

## СЕКЦІЯ 8 ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

### СПІЛЬНА ТРАВМАТИЧНА РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ МЕДІАРЕАБІЛІТАЦІЇ

### COMMON TRAUMATIC REALITY AND THE ROLE OF MEDIA IN PSYCHOSOCIAL CORRECTION: PROSPECTS FOR MEDIA REHABILITATION

*У статті розглянуто спільну травматичну реальність як феномен, що виникає, коли терапевти (психологи, психотерапевти або інші фахівці допоміжних професій) подвійно піддаються травматичній події, як через досвід своїх пацієнтів, так і через безпосередній вплив травматичної ситуації (катастрофа, епідемія, війна). Методи. Аналіз теоретичних джерел дозволив визначити умови, які характерні для спільної травматичної реальності: вплив травми на цілу спільноту, фахівець і отримувач психологічної послуги є частиною однієї травмованої спільноти, поточність травматичної ситуації. Розглянуто негативні та позитивні наслідки, які проявляються в індивідуально-психологічній, соціально-психологічній і ціннісно-смысловій сферах життєдіяльності людини. Результати. Для забезпечення психологічної реабілітації застосовуються різні види психологічної допомоги. Активний розвиток комп'ютерних та інтерактивних технологій, медіа знайшли своє ефективне використання в наданні психологічної допомоги. Інновації сприяють покращенню психосоціальної реабілітації, запобіганню занепаду та регресу, відстеженню змін особистості, допомозі в підтримці здорового способу життя. Розглянуто медіареабілітацію як низку заходів із надання реабілітаційних послуг фахівцем за допомогою сучасних цифрових методів і спеціального обладнання (комп'ютер, вебкамера, компактні тренажери тощо), і особливість їх використання саме у відсутності географічних, часових, соціальних і культурних бар'єрів для надання психологічних послуг. Висновки. Головною метою медіатехнологій є покращення психологічного благополуччя людей зі складними травмами та захворюваннями, зокрема і психологічними. Для відновлення психологічного здоров'я або його корекції можна використовувати: перегляд мотивувальних відеосюжетів, що пропонують конструктивні варіанти розв'язання проблеми; віртуальну реальність для імітації реальних ситуацій і зниження чутливості до травматичних спогадів і зменшення симптомів; застосування мобільних додатків (психологічна підтримка, контроль, діагностика тощо).*

**Ключові слова:** спільна реальність, спільна травматична реальність, вторинна

*травма, медіа, медіавплив, медіапсихологія, психологічна реабілітація, психосоціальна корекція.*

*The article examines shared traumatic reality as a phenomenon that occurs when therapists (psychologists, psychotherapists, or other helping professionals) are doubly exposed to a traumatic event, both through the experience of their patients and through the direct impact of a traumatic situation (disaster, epidemic, war). Methods. The analysis of theoretical sources made it possible to determine the conditions that are characteristic of a common traumatic reality: the impact of trauma on the whole community, the specialist and the recipient of psychological services are part of the same traumatized community, the current nature of the traumatic situation. The negative and positive consequences that manifest themselves in the individual-psychological, social-psychological and value-meaning spheres of a person's life are considered. The results. Various types of psychological assistance are used to ensure psychological rehabilitation. Active development of computer and interactive technologies, media have found their effective use in providing psychological assistance. Innovations help improve psychosocial rehabilitation, prevent decline and regression, track personality changes, and help maintain a healthy lifestyle. Media rehabilitation is considered as a series of measures for the provision of rehabilitation services by a specialist using modern digital methods and special equipment (computer, web camera, compact simulators, etc.), and the peculiarity of their use is precisely in the absence of geographical, time, social and cultural barriers for the provision of psychological services. Conclusions. The main goal of media technologies is to improve the psychological well-being of people with complex injuries and illnesses, including psychological ones. To restore psychological health or correct it, you can use: viewing motivational videos that offer constructive options for solving the problem; virtual reality to simulate real situations and reduce sensitivity to traumatic memories and reduce symptoms; use of mobile applications (psychological support, control, diagnostics, etc.).*

**Key words:** shared reality, shared traumatic reality, secondary trauma, media, media exposure, media psychology, psychosocial rehabilitation, psychosocial correction.

УДК 159.9:159.942:159.96  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.59.44>

**Вольнова Л.М.**

к.пед.н., доцент,  
доцент кафедри психосоматики  
та психології здоров'я  
Український державний університет  
імені Михайла Драгоманова

**Вступ.** У зв'язку з повномасштабною російською агресією нині населення України переживає численні травматичні події, які мають наслідками погіршення психоемоційного стану аж до розвитку розладів (депресія, три-

вога, моральна травма, посттравматичний стресовий розлад). Чимало людей відчувають себе психологічно виснаженими, звертаються по психологічну допомогу. Українські фахівці з підтримки психологічного благополуччя та

відновлення психічного здоров'я зіткнулися з викликами під час клінічної допомоги пацієнтам, але живуть із ними в умовах спільної травматичної реальності. Спільна травматична реальність створює одночасний вплив на терапевта та його пацієнта тієї самої травматичної події (російсько-українська війна) [6; 7; 9; 18; 20; 21]. Українські психологи, як члени суспільства, переживають травму війни також. Постійні сирени, вибухи, місця бойових дій, фізичні ушкодження тіла та майна, втрати рідних стали основними стресами для українців і фахівців допоміжних професій. Свою роль відіграють медіа в поширенні інформації, що є травмівною. Вплив медіа іноді може виступати передумовою виникнення медіатравми – окремого виду психологічної травми, яка спричиняється шкідливою інформацією масового характеру, як-от пропаганда, маніпулювання, фейки, технології психологічного й емоційного тиску, зомбування тощо [3]. Медіатравма створює стресове навантаження та може призводити до посилення рівня тривожності, страхів щодо свого життя та безпеки близьких, надмірного занепокоєння щодо подій у країні, унаслідок цього розвиваються депресивні стани та дезорієнтація.

Проте медіа мають і позитивний ефект у використанні, зокрема у психологічній реабілітації [13; 14]. Передусім завдяки медіа є можливість доступу до корисної інформації незалежно від місця проживання. Наприклад, анонімні гарячі лінії підтримки, рекомендації з надання первинної самопомоги, консультування онлайн або з використання психологічних мобільних додатків тощо. Також медіа можна використовувати для пошуку внутрішніх ресурсів або знаходження нових шляхів розв'язання психологічних проблем (презентації, музика, відеофільми тощо).

**Мета статті** – розглянути перспективи медіареабілітації в умовах травмівної реальності.

**Результати.** У науковий обіг поняття «спільна реальність» було введено у значенні переживання спільного суб'єктивного внутрішнього стану між власними внутрішніми станами щодо навколишнього світу й аналогічними внутрішніми станами інших, яке керується відповідними мотивами [19, с. 501]. Концептуалізація спільної реальності базується на основі чотирьох умов, а саме: 1) спільна реальність передбачає суб'єктивно сприйняту спільність внутрішніх станів індивідів (не лише спостережувану поведінку); 2) спільна реальність стосується цільового референта; 3) умотивованість виникнення спільної реальності у спільності внутрішніх станів; 4) спільна реальність передбачає досвід зв'язку із внутрішніми станами інших людей [19, с. 498]. У дослідженнях термін «спільна реальність» уживається в ситуаціях, коли фахівці допоміжних професій і отримувачі послуг піддаються впливу однакових травматичних подій [18, с. 250]. Термін перетворився на «спільну травматичну реальність» і широко почав використовуватися в науковому обігу після терористичних атак у США 11 вересня 2001 р. [6]. Досліджуваний феномен по-різному називають: «спільна реальність», «спільна травма», «спільна травматична реальність» – щодо ситуацій, у яких той, хто допомагає (психолог, психотерапевт), і пацієнт піддаються тій самій спільній катастрофі [6; 18, с. 250; 16, с. 251], тобто вони разом належать до однієї травмованої спільноти (рис. 1).

На основі результатів дослідження, проведеного Т. Титаренко, вказано, що весь тривала травматизація відзначається як негативними (посттравматичний стресовий розлад, змен-



**Рис. 1. Умови, які характерні для спільної травматичної реальності**

Джерело: сформовано автором

шення психологічного здоров'я людини), так і позитивними (посттравматичне зростання, посилення життєдіяльності) наслідками. Негативні наслідки проявляються [10, с. 56–57]:

- в індивідуально-психологічній сфері – порушення внутрішньої цілісності, деструктивні зміни в ідентичності, послаблення або відсутність потреби в самореалізації, зниження рівня адаптивності та збалансованості;

- у соціально-психологічній сфері – відсутність довіри до навколишнього світу, уникнення взаємин, зниження здатності до співпереживання;

- у ціннісно-смысловій сфері – відсутність здатності до пошуку нових життєвих перспектив, труднощі в розумінні власного досвіду, зниження задоволення від повсякдення.

Н. Баум (N. Baum) представлено п'ять ключових ознак подвійного впливу на професіоналів: нав'язлива тривога, втрата емпатії, занурення у професійну роль, розширення ролі та зміни місця та часу роботи. На основі практичного дослідження виявлено, що втрата емпатії сприяла стражданню професіоналів, однак їх занурення у свою професійну діяльність активізувало їхнє особистісне зростання [17, с. 147]. О. Нутман-Шварц (O. Nuttman-Shwartz) також приділив увагу визначенню негативних (вторинна травматизація, втома від співчуття, вторинний травматичний стрес, вигорання) та позитивних (задоволення від співчуття, конкурентне зростання, розвинута стійкість) аспектів спільної травматичної реальності.

Дослідники І. Пругінін, Д. Сегал-Енгельчін, Р. Ізраловіц і А. Резнік (I. Pruginin, D. Segal-Engelchin, R. Isralowitz & A. Reznik) розглянули наслідки для фахівців і вказали на позитивні ефекти, зокрема співчуття, яке є результатом допомоги іншим, позитивні колегіальні відносини. Цей результат може служити захисним чинником, посилювати почуття гідності, зменшувати вразливість до вигорання. Посттравматичне зростання є ще одним позитивним результатом успішного подолання важкої або травматичної події, яке особливо ефективно у спільній травматичній реальності. Допомога іншим у подоланні травматичних подій приводить до задоволення та підвищення рівня самопізнання та самосвідомості. Окрім того, дослідження продемонструвало, що наслідки спільної травматичної реальності можуть сприяти особистісному та професійному розвитку [21].

Д. Арнольд, Л.Г. Калхун, Р. Тедескі, А. Канн (D. Arnold, L.G. Calhoun, R. Tedeschi, A. Cann) виявили, що клініцисти, які працювали з постраждалими від травм, повідомили про особистісні позитивні наслідки, як-от підвищення рівня впевненості в собі, незалежності та стійкості, емоційної експресивності, чутливості, співчуття та поглибленої духовності [16, с. 244].

О. Олексюк визначив зміни у внутрішньому досвіді особистості за емпатичного включення у взаємини з іншою особистістю, яка проживає травматичну подію як вторинну травму або вторинний травматичний стрес. Не може бути співпереживання іншій людині в її травматичній ситуації без емпатії. Це створює передумови для появи вторинної травматизації особистості, що співпереживає [9, с. 26]. У процесі роботи з пацієнтом, що переживає нестерпні страждання, фахівець має величезне прагнення допомогти в полегшенні його болю. Проте в ситуації, коли фахівець оцінює свою роботу як неефективну (наприклад, вважає, що не справляється, або робить це не досить швидко), у нього з'являються почуття власного безсилля та розчарування, що сприяє посиленню негативного розвитку вторинної травми.

С. Фрідман і Р. Машіах (S. Freedman, R. Mashlach) дослідили прямий і непрямий вплив травматичного досвіду війни на терапевтів (соціальних працівників, психологів і психіатрів) та їхні психологічні реакції. Основою вимірювання були рівні симптомів посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР), загальний рівень дистресу та виснаження. Учені вважають, що прямий і непрямий вплив у ситуації спільної травматичної реальності може бути пов'язаний також із симптомами, які відмінні від ПТСР. Рівні ПТСР пов'язані з вищим прямим впливом, а також із попереднім впливом травми, але не з непрямим впливом. Непрямий вплив у вигляді збільшення робочого навантаження, пов'язаний зі збільшенням дистресу й емоційного виснаження [20, с. 5–9]. Оскільки емоційне виснаження, імовірно, має негативний вплив на інші сфери функціонування, цілком можливо, що зменшення навантаження, пов'язаного з війною (можливо, шляхом обмеження робочого часу), може зменшити емоційний тягар, який покладається на психотерапевтів у час війни.

Соціально-психологічна реабілітація виступає комплексним процесом посилення життєдіяльності та покращення психологічного благополуччя. Управління власним життям базується на відновленні готовності особистості до внутрішніх трансформацій і реалізації відновлених проєктів майбутнього в усіх сферах (особистій, сімейній, професійній). У реабілітації передбачається врахування варіативності інтервенцій відповідно до життєвої історії людини, її внутрішніх ресурсів, інтенсивності й особливості травми, запобігання ускладненням. Науковицею Т. Титаренко встановлено ключові (цілісність, самореалізованість, самоврегульованість) і допоміжні компоненти психологічного здоров'я особистості. Допоміжні компоненти розглядаються на індивідуально-психологічному рівні (адаптивність, зба-

лансованість, креативність), ціннісно-смісловому рівні (аналіз досвіду, пошук нових смислів, здатність отримувати задоволення від повсякдення), соціально-психологічному рівні (здатність співпереживання, схильність до співробітництва, відповідальність перед громадою) [10, с. 57].

Психологічна корекція – це психологічний вплив, спрямований на відновлення функціонування індивіда та його повноцінний розвиток. Вона містить дві складові частини [9, с. 11]: абілітацію, тобто формування здатності; реабілітацію, тобто відновлення здатності.

Методи психологічної корекції є комплексом психологічних способів і засобів (вербального та невербального впливу) в арсеналі психолога чи психотерапевта: методи саморегуляції, методи корекції за участю психотерапевта, індивідуальна або групова робота із психотерапевтом, екстрена або планова корекція. О. Туриніна розуміє під психологічною реабілітацією систему психологічних заходів для відновлення та корекції порушень психічних функцій і станів людини [11, с. 61].

Цікавий погляд П. Горностая: дослідник визначив, що інформаційний компонент відіграє особливу роль у вторинному травматичному стресі (виникає в разі враження людини травмою, яка трапляється з іншими людьми). Він вважає, що цей вид стресу є, по суті, інформаційною травмою. Інформаційна травма – це особливий вид психічної індивідуальної або масової травми, причиною якої є інформаційний чинник. Наслідки, які пов'язані з інформаційним травмуванням, стосуються особливостей опрацювання та сприймання повідомлення, це викривлення картини світу, модифікація світогляду й уявлення про навколишню дійсність, створення штучної реальності. Серед соціальних наслідків інформаційної травматизації дослідник розглядає збільшення агресивності в соціумі, суспільні конфлікти, групову напруженість, соціальну фрустрацію, страх майбутнього, нетерпимість до інших, активне формування «образу ворога», обмежене мислення. Є кілька причин, чому інформація може завдати психічної травми. Систематичні пропагандистські спроби створити «паралельні реальності» особливо потужні за травмування великих груп людей, коли штучні комбінації правди та брехні унеможливають визнання справжньої реальності. Найбільш підступним і непередбачуваним чинником є «фрагментація» колективної психіки через «подвійні стандарти». Тому що тривале перебування в ситуації цілковитої соціальної несправедливості може породити колективний когнітивний дисонанс [3, с. 40–50]. Інформаційна зброя, зокрема пропаганда й інформаційні атаки, є основними засобами інформаційної травматизації населення. Це зараз актуально для

нашого суспільства на тлі гібридної війни, яка триває в Україні роками.

Ще одним аспектом для дослідження є медіапсихологія, яку Н. Череповська та Н. Умеренкова розглядають як актуальну між-дисциплінарну науку з вивчення медіавпливу на свідомість, емоції, поведінку, комунікацію, творчість людини. Медіапсихологія досліджує вплив медіа на людину у двох різних векторах: негативному та позитивному. Автор вказує на потенційні можливості медіавпливу на психологічний стан людини: покращувати або погіршувати його. Мається на увазі, що вплив медіа як 1) медіаінформаційна безпека – актуалізація комфортних емоційно-когнітивних хвилювань людини в медіапросторі, 2) медіаінформаційна небезпека – погіршення психологічного комфорту людини [14, с. 14–16].

Н. Череповська та Н. Дідик досліджують, як медіа можна використовувати в корекції та розвитку навичок саморегуляції з метою розв'язання психологічних проблем: надання емоційної підтримки, мотивування пошуку внутрішнього ресурсу; спонукання до пошуку шляхів конструктивного вирішення проблеми; створення умов для обміну думками та поглядами; допомогти членам групи впоратися із проблемною ситуацією в актуальний час, надання інструментів для подальшої самопомогі; демонстрація способів саморегуляції тих чи інших емоційних станів за допомогою медіаконтенту [13, с. 42–43].

До медіапсихологічних технологій належать:

1) медіаграмотність – запобігання деструктивному впливу ЗМІ на тих, хто прямо чи опосередковано постраждав від війни. Ця технологія передбачає набуття когнітивних знань і навичок, які допомагають запобігти можливій ретравматизації людини, за якої медіа спрацьовують як тригер первинної травми (війна); непрямій додатковій медіатравмі, яка не тільки спричиняє медіастрес, а також може сприяти поступовому руйнуванню цінностей, переконань, автономії й ідентичності людини в емоційно-когнітивній сфері через систематичні та довгострокові дії;

2) візуалізована психоосвіта – просвітництво, тобто візуалізована форма поширених знань щодо емоційних станів і розладів, надання первинної допомоги, зміцнення рівня психологічної культури. Дана технологія здійснює візуалізацію (ілюстрації) конкретної інформації для підсилення раціональної інформації;

3) саморегулятивність внутрішніх станів, тобто стабілізація емоційного та ментального рівнів особистості для забезпечення психологічного благополуччя особистості. Суть технології полягає в покращенні психологічного стану людини завдяки перегляду медіаконтенту, саморефлексії, аналізу сприйнятого,

спільного обговорення у групі у форматі медіаклубу. У результаті формується готовність розв'язувати власні проблеми та планувати майбутнє [13, с. 37–38].

Як медіатехнологію почали використовувати телереабілітацію, яка є галуззю медичної науки, суть якої полягає в розвитку технологій дистанційного керування та контролю за реабілітаційним процесом. Виділяють системи телереабілітації [4]:

1. Синхронні системи являють собою відеоконференцзв'язок між фахівцем і пацієнтом, мета якого – дистанційний контроль за виконанням розробленої реабілітаційної або корекційної програми (правильність, обсяг і точність виконання вправ, надання інформації про стан пацієнта, необхідні лікувальні дії та коригування програми). Онлайн-зустрічі здійснюються завдяки підключенню до інтернету або відеодзвінкам через мобільний зв'язок, або використанню мобільних застосунків чи соціальних мереж (Viber, WhatUp, Telegram, Instagram, Massager Facebook тощо).

Сенсорні інтерактивні (роботизовані) системи стосуються різних фізичних порушень у пацієнтів. Під час виконання програми завдань електронного або електромеханічного тренажера вимірюються та порівнюються стани виконання кожного кроку програми. До них найчастіше входять спеціальні апаратно-програмні засоби (комп'ютери, електромеханічні тренажери, пристрої взаємодії – сервери, програмне забезпечення дистанційного керування тренажерами пацієнтів), лінії зв'язку. Типові системи сенсорної взаємодії для телереабілітації: 1) фізіотерапевтичні системи для виконання реабілітаційних вправ і спілкування з терапевтом вдома або під час прогулянки; 2) системи віртуального середовища (VR), які забезпечують зворотний зв'язок, надають дані про досягнення та помилки миттєво.

Інтернет-системи засновані на ігрових технологіях. Наприклад, вони розроблені та використовуються на практиці в Міжнародній клініці відновного лікування Козявкіна у Трускавці. Пацієнт виконує призначені вправи і водночас грає в комп'ютерну гру. Програми реабілітації підбираються на сайті «Реабілітаційна гра» (URL: <http://game.reha.lviv.ua>). Інформація про результати навчання зберігається на сайті у вигляді графіків. Фахівці контролюють увесь процес реабілітації та дають необхідні консультації пацієнту [4].

У Черкасах стартап-команда дослідників-психологів запустила програму психологічної реабілітації у VR-шоломах для оперативного вирішення психологічних потреб українців, щоб знизити їхній рівень тривоги та депресії. Основна мета – навчити користувачів стресостійкості й емоційної регуляції [8].

2. Мобільні системи представлені засобами бездротового мобільного зв'язку (телефони, смартфони, комунікатори), використовуються для контролю та регулярного сповіщення про необхідність виконання програми реабілітації.

Зараз існують чимало психологічних мобільних додатків (mental health mobile apps), до функцій яких належать інформування та психоедукація, здійснення самооцінки, скринінг та моніторинг, психологічні інтервенції, соціальна підтримка в разі різних психологічних ускладнень чи розладів [5]. Мобільні застосунки (смартфони, ноутбуки, планшети) можна застосовувати для інформування пацієнта, діагностики стану в актуальному часі (онлайн), прогнозування поведінки за складних ситуацій, надання допомоги та самопомоги, поради щодо самоконтролю, підвищення рівня самоприйняття, зменшення напруження та підтримки взаєморозуміння з оточенням, інтеграції досвіду [10, с. 58]. Мобільні додатки є популярними у використанні для відстеження настрою, рівня стресу та його подолання, порушень сну та харчових розладів. Функції можуть використовуватися клієнтом самостійно, а також як дані для терапевта. Успішність електронного втручання в разі підвищеної тривожності, депресії, психозах доведено практично [5].

Платформа Взаємодія UA пропонує великий список додатків і телеграм-каналів для отримання безкоштовної психологічної допомоги [2]. Наприклад, психологічна допомога онлайн Meclee, Psychological help for Ukrainians, додаток *Тепло.app*, онлайн-служба екстреної психологічної допомоги *GotoHelp.eu*, психологічна підтримка «ОбійМи», сервіс *Mindly*, додаток *BetterMe* тощо. Також активно функціонують чатбот *Faino Psy Bot* і чатбот «Друг. Перша допомога як психологічна підтримка при стресовій ситуації».

Для боротьби з посттравматичним синдромом використовують технології віртуальної реальності. Особливий метод застосовують у США: у змодельовані сцени гарячих точок занурюють ветеранів для того, щоб вони знову пройшли емоційні потрясіння, але в безпечному віртуальному середовищі [15]. Це сприяє звільненню пацієнтів від застрягання в пережитому негативному досвіді, яке проводиться психологічними засобами. Також виділяють використання ігрових елементів у віртуальній реальності як заохочення до реабілітації. Віртуальна реальність виступає мотивуючою надбудовою над класичними методами.

В. Брич і Н. Ходаковська на основі практичного дослідження встановили високий рівень готовності фахівців до застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій у реабілітації пацієнтів із травмами у своїй практиці. Водночас вони визначили середній

рівень готовності брати участь у розробленні онлайн-програм із реабілітації, їх методичного супроводу, створення сучасних інформаційно-технологічних локацій і сервісів для забезпечення безперервної реабілітації пацієнтів [1, с. 1–4].

Як бачимо, комп'ютеризація в реабілітології відбувається за трьома основними напрямками, як-от: телереабілітація, інформаційно-організаційна підтримка, автоматизація діагностичних і лікувальних процесів. Проте варто враховувати наявність доступу до технологій (вартість, технічне забезпечення, інтернет, якість зв'язку), питання конфіденційності, а також необхідний додатковий час для навчання фахівця та пацієнта їх використання. Медіатехнології допоки не можуть повноцінно замінити реабілітацію для зміни поведінки пацієнта, як-от усвідомлення необхідності змін, мотивування, готовності до проектування нового життя. Однак медіа можуть: забезпечити оперативну індивідуальну чи групову підтримку, якщо ставити реалістичні цілі, розбиті на досяжні поступові етапи; забезпечувати зворотний зв'язок; слугувати джерелом необхідної інформації (пояснення психологічних проблем, пошук ресурсів для відновлення або шляхи подолання тощо). Медіареабілітацію в Україні необхідно розвивати для покращення якості надання психологічної допомоги, особливо в умовах спільної травмивної реальності психолога та його пацієнтів.

**Висновки.** Спільна травматична реальність є незвичайною ситуацією: терапевти (психологи, психотерапевти, соцпрацівники) та їхні пацієнти одночасно піддаються впливу тієї самої травматичної події (катастрофа, війна тощо). Дослідження показало, що спільна травматична реальність може привести як до позитивних (розвиток здатності співчувати, посилення почуття гідності, зменшення вразливості до вигорання фахівця; задоволення та підвищення рівня самопізнання та самосвідомості пацієнта), так і до негативних результатів (нав'язлива тривога, втрата емпатії, надмірне занурення у професійну роль, втому від співчуття, вторинний травматичний стрес, вигорання) для фахівців допомагаючих професій.

Медіа впливають як на психіку окремої людини, її поведінку й особисту позицію, так і на масову свідомість та громадську думку. Медіатехнології не замінюють повноцінну реабілітацію та відповідні психологічні кроки для зміни поведінки (усвідомлення необхідності змін, мотивація та готовність до нових моделей поведінки). Однак за сучасної ситуації в Україні вагому роль може відігравати медіареабілітація за умов компетентного застосування відповідно до обставин і потреб пацієнта. Медіа здатні забезпечити своєчасну психологічну підтримку, ставити цілі та кроки для їх досяг-

нення, забезпечувати оперативний зворотний зв'язок (долання географічних, соціальних, культурних бар'єрів). Медіаресурси, інтернет-портали та вебсайти, мобільні додатки та соціальні мережі є ефективними додатковими засобами реалізації реабілітаційних заходів.

Перспектива подальших практичних досліджень полягає в розробленні комплексу заходів із первинної та вторинної профілактики психологічних порушень і психокорекційної програми для зниження стресу та тривожності українців унаслідок травмивальних ситуацій.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Брич В., Ходаковська Н. Готовність фахівців із реабілітації до використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для забезпечення безперервної реабілітаційної допомоги пацієнтам із травмами. Український медичний часопис. 2021. № 2 (142). С. 1–4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.142.204828.
2. Взаємодія. Додатки і телеграм канали для психологічної допомоги. URL: <https://viyna.net/68cc31324d8d4d3eb465a377aeb43042>.
3. Горностаї П. Інформаційна травма: феноменологія і психопатологія. Проблеми політичної психології. 2020. № 23 (1). С. 38–53. <https://doi.org/10.33120/porp-Vol23-Year2020-45>.
4. Дедишина Л. Телереабілітація: нові технології у фізичній терапії. URL: <http://formula-rukhu.com.ua/terehab/>.
5. Дворник М. Психологічні мобільні додатки: можливості подолання травми. URL: [http://mediaosvita.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/Dvornyk-M.S.\\_Psychologichni\\_mobilni\\_dodatky.pdf](http://mediaosvita.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/Dvornyk-M.S._Psychologichni_mobilni_dodatky.pdf).
6. Засєкіна Л., Бурцан В. Спільна резильєнтність у спільній травматичній реальності практичних психологів: досвід України та найкращі практики Європейського Союзу. Психологічні перспективи. 2023. Вип. 42. С. 55–67. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-42-zas>.
7. Ільєнко А. Вплив досвіду психологічної травми на переживання травмивної ситуації війни. Кривий Ріг : КДПУ, 2023. 54 с.
8. Іщенко А. У Черкасах використовують VR-шоломи для психологічної реабілітації. URL: <https://suspilne.media/568359-u-cerkasah-vikoristovuut-vr-solomi-dla-psihologicnoi-reabilitacii/>.
9. Олексюк О. Психологія кризова та травмуючих ситуацій. Теоретичний матеріал до дисципліни «Психологія кризова та травмуючих ситуацій» : навчально-методичний посібник. Миколаїв, 2020. 420 с.
10. Титаренко Т. Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2019. Вип. 43. С. 54–62.
11. Туриніна О. Методологія та методи психологічного дослідження : навчально-методичний посібник. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал»», 2018. 206 с.
12. Хомич Г. Консультативна допомога кризовим клієнтам у процесі психологічної реабілітації. Гуманітарний вісник Державного вищого навчального закладу «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Серія

«Педагогіка. Психологія. Філософія». 2014. Вип. 35. С. 240–248.

13. Череповська Н., Дідик Н. Медіапсихологічні ресурси подолання травми війни : практичний посібник. Кропивницький, 2020. 210 с.

14. Череповська Н., Умеренкова Н. Медіапсихологічні ресурси подолання травми війни : практичний посібник. Київ : Вид. «КНТ», 2023. 222 с.

15. Індивідуальний підхід та занурення. Як VR-технології застосовують у реабілітації військових. Vector. URL: <https://vctr.media/ua/insult-i-ptsr-yak-zastosovuyut-vr-tehnologiyi-v-reabilitacziyi-vijskovyh-210538/>.

16. Vicarious Posttraumatic / D. Arnold et al. Growth in Psychotherapy. 2005. Vol. 45 (2). P. 239–263. <https://doi.org/10.1177/0022167805274729>.

17. Baum N. 9 Mental Health Professionals Working in a Shared Traumatic Reality. The Oxford

Handbook of Treatment Processes and Outcomes in Psychology. 2016. P. 146–154. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199739134.013.46>.

18. Baum N. Shared traumatic reality in communal disasters: toward a conceptualization. Psychotherapy (Chic). 2010. Vol. 47 (2). P. 249–59. DOI: 10.1037/a0019784.

19. Shared reality: Experiencing commonality with others' inner states about the world / G. Echterhoff et al. Perspectives on Psychological Science. 2009. Vol. 4. P. 496–521.

20. Freedman S.A., Tuval Mashiach R. Shared trauma reality in war: Mental health therapists' experience. PLoS One. 2018. Vol. 13 (2). P. 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0191949.

21. Shared War reality effects on the professional quality of life of mental health professionals / I. Pruginin et al. Isr J Health Policy Res. 2016. Vol. 5. <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0075-6>.