

УДК 159.9:364.04:355.01(477)

**Кухарук Ольга Юрївна**

кандидат психологічних наук,  
старший науковий співробітник

відділу методології психосоціальних і політико-психологічних досліджень,  
Інститут соціальної та політичної психології НАПН України,  
м. Київ, Україна

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1193-0249>

[kuharuk.o@gmail.com](mailto:kuharuk.o@gmail.com)

## **ТРАВМОІНФОРМОВАНИЙ ПІДХІД: СВІТОВІ ПРАКТИКИ І УКРАЇНСЬКИЙ КОНТЕКСТ (НАРАТИВНИЙ ОГЛЯД)**

**Вступ.** Українське суспільство тривалий час живе в умовах війни, а її досвід суттєво впливає на соціальну взаємодію, комунікацію та функціонування суспільних систем. У цих умовах особливої актуальності набуває травмоінформований підхід як концептуальний принцип, що враховує вплив травматичного досвіду на людину і суспільство.

**Мета:** проаналізувати травмоінформований підхід (ТІ) як концептуальний принцип, систематизувати його основні засади і логіку впровадження, а також визначити особливості його застосування в українських реаліях.

**Методи.** Дослідження базується на нарративному огляді сучасної наукової літератури, аналізі принципів, моделей та підходів до впровадження травмоінформованості, а також порівнянні міжнародного досвіду із сучасним українським контекстом.

**Результати.** Проаналізовано основні принципи травмоінформованого підходу і модель SAMHSA як найбільш поширений підхід у сфері травмоінформованої підтримки. Проведено порівняльний аналіз модифікацій і моделей травмоінформованого підходу, їхніх спільних компонентів і відмінностей. Модель «4R» проаналізовано як один із ключових способів упровадження травмоінформованого підходу та порівняно із сучасними модифікаціями й розширеннями. Встановлено, що український контекст обтяжений додатковими викликами щодо впровадження травмоінформованого підходу через масовість і тривалість травматичного впливу, множинність воєнних досвідів і розмитість межі між отримувачами і надавачами допомоги.

**Висновки.** Визначено, що попри значну варіативність моделей і підходів сучасні концепції травмоінформованості мають спільне концептуальне ядро, яке найбільш системно представлене в моделі SAMHSA. Водночас практики впровадження травмоінформованого підходу залишаються неоднорідними, недостатньо операціоналізованими і значною мірою залежать від контексту застосування. Показано, зокрема, що український контекст з огляду на додаткові виклики має певні особливості щодо реалізації травмоінформованого підходу через масовість і тривалість травматичного впливу, множинність воєнних досвідів та необхідність одночасної підтримки як отримувачів допомоги, так і самих систем взаємодії. Попри це травмоінформований підхід залишається одним із найбільш перспективних способів організації підтримки, соціальної взаємодії та подолання наслідків війни в українському суспільстві.

**Ключові слова:** травмоінформований підхід; психічна травма; соціальна взаємодія; ретравматизація; соціальна підтримка; досвід війни; травматичний досвід.

**Olha Kukharuk**

PhD in Psychology, Senior Research Fellow,  
Department of Methodology of Psychosocial  
and Political-Psychological Research

Institute for Social and Political Psychology of the NAES,  
Kyiv, Ukraine  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1193-0249>  
[kuharuk.o@gmail.com](mailto:kuharuk.o@gmail.com)

## **TRAUMA-INFORMED APPROACH: GLOBAL PRACTICES AND THE UKRAINIAN CONTEXT (NARRATIVE REVIEW)**

**Relevance.** Ukrainian society has been living under conditions of war for a prolonged period, and war-related experience significantly affects social interaction, communication, and the functioning of social systems. Under these conditions, the trauma-informed approach becomes particularly relevant as a conceptual framework that takes into account the impact of traumatic experience on individuals and society.

**Aim.** To analyze the trauma-informed approach as a conceptual framework, systematize its core principles and implementation logic, and identify the specific features of its application in Ukrainian context.

**Methods.** The study is based on a narrative review of contemporary scientific literature, analysis of principles, models, and approaches to the implementation of trauma-informed practices, as well as comparison of global experience with the current Ukrainian context.

**Results.** The article analyzes the core principles of the trauma-informed approach and the SAMHSA model as the most widespread framework in the field of trauma-informed support. A comparative analysis of modifications and models of the trauma-informed approach, their common components, and differences was conducted. The “4R” model was analyzed as one of the key frameworks for implementing trauma-informed approaches and compared with its contemporary modifications and extensions. It was established that the Ukrainian context creates additional challenges for the implementation of trauma-informed approaches due to the massiveness and prolonged nature of traumatic exposure, the multiplicity of war-related experiences, and the blurred boundary between those receiving support and those providing

**Conclusions.** It was determined that despite the considerable variability of models and approaches, contemporary concepts of trauma-informed practice share a common conceptual core most systematically represented in the SAMHSA model. At the same time, practices of implementing trauma-informed approaches remain heterogeneous, insufficiently operationalized, and largely dependent on the context of application. The study demonstrates that the Ukrainian context creates additional challenges for the implementation of trauma-informed approaches due to the massiveness and prolonged nature of traumatic exposure, the multiplicity of war-related experiences, and the need to simultaneously support both service recipients and the systems of interaction themselves. Nevertheless, the trauma-informed approach remains one of the most promising frameworks for organizing support, social interaction, and addressing the consequences of war in Ukrainian society.

**Keywords:** trauma-informed approach; psychological trauma; social interaction; re-traumatization; social support; war-related experience; traumatic experience.

**Постановка проблеми в загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями.** Україна живе у війні вже дванадцятий рік і понад чотири роки – у часі повномасштабного вторгнення. За цей період досвід війни став обов'язковим складником усіх сфер життя українців – і особистого, і соціального. Цей досвід, зрозуміло, дуже особистий – у кожної людини свій, але так чи інакше він є неунікним. Звичайно, не кожен досвід війни є класичною психологічною травмою, але він завжди є певною зоною вразливості. Досвід війни не завжди переходить у клінічний розлад, але стає визначальною ідентичністю для людини. Так формуються ідентичності, спричинені війною (war-related identities), – специфічні ідентичності, що

виникають у відповідь на тривалий бойовий або пов'язаний з війною досвід (Unger, 2016). У цьому разі досвід війни стає призмою, крізь яку переломлюється сприйняття світу, себе та інших. І цілком очевидно, що і різні особисті досвіди війни, і пов'язані з війною ідентичності, і клінічні прояви, спричинені наслідками психологічної травми, істотно впливають на соціальну взаємодію.

Суспільство потребує напрацювання загальних підходів, які б враховували, як досвіди війни проявляються в суспільному житті, а відповідно, давали змогу ефективно вибудовувати комунікацію у всіх сферах, особливо у сфері супроводу і підтримання захисників та їхніх родин, а також пом'якшувати, а не посилювати травматичний вплив війни.

Травмоінформованість як один з найбільш розроблених у світі концептуальних принципів взаємодії, що враховує наявність травматичного досвіду, є однією з найбільш перспективних моделей для впровадження в Україні. Проте з поширенням цього поняття в суспільному дискурсі все більше поширюється й «очевидне» його розуміння, яке спрощує це поняття і зводить роботу щодо поширення травмоінформованості до формування переліку фраз, які можна або, навпаки, не можна використовувати в комунікаціях із представниками тих чи інших соціальних груп – військовими, ВПО, родинами захисників та іншими категоріями потерпілих громадян. Це перетворює складну, багатовимірну концептуальну модель на набір комунікативних правил сумнівної ефективності. У цьому сенсі особливої актуальності набуває аналітичний науковий огляд підходу, який є багатовимірною концептуальною концепцією, що охоплює широке коло теоретичних ідей і практичних підходів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, виокремлення нерозв'язаних частин загальної проблеми.** Концепцію trauma-informed care (TIC) запропонували 2001 року Максін Гарріс і Роджер Фаллот, які звернули увагу на надзвичайно високий рівень травматизації серед людей, що звертаються по допомогу, і закликали до зміни чинної парадигми: поряд із поточною проблемою, з якою прийшов клієнт, потрібно брати до уваги і його попередній травматичний досвід (Harris & FalLOT, 2001). У розділі «Using Trauma Theory to Design Service Systems» дослідники сформулювали п'ять основоположних принципів травмоінформованих систем допомоги: безпека, довіра, вибір, співпраця і розширення можливостей (empowerment). Травмоінформований підхід (далі – ТІ-підхід) встановив новий стандарт організації публічних психічних і соціальних служб з огляду на припущення, що кожна людина, яка звертається по специфічну психологічну, медичну чи соціальну допомогу, може мати досвід переживання травми (англійською – trauma survivor).

У 2005 році в США засновано Національний центр травмоінформованої допомоги (National Center for Trauma-Informed Care) при Центрі психічного здоров'я (CMHS). Його метою було допомогти державним установам здійснити культурний зсув до більш підтримувального, інтегрованого і пристосованого середовища. Пізніше SAMHSA – Адміністрація з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я США (2014) – розширила принципи Гарріс і Фаллота, розробивши власну організаційну модель TIC. Вона базувалася на шістьох принципах та охоплювала чотири аспекти впровадження, які ми розглянемо нижче.

За понад двадцять років підхід істотно поглибився і розширився. З того часу з'явилося чимало пов'язаних із ТІ-підходом понять, принципів, концептів, практичних методів або моделей. Деякі з них є загальними, а інші, навпаки, більш контекстно-специфічними. Серед найбільш поширених термінів наразі такі: «травмоінформована підтримка», «травмоінформований підхід», «травмоінформована перспектива», «травмофокусований», «заснований на травмі», «травмочутливий», «травмоінформована допомога/практика» (TIC/P) і «травмоінформована турбота»

тощо. Кожен із цих термінів має свої нюанси та особливості застосування, але при цьому ТІ-підхід залишається парасольковим поняттям, яке їх об'єднує (Bagerman, 2021).

Запропоноване SAMHSA (2014) широке визначення цього поняття містить «три Е щодо травми»: подія(і) – Event(s), досвід переживання подій (Experience of events) і наслідок (Effect). Це підхід повною мірою відображає логіку впливу та прояву травматичного досвіду, адже кожна потенційно травматична подія по-різному впливає і має різні наслідки для різних людей. Але так само цей підхід задає надзвичайно широкі рамки для аналізу і впровадження, адже передбачає майже недоступну для повного опису множину проявів травматичного досвіду.

Проведений нами аналіз наукової літератури показав суттєву асиметрію: попри широку розробленість ТІ-підходу загалом його специфічна реалізація саме в неклінічному соціальному супроводі ветеранів залишається малодослідженою. Систематичний огляд 2024 року (Goldstein et al., 2024) констатує, що брак даних на рівні систем є головним бар'єром для впровадження ТІС, а для вразливих груп населення розриви в доказовій базі залишаються ще досить значними.

Скопінг-огляд 2024 року (Berring et al., 2024) охопив 157 публікацій і виявив, що ТІ-підхід залишається загальним орієнтиром для організаційних змін, а не стандартизованим протоколом, а це унеможливорює порівняння і масштабування практик між контекстами. Брак загальноприйнятого визначення і мінімальна кількість валідованих інструментів вимірювання є ключовими проблемами в цій сфері. Тому, балансуючи між повагою до власне множини можливих проявів травми у кожній окремій людині, групи чи соціуму і загальними закономірностями, які можуть об'єднувати всі ці досвіди, спробуємо проаналізувати основні виміри ТІ-підходу, можливості і виклики їх застосування в Україні.

**Мета статті** – проаналізувати травмоінформований (ТІ) підхід як концептуальний принцип, визначити та систематизувати засади його визначення, принципи та рівні реалізації.

### **Виклад основного матеріалу дослідження**

#### *Основні принципи ТІ-підходу*

Попри значну кількість моделей, підходів і практичних розробок більшість сучасних концепцій ТІ-підходу спирається на спільне ядро принципів. Найбільш поширеною і застосовуваною на сьогодні залишається модель SAMHSA (2014), яка фактично стала базовим орієнтиром для опису травмоінформованого підходу в різних сферах – від психічного здоров'я і соціальної роботи до освіти, правосуддя та організаційних практик.

SAMHSA (2014) визначає шість ключових принципів ТІ-підходу: безпека (safety); довіра і прозорість (trustworthiness and transparency); підтримка рівний-рівному, або підтримка на рівних (peer support); співпраця і взаємність (collaboration and mutuality); розширення можливостей, голос і вибір (empowerment, voice and choice); а також врахування культурних, історичних та гендерних питань (cultural, historical and gender issues).

Принцип безпеки передбачає створення фізично і психологічно безпечного середовища, де людина не перебуває в постійному очікуванні загрози чи осуду. Довіра і прозорість стосуються передбачуваності взаємодії, відкритості процедур та зрозумілості правил. Підтримка на рівних ґрунтується на ідеї, що досвід людей зі схожим пережитим досвідом може бути важливим ресурсом відновлення. Якщо підтримка від людей, що мають подібний досвід, неможлива, ідеться про підтримку на рівних, де кожна із сторін має свою суб'єктність і ніхто не є вищим або нижчим, ніхто не розглядається як жертва. Співпраця та взаємність акцентують увагу на зменшенні

ієрархічності взаємодії між фахівцем і отримувачем допомоги. Принцип «посилення, вибір і голос» спрямований на посилення суб'єктності людини, підтримання її здатності впливати на власне життя і брати участь в ухваленні рішень. Культурна, історична і гендерна чутливість передбачає врахування ширшого соціального й культурного контекстів травматичного досвіду.

Саме ці засади є сьогодні де-факто базовими для більшості ТІ-моделей. Водночас популяризація та активне впровадження ТІ-підходу зумовили появу багатьох варіацій, які або деталізують окремі принципи, або зміщують акценти залежно від сфери застосування.

Так, Wathen et al. (2021) описують чотири інтегровані принципи trauma- and violence-informed care: розуміння впливу травми і насильства; створення емоційно, культурно і фізично безпечних просторів; підтримання вибору, співпраці та зв'язків; а також опора на сильні сторони людини і розвиток її спроможностей. На відміну від класичної моделі SAMHSA, дослідники акцентують увагу на впливі насильства і соціальних чинниках травматизації, оскільки ці принципи були розроблені для роботи саме з постраждалими від гендерно зумовленого насильства.

Bowen & Murshid (2016), аналізуючи ТІ-підхід у контексті соціальної політики, пропонують сім принципів: безпека, надійність, прозорість, співпраця, розширення можливостей, вибір та інтерсекційність. Тут травмоінформованість розглядається не лише як характеристика міжособистісної взаємодії, а як підхід до аналізу соціальних систем і нерівностей. У Trauma-Informed Practice Guide (British Columbia Ministry of Health, 2013) ТІ-підхід охоплює чотири ключові компоненти: усвідомлення травматичного досвіду; безпеку і довіру; співпрацю і вибір; орієнтацію на ресурси і розвиток навичок. Карен Трейсман (Treisman, 2021) пропонує значно ширший набір цінностей, серед яких багаторівнева безпека, стосунки як центральний елемент роботи, культурна колаборація, орієнтація на сильні сторони, рефлексія і допитливість. Її модель суттєво розширює стосунковий компонент ТІ-підходу і підкреслює значення організаційної культури.

Одна з найбільш поширених моделей ТІ-підходу – модель Sanctuary, запропонована Сандрою Блум. У цій моделі акцент зміщується з індивідуальної взаємодії на організаційну систему загалом. Дослідниця пропонує сім принципів: ненасильство, емоційний інтелект, соціальне навчання, спільне управління, відкрита комунікація, соціальна відповідальність і демократія (Ayre & Krishnamoorthy, 2020).

У низці підходів травмоінформованість додатково пов'язується з конкретними групами або типами досвіду. Elliot et al. (2005) у принципах ТІ-допомоги для жінок наголошують на визнанні насильства як визначального чинника травматизації, зміні атмосфери сервісів і залученні отримувачів допомоги до розроблення програм. Модель RICH (Clark et al., 2014) концентрується на побудові підтримувальних стосунків через повагу, інформацію, зв'язок і надію. Sensitive Practice (Schachter et al., 2008) зосереджує увагу на повазі до меж, недопущенні деперсоналізації та взаємному навчанні.

Попри значну варіативність моделей аналіз літератури показує, що більшість моделей в ТІ-підході мають спільне концептуальне ядро. Практично всі вони так чи інакше передбачають підвищення відчуття безпеки, посилення довіри та передбачуваності взаємодії, підтримання суб'єктності та вибору, співпрацю, орієнтацію на сильні сторони людини і мінімізацію повторної травматизації. Відмінності між моделями стосуються переважно того, які саме аспекти травматичного досвіду або соціальної взаємодії вони вважають визначальними.

Отже, на рівні принципів поле травмоінформованого підходу виглядає загалом досить узгодженим. Саме тому модель SAMHSA стала фактично засадничим концептом: вона пропонує досить широкий і водночас універсальний опис ТІ-підходу,

який може бути адаптований до різних сфер діяльності. А проте домінування підходу SAMHSA не означає досягнення повного концептуального консенсусу. Аналіз сучасних досліджень показує, що ТІ-підхід залишається радше спрямованістю мислення і загальною логікою організації взаємодії, ніж строго регламентованою моделлю практики. Принципи ТІ-підходу задають напрям роботи, однак не визначають конкретних інтервенцій, алгоритмів взаємодії або стандартизованих моделей супроводу (Bargeman, 2021).

Попри значну кількість ТІ-практик дослідники регулярно звертають увагу на нечіткість визначень, фрагментованість підходів та обмежену операціоналізацію принципів травмоінформованого підходу (Bargeman, 2021, Berring et al., 2024; Goldstein et al., 2024). Одна й та сама категорія, наприклад «безпека» або «вибір», у різних системах може означати різні практики: від змін у фізичному середовищі до перегляду ієрархічних стосунків між фахівцем і клієнтом. Кожна організація чи інституція по-своєму визначає, як саме реалізовувати ТІ-підхід. З одного боку, це логічно, оскільки травмоінформованість потребує максимальної гнучкості і занурення в контекст. З іншого боку, це викликає чимало запитань, зокрема і щодо оцінювання того, що саме і завдяки чому працює. А це, відповідно, унеможлиблює чи принаймні ускладнює масштабування.

У контексті українських реалій ці обмеження стають ще більш вираженими. Більшість ТІ-моделей і їхні основні принципи формувалися в суспільствах, де травматичний досвід розглядався переважно як індивідуальний або специфічний для певної вразливої групи. Натомість український контекст характеризується масовістю і тривалістю травматичного впливу, множинністю типів травматичного досвіду та одночасною залученістю великої кількості людей у процеси переживання війни.

Травматичний досвід в Україні не обмежується лише клінічними проявами психологічної травми. Він охоплює бойовий досвід, втрати, досвід окупації, вимушеного переміщення, тривалої невизначеності, моральної травми, соціальної ізоляції, хронічного стресу, травми свідка та інші форми переживання війни. Частина цих проявів не вкладається в класичні симптоматичні або розладові рамки, але суттєво впливає на соціальну взаємодію, комунікацію, функціонування і загалом психічне благополуччя людини, як, наприклад, згадувані вище ідентичності, пов'язані з досвідом війни. В українських реаліях межа між тими, хто отримує підтримку, і тими, хто її надає, часто є умовною. Фахівці соціальної сфери, психологи, медики, освітяни і представники державних структур самі перебувають під впливом тривалого травматичного стресу. Це створює ситуацію, коли впровадження ТІ-підходу вимагає одночасної підтримки як отримувачів допомоги, так і самих систем та фахівців.

Український контекст не лише ускладнює застосування класичних ТІ-моделей, а й порушує питання про необхідність їх адаптації, розширення і створення власних практичних моделей, чутливих до умов тривалої війни і масового травматичного досвіду. На нашу думку, першим наближенням щодо адаптації принципів SAMHSA до українського контексту можна вважати практичний посібник «Загальні настанови з травмоінформованого спілкування» авторства О. Кухарук і М. Сириці, створений на основі тренінгів для спеціалістів першої лінії контакту на базі Центру реадaptaції та реабілітації (БО) «ЯРМІЗ» за підтримки Швейцарії і проекту «Психічне здоров'я для України» (Mental health for Ukraine – Mh4u). Зокрема, у посібнику шість принципів SAMHSA адаптовано до українських реалій, а відтак на основі результатів тренінгів операціоналізовано на трьох рівнях – міжособистісної комунікації, прикладних практик та організаційному. Особливістю цього посібника стало те, що його автори зосереджують увагу не лише на досвіді отримувача послуг, а й на травмоінформованості тих, хто ці послуги надає (Кухарук & Сириця, 2026).

### *Логіка впровадження: «Чотири R» травмоінформованого підходу*

Поряд із системою принципів однією з визначальних засад травмоінформованого підходу стала модель «чотирьох R», запропонована SAMHSA (2014). Вона відображає загальну логіку впровадження ТІ-підходу та описує чотири взаємопов'язані компоненти: realize – усвідомлення впливу травми; recognize – розпізнавання проявів травматичного досвіду; respond – реагування шляхом інтеграції знань із практикою; resist re-traumatization – запобігання повторній травматизації.

Перший компонент (realize) передбачає усвідомлення того, як саме травматичний досвід впливає на людину, її поведінку, соціальну взаємодію та функціонування. Ідеться не лише про психічні симптоми, а передусім про ширший вплив травми на спосіб сприйняття себе, інших людей і навколишнього світу. У межах ТІ-підходу травма розглядається не як винятковий досвід окремих людей, а як чинник, здатний системно впливати на міжособистісні і групові процеси.

Другий компонент (recognize) стосується здатності розпізнавати можливі прояви травматичного досвіду. У класичних ТІ-моделях мається на увазі психоосвіта щодо впливу травми, знання про типові реакції на травматичні події та вміння враховувати їх у процесі взаємодії. Водночас логіка ТІ-підходу полягає не в діагностиці або клінічній оцінці, а в здатності бачити за поведінкою людини можливий вплив пережитого досвіду.

Третій компонент (respond) передбачає впровадження знань про травму в практику організацій, сервісів та міжособистісної взаємодії. Це означає зміну логіки комунікації, процедур, організаційних процесів і підходів до супроводу так, щоб вони брали до уваги можливий травматичний досвід людини.

Четвертий компонент (resist re-traumatization) спрямований на запобігання повторній травматизації. Однією із центральних ідей ТІ-підходу є перехід від питання «що з тобою не так?» до питання «що з тобою сталося?». Відповідно, взаємодія має бути організована так, щоб не посилювати відчуття безсилля, стигматизації, втрати контролю чи соціальної ексклюзії.

Модель 4R стала одним з найбільш поширених функціональних принципів упровадження ТІ-підходу. Разом з тим у процесі подальшого розвитку цієї моделі з'явилися численні варіації і, відповідно, розширилося поле її застосування.

Карен Трейсман (2021) пропонує модель 9R, додаючи до класичних компонентів рефлексію (reflect), відновлення зв'язків (reconnect), стосунковість (relational), підтримання позитивного емоційного досвіду (rewarding) і справжність (real). Дослідниця зміщує акцент з процедурної логіки впровадження на стосункові та організаційні аспекти ТІ-практики. У restorative-підходах окремо розглядається компонент relationships (стосунки) як основа безпечного і відновлювального середовища (Christen-Schneider, 2025). У сфері trauma-informed nutrition systems до класичних 4R додається resiliency – життєстійкість (Ritblatt & Hokoda, 2022). Чимало дослідників також наголошують на тому, що слід окремо виділяти побудову безпечних стосунків як передумову будь-якої ТІ-взаємодії.

Попри наявність різних варіацій більшість моделей зберігають спільне логічне ядро. Практично всі вони так чи інакше базуються на розумінні впливу травми; здатності розпізнавати її можливі прояви; упровадженні знань у практику; а також мінімізації ризиків повторної травматизації. Відмінності стосуються переважно того, які саме компоненти дослідники вважають недостатньо представленими в класичній моделі SAMHSA, але важливими у своїй сфері діяльності.

Отже, модель 4R, як і система принципів SAMHSA, фактично стала найбільш поширеним варіантом трактування сутності травмоінформованого підходу. Водночас її популярність, як і коли йдеться про принципи, не означає повної узгодженості підходів

до реалізації ТІ-практик. На концептуальному рівні модель 4R виглядає досить цілісною і послідовною. Однак вона також має низку обмежень. Передусім 4R задає загальну логіку впровадження, але не визначає конкретних механізмів реалізації. Модель не описує чітких критеріїв відповідності, стандартизованих алгоритмів або відтворюваних структур супроводу чи навіть операціоналізації ключових понять. Унаслідок цього одна й та сама логіка 4R може реалізовуватися через принципово різні практики залежно від сфери, організації або окремого фахівця (Bagerman, 2021). І, ясна річ, класичну модель 4R розроблено в класичному ТІ-підході, а значить, крізь призму контекстів, де травматичний досвід розглядався як окремий чинник ризику або наслідок специфічних подій.

В українському контексті вже сам етап *realize*, усвідомлення впливу травми, є значно складнішим, ніж у більшості класичних ТІ-моделей. Травматичний досвід в Україні має множинний, динамічний і тривалий характер. Ідеться не про окремі ізольовані події, а про постійний вплив війни на соціальне середовище, систему взаємодій і повсякденне життя. В українських реаліях ми виходимо далеко за межі класичних клінічних розладів і симптомів, а відповідно, маємо постійно ставити запитання, що саме є наслідком впливу травми і як зрозуміти, що це саме вплив травми, а не, скажімо, побутова агресія.

Така ж складність виникає і на рівні *recognize*. Широке коло воєнних досвідів неможливо звести лише до симптомів ПТСР або класичних розладових моделей. Бойовий стрес, моральна травма, хронічна невизначеність, складне переживання втрати, зміни ідентичності, досвід ізоляції чи тривалого виснаження можуть суттєво впливати на взаємодію людини із соціальним середовищем, навіть якщо у неї немає клінічного діагнозу. І якщо, скажімо, у клінічній практиці спеціаліст у сфері психічного здоров'я буде мати можливість проведення скринінгів і діагностики, то, наприклад, медичні працівники чи працівники соціальної сфери такої можливості уже не мають. І тоді постає питання про те, а, власне, за якими ознаками вони мають розпізнавати травматичні прояви. А з іншого боку, є ризик впадання в іншу крайність: будь-які прояви будь-якої поведінки списувати на травму, що неминуче призводить до стигматизації окремих груп, наприклад ветеранів чи військових.

На рівні *respond* стикаємося ще з однією специфічною проблемою: впроваджувати ТІ-підхід мають системи і фахівці, які самі перебувають під впливом тривалого стресу і травматичного досвіду. Це означає, що ТІ-підтримки потребують не лише отримувачі послуг, а й самі організації, команди та спеціалісти. Інша проблема цього рівня – що відповідь і реагування мають бути не лише в соціальній сфері чи у сфері надання послуг, а реагування і врахування травми мають стати основою соціальної взаємодії на всіх рівнях. Зрозуміло, що це розширює масштаби і завдання впровадження травмоінформованості від локальних до загальнодержавних.

Особливо складним у контексті українських реалій є компонент *resist re-traumatization*. Значна частина соціальних, медичних чи адміністративних процедур безпосередньо пов'язані з необхідністю згадувати, описувати або підтверджувати травматичний досвід. За таких умов повністю мінімізувати дію тригерів часто є нереальним завданням. Як, зрештою, часто воно є невиконуваним просто з огляду на обставини нашого життя. Відповідно, одним із ключових завдань ТІ-підходу стає не так уникнення повторної травматизації, як створення умов для більш безпечного і підтримувального переживання складного досвіду, тобто з відчуттям контролю, передбачуваності, підтримки та суб'єктності і, головне, з відчуттям власної ефективності та здатності справлятися із життєвими негараздами.

Отже, український контекст ще раз виразно підсвічує одну із ключових проблем *trauma-informed approach*: наявність узгодженого концептуального підходу не гарантує

наявності готових моделей реалізації травмоінформованості і не дає відповіді на питання про можливість упровадження на загальному суспільному рівні. Це робить особливо актуальним завдання адаптації ТІ-підходу до українських реалій, вивчення специфіки воєнного травматичного досвіду та розроблення власних практик соціального супроводу.

**Висновки та перспективи подальших досліджень** Травмоінформований підхід на сьогодні є однією з найбільш поширених концептуальних моделей роботи з наслідками травматичного досвіду у сферах охорони здоров'я, соціальної підтримки, освіти, правосуддя та організаційної взаємодії. Найбільш впливовою моделлю в сучасному полі фактично став підхід SAMHSA, зокрема система із шести принципів та логіка впровадження «4R».

Аналіз наявних на сьогодні досліджень, попри значну варіативність моделей, принципів та логік упровадження, дає підстави говорити про наявність спільного ядра травмоінформованого підходу. Незалежно від сфери застосування чи конкретної моделі більшість травмоінформованих підходів ґрунтується на двох базових вимірах: розумінні впливу травматичного досвіду і необхідності організації взаємодії у спосіб, що посилює відчуття безпеки, передбачуваності, суб'єктності та підтримки. Відмінності між підходами стосуються переважно способів інтерпретації цих принципів, рівнів їх реалізації та контекстів застосування, однак не змінюють самої базової логіки травмоінформованої практики. А проте домінування моделі SAMHSA і наявність спільного ядра не означає наразі досягнення повного концептуального консенсусу. Попри відносну узгодженість на загальному рівні травмоінформовані практики залишаються неоднорідними і фрагментованими. Принципи і модель 4R задають напрям роботи, однак не визначають чітких алгоритмів, структурованих інтервенцій або універсальних механізмів реалізації.

Українські реалії створюють додаткові специфічні виклики впровадження ТІ-підходу через масовість і тривалість травматичного впливу, розмитість межі між отримувачами і надавачами допомоги, а також необхідність надання одночасної підтримки окремим людям, професійним системам і суспільству загалом. Це зумовлює як практичну, так і дослідницьку потребу в розробленні контекстуально чутливих моделей ТІ-супроводу, адаптованих до українських реалій тривалої війни, через адаптацію світового досвіду та вивчення українського контексту і фактично підводить нас до висновку, що без комплексного, глибокого, багаторівневого розуміння власного травматичного досвіду розбудова ефективної системи травмоінформованості як загального підходу практично неможлива.

Перспективними напрямками подальших досліджень є вивчення специфіки українського воєнного травматичного досвіду, розроблення механізмів його розпізнавання в неклінічній сфері, створення та оцінка ТІ-практик соціального супроводу, а також формування моделей підтримки, здатних поєднувати принципи ТІ-підходу з реальними умовами функціонування українського суспільства під час війни. Це вкрай важливі завдання, адже в українському контексті потреба в поширенні ТІ-підходу виходить далеко за межі окремих професійних практик чи організаційних моделей. Якщо в більшості західних підходів травмоінформованість розглядається переважно як спосіб зробити окремі системи допомоги більш безпечними, чутливими і такими, що не посилюють наслідки травматичного досвіду, то в умовах України йдеться про значно ширший суспільний виклик. Масовість, тривалість і багатовимірність воєнного досвіду формують ситуацію, коли травматичний досвід перестає бути досвідом окремих груп і стає одним із визначальних чинників соціальної взаємодії загалом. У таких умовах травмоінформованість набуває значення підвалин

суспільного співіснування, способу організації комунікації, підтримки, взаємодії та соціального гуртування в суспільстві, що змушене жити в умовах війни.

У цьому сенсі травмоінформований підхід важливий не лише як інструмент профілактики ретравматизації чи підвищення якості послуг. Його значення полягає також у створенні умов, коли люди з різним досвідом війни можуть залишатися включеними в спільний соціальний простір, зберігати можливість взаємодії, довіри та співіснування. Ідеться про здатність суспільства бачити за поведінкою, емоціями чи складністю взаємодії не лише «проблему», а досвід, який впливає на людину. Саме тому в українських реаліях травмоінформованість слід розглядати не лише як професійну компетентність, а як підхід, що дає змогу не лише підтримувати окрему людину, а й зберігати зв'язки між людьми, нарощувати соціальну довіру, зменшувати фрагментацію суспільства і створювати умови для спільного проживання складного досвіду війни.

### Список використаних джерел

- Кухарук, О. Ю., & Сириця, М. В. (2026). *Загальні настанови з травмоінформованого спілкування*. БО ЦПП «ЯРМІЗ». <https://yarmiz.org.ua/ua/guidelines-trauma-informed-communication/>
- Ayre, K., & Krishnamoorthy, G. (2020). *Trauma Informed Behaviour Support: A Practical Guide to Developing Resilient Learners*. University of Southern Queensland. <https://usq.pressbooks.pub/traumainformedpractice/>
- Bargeman, B. (2021). *Understanding Trauma-Informed Care: A Critical Interpretive Synthesis* (Doctoral dissertation). <https://prod-ms-be.lib.mcmaster.ca/server/api/core/bitstreams/f2d3b4db-3186-4127-9d1b-892df30eb6dc/content>
- Berring, L. L., Holm, T., Deleuran, C. L., Sørensen, R., & Koivisto, K. (2024). Implementing Trauma-Informed Care – Settings, Definitions, Interventions, Measures, and Implementation across Settings: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*, 12(9), 908. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090908>
- Bowen, E., & Murshid, N. S. (2016). Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. *American Journal of Public Health*, 106(2), 223–229. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302970>
- British Columbia Ministry of Health. (2013). *Trauma-informed practice guide*. [https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
- Christen-Schneider, C. (2025). *Trauma-Informed Restorative Dialogues: The Power of Community*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003271611>
- Clark, C., Classen, C. C., Fourt, A., & Shetty, M. (2014). *Treating the Trauma Survivor: An Essential Guide to Trauma-Informed Care*. Routledge.
- Elliot, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461–477. <https://doi.org/10.1002/jcop.20063>
- Goldstein, E., Chokshi, B., & Melendez-Torres, G. J. (2024). Effectiveness of Trauma-Informed Care Implementation in Health Care Settings: Systematic Review of Reviews and Realist Synthesis. *The Permanente Journal*, 28(1), 135–150. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.127>
- Ritblatt, S. N., & Hokoda, A. (Eds.). (2022). *From Trauma to Resiliency: Trauma-Informed Practices for Working with Children, Families, Schools, and Communities*. Routledge.
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA 14-4884). Substance Abuse and Mental Health

[https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/samhsa\\_trauma\\_concept\\_paper.pdf](https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/samhsa_trauma_concept_paper.pdf)

Schachter, C. L., Stalker, C. A., Teram, E., Lasiuk, G. C., & Danilkewich, A. (2008). *Handbook on Sensitive Practice for Health Care Practitioners: Lessons from Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse*. Public Health Agency of Canada.

Treisman, K. (2021). *A Treasure Box for Creating Trauma-informed Organizations*. Jessica Kingsley Publishers. <https://uk.jkp.com/products/a-treasure-box-for-creating-traumainformed-organizations?>

Unger, B., Lundström, S., Planta, K., & Austin, B. (Eds.). (2016). *Transforming war-related identities: Individual and social approaches to healing* (Berghof Handbook Dialogue Series No. 11). Berghof Foundation.

[https://berghof-foundation.org/files/publications/Berghof\\_Handbook\\_Dialogue\\_11web.pdf](https://berghof-foundation.org/files/publications/Berghof_Handbook_Dialogue_11web.pdf)

Wathen, C. N., Schmitt, B., & MacGregor, J. C. D. (2021). Measuring Trauma- (and Violence-) Informed Care: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 261–277. <https://doi.org/10.1177/15248380211029399>

## References

Ayre, K., & Krishnamoorthy, G. (2020). *Trauma Informed Behaviour Support: A Practical Guide to Developing Resilient Learners*. University of Southern Queensland. <https://usq.pressbooks.pub/traumainformedpractice/> (in English)

Bargeman, B. (2021). *Understanding Trauma-Informed Care: A Critical Interpretive Synthesis* (Doctoral dissertation). <https://prod-ms-be.lib.mcmaster.ca/server/api/core/bitstreams/f2d3b4db-3186-4127-9d1b-892df30eb6dc/content> (in English)

Berring, L. L., Holm, T., Deleuran, C. L., Sørensen, R., & Koivisto, K. (2024). Implementing Trauma-Informed Care — Settings, Definitions, Interventions, Measures, and Implementation across Settings: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*, 12(9), 908. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090908> (in English)

Bowen, E., & Murshid, N. S. (2016). Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. *American Journal of Public Health*, 106(2), 223–229. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302970> (in English)

British Columbia Ministry of Health. (2013). *Trauma-informed practice guide*. [https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf) (in English)

Christen-Schneider, C. (2025). *Trauma-Informed Restorative Dialogues: The Power of Community*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003271611> (in English)

Clark, C., Classen, C. C., Fourt, A., & Shetty, M. (2014). *Treating the Trauma Survivor: An Essential Guide to Trauma-Informed Care*. Routledge. (in English)

Elliot, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461–477. <https://doi.org/10.1002/jcop.20063> (in English)

Goldstein, E., Chokshi, B., & Melendez-Torres, G. J. (2024). Effectiveness of Trauma-Informed Care Implementation in Health Care Settings: Systematic Review of Reviews and Realist Synthesis. *The Permanente Journal*, 28(1), 135–150. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.127> (in English)

Kukharuk, O. Yu., & Syrytsia, M. V. (2026). *Zahalni nastanovy z traumoinformovanoho spilkuvannia* [General guidelines for trauma-informed communication]. BO TsRR «YARMIZ». <https://yarmiz.org.ua/ua/guidelines-trauma-informed-communication/> (in Ukrainian)

- Ritblatt, S. N., & Hokoda, A. (Eds.). (2022). *From Trauma to Resiliency: Trauma-Informed Practices for Working with Children, Families, Schools, and Communities*. Routledge. (in English)
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA 14-4884). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/samhsa\\_trauma\\_concept\\_paper.pdf](https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/samhsa_trauma_concept_paper.pdf) (in English)
- Schachter, C. L., Stalker, C. A., Teram, E., Lasiuk, G. C., & Danilkewich, A. (2008). *Handbook on Sensitive Practice for Health Care Practitioners: Lessons from Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse*. Public Health Agency of Canada. (in English)
- Treisman, K. (2021). *A Treasure Box for Creating Trauma-informed Organizations*. Jessica Kingsley Publishers. <https://uk.jkp.com/products/a-treasure-box-for-creating-traumainformed-organizations?> (in English)
- Unger, B., Lundström, S., Planta, K., & Austin, B. (Eds.). (2016). *Transforming war-related identities: Individual and social approaches to healing* (Berghof Handbook Dialogue Series No. 11). Berghof Foundation. [https://berghof-foundation.org/files/publications/Berghof\\_Handbook\\_Dialogue\\_11web.pdf](https://berghof-foundation.org/files/publications/Berghof_Handbook_Dialogue_11web.pdf) (in English)
- Wathen, C. N., Schmitt, B., & MacGregor, J. C. D. (2021). Measuring Trauma- (and Violence-) Informed Care: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 261–277. <https://doi.org/10.1177/15248380211029399> (in English)