку, довіру, передбачуваність, партнерство, вибір та культурну чутливість. Компаративний аналіз показав, що університетське середовище потребує адаптації цих моделей із урахуванням специфіки навчання в ЗВО, де досвід студента виступає навчальним ресурсом та потенційним джерелом вразливості. Було виявлено, що ефективна адаптація моделей ТІП передбачає системність змін від інституційних політик і стратегій до безпосередньої комунікації викладачів зі студентами. Таким чином, університетська реалізація ТІП не може бути зведена до впровадження окремих практик, а потребує цілісної трансформації освітньої культури.

4. Аналіз нормативних і методичних документів державного, інституційного та програмного рівнів засвідчив, що в українському законодавстві та внутрішніх документах закладів вищої освіти міститься значний потенціал для впровадження травма-інформованого підходу. Закони України «Про освіту» і «Про вищу освіту» визначають безпеку, недискримінацію, інклюзивність, академічну доброчесність, культурну чутливість та право здобувача на автономію як основоположні принципи освітньої діяльності. Ці положення концептуально збігаються з принципами ТІП, що дає підстави вважати нормативні документи сприятливими для його інтеграції. Інституційні документи Київського столичного університету імені Бориса Грінченка: стратегія розвитку, кодекси, політики інклюзії, програми психологічної підтримки, демонструють наявність структурних елементів, суголосних травма-інформованій освіті. Аналіз освітньо-професійної програми «Освітній дизайн і коучинг в освіті дорослих» виявив, що її цілі,

компетентності та зміст дисциплін значною мірою відповідають логіці ТІП, зокрема через акцент на етиці взаємодії, розвитку емпатії, формуванні безпечного освітнього середовища та здатності працювати з дорослою аудиторією, яка може мати досвід стресових чи травматичних подій.

5. Оцінювання інституційного потенціалу університету щодо впровадження травма-інформованого підходу засвідчило, що КСУБГ має розгалужену систему сервісів підтримки, потужну нормативну базу, ціннісні орієнтири на wellbeing та партнерську взаємодію, а також навчальні програми, що вже містять елементи травма-обізнаності. Університет рухається у напрямі формування trauma-informed campus, де створюються умови для конструктивної підтримки студентів і викладачів, передбачуваної та етичної комунікації, інклюзивності та розвитку психологічних служб. Водночас аналіз виявив потребу у подальшому розширенні навчальних компонентів із ТІП, підготовці викладацького складу, стандартизації процедур реагування на кризові ситуації та системному моніторингу почуття безпеки серед здобувачів освіти. Підсумовуючи, можна стверджувати, що проведене дослідження дозволило теоретично обґрунтувати травма-інформований підхід та виявити реальні можливості його інтеграції у вищу освіту дорослих в Україні. ТІП постає цілісною рамкою організації освітнього процесу, зорієнтованою на підтримку, емпатію, етичність та врахування досвіду кожного здобувача. У межах цього дослідження не було можливості охопити всі аспекти системного упровадження ТІП у ЗВО. Подальшого наукового розвитку потребують питання розробки інструментарію оцінювання травма-інформованості університету, підготовки викладачів до роботи з наслідками травми у дорослих студентів, а також дослідження реальних освітніх взаємодій, у яких можуть виникати ризики ретравматизації. Саме ці напрями становлять перспективу подальших наукових пошуків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агенція екстреної медичної допомоги - Інформація - Новина. *Агенція екстреної медичної допомоги*. URL: <https://aemc.org.ua/info/article/272/>
2. Головатенко, Т. (2023). ТЕНДЕНЦІЇ ПІДГОТОВКИ ВЧИТЕЛІВ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ТРАВМА-ІНФОРМОВАНОГО НАВЧАННЯ: ДОСВІД РОЗВИНЕНИХ КРАЇН. *ОСВІТОЛОГІЯ*, 12(12), 42–54. <https://doi.org/10.28925/2226-3012.2023.12.4>
3. Демчук О. В., Золотарьова О. А., Ковалик О. О., Ковалик Т. І., Крупський Б. О., Морозов О. М., Морозова Т. Р., Романенко Ю. П., Сергієнко А. В., Сергієнко Т. А., Трінька І. С., Шаманова І. Д. Вплив катастроф і війн на психічне здоров'я особистості та суспільства. Повідомлення п'яте: перетворення індивідуальної оперативно-бойової психічної травми на колективну соціально-психологічну, соціально-культурну. *IPSI Proceedings*. 2019. DOI: <https://doi.org/10.32437/IPSIProceedings.Issue-2019>
4. Онлайн-словник URL: <https://logeion.uchicago.edu/τραῦμα>
5. ПТСР відомий з прадавніх часів, його описував Шекспір і досліджував Фройд, солдатів із ним цькували як боягузів, але в 1970-х на допомогу прийшли феміністки. Згадуємо історію вивчення цього розладу. *Бабель | Розповідаємо про політику, культуру і суспільство в Україні. Останні новини детально і неупереджено*. URL: <https://babel.ua/texts/91098-ptsr-vidomiy-z-pradavnih-chasiv-yogo-opisuvav-shekspir-i-doslidzhuvav-freyd-soldativ-iz-nim-ckuvali-yak-boyagu-ziv-ale-v-1970-h-na-dopomogu-priyshli-feministki-zgaduyemo-istoriyu-vivchennya-cogo-rozlad>
6. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с. URL: https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1436.pdf.
7. Dr. Corey Abbriano. What is Intergenerational or Historical Trauma?. *Stress & Trauma Evaluation And Psychological Services*. URL: <https://traumaprofessionals.com/what-is-intergenerational-or-historical-trauma/>
8. APA Dictionary of Psychology. URL: <https://dictionary.apa.org/trauma>.
9. Bandura A., Freeman W. H., Lightsey R. Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1999. Vol. 13, no. 2. P. 158–166. URL: <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
10. Bath H. The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*. 2008. Vol. 17, no. 3. P. 17–21

11. Sarah Bence. Mental Health Impact of Acute Trauma vs. Chronic Trauma. *Verywell Health*.
URL: <https://www.verywellhealth.com/acute-trauma-vs-chronic-trauma-5208875>
12. Bonanno G. A., Westphal M., Mancini A. D. Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011. Vol. 7, no. 1. P. 511–535.
URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
13. Brunzell T., Waters L., Stokes H. Teaching with strengths in trauma-affected students: A new approach to healing and growth in the classroom. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2015. Vol. 85, no. 1. P. 3–9. URL: <https://doi.org/10.1037/ort0000048>
14. Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Trauma-informed care in behavioral health services. Rockville, MD : U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, 2014. 319 p.
15. Charcot J. M. Leçons du mardi à la Salpêtrière. 2nd ed. Paris : Louis Battaille, 1892. 501 p.
16. Compas B. E. Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*. 1987. Vol. 101, no. 3. P. 393–403.
URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.3.393>
17. Complex Trauma in Children and Adolescents / A. Cook et al. *Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35, no. 5. P. 390–398.
URL: <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
18. Crittenden P. M. A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2006. Vol. 27, no. 2. P. 105–115.
URL: <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x>
19. DePrince A. P., Weinzierl K. M., Combs M. D. Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*. 2009. Vol. 33, no. 6. P. 353–361.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.08.002>
20. Defining Vicarious Trauma and Secondary Traumatic Stress - TEND. *TEND*.
URL: <https://www.tendacademy.ca/resources/defining-vicarious-trauma-and-secondary-traumatic-stress/#:~:text=Secondary%20Traumatic%20Stress%20,exposed%20to%20direct%20trauma%20themselves>

21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. / ed. by American Psychiatric Association. Task Force on Nomenclature and Statistics., American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. 3rd ed. Washington, D.C : American Psychiatric Association, 1980. 494 p.
22. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Publishing, Inc, 2013. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.893619>
23. Ellenberger H. F. The discovery of the unconscious : The history and evolution of dynamic psychiatry. New York : Basic books, Inc., Publishers, 1970. 932 p.
24. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults / V. J. Felitti et al. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. Vol. 14, no. 4. P. 245–258. URL: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
25. Feriante J., Sharma N. P. Acute and chronic mental health trauma. StatPearls. Treasure Island. StatPearls Publishing, 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594231/>
26. Finkelhor D., Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1985. Vol. 55, no. 4. P. 530–541. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
27. Freud S. An autobiographical study. London : Hogarth press, and the Institute of psycho-analysis, 1950. 137 p.
28. Freud S., Breuer J. Studien über Hysteria. 2nd ed. Leipzig : Franz Deuticke, 1909. 369 p.
29. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. New York : Basic Books, 1962. 130 p.
30. Friedman M. J. Finalizing PTSD in DSM-5 : Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*. 2013. Vol. 26, no. 5. P. 548–556. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.21840>
31. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Posttraumatic Stress Disorder*. 2000. Vol. 2, no. 1. P. 47–55. URL: <https://doi.org/10.31887/dcns.2000.2.1/macrocq>
32. Haslam N., McGrath M. J. The Creeping Concept of Trauma. *Social Research: An International Quarterly*. 2024. Vol. 91, no. 1. P. 311–334. URL: <https://doi.org/10.1353/sor.2024.a923123>

33. Heart M. Y. H. B. The Historical Trauma Response Among Natives and Its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2003. Vol. 35, no. 1. P. 7–13. URL: <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399988>
34. Helping traumatized children learn: Supportive school environments for children traumatized by family violence / ed. by C. S. F. Boston, MA : Massachusetts Advocates for Children, 2005. 117 p.
35. Herman J. L. Trauma and recovery: [from domestic abuse to political terror]. London : Pandora, 1998. 276 p.
36. Five Essential Elements of Immediate and Mid–Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence / S. E. Hobfoll et al. *Psychiatry*. 2021. Vol. 84, no. 4. P. 311–346. URL: <https://doi.org/10.1080/00332747.2021.2005387>
37. Hopper E. K., Bassuk E. L., Olivet J. Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. *The Open Health Services and Policy Journal*. 2010. Vol. 3, no. 1. P. 80–100. URL: <https://doi.org/10.2174/1874924001003010080>
38. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York : Free Press, 1992. 256 p.
39. Kardiner, A. The Traumatic Neuroses of War. New York: Hoeber, 1941. 356 p
40. Kuban C., Steele W. R. Restoring Safety and Hope: From Victim to Survivor. *Reclaiming Children and Youth*. 2011. Vol. 20. P. 41–44.
41. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 / J. Lai et al. *JAMA Network Open*. 2020. Vol. 3, no. 3. URL: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
42. Lerner P., Micale M. S. Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930. Cambridge University Press, 2011.
43. McCann I. L., Pearlman L. A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1990. Vol. 3, no. 1. P. 131–149. URL: <https://doi.org/10.1007/bf00975140>
44. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. WHO. 2020.
45. Micale M. S. Charcot and les névroses traumatiques: Scientific and historical reflections1. *Journal of the History of the Neurosciences*. 1995. Vol. 4, no. 2. P. 101–119. URL: <https://doi.org/10.1080/09647049509525630>

46. Trauma-informed training as a means of stabilizing the negative impact of stressful and destructive factors of war on the inner world of future specialists / T. I. Miyer et al. *Wiadomości Lekarskie*. 2024. Vol. 77, no. 5. P. 965–970. URL: <https://doi.org/10.36740/wlek202405114>
47. THE REFLECTIVE COMPONENT OF IMPLEMENTING A TRAUMA-INFORMED APPROACH TO LEARNING AS A PREVENTIVE TOOL AGAINST THE DEVELOPMENT OF FATIGUE IN STUDENTS DURING FIELD PRACTICUM / T. I. Miyer et al. *Clinical and Preventive Medicine*. 2025. No. 5. P. 112–118. URL: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2025.14>
48. Practices of trauma-informed learning and their influence on the level of situational and personal anxiety of students who are studying face-to-face during hostilities / T. V. Miyer et al. *Wiadomości Lekarskie*. 2024. Vol. 77, no. 11. P. 2289–2295. URL: <https://doi.org/10.36740/wlek/197112>
49. Myers C. A CONTRIBUTION TO THE STUDY OF SHELL SHOCK. *The Lancet*. 1915. Vol. 185, no. 4772. P. 316–320. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)52916-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)52916-x)
50. Newbold W. R., Janet P., Carson C. R. The Mental State of Hystericals. *The Philosophical Review*. 1902. Vol. 11, no. 6. P. 656. URL: <https://doi.org/10.2307/2177034>
51. Nijenhuis E. R. S., Steele K., Hart O. v. d. Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. Norton & Company, Incorporated, W. W., 2006. 440 p.
52. Perry B. D., Pollard R. Homeostasis, Stress, Trauma, and Adaptation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 1998. Vol. 7, no. 1. P. 33–51. URL: [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(18\)30258-x](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(18)30258-x)
53. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1989. Vol. 146, no. 12. P. 1530–1540. URL: <https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1530>
54. Porges S. W. Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. Norton & Company, Incorporated, W. W., 2011. 368 p.
55. Psychosomatic correlates of war distress in children and adolescents / M. V. Markova et al. *Psychiatry Neurology and Medical Psychology*. 2025. No. 30. P. 472–489. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-04>
56. Render Turmaud D. What Is Collective Trauma?. *Psychology Today*. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/lifting-the-veil-trauma/202>

[005/what-is-collective-trauma#:~:text=Whereas%20the%20term%20“trauma”%20typically,For%20example,%20after](#)

57. Sauerteig L. D. H. Book Review: Hysterical Men: War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930. *German History*. 2005. Vol. 23, no. 4. P. 572–573. URL: <https://doi.org/10.1177/026635540502300419>
58. Scott C., Briere J. N. Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment. SAGE Publications, Incorporated, 2014.
59. Shonkoff J. P., Garner A. S. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatric Mental Health: A Compendium of AAP Clinical Practice Guidelines and Policies*. 2019. P. 81–95. URL: https://doi.org/10.1542/9781610023658-part02-the_lifelong
60. Szalavitz M., Perry B. D. The Boy Who Was Raised As a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook: What Traumatized Children Can Teach Us About Loss, Love and Healing. Basic Books, 2007. 288 p.
61. The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder. Princeton, N.J : Princeton University Press, 1995. 327 p.
62. The trouble with trauma, 2017. Scottish Journal of Residential. Child Care ISSN 1478 - 1840. URL: https://strathprints.strath.ac.uk/84751/1/Bath_SJRCC_2017_The_trouble_with_trauma.pdf
63. Trauma - Etymology, Origin & Meaning. *etymonline*. URL: <https://www.etymonline.com/word/trauma>
64. Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2006. Vol. 8, no. 4. P. 445–461. URL: <https://doi.org/10.31887/dcns.2006.8.4/jbremner>
65. Bessel A. Van der Kolk. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Penguin Books, 2015. 464 p.
66. van der Kolk B. A. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35, no. 5. P. 401–408. URL: <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
67. Zeiger K. D. What Is Chronic Trauma? Symptoms, Examples, & Treatment. <https://www.choosingtherapy.com/>. URL: <https://www.choosingtherapy.com/chronic-trauma/>.
68. Zhelanova V. THE REFLEXIVE COMPETENCE OF A FUTURE TEACHER: ESSENCE, STRUCTURE, LOGIC OF REFLEXIOGENESIS. *Pedagogical education: theory and practice*.

Psychology. *Pedagogy.* 2020. No. 33.
URL: <https://doi.org/10.28925/2311-2409.2020.33.2>

Дихальні вправи з творчим компонентом

Назва вправи	Мета	Покрокова інструкція	Творчий компонент	Застереження
«Подих через колір»	Зниження напруги, фокус уваги, м'яка саморегуляція	1) Запропонувати обрати колір, який асоціюється зі спокоєм. 2) На вдиху уявляти, що цей колір заповнює грудну клітку, на видиху – що виходить напруга. 3) Попросити зробити 8–10 циклів дихання, орієнтуючись на комфортний темп.	Після вправи учасники записують одним–двом а реченнями: «Мій колір спокою сьогодні...», можуть додати невеликий ескіз.	Не рекомендується для учасників із вираженими панічними атаками; важливо проговорити, що можна припинити вправу в будь-який момент.
«Дихання через образ дороги»	Зниження тривожності, відчуття руху вперед	1) Запропонувати уявити дорогу. 2) На вдиху – робити крок уперед у своїх думках. 3) На видиху – залишати втому позаду. 4) 10–12 циклів у комфортному ритмі.	Після вправи учасники коротко записують: «Якою була моя дорога сьогодні?»	Можливі емоційні реакції, важливо проговорити право не ділитися
«Дихання крізь долоні»	Зниження тілесної напруги, заземлення	1) Покласти долоні на живіт. 2) Відчути тепло рук. 3) На вдиху – «наповнювати»	Після вправи учасники можуть зобразити символ тепла у щоденнику	Не рекомендується при сильній соматичній тривозі

		простір між долонями теплом. 4) На видиху – відпускати напругу.		
«Подих і слово»	Відновлення внутрішнього ритму, фокус уваги	1) На вдиху подумки промовляється слово «приймаю». 2) На видиху – «відпускаю». 3) Повторити 8–10 разів.	Після вправи кожен записує два власні слова для вдиху й видиху	Слова не мають містити самоосуду
«Лист подиху»	Емоційне розвантаження, самопідтримка	1) 5 циклів повільного дихання. 2) Після кожного видиху записати одне речення, яке починається зі слів «Я дозволяю собі...».	Мікротекст або короткий лист самому собі	Не використовується в стані гострої паніки
«Дихання в ритмі кола»	Відчуття підтримки, синхронізація групи	1) Учасники сидять у колі. 2) Ведучий задає ритм: 4 сек. вдих – 6 сек. видих. 3) 2–3 хвилини синхронного дихання.	Після – коло одного речення: «Що змінилося в тілі?»	Важливо не примушувати до участі