ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра соціальної психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Медіатравма: психологічні наслідки перегляду травматичного контенту»

«Media trauma: psychological consequences of viewing traumatic content»

Виконала: здобувачка очної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»
Калмикова Марія Ігорівна

Керівник: канд. філол. н., доцент Порпуліт О. О

Рецензент: к. психол. н,
доцент кафедри загальної психології
і психологічного консультування
Чачко С. Л.

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ 10 від «28» травень 2026 р.

Завідувач кафедри
Кононенко О.І. _____
(підпис)

Захищено на засіданні ЕК
протокол № _____від _____202_ р.

Оцінка_____/_____/_____
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Голова ЕК
Кокоріна Ю.Є. _____
(підпис)

Одеса – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1. МЕДІАТРАВМА ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН: ПОНЯТТЯ, МЕХАНІЗМИ, НАСЛІДКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА 7
1.1. Термінологічне і діагностичне розмежування понять 7
1.2. Механізми медіатравматизації 13
1.3. Психологічні наслідки медіатравматизації та групи ризику 18
1.4. Медіагігієна та профілактика медіатравми 27
Висновки до 1 розділу 33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО МЕДІАКОНТЕНТУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН МОЛОДІ 35
2.1. Організація, методичне забезпечення та дизайн емпіричного дослідження 35
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження 44
2.3. Кореляційний та додатковий аналіз результатів 53
2.4. Психологічна інтерпретація результатів та їх практичне значення 58
Висновки до 2 розділу 66
ВИСНОВКИ 69
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 72
ДОДАТКИ 81

ВСТУП

У дослідженнях психологічної травми довгий час головним був прямий досвід загрози: війна, насильство, катастрофи, ситуації реальної небезпеки. Дж. Герман описувала травму як подію, що руйнує відчуття безпеки, контролю й цілісності людини. У клінічному полі цей досвід найчастіше розглядають через посттравматичний стресовий розлад, для якого DSM-5 і DSM-5-TR визначають конкретні умови травматичної події. Проте медіа змінили сам спосіб зустрічі з травмою: людина може не бути на місці події, але бачити її через фото, відео, новинні повідомлення або розповіді очевидців.

Саме тому тема медіатравми є актуальною. Воєнні, катастрофічні чи насильницькі кадри давно не залишаються рідкісним матеріалом для спеціальних новинних випусків. Вони з’являються у стрічці поруч із побутовими дописами, короткими відео, повідомленнями друзів. Людина натрапляє не тільки на текст про подію, а й на її візуальні сліди: руйнування, поранення, плач, страх, втрати. Такий контент діє швидше за звичайну новину, бо одразу зачіпає емоції й легше закріплюється в пам’яті. Через це перегляд травматичного медіаматеріалу може впливати на емоційний стан, рівень тривоги, негативний афект і прояви вторинного травматичного стресу. У частини людей після перегляду залишається не лише знання про подію, а й напруження: образ повертається подумки, ускладнює заспокоєння, підтримує втому або тривожність.

В українському контексті ця проблема особливо відчутна. Під час війни важкі кадри часто стосуються не далеких подій, а простору, у якому живуть самі глядачі: міст, знайомих місць, людей зі схожим досвідом. Після початку повномасштабного вторгнення новини про загрозу, загиблих, обстріли й руйнування стали частиною щоденного інформаційного фону. Через це медіаконтент може не тільки інформувати, а й підтримувати відчуття небезпеки. А. Лотцін зі співавторами звертають увагу на поєднання воєнних

стресорів і особистих ресурсів людини. К. Мейрян, А. Кобзяну та О. Даніле також пов’язують активне користування соціальними медіа після початку російсько-української війни з перитравматичною тривогою і стресовими реакціями. Це дає підстави розглядати цифрове середовище як один із чинників психоемоційного напруження під час війни.

Медіатравматизацію досліджували Е. Голман, Д. Гарфін і Р. Сільвер, які показували зв’язок між інтенсивною медіаекспозицією до колективних травматичних подій і гострим стресом. Інший важливий напрям представлений роботами Д. Релігана, Н. Джонс, Е. Голман та Р. Сільвер. У них підкреслено роль соціальної ідентичності: медійна подія переживається гостріше, коли людина бачить у постраждалих «своїх» або впізнає у побаченому частину власного досвіду. Для української молоді це має безпосереднє значення, бо воєнний контент часто сприймається не як віддалене повідомлення, а як матеріал про спільну небезпеку.

В українській психології тему медіатравми в умовах війни розробляє Л. А. Найдьонова. У її працях наголошено, що медійний вплив варто розглядати не тільки через негативні наслідки, а й через можливість профілактики. Ідеться про медіаграмотність, навички саморегуляції, дозування новин і травма-інформовані підходи в медіаосвіті. Такий ракурс важливий для цієї роботи, оскільки дослідження має не лише описати проблему, а й окреслити способи зменшення психологічної шкоди.

Отже, вплив травматичного медіаконтенту потребує окремого емпіричного аналізу, особливо в умовах війни. Найбільш значущими для цієї роботи є тривожність, негативний афект і вторинний травматичний стрес, тобто ті показники, через які можна побачити короткочасну реакцію на перегляд і ширший фон медіатравматизації.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити, як травматичний медіаконтент впливає на психоемоційний стан особистості, а також визначити пов’язані з цим психологічні чинники, наслідки та профілактичні напрями.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену медіатравми та розмежувати його із суміжними психологічними поняттями.
2. Визначити основні психологічні механізми, через які травматичний медіаконтент впливає на психоемоційний стан особистості.
3. Охарактеризувати можливі психологічні наслідки медіатравми на індивідуальному, груповому та суспільному рівнях.
4. Визначити основні напрями профілактики медіатравматизації та роль медіагігієни у зниженні негативного впливу травматичного контенту.
5. Провести емпіричне дослідження впливу травматичного медіаконтенту на психоемоційний стан респондентів.

Об'єкт дослідження – медіатравма як психологічний феномен.

Предмет дослідження – вплив травматичного медіаконтенту на психоемоційний стан респондентів.

Методи дослідження. Теоретичні: аналіз і зіставлення наукових джерел, узагальнення підходів до поняття медіатравми, її механізмів, наслідків і профілактики; емпіричні: онлайн-опитування в Google Forms та експериментальний дизайн із випадковим розподілом учасників на дві групи; психодіагностичні: шкала тривожності Бека (BAI), методика PANAS, шкала STSS (оцінка проявів вторинного травматичного стресу); математико-статистичні: описова статистика, t-критерій Стьюдента, критерій Манна-Уітні, критерій Вілкоксона та кореляційний аналіз Спірмена.

Організація і база проведення емпіричного дослідження. Дослідження проведено онлайн за допомогою Google Forms. У ньому взяли участь 60 респондентів, розподілених на дві рівні групи по 30 осіб. Експериментальна група переглядала емоційно насичений травматичний медіаматеріал. Контрольна група переглядала відео близької тематики, але без шокових кадрів, вираженої графічності та драматизованої подачі.

Практичне значення роботи пов'язане з можливістю використати отримані результати для рекомендацій щодо безпечнішого контакту з

травматичним медіаконтентом. Матеріали дослідження можуть бути корисними для психоосвітніх занять, програм медіагігієни та профілактичних порад для молоді, яка регулярно користується соціальними мережами й стикається з воєнними новинами.

Апробація результатів дослідження. Основні положення роботи представлено на 82-й звітній студентській науковій конференції Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, що відбулася 19–21 травня 2026 року і була присвячена 161-й річниці університету. За темою роботи підготовлено тези доповіді «Медіатравма: психологічні наслідки перегляду травматичного контенту молоддю в умовах війни».

Структура роботи: кваліфікаційна робота містить вступ, два розділи, висновки до розділів, загальні висновки, список використаних джерел і додатки. У роботі використано 73 джерела, подано 16 таблиць, 2 рисунки та 4 додатки. Загальний обсяг становить 83 сторінки.

РОЗДІЛ І. МЕДІАТРАВМА ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН: ПОНЯТТЯ, МЕХАНІЗМИ, НАСЛІДКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА

1.1 Термінологічне і діагностичне розмежування понять

Аналіз психологічних наслідків споживання травматичного медіаконтенту потребує попереднього розмежування основних понять, пов’язаних із феноменом медіатравми.

Психологічна травма у сучасній науковій традиції розглядається як переживання події або сукупності подій, що сприймаються індивідом як надмірні, загрозливі чи руйнівні для його психічної цілісності та перевищують наявні ресурси подолання. Такий досвід може супроводжуватися тривалими емоційними, когнітивними та поведінковими наслідками: підвищеною тривожністю, нав'язливими спогадами, змінами у системі переконань, труднощами з емоційною регуляцією та зниженням повсякденного функціонування. Принципово важливо, що психологічна травма є не лише характеристикою самої події, а насамперед результатом взаємодії між об'єктивними обставинами та суб'єктивним сприйняттям, індивідуальною вразливістю й наявними ресурсами підтримки [1].

У клінічній психології найчастішим наслідком травматичного досвіду є посттравматичний стресовий розлад. У ICD-11 він визначається через три ядерні кластери симптомів: повторне переживання травматичної події, уникання нагадувань про неї та стійке відчуття загрози, що супроводжується функціональними порушеннями [67]. У DSM-5 головним є Критерій А, який показує, що ПТСР пов’язаний з реальною травматичною подією, коли людина сама через це пройшла, побачила це в житті, дізналася про це через знайому людину, або мас-медіа, чи постійно контактує з важкими деталями на роботі. Перегляд подій через електронні медіа зазвичай не відповідає цьому критерію, якщо не має професійного характеру [13; 20]. Отже, ПТСР є клінічним

діагнозом із чіткими критеріями, тоді як психологічна травма є ширшим поняттям.

Медіатравма сформувалася на перетині психології травми, медіадосліджень і соціології ризику. У сучасній українській традиції її визначають як психічну травму, що виникає під впливом інтенсивного або повторюваного контакту з емоційно значущим медіаконтентом [6]. В англомовній літературі це поняття пов’язують із дослідженнями журналістів, медіасвідчення та опосередкованого контакту з травматичними подіями, які показують, що навіть без прямої фізичної загрози систематична взаємодія з травматичним матеріалом може супроводжуватися дистресом, нав’язливими образами та симптомами, близькими до посттравматичних [24; 28; 52; 72]. При цьому медіатравма не є синонімом ПТСР і розглядається передусім як аналітично-дослідницька, а не нозологічна категорія.

Для чіткішого розмежування суміжних понять доцільно зіставити психологічну травму, медіатравму та ПТСР за основними параметрами. У таблиці 1.1 подано порівняльну характеристику цих категорій за характером події, рівнем симптомів, діагностичним статусом і контекстом застосування.

Таблиця 1.1.

Порівняльна характеристика ключових понять
за матеріалами [1; 6; 12; 13; 20; 67]

Параметр	Психологічна травма	Медіатравма	ПТСР
Характер події	Пряме або опосередковане переживання загрозливої події	Опосередкована інформаційна/медійна експозиція	Пряма загроза або свідчення події
Тип поняття	Загальна психологічна категорія	Аналітично-дослідницька категорія	Клінічний діагноз (нозологія)
Критерій А DSM-5	Не обов'язковий	Зазвичай не відповідає	Обов'язковий
Рівень симптомів	Від субклінічних до виражених	Переважно субклінічні або помірні	Чіткі критерії тривалості й інтенсивності
Функціональні порушення	Можливі	Можливі, але не обов'язкові	Обов'язкові

Параметр	Психологічна травма	Медіатравма	ПТСР
Контекст застосування	Клінічна та наукова практика	Медіапсихологія, медіадослідження	Клінічна психологія, психіатрія

Після розмежування основних понять доцільно уточнити межу травматичної експозиції, оскільки вона окреслює умови, за яких контакт із загрозливою інформацією може набувати психологічно травматичного характеру. DSM-5 розрізняє безпосереднє переживання події, її особисте свідчення та опосередкований контакт через медіа. Водночас у цифровому середовищі ця межа не завжди є очевидною: повторюваний перегляд кризового контенту може підтримувати стресові реакції навіть без прямої присутності на місці події [47]. Такі наслідки слід інтерпретувати обережно, оскільки більшість досліджень фіксує кореляційні, а не прямі причинно-наслідкові зв’язки. Отже, невідповідність Критерію А не заперечує самого факту дистресу, а лише показує розрив між клінічними критеріями травматичної експозиції та суб’єктивним переживанням медіавпливу.

Показово, що Американська психіатрична асоціація у посттравматичному контексті DSM-5-TR також визнала дискусійність Критерію А в цифрову епоху: у оновленій редакції зазначається, що визначення межі між опосередкованою та прямою травматичною експозицією потребує подальшого уточнення, а дослідникам рекомендується враховувати характеристики конкретного медіасередовища [12; 47]. Це свідчить про те, що навіть у межах офіційної діагностичної системи континуум психологічного впливу поступово отримує визнання.

Попри наявність значної кількості досліджень, проблема медіатравми досі залишається недостатньо вивченою. Зокрема, потребує уточнення роль індивідуальних чинників, які можуть посилювати або послаблювати реакцію людини на травматичний медіаконтент. До таких чинників належать базова тривожність, попередній травматичний досвід, рівень резилієнтності та здатність до емоційної саморегуляції. Окремим питанням залишається межа

між природною емоційною реакцією на важкі новини, субклінічним дистресом і клінічно значущими проявами травматичного стресу. Також не до кінця з’ясовано, які саме характеристики медіаконтенту мають найбільший психологічний вплив: графічність зображень, повторюваність перегляду, емоційна насиченість сюжету чи особиста близькість теми для глядача. Саме ці прогалини підтверджують потребу подальшого емпіричного вивчення впливу травматичного контенту на психоемоційний стан особистості.

Розглянувши межі травматичної експозиції важливо розмежувати взаємопов'язані поняття, що описують форми психологічного ураження, які виникають через занурення у чужий травматичний досвід.

Вторинна травматизація (secondary traumatic stress) описує виникнення симптомів, подібних до ПТСР, у фахівців допоміжних професій: психологів, соціальних працівників, медиків, рятувальників, журналістів, унаслідок емпатійного залучення та багаторазової експозиції до деталей чужих травм [25].

Вікарна травма (vicarious trauma) стосується не лише стресових симптомів, а й поступових змін у базових переконаннях людини: уявленнях про безпеку, довіру, контроль і сприйняття світу. Вона формується через тривалий емоційний контакт із чужим травматичним досвідом. У працях І. Л. Маккенн, Л. Е. Перлман і К. В. Сааквітне вікарна травма описується як трансформація внутрішніх схем фахівця під впливом емпатійного залучення до травматичного матеріалу клієнтів [48; 50]. На відміну від вторинної травматизації, яка більше зосереджується на симптомах стресу, вікарна травма фіксує глибші зміни у світогляді особистості.

Втома співчуття, або compassion fatigue, у класичному розумінні означає хронічне емоційне виснаження, що формується внаслідок тривалої допомоги іншим; поняття було введене в контексті медсестринської практики та розвинуте у працях про роботу з травмою [26; 38]. Б. Г. Стамм уточнює, що compassion fatigue поєднує два виміри: власне емоційне виснаження та вторинний травматичний стрес як реакцію на контакт із травматичним

матеріалом [60]. Отже, у межах цього концепту ключовим є не “звикання” до болю інших, а зниження здатності підтримувати емпатійне залучення через тривалу витрату ресурсів (байдужість, цинізм, вигорання).

У цифровому середовищі compassion fatigue може проявлятися не лише у фахівців, а й у користувачів, які регулярно переглядають контент про страждання, війну та загрозу. Повторна експозиція здатна поступово виснажувати співпереживання навіть без прямого контакту з постраждалими [22; 58]. Близьким, але іншим процесом є десенситизація, тобто зниження емоційної реакції на повторювані травматичні медіастимули. Однак таке «притуплення» не означає психологічного благополуччя: воно може поєднуватися з тривогою, очікуванням небезпеки [42; 64], а графічний воєнний контент у частини людей, навпаки, підсилює дистрес [34].

На цьому тлі резилієнтність слід розуміти як адаптивний полюс реагування: вона не зводиться до “звикання” чи притуплення, а означає збереження/відновлення функціонування за умов стресу завдяки саморегуляції, гнучким когнітивним стратегіям і соціальній підтримці [14; 16; 17; 59]. Тому для практичної профілактики та програм підтримки важливо відрізняти: виснаження співпереживання (compassion fatigue), зниження реактивності (десенситизація/десенсибілізація) та адаптивне відновлення (резилієнтність).

Для точнішого розуміння місця медіатравми серед суміжних феноменів у таблиці 1.2 подано їхню порівняльну характеристику за джерелом впливу, типовим контекстом виникнення та характерними проявами.

*Таблиця 1.2***.**

Порівняльна характеристика форм непрямого травматичного досвіду

за матеріалами [14; 16; 17; 25; 26; 38; 42; 48; 50; 58; 59; 60; 64]

Поняття	**Джерело впливу**	**Типовий контекст**	**Характерні прояви**
Вторинна травматизація	Емпатійний контакт з постраждалими	Допоміжні та рятувальні професії	Симптоми, подібні до ПТСР

Поняття	Джерело впливу	Типовий контекст	Характерні прояви
Вікарна травма	Систематичне залучення до чужого травматичного досвіду	Психологи, соціальні працівники	Зміна базових переконань, світогляду
Compassion fatigue	Хронічне виснаження від допомоги іншим	Медики, журналісти, волонтери	Емоційне вигорання, зниження емпатії
Десенситизація	Повторна експозиція до насильницьких або графічних медіастимулів	Масова аудиторія, активні споживачі новин і соцмереж	Зниження емоційної та фізіологічної реактивності, емоційне оніміння
Резилієнтність	Мобілізація ресурсів саморегуляції та підтримки у відповідь на стрес	Широка аудиторія та фахівці в умовах тривалого стресу	Збереження/відновлення функціонування, гнучкі копінг-стратегії, ефективна саморегуляція

Розмежовувати психологічну травму, ПТСР, медіатравму, вторинну травматизацію, вікарну травму, compassion fatigue, десенситизацію та резилієнтність потрібно хоча б тому, що слово “травма” дуже легко починає поглинати все підряд. Людина може болісно відреагувати на побачене відео, довго прокручувати його в голові, відчувати тривогу або внутрішнє виснаження, але це ще не означає, що йдеться про ПТСР. І навпаки, якщо реакція не має форми клінічного розладу, вона все одно може бути психологічно важкою. Саме тут і потрібна точність у поняттях. Найширшим у цьому ряду є поняття психологічної травми. Воно охоплює різні ситуації, коли пережитий або побачений досвід виявляється для людини надто важким, ніби психіка не встигає його нормально “перетравити”. ПТСР має значно вужчі межі, бо це вже діагноз із конкретними критеріями, а не загальна назва для будь-якої сильної реакції на стрес. Медіатравма стосується іншого випадку: людина може не бути на місці події, не чути вибуху поруч, не бачити катастрофу наживо, але через відео, фото, новини чи дописи все одно емоційно входити в цей досвід і відчувати його наслідки. Вторинна травматизація, вікарна травма та втома від співчуття пов’язані з тривалим контактом із чужим болем у професійній допомозі, волонтерстві, кризовій роботі або глибокій емпатійній залученості. Такий досвід може накопичуватися й виснажувати

людину. Десенситизація та резилієнтність описують інші способи реагування на повторюваний контакт із важким матеріалом. У частини людей чутливість справді може притуплюватися: те, що раніше викликало сильний шок, з часом сприймається тихіше, ніби психіка приглушує звук, щоб витримати постійний тиск. Але є й інший варіант. Людина не стає байдужою, не втрачає здатності співпереживати, проте має достатньо внутрішньої опори, щоб після стресу поступово повертатися до рівноваги. Саме це і дає змогу бачити різницю між виснаженням, захисним "онімінням" і справжньою психологічною стійкістю.

1.2. Механізми медіатравматизації

Психологічний вплив медіаконтенту доцільно розглядати не лише через його наслідки, а й через механізми, які пов'язують медіаекспозицію з емоційними, когнітивними та фізіологічними реакціями.

Модель DSMM пояснює медійний вплив як процес, у якому результат залежить не лише від самого контенту, а й від віку, попереднього досвіду, соціального контексту та індивідуальної вразливості людини. Тому однаковий травматичний матеріал може викликати різні реакції: у когось короткочасне напруження, а в когось триваліший дистрес, румінації, нав'язливі образи або фізіологічне збудження [66].

Особливого значення набуває дозо-часовий профіль медіаспоживання, або кількість годин, частота переглядів і повторюваність звернення до одних і тих самих матеріалів. Лонгітюдні дослідження Е. Голман та співавторів, а також Р. Сільвер та співавторів показують, що інтенсивна й повторювана медіаекспозиція пов'язана з вищими показниками гострого стресу та посттравматичних симптомів, причому цей зв'язок може зберігатися через місяці й навіть роки після події [32; 55].

Важливим є не лише те, скільки часу людина проводить у медіапросторі, а й який саме контент вона бачить. Графічні зображення, відео з насильством, руйнуваннями чи стражданням частіше запускають сильну емоційну реакцію

і можуть ставати проміжною ланкою між медіаекспозицією та стійкішими психологічними наслідками [32; 34]. У цифровому середовищі цей вплив посилюється алгоритмами: стрічка постійно оновлюється, не має природної точки завершення й може знову повертати користувача до теми небезпеки. Через це травматична подія ніби продовжує існувати в нових фото, відео, коментарях і повідомленнях.

Надмірну медіаекспозицію не варто пояснювати лише алгоритмами. До неї долучається FoMO, тобто страх пропустити важливу інформацію, який під час війни набуває тривожного змісту. Людина перевіряє новини не з цікавості, а через потребу вчасно помітити можливу загрозу: обстріли, тривоги, руйнування чи втрати. Це може ненадовго давати відчуття контролю, але водночас посилює контакт із травматичним контентом. Тому надмірна медіаекспозиція виникає на перетині логіки цифрових платформ і внутрішньої потреби постійно відстежувати небезпеку [8; 58; 61; 65].

Сукупність цих механізмів у сучасній медіапсихології описується поняттям думскролінгу (doomscrolling), тобто компульсивного споживання негативних новин на тлі зростаючого емоційного дискомфорту, яке підтримується одночасно алгоритмічною архітектурою платформ і психофізіологічною готовністю до моніторингу загроз. Саме така структурна логіка цифрових платформ сприяє хронізації медіастресу та обґрунтовує необхідність виокремлення медіатравми як самостійної аналітичної категорії. [8; 22; 40].

Параметри експозиції починають діяти не окремо, а тоді, коли медіаконтент зачіпає людину через певні механізми. У DSMM це пов’язано з трьома рівнями реакції: думками, емоціями й тілесним збудженням. Спочатку ніби різко вмикаються емоційне зараження та фізіологічне збудження. А вже потім румінація й евристика доступності довше тримають тривогу, тоді як нав’язливі образи осідають у пам’яті й увазі.

Румінація полягає у повторюваному обмірковуванні загроз і можливих сценаріїв і є одним із центральних вторинних медіаторів. Щоденні

вимірювання в період пандемії COVID-19 показали, що більша новинна експозиція пов'язана з вищим рівнем занепокоєння як у той самий день, так і наступного. Підвищене занепокоєння, своєю чергою, асоціювалося зі зростанням безнадійності та загальної тривожності наступного дня [27].

Основними механізмами впливу травматичного медіаконтенту є емоційне зараження та соціальна ампліфікація. Коли людина бачить у стрічці реакції інших, вона може підключитися в спільне переживання. Експеримент Facebook підтверджує, що зміна кількості емоційного контенту у стрічці впливала на рівень напруження користувачів [8]. Цю думку конкретизує О. О. Порпуліт, зазначаючи, що емоційний фон соціальних мереж може впливати на настрій користувачів і підвищувати ризик емоційного зараження. Особливо небезпечним це стає тоді, коли інформаційний потік перенасичений контентом із депресивною, жахливою або агресивною естетикою. У такій ситуації негативний емоційний стан ніби “вбудовується” у сприйняття реципієнта й може проявлятися у вигляді тривожних думок, напруження, підозрілості або емоційної виснаженості [43].

Евристика доступності є вторинним когнітивним механізмом: люди схильні оцінювати імовірність подій за легкістю пригадування прикладів, тому повторення яскравих образів призводить до систематичних викривлень у судженнях про ризики. У контексті медіатравми це означає, що часте відтворення сцен небезпеки підвищує їхню когнітивну доступність і підтримує очікування повторення загроз [64].

Нав'язливі образи виступають інтегративним механізмом, що поєднує когнітивні та перцептивні рівні. Когнітивна модель посттравматичного стресу пов'язує стійкість симптомів із відчуттям поточної загрози, яке підтримується негативними оцінками та особливостями кодування події у пам'яті: сенсорною яскравістю, слабкою контекстуалізацією та перцептивною активацією асоціацій [21]. Такі образи можуть мимовільно повертатися фрагментами сцен, формуючи основу флешбеків і нічних кошмарів. К. Р. Брюїн, Дж. Д. Грегорі, М.Ліптон і Н. Берджесс пов’язують нав’язливі образи з

механізмами травматичної пам’яті [18]. Е. А. Холмс і К. Борн у межах парадигми травматичного відео показали, що емоційно важкий відеоконтент може викликати аналогові інтрузії навіть у психічно здорових осіб [35].

Фізіологічне збудження є первинним механізмом у структурі медіатравматичних реакцій, що реалізується через активацію симпатичної нервової системи у відповідь на сенсорні сигнали небезпеки. Перегляд візуально інтенсивного травматичного контенту супроводжується підвищенням частоти серцевих скорочень, провідності шкіри та рівня кортизолу, тобто фізіологічних показників, характерних для гострої стресової реакції. Дослідження демонструють, що повторна експозиція не призводить до повного звикання: за умов хронічного медіаспоживання спостерігається підвищена базова збудливість вегетативної нервової системи, що створює фізіологічний субстрат для тривалої тривожності та гіперпильності [54; 73]. Нейровізуалізаційні дослідження підтверджують, що багаторазовий перегляд образів із зон бойових дій активує мигдалеподібне тіло та острівцеву кору. Це структури, залучені до обробки загрози та формування емоційних спогадів, і така активація може виникати навіть за відсутності безпосереднього зіткнення з небезпекою [54]. Таким чином, фізіологічне збудження є не лише супутнім симптомом, а й механізмом, що посилює дію інших медіаторів.

Війна затягнула українців у щоденну стрічку з обстрілами, зруйнованими домами й чужим болем, який уже не здається чужим. Від таких новин може сильніше накривати тривогою, пригніченістю й травматичними реакціями. Найважче тоді, коли в постраждалих раптом упізнаєш своїх близьких або себе. Окремим аспектом є відчуття несправедливості під час споживання воєнного контенту в людей, які одночасно стежать за подіями у медіа і при цьому живуть у середовищі конфлікту [45; 46]. Показовим прикладом ролі соціальної ідентичності є дослідження реакцій на теракт у клубі Pulse в Орландо. Д. П. Релігін, Н. М. Джонс, Е. А. Холман і Р. К. Сілвер встановили, що представники ЛГБТК+-спільноти та латиноамериканці, навіть не перебуваючи на місці події, частіше споживали медіаконтент про трагедію

і демонстрували вищі показники гострого стресу. Найсильніша реакція спостерігалася серед людей, які одночасно належали до обох груп. Це підтверджує: чим сильніше людина впізнає себе у постраждалих, тим інтенсивнішим може бути її психологічний відгук на медіаконтент. Така подвійна належність до жертв підсилювала ефект травматизації. Для ЛГБТК+ спільноти клуб сприймається як безпечний простір, тому в даному випадку медіаобрази сприймалися не як загроза власній ідентичності та існуванню. Це показує важливість механізму особистої ідентифікації: чим більше людина впізнає себе у жертвах травматичної події, тим інтенсивнішою є її психологічна реакція на медіаконтент про цю подію [53].

Окремим механізмом є “петля зворотного зв’язку”, коли медіаекспозиція і дистрес взаємно підсилюють одне одного. Після травматичних подій людина може частіше звертатися до новин, щоб повернути відчуття контролю, але це збільшує контакт із загрозливим контентом і знову активує тривогу. Така циклічність була зафіксована після подій на Бостонському марафоні та стрілянини в Орландо [63].

Для наочного відображення циклічного характеру медіатравматизації на малюнку 1.1 показано послідовність взаємопов’язаних ланок, через які медіаекспозиція, емоційна реакція, пошук інформації та посилення тривоги взаємно підкріплюють одна одну.

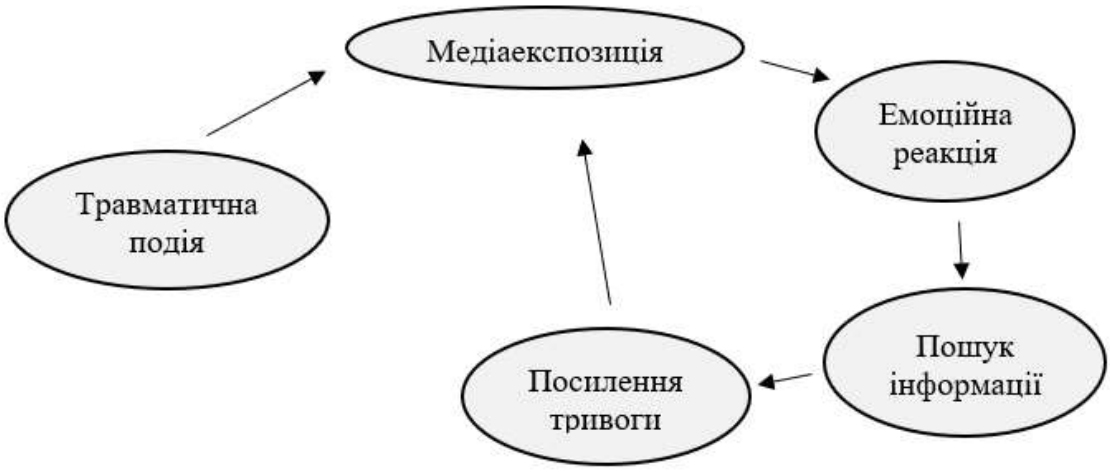


Рис. 1.1 Механізм повторюваної медіаекспозиції

за матеріалами [63; 66]

Отже, психологічний вплив медіаконтенту залежить від характеристик експозиції: модальності, тривалості, дозо-часового профілю та графічності. Його дію також визначають психологічні механізми різного рівня: первинні, до яких належать емоційне зараження й фізіологічне збудження; вторинні, зокрема румінація та евристика доступності; інтегративні, серед яких важливе місце займають нав'язливі образи. Повертаючись до моделі DSMM, можна констатувати, що саме диспозиційна, вікова та соціальна сприйнятливість особи визначає, які з цих механізмів активуються найінтенсивніше і з якою стійкістю. Розуміння цих механізмів має не лише теоретичне, а й практичне значення, оскільки вони становлять основу профілактичних і корекційних підходів. Відповідні стратегії розглядаються у підрозділі 1.4.

1.3. Вікові особливості психологічних наслідків медіатравматизації

Медіатравматизація в дослідженнях розглядається не лише як коротка емоційна реакція на тяжкий інформаційний стимул. За умов інтенсивного або повторюваного контакту з травматичним медіаконтентом вона може переходити у триваліші психологічні прояви. Її наслідки різняться за змістом, силою та тривалістю: від інформаційної втоми, напруження й субклінічного дистресу до виражених тривожних, депресивних або посттравматичних симптомів. Водночас, як зазначалося в підрозділі 1.1, медіатравма не завжди відповідає критеріям ПТСР, оскільки охоплює ширший континуум станів. Тому після аналізу природи медіатравми та механізмів її виникнення доцільно перейти до системного опису її наслідків для окремої людини, групи й спільноти [32; 33; 63].

Зокрема, на ранніх етапах можуть спостерігатися симптоми, близькі до гострого стресового розладу, зокрема підвищена тривожність, нав'язливі образи, емоційне напруження та фізіологічне збудження [38]. У частини осіб ці реакції не досягають рівня клінічного розладу, але проявляються у формі субклінічного дистресу, який характеризується інформаційною перевтомою,

емоційним виснаженням, труднощами концентрації та зниженням суб’єктивного відчуття безпеки [40]. Тривалий і повторюваний контакт із травматичним медіаконтентом також може бути пов’язаний із підвищеним ризиком розвитку тривожних розладів, включно з генералізованою тривогою, гіпервигілантністю (підвищена пильність) та постійним очікуванням загрози [9]. У деяких випадках спостерігаються і депресивні прояви, зокрема зниження настрою, відчуття безпорадності, втрати контролю над ситуацією та емоційне виснаження [39].

З метою структурованого аналізу наслідків медіатравми пропонується розглядати їх на трьох взаємопов’язаних рівнях: індивідуальному, груповому та суспільному .

Медіатравматичний вплив не обмежується одноразовою емоційною реакцією й може мати тривалі наслідки. Це підтверджують лонгітюдні дослідження, присвячені 11 вересня, вибухам на Бостонському марафоні та стрілянині в клубі Pulse: активне медійне залучення до таких подій пов’язане з вищим рівнем гострого та подальшого посттравматичного стресу [33; 53; 55; 56; 63]. Деякі роботи також вказують, що раннє емоційне потрясіння після широко висвітлюваних трагедій може з часом позначатися і на фізичному стані людини.

У більшості випадків на рівні щоденного досвіду це проявляється не як оформлений розлад, а як тривале погіршення психічного стану. Людина може відчувати внутрішню напругу, тривогу, виснаження, мати проблеми зі сном і постійно подумки повертатися до новинних сюжетів. Навіть без прямої присутності в травматичній ситуації можливі інтрузивні образи та інші стресові прояви субклінічного рівня.

Характерною особливістю є ефект післядії, коли вплив інформації зберігається наступного дня у вигляді внутрішнього напруження та настороженості. Важливим механізмом є узагальнення тривоги: емоційна реакція виходить за межі конкретної теми і поширюється на повсякденне життя. У результаті повторюваний інформаційний контакт підтримує стійкий

фон психологічного виснаження навіть за відсутності безпосередньої загрози [40].

Медіатравматизація часто позначається насамперед на сні. У людини можуть з’являтися проблеми із засинанням, переривчастий сон і відчуття виснаження після пробудження. Поширеними також є нав’язливі візуальні образи, повторне мимовільне пригадування побаченого, нічні кошмари та стани, схожі на флешбеки. За даними досліджень, особливо сильний вплив мають графічні матеріали, оскільки вони частіше пов’язані з гострим стресом і подальшим розвитком посттравматичних симптомів [32; 34].

Водночас симптоми медіатравматизації виникають не в усіх із однаковою інтенсивністю, що актуалізує питання диференціації індивідуальної вразливості та резилієнтності. До вразливих груп у контексті медіатравми насамперед належать діти та підлітки, для яких медіаповідомлення про насильство, катастрофи або терористичні акти можуть сприйматися як більш безпосередня загроза. Дж. Комер, Дж. Фурр, Р. Бейдас, Г. Баб’яр і Ф. Кендалл зазначають, що після масово висвітлюваних злочинів і терактів медіаекспозиція може бути пов’язана з реакціями страху, підвищеної тривоги та стресу в дітей. Водночас інтенсивність цих реакцій залежить не лише від самого контенту, а й від віку дитини, рівня емоційної зрілості, індивідуальної вразливості та суб’єктивного відчуття близькості події [57].

Підвищену чутливість до травматичного медіаконтенту також демонструють особи похилого віку, для яких інформаційні повідомлення про загрози можуть посилювати відчуття небезпеки, втрати контролю та безпорадності. За даними Д. Р. Гарфін, Е. А. Голман і Р. К. Сілвер, старші люди можуть гостріше реагувати на інтенсивне новинне висвітлення кризових подій: у них частіше проявляються тривога, соматичні реакції та зниження психологічного благополуччя [56]. Вразливість цієї групи пов’язана з віковими особливостями сприйняття ризику, попереднім досвідом пережитих криз та потенційними обмеженнями соціальної підтримки.

Окремим чинником вразливості є спільна соціальна ідентичність із постраждалими групами: як показано в розділі 1.2, ідентифікація з жертвами подій суттєво підвищує як інтенсивність медіаспоживання, так і рівень психологічного дистресу [53].

Люди з попередніми травматичними переживаннями або з вищою психічною вразливістю становлять одну з найчутливіших груп. Особливо це помітно серед тих, хто має тривожні чи депресивні порушення. Для них активне занурення в медіапростір частіше супроводжується вираженішими симптомами дистресу; у дослідженнях це пов’язують із роллю особистісних психологічних чинників. Натомість захисну функцію можуть виконувати розвинена медіаграмотність, здатність до емоційної саморегуляції, підтримка з боку інших людей і вміння свідомо обмежувати інформаційне навантаження. У дослідженнях психологічної стійкості підкреслюється, що адаптивна реакція на стресові події значною мірою визначається наявністю особистісних і соціальних ресурсів, які дозволяють зменшувати інтенсивність емоційного дистресу та підтримувати функціонування навіть в умовах сильного інформаційного навантаження [39]. До таких ресурсів належать здатність до когнітивної оцінки ситуації, ефективні стратегії емоційної регуляції та наявність підтримувального соціального середовища, які розглядаються як ключові механізми резилієнтності у сучасних моделях психологічної адаптації до стресу [3; 16; 17; 39; 59]. У контексті медіатравматизації ці фактори можуть зменшувати негативний вплив травматичного контенту, сприяючи більш критичному сприйняттю інформації, регуляції емоційних реакцій та обмеженню надмірної медіаекспозиції.

Окрему групу ризику становлять фахівці, які регулярно працюють із травматичним контентом або чужим травматичним досвідом: журналісти, редактори, модератори, психологи, соціальні працівники, медики, кризові консультанти й рятувальники. У їхньому випадку медіатравматизація може поєднуватися з вторинною або вікарною травматизацією, професійним виснаженням, порушеннями сну та нав’язливими образами [1; 15; 49].

Таблиця 1.3.

Групи ризику у контексті медіатравматизації

за матеріалами [1; 15; 16; 17; 32; 34; 39; 40; 53; 56; 57; 59]

Група ризику	Механізм підвищеної вразливості	Можливі психологічні прояви
Діти та підлітки	Незавершений розвиток механізмів емоційної регуляції, висока образна чутливість, труднощі відмежування медіаподій від особистої безпеки	Реакції страху, підвищена тривожність, нав'язливі образи, порушення сну, поведінкова регресія, симптоми гострого стресу
Особи похилого віку	Підвищене сприйняття ризику, попередній досвід кризових подій, соціальна ізоляція або обмежені ресурси підтримки	Тривожність, відчуття небезпеки, соматичні реакції, порушення сну, зниження психологічного благополуччя
Особи, які соціально ідентифікують себе з постраждалими групами	Висока особистісна ідентифікація з жертвами події	Підвищений дистрес, тривожність, нав'язливі образи, гострий стрес
Особи з попереднім травматичним досвідом або психічною вразливістю (тривожні, депресивні розлади)	Сенсибілізація стресової системи, нижчий поріг реактивності на загрозливі стимули	Посилення тривоги, румінації, гіпервигілантність, емоційний дистрес, депресивні прояви
Особи з високим рівнем інтенсивного медіаспоживання	Тривалий контакт із травматичними новинами, ефект повторної експозиції та інформаційного перевантаження	Інформаційна втома, емоційне виснаження, підвищена тривожність, порушення концентрації
Професійні групи, що систематично працюють із травматичним контентом (психологи, журналісти, редактори, модератори контенту, рятувальники, медики)	Регулярна професійна експозиція до травматичних матеріалів, емпатійне залучення до чужих переживань, емоційне навантаження	Симптоми вторинної або вікарної травматизації, емоційне виснаження, порушення сну, симптоми посттравматичного стресу, професійне вигорання

Наслідки медіатравми не обмежуються індивідуальним рівнем і набувають колективного виміру через поняття колективної та культурної травми. У соціологічних дослідженнях колективна травма розглядається як

процес, у якому певна подія інтерпретується суспільством як така, що завдає шкоди спільній ідентичності та змінює уявлення про соціальний порядок [11]. Медіа в цьому процесі забезпечують своєрідну інфраструктуру колективної пам’яті, оскільки визначають, які події залишаються у фокусі суспільної уваги, які образи стають упізнаваними, а які інтерпретації набувають легітимності. Показовим емпіричним прикладом є дослідження довгострокових наслідків медіависвітлення терактів 11 вересня: повторювані телевізійні образи не лише передавали інформацію, а й формували спільний символічний досвід, який відтворювався в публічному дискурсі, меморіальних практиках і культурній пам’яті американського суспільства протягом десятиліття після події [55; 56]. Найвищий рівень психологічного дистресу серед людей, які сприймали події через медіа, був пов’язаний саме з повторюваними травматичними образами. Це добре узгоджується з підходом К. Карут, яка розглядала травму як досвід, що не може бути повністю інтегрований у свідомість у момент переживання, а тому знову і знову повертається у вигляді нав’язливих образів, фрагментів пам’яті та повторюваних оповідей [19]. У такій перспективі медіапростір постає не просто як засіб інформування про трагічні події. Він також стає середовищем, у якому суспільство колективно переживає травму, надає їй форми та закріплює способи її осмислення.

З одного боку, медіасвітлення виконує низку позитивних соціальних функцій. Воно забезпечує суспільну інформованість про загрози, сприяє координації колективних дій у кризових ситуаціях та формує почуття єдності й солідарності між людьми, які географічно роз'єднані, але переживають спільний досвід [48]. Дослідження показують, що в перші дні після масштабних трагедій медіапокриття може призвести до порушення функції «спільного простору горіння», що сприяє втраті соціальної згуртованості та нормалізації колективного переживання [41]. Крім того, журналістське свідчення представляє події для майбутніх поколінь, зберігаючи документацію суспільної пам’яті та створюючи підґрунтя для осмислення історичного досвіду [28].

З іншого боку, ті самі медійні механізми, які допомагають суспільству об’єднатися навколо спільного досвіду, можуть посилювати психологічне напруження. Це добре видно на прикладі висвітлення подій 11 вересня 2001 року. Постійний показ трагедії дав змогу людям краще усвідомити масштаб загрози й сприяв суспільній солідарності, але водночас мав і травматичний ефект. Дослідники виявили, що навіть у людей, які не були безпосередньо присутні на місці подій, а лише стежили за ними через медіа, зростали тривога і симптоми посттравматичного стресу. Повторювані травматичні образи допомагають події закріпитися в колективній пам’яті, проте саме вони можуть підтримувати у глядачів стан постійного стресового напруження [55; 56]. Саме тому медіависвітлення має подвійний характер: воно потрібне для інформування суспільства і спільного осмислення трагедії, але водночас може негативно впливати на психологічний стан людей.

Амбівалентність медіависвітлення має практичне значення, бо добре показує одну річ: повна відмова від новин не завжди рятує людину від напруження. Так, якщо менше читати тривожні повідомлення, психіці може стати трохи легше, бо зменшується кількість важких образів, страшних заголовків і постійних нагадувань про небезпеку. Але разом із цим людина ніби відходить убік від того, що відбувається навколо, гірше орієнтується в подіях і може втрачати відчуття зв’язку з іншими людьми, які проживають ту саму реальність. Повна ізоляція від інформації не завжди дає спокій. Іноді вона, навпаки, залишає людину наодинці з тривогою та здогадками. Тому більш доречним виглядає не різке уникання новин, а спокійніше й уважніше ставлення до них: обирати джерела, обмежувати час перегляду, не занурюватися в потік важкого контенту без потреби й залишати собі простір для відновлення.

На рівні громадського здоров'я окремим підсилювачем наслідків медіатравми є інфодемія (надлишок інформації), у якій поєднуються достовірні повідомлення, чутки та суперечливі інтерпретації. За умов інфодемії ускладнюється пошук надійних орієнтирів, зростає когнітивне

навантаження та тривожність, а повторюваність загрозливих сюжетів підтримує суб'єктивне відчуття небезпеки. У такій логіці медіатравма може розглядатися як крайній прояв у спектрі інформаційного перевантаження, коли тривалий медіастрес поєднується з емоційно насиченим контентом страждання, невизначеністю та соціальною ампліфікацією переживань [29; 51; 68].

Цю багаторівневу логіку впливу медіатравматизації узагальнено представлено на рисунку 1.2.



Рис. 1.2 Рівні наслідків медіатравми

за матеріалами [11; 19; 23; 29; 51; 55; 56; 68]

Медіатравматизація охоплює більше, ніж реакцію окремої людини на тривожний контент. Вона проявляється на кількох рівнях: у людини через емоційне виснаження, інформаційне перевантаження, тривожні або депресивні симптоми; у спільнотах через колективне переживання, вторинний травматичний вплив і вразливість окремих професійних груп. У суспільному масштабі це явище підтримує постійний фон загрози, особливо під час затяжних криз і воєнних конфліктів. Тому медіатравма потребує наукового осмислення, профілактики та підтримувальних підходів.

1.4. Медіагігієна та профілактика медіатравми

З огляду на багаторівневий характер медіатравматизації, її профілактика має бути спрямована не лише на обмеження контакту з травматичним контентом, а й на розвиток навичок саморегуляції, критичного сприйняття інформації та безпечної організації медіаспоживання.

Методологічною основою профілактичних підходів слугує концепція інформаційної (медіа) гігієни, як комплексу знань і навичок, спрямованих на мінімізацію негативного впливу інформаційних потоків на психічне та фізичне здоров'я людини. Принциповою відмінністю медіагігієни від повного уникнення інформації є її орієнтація на усвідомлене, регульоване споживання медіаконтенту: ідеться не про ізоляцію від новин, а про формування здатності критично дозувати й осмислювати отримувані повідомлення [5; 10; 37]. У цьому контексті оптимальною стратегією є підхід «зменшення шкоди» (harm reduction): дозування новин, фільтрація графічності, налаштування платформ, розвиток психологічних навичок саморегуляції та формування чітких механізмів дій у кризових ситуаціях [69; 70].

Ефективний первинний захист багато в чому починається з того, як людина вибудовує власні правила контакту з інформаційним потоком. Саме думскролінг як поведінковий прояв самопідтримувального циклу розглядається як одна з ключових мішеней профілактичних стратегій на

індивідуальному рівні. Дослідники рекомендують встановлювати чіткі «вікна новин», тобто обмежені в часі та заздалегідь визначені проміжки для ознайомлення з медіаконтентом, наприклад два або три фіксовані періоди по 20-30 хвилин на день. Такий підхід дозволяє уникнути безперервного тривожного моніторингу стрічок соціальних мереж і зменшує кумулятивний дистрес від повторюваних травматичних образів [8; 37].

Поряд із темпоральним обмеженням важливу роль відіграє якісний відбір джерел. Зокрема, пропонується розрізняти оперативні джерела, що забезпечують критичні повідомлення про безпеку, та контентні джерела, які формують аналітичний або новинний фон і потребують свідомого дозування [5; 37]. Доповненням до цих заходів є технічні засоби медіагігієни, зокрема відключення автоматичного відтворення відео та push-сповіщень, використання функцій цифрового благополуччя на мобільних пристроях і налаштування фільтрів ключових слів у соціальних мережах [27; 68]. Важливою складовою профілактики є розвиток медіаграмотності та критичного мислення. Здатність аналізувати зміст повідомлень, розрізняти факти й інтерпретації, ідентифікувати маніпулятивні прийоми та усвідомлювати алгоритмічну логіку соціальних платформ суттєво знижує рівень емоційного злиття з інформаційним потоком. Дослідження підтверджують, що медіаграмотність виступає значущим предиктором стійкості підлітків до посттравматичних симптомів після інтенсивної медіаекспозиції [57]. В умовах інформаційної війни ця навичка набуває додаткового значення: ВООЗ розглядає управління інфодемією та протидію дезінформації як організаційну відповідь систем охорони здоров'я, оскільки інфодемії здатні спричиняти ментальний дистрес і негативно впливати на поведінку людей [68].

Поряд із медіаграмотністю ключову роль відіграє формування навичок емоційної саморегуляції. Посібник ВООЗ «Важливі навички в періоди стресу» структурує ці практики у п'яти модулях: заземлення (повернення уваги в тіло й середовище), «відчіплення з гачка» (спостереження думки без злиття з нею),

дія відповідно до цінностей, прояв доброти до себе та створення простору для важких переживань [70]. Ці навички розраховані на коротку щоденну практику і можуть застосовуватися як самостійно, так і з підтримкою фахівця, що робить їх придатними до масштабованого використання навіть в умовах обмеженого доступу до психологічних послуг [70].

Профілактика медіатравми також має виражений міжособистісний вимір. Відкрите обговорення медіаконтенту та емоційних реакцій на нього у безпечному середовищі родини, друзів або освітніх колективів виконує функцію емоційного «розвантаження» та нормалізації пережитого. Дослідження фіксують, що міцні соціальні зв'язки і групи підтримки суттєво знижують ризик розвитку симптомів гострого стресу після тривалого контакту з травматичними новинами [36; 39]. Для родин із дітьми особливого значення набувають узгоджені правила доступу до контенту, пояснення побаченого зрозумілою мовою та послідовна емоційна підтримка, яка запобігає ізоляції та катастрофізації дитячого досвіду [27; 37].

На рівні закладів освіти ефективним інструментом вторинної профілактики є впровадження програм медіаграмотності та психосоціальної підтримки. В Україні такі ініціативи реалізуються у форматі навчальних курсів, що охоплюють поняття «медіадієти», медіапаузи та фактчекінгу як засобів захисту від медіатравматизації [2; 7; 9]. Включення тематики інформаційної гігієни до шкільних і університетських програм формує стійку культуру відповідального медіаспоживання та підвищує обізнаність учнів щодо механізмів маніпулятивного впливу, що має довгостроковий профілактичний ефект [4; 57].

На організаційному рівні профілактика реалізується через розробку стандартних процедур роботи з травматичним контентом, зокрема ротацію задач, часові ліміти перегляду необробленого матеріалу, обов’язкові перерви та подвійну перевірку необхідності поширення графічних матеріалів [1; 15; 49]. Важливим елементом також є забезпечення доступу до супервізії та фахової психологічної консультації, оскільки систематична непряма

експозиція до деталей травми може підвищувати ризик вторинної травматизації не менше, ніж безпосередня участь у кризових подіях [1; 15; 49]. Спільним для різних професійних груп є те, що регулярний контакт із травматичним контентом у робочому контексті не усуває індивідуальної вразливості фахівця, а професійна роль може маскувати наростання дистресу та відтерміновувати звернення по допомогу.

Цифрові платформи мають інструменти для обмеження чутливого контенту: попереджувальні екрани, вікові обмеження, фільтри, налаштування безпечного перегляду та контроль рекомендацій. Хоча ці механізми працюють неідеально, їхнє використання може зменшити випадковий контакт із графічними або надмірно травматичними матеріалами [27; 68]. Для систематизації превентивних заходів травми через медіа в таблиці 1.4 наведено порівняльну характеристику основних методик.

Таблиця 1.4

Порівняльна характеристика основних методик профілактики медіатравми

за матеріалами [1; 2; 4; 5; 7; 9; 15; 27; 36; 49; 68; 69; 70]

Група методик	Ціль	Ключові інструменти	Для кого	Рівень доказовості	Ризики/обмеження
Самодопомога: навички управління стресом	Зниження фізіологічного збудження, стабілізація уваги	«Заземлення», cognitive defusion, дія за цінностями, самоспівчуття (посібник ВООЗ)	Широка популяція, у т.ч. під час війни	Висока практична придатність; рекомендовано ВООЗ як масштабований підхід	Не замінює клінічне лікування; потребує регулярної практики
Перша психологічна допомога (ППД/PFA)	Негайна підтримка після стресової події, стабілізація та скерування	«Дивитися–слухати–направляти»: безпека, потреби, слухання без примусу, підключення ресурсів	Волонтери, вчителі, медики, громади	Рекомендовано практично; обмежена пряма доказовість ефективності як інтервенції	Ризик змішування з дебрифінгом; не рекомендовано нав'язувати розмову про травму

Група методик	Ціль	Ключові інструменти	Для кого	Рівень доказовості	Ризики/обмеження
Психосоціальні групові/низькоінтенсивні інтервенції ВООЗ	Зменшення дистресу на рівні спільнот; профілактика та раннє втручання	WHO SH+ (guided self-help), WHO PM+ (5 сесій), інші масштабовані протоколи	ВПО, постраждалі від війни, громади з обмеженим доступом до спеціалістів	Наявні дані РКД для SH+/PM+ у гуманітарних контекстах	Потрібне навчання фасилітаторів і супервізія; етична адаптація до контексту
Медіаграмотність та «інформаційна гігієна»	Зниження перевантаження, тривоги, дезінформаційного стресу	Дозування новин, перевірка джерел, «режим новин», відмова від нескінченного скролу	Усі користувачі медіа	Підкріплено оглядами щодо впливу дезінформації; рекомендовано у сфері public health	Ризик уникання важливої інформації; потрібен баланс «безпека ↔ психічне здоров'я»
Політики платформ і налаштування безпеки	Зменшення випадкового контакту з графічним контентом	Sensitive content controls, вікові обмеження, попереджувальні екрани, Restricted mode	Усі; особливо діти та підлітки	Факт наявності інструментів підтверджується офіційними правилами платформ	Алгоритмічні збої можливі; потрібна індивідуальна «страховка» у вигляді навичок і фільтрів
Спеціалізована професійна допомога	Лікування ПТСР, депресії, тривоги; відновлення функціонування	Травма-фокусовані психотерапії (TF-CBT, EMDR), фармакотерапія за показаннями	Особи з тривалими/тяжкими симптомами	Висока: ефективність травма-фокусованих підходів підтверджується клінічними рекомендаціями щодо лікування ПТСР.	Доступність у воєнний час обмежена; потрібна маршрутизація та інтеграція в первинну допомогу

При раптовому контакті з травматичним медіаконтентом першочерговим завданням є стабілізація стану, а не детальний аналіз побаченого. Насамперед варто припинити перегляд і фізично відсторонитися від джерела стимулу. Далі можуть застосовуватися короткі техніки саморегуляції: повільне дихання, заземлення за методом «5-4-3-2-1», вербальні самоінструкції на кшталт “це відбулося на екрані, зараз я в безпеці”, перевірка базових потреб і звернення до підтримки. Такі дії допомагають зменшити тілесне напруження, емоційну інтенсивність і суб’єктивне відчуття загрози [5; 44; 62].

Запропонована схема 1.5. відображає послідовність психологічної стабілізації, яка відповідає основним етапам регуляції стресової реакції.

Таблиця 1.5

Алгоритм психологічної самодопомоги при контакті з травматичним медіаконтентом

за матеріалами [5; 44; 62; 69; 70]

Етап	Дія	Зміст	Час
Крок 1	**Зупинити перегляд**	Вимкнути екран / закрити контент. Відійти від джерела стимулу	0–2 хв
Крок 2	**Дихання та заземлення**	Квадратне дихання 4-4-4-4 або 4-7-8. Техніка «5-4-3-2-1»: 5 речей - бачу, 4 - чую, 3 - торкаюся, 2 - відчуваю запах, 1 - смак	2–10 хв
Крок 3	**Підтвердити безпеку**	Самоінструкція: «Це відбувається не зі мною, зараз я в безпеці». Перевірити базові потреби	5 хв
Крок 4	**Соціальна підтримка**	Поговорити з близькою людиною: «мені було важко це бачити»	за потребою
Крок 5	**Переключення діяльності**	Нейтральна або відновлювальна активність: прогулянка, фізичні вправи, музика, творчість	20–60 хв
Крок 6	**Сигнал для звернення до фахівця**	Якщо після 1–2 тижнів зберігаються: нав'язливі флешбеки, безсоння, панічні атаки, соціальна замкненість або порушення повсякденного функціонування, то слід звернутися по психологічну допомогу	> 2 тижнів

Профілактичні стратегії мають враховувати вік і психологічний стан людини. Для дітей важливі обмеження доступу до травматичного контенту, пояснення побаченого зрозумілою мовою та підтримка дорослих. Підліткам

потрібні медіаграмотність, рефлексія власних медіапрактик і підтримка однолітків. Для ветеранів та осіб із попереднім травматичним досвідом особливо важливим є уникнення тригерного контенту й доступ до спеціалізованої допомоги [55; 58; 60,64].

Загальносуспільний рівень профілактики охоплює формування державної політики регулювання онлайн-платформ, підтримку програм медіаграмотності та розроблення національних стандартів інформаційної гігієни [27; 46; 68]. Важливою ланкою системи є також маршрутизація до кризових ресурсів: Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» підтримує каталог сервісів і перелік гарячих ліній (ключові контакти: урядова лінія 15-45 (кризові питання), 15-47 (протидія насильству), 0800100102 (національна асоціація), що забезпечує доступ до підтримки навіть при обмеженому доступі до фахової терапії. Медіаорганізаціям у цьому контексті належить відповідальність за реалізацію принципів травмоінформованої журналістики: обмеження сенсаційності, систематичне використання контентних попереджень та публікація інформації про ресурси психологічної допомоги [7; 49].

Профілактика медіатравми має поєднувати особисту медіагігієну, навички саморегуляції, соціальну підтримку, освітні заходи й технологічні рішення. Її ефективність залежить від послідовного застосування цих стратегій на різних рівнях: від індивідуальної поведінки до суспільних і регуляторних ініціатив. Подальші дослідження доцільно спрямувати на перевірку інтервенційних програм, які можуть знижувати медіаіндукований дистрес в умовах тривалої кризової інформаційної ситуації [4; 57; 68].

Висновок до І розділу

У першому розділі медіатравму розглянуто як психологічне явище, що виникає після інтенсивного або багаторазового контакту з травматичним медіаконтентом. Аналіз показав, що її не можна ототожнювати з

посттравматичним стресовим розладом, адже в більшості випадків вона не відповідає всім клінічним критеріям ПТСР. Водночас медіатравматичний вплив може супроводжуватися тривогою, дистресом, нав'язливими образами, емоційним виснаженням і послабленням відчуття безпеки.

У розділі було розмежовано психологічну травму, медіатравму, ПТСР, вторинну травматизацію, вікарну травму, втому співчуття, десенситизацію та резилієнтність. Це дало змогу точніше визначити місце медіатравми серед близьких явищ і розглядати її не як окремий клінічний діагноз, а як наслідок непрямого контакту з травматичними подіями через медіа. Було проаналізовано основні механізми медіа-травматизації: повторну медіаекспозицію, емоційне зараження, фізіологічне збудження, румінацію, нав'язливі образи та думскролінг. Їхній вплив посилюють графічність контенту, тривалість перегляду, часте повернення до важких новин і алгоритми соціальних мереж.

Наслідки медіатравми можуть проявлятися у тривожності, емоційному виснаженні, інформаційній втомі, порушеннях сну та появі нав'язливих образів. На груповому й суспільному рівнях медіатравма пов'язана з колективним переживанням кризових подій, поширенням медіастресу, інфодемією та закріпленням травматичних образів у культурній пам'яті. Через це медіатравматизація виходить за межі особистої реакції й може впливати на емоційний стан цілих спільнот.

Профілактика медіатравми не має зводитися до повної відмови від новин, особливо під час війни чи тривалої кризи. Доцільнішим є дозоване споживання інформації, обмеження часу перегляду, фільтрація графічного контенту, розвиток медіаграмотності, соціальна підтримка та техніки саморегуляції.

Отже, медіатравма є багаторівневим явищем, що формується під впливом травматичного контенту, особистої вразливості та цифрового середовища, тому потребує подальшого емпіричного дослідження.

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО МЕДІАКОНТЕНТУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН МОЛОДІ

2.1. Організація, методичне забезпечення та дизайн емпіричного дослідження

У цьому розділі розглядається вплив воєнного медіаконтенту на психоемоційний стан молоді та характер реакцій, що виникають унаслідок контакту з емоційно насиченими й шоковими матеріалами. Емпірична частина дослідження спрямована на визначення змін емоційного стану респондентів після перегляду травматичного медіаконтенту, а також на аналіз індивідуальних і соціальних чинників, які можуть модифікувати інтенсивність цього впливу.

З огляду на український воєнний контекст особливо важливо враховувати, що більшість учасників уже перебуває в ситуації хронічної інформаційної напруги. Тому ефект від одноразового медіастимулу не варто сприймати як реакцію лише на окреме відео. Він накладається на вже наявний досвід щоденного контакту з воєнними новинами, тривожними сповіщеннями, повідомленнями про втрати й зображеннями руйнувань. Це зумовлює необхідність обережної, багаторівневої інтерпретації емпіричних результатів.

У межах емпіричного дослідження було застосовано рандомізацію у розподілі учасників, тобто із двома паралельними групами: експериментальною (Група А) та контрольною (Група Б), тобто розподіл між групами здійснювався випадковим чином через ротацію посилань на опитувальники, що забезпечило рівномірне представлення різних соціально-демографічних характеристик.

Такий поділ учасників дав змогу порівняти реакції на два різні типи медіаматеріалу. В одному випадку йшлося про інтенсивний контент, пов’язаний із війною, в іншому про нейтральну інформацію на воєнну тему,

але без шокових кадрів і різкого емоційного тиску. Для контрольної групи було обрано саме нейтральне, а не позитивне відео. Це рішення мало методологічний сенс, адже позитивний сюжет вніс би в дослідження зайвий емоційний «шум»: інший настрій матеріалу й окремий рівень збудження. Тоді було б складніше зрозуміти, на що саме відреагували учасники: на воєнний зміст, на загальну емоційну атмосферу відео чи на різницю між позитивною та негативною інформацією. Тому контрольний сюжет залишили новинним і стриманим за емоційністю: учасники все одно переглядали матеріал, пов’язаний із воєнною тематикою, але без додаткового шокового навантаження. Такий підхід зменшив сторонні впливи й дав змогу точніше порівняти групи. Він дозволив оцінити тривожність, вторинний травматичний стрес і зміни емоційного стану одразу після перегляду відео. Окремо враховувався воєнний контекст дослідження.

Повністю «чистий» експеримент у таких умовах провести майже неможливо, бо кожна людина вже приходить у дослідження зі своїм попереднім фоном: хтось постійно читає новини, хтось уже мав особистий травматичний досвід, хтось дуже гостро реагує на воєнні повідомлення, а хтось поступово навчився від них емоційно відсторонюватися. З огляду на це було використано експериментальний дизайн із випадковим розподілом учасників на дві групи. До анкети, крім основних психодіагностичних методик, увійшли також запитання про життєвий та інформаційний контекст респондентів: як часто вони переглядають новини, чи мали особистий травматичний досвід, а також які ще чинники могли вплинути на їхню реакцію. Через це результати можна було пояснювати не як абстрактні цифри, відірвані від життя, а з урахуванням того, у якому досвіді й інформаційному середовищі перебувають самі учасники.

Метою емпіричного етапу було з’ясувати, як травматичний медіаконтент впливає на афективну сферу молоді та як пов’язані базова тривожність, вторинний травматичний стрес і емоційна реакція після перегляду. Для цього було описано вибірку й умови дослідження, виміряно

початкову тривожність, простежено зміни позитивного та негативного афекту після відео, порівняно між собою експериментальну та контрольну групи, перевірено зв'язки між основними показниками, а також окремо враховано особистий травматичний досвід, стать, матеріальний стан і місце проживання респондентів.

На емпіричному рівні було сформульовано шість дослідницьких питань:

Дослідницьке питання 1. Чи відрізняється рівень негативного афекту після перегляду в експериментальній і контрольній групах?

Дослідницьке питання 2. Чи відрізняється рівень позитивного афекту після перегляду в експериментальній і контрольній групах?

Дослідницьке питання 3. Чи є відмінності у рівні вторинного травматичного стресу між експериментальною та контрольною групами?

Дослідницьке питання 4. Якою є динаміка позитивного й негативного афекту до та після перегляду в кожній групі?

Дослідницьке питання 5. Чи пов'язана базова тривожність із негативним афектом після перегляду та показниками вторинного травматичного стресу?

Дослідницьке питання 6. Чи пов'язаний особистий травматичний досвід із вищим рівнем вторинної травматизації?

Організація дослідження передбачала послідовне проходження кількох етапів. На першому етапі здійснювався добір учасників і попередній інструктаж. Учасникам повідомлялося про загальну мету участі, добровільність дослідження, можливість відмови на будь-якому етапі та право припинити заповнення форм у разі емоційного дискомфорту. На другому етапі всі учасники проходили базове психодіагностичне обстеження, яке включало вимірювання рівня тривожності та поточного афективного стану до перегляду відеоматеріалу. На третьому етапі здійснювався перегляд відповідного відеостимулу. На четвертому етапі фіксувалася миттєва постекспозиційна реакція і визначався рівень вторинного травматичного стресу.

Відео для груп були близькими за темою, але різними за емоційною інтенсивністю. Експериментальна група переглядала репортаж із вираженими

ознаками страждання, втрат і загрози, тоді як контрольна група дивилася подібний матеріал без шокових кадрів і драматичної подачі. Це дало змогу оцінити силу емоційного впливу як основну незалежну змінну.

Дослідження проводилось онлайн у Google Forms. Онлайн-формат обрано з міркувань практичної доцільності та безпеки: він дозволив залучити учасників із різних міст без необхідності особистого контакту, а також забезпечив стандартизацію процедури незалежно від місця перебування. Вибірка склала 60 осіб (N = 60) віком від 18 до 25 років, по 30 учасників у кожній групі. Важливо зазначити, що обрана вікова категорія належить до періоду підвищеної психологічної вразливості, для якого можуть бути характерними вища емоційна реактивність і ще не повністю сформовані стратегії емоційної регуляції [57; 65; 66]. Саме тому під час організації дослідження особливу увагу було приділено стандартизації процедури, однаковим умовам пред’явлення стимульного матеріалу та врахуванню індивідуальних контекстуальних характеристик учасників, що дозволило підвищити коректність інтерпретації отриманих результатів.

Критеріями включення до дослідження були вік від 18 до 25 років, проживання на території України (мешканці різних регіонів України, які на момент проведення дослідження проживали в умовах повномасштабного збройного вторгнення), активне використання соціальних мереж або новинних ресурсів, а також добровільна інформована згода на участь. До критеріїв виключення належали вік, що не входив у межі 18–25 років, і відмова від надання інформованої згоди.

Гендерний баланс був витриманий: у кожній групі по 15 жінок та 15 чоловіків. Така побудова вибірки важлива, оскільки дозволяє мінімізувати перекіс, пов’язаний із нерівномірною представленістю статей, і водночас створює підґрунтя для подальшого аналізу гендерних відмінностей у психоемоційному реагуванні. Середній вік респондентів становив 21,2 року в експериментальній групі та 20,8 року в контрольній групі, що дозволяє

вважати групи близькими за віковим критерієм. Середній вік учасників загалом дорівнював 21 року.

Більшість учасників живе у великих або середніх містах і звично користується Telegram, Instagram, TikTok та YouTube. Для них новини надходять переважно через телефон: короткі повідомлення, відео, коментарі й уривки чужих історій. Тому така вибірка добре відповідає темі дослідження, адже молодь часто стикається з воєнним контентом саме в онлайн-стрічці. Стрічка майже не має паузи. Вона весь час підкидає новий контент, а алгоритми працюють так, щоб людина залишалася всередині цього потоку якомога довше. Саме в такому середовищі воєнні новини можуть сприйматися особливо гостро, бо вони з'являються поряд із буденними дописами, розвагами й особистими повідомленнями.

Тобто учасники цього дослідження не є випадковими людьми, які час від часу натрапляють на новини. Вони належать саме до тієї групи, яка найчастіше живе всередині швидкого цифрового потоку. Там інформація приходить різко, емоційно, іноді надто близько. Один ролик змінює інший, важка новина може з'явитися між побутовим відео і повідомленням від друга, і через це межа між звичайним переглядом та емоційним перевантаженням стає дуже тонкою.

Ще одна важлива риса цієї вибірки пов'язана з війною. Для багатьох респондентів воєнний контекст не є чимось далеким, що існує лише в новинах. Він уже вплетений у повсякденність. Значна частина учасників зазначила, що мала особистий досвід травматичних подій, таких респондентів було 72 %. Крім того, 65 % проживають у регіонах, які регулярно відчувають безпосередній вплив бойових дій. Це дуже багато. І це змінює саму оптику дослідження.

У такій ситуації молоді люди дивляться воєнний контент не з позиції відстороненого спостерігача. Для них війна може бути пов'язана з власним страхом, досвідом небезпеки, евакуацією, обстрілами, втратами або тривогою за близьких. Тому новина про чергову атаку чи руйнування може сприйматися

не як інформація про “десь там”, а як щось набагато ближче. Воно легко зачіпає. Іноді навіть занадто.

Через такий контекст вибірка справді має підвищену психологічну чутливість. Для цієї роботи це не недолік, а причина досліджувати тему саме так. Учасники не переглядають матеріал про далеку трагедію у штучно спокійних умовах. Для них війна вже є частиною щоденності: новин, розмов, планів, тривожного очікування й постійної перевірки телефона. Через це отримані результати краще відображають реальне життя, а не штучно ізольовану реакцію на окреме відео.

Практична цінність такого дослідження саме в цьому й посилюється. Воно дає змогу побачити, як на травматичний медіаматеріал реагує молода українська аудиторія, яка вже живе під тиском війни та безперервного інформаційного потоку. Екран відкривається не з порожнього місця. Разом із людиною до цього перегляду ніби входять її попередній досвід, страхи, втома, рівень тривоги й те напруження, яке накопичується ще до появи конкретного відео. Саме тому важливо враховувати не тільки зміст побаченого матеріалу, а й той внутрішній стан, з яким учасники до нього підходять.

У ролі психодіагностичного інструментарію було обрано три методики, кожна з яких виконувала окрему функцію в загальному дизайні дослідження. Beck Anxiety Inventory використовувався для визначення базового рівня тривожності як фонової характеристики. Positive and Negative Affect Schedule давав змогу оцінити миттєвий емоційний стан безпосередньо до та після перегляду відео. Secondary Traumatic Stress Scale застосовувався для виявлення накопичених симптомів вторинного травматичного стресу, що формуються не в межах однієї ситуації, а на тлі тривалішої медійної та життєвої експозиції.

Використання саме цих трьох методик дозволило охопити різні часові горизонти психоемоційного реагування. BAI фіксує тривожність як відносно стійкий поточний фон, що склався за останній тиждень. PANAS орієнтований на переживання тут і тепер, тому особливо чутливий до короткочасного

медіавпливу. STSS, навпаки, відображає не стільки безпосередній ефект конкретного ролика, скільки загальний рівень вторинної травматизації, який вже сформувався внаслідок хронічного контакту з чужим стражданням, інформацією про небезпеку та контентом про війну.

Шкалу BAI учасники заповнювали ще до перегляду відео. Вона потрібна була для того, щоб зафіксувати початковий рівень тривожності й не змішувати його з реакцією на сам медіаматеріал. Це особливо важливо в умовах війни, бо молоді люди можуть бути напруженими ще до будь-якого експериментального впливу. На це впливає постійна невизначеність, повітряні тривоги, нестабільність у повсякденному житті й майже безперервна присутність загрозливих новин. Без такого попереднього вимірювання результати було б важче пояснити. Наприклад, вища тривожність після перегляду могла б бути пов’язана не лише з відео, а й із тим, що частина учасників уже мала підвищений рівень напруги до початку дослідження. Тому BAI у цьому випадку виступала як контрольна змінна і допомагала точніше порівнювати афективні реакції між групами.

Опитувальник PANAS застосовувався двічі, що дало змогу порівняти два зрізи афективного стану до перегляду та після нього. Завдяки такій процедурі стало можливим оцінити не лише міжгрупові відмінності, але й внутрішньогрупову динаміку, тобто фактичну зміну стану конкретних учасників. Це важливо, оскільки в умовах високого загального стресу навіть незначне зростання негативного афекту або зниження позитивного афекту може вказувати на психологічно помітний зсув у поточному переживанні.

STSS учасники заповнювали після перегляду відео, але ці результати не можна читати як миттєву реакцію саме на один ролик. Шкала працює інакше: вона показує не короткий емоційний підйом чи різке напруження після перегляду, а симптоми, які могли накопичуватися протягом останнього місяця. Тому в цьому дослідженні показники STSS краще розуміти як попередній фон вторинної травматизації. Тобто учасники вже могли мати певний фон напруги, виснаження або чутливості до чужого травматичного

досвіду. Саме він впливав на сприйняття відео й силу реакції. Тому не варто робити висновок, що одне відео саме по собі формує вторинний травматичний стрес.

Таблиця 2.1

Порівняльна характеристика використаних психодіагностичних методик

Параметр	BAI	PANAS	STSS
Автори	Beck et al., 1988	Watson et al., 1988	Bride et al., 2004
Що вимірює	Базова тривожність	Позитивний і негативний афект	Вторинний травматичний стрес
Коли заповнюється	До перегляду	До і після перегляду (двічі)	Після перегляду
Роль у дизайні	Коваріата — контроль фонового рівня	Залежна змінна — миттєва реакція	Залежна змінна — кумулятивний ефект
Кількість пунктів	21	20 (10 PA + 10 NA)	17
Шкала відповідей	0–3	1–5	1–5
Діапазон балів	0–63	10–50 за субшкалою	17–85
Часовий фокус	Останній тиждень	«Прямо зараз»	Останній місяць

Примітка. PA показує позитивний афект (positive affect); NA показує негативний афект (negative affect); ВТС відображає вторинний травматичний стрес.

Для статистичної обробки даних було використано описову статистику, t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, критерій Манна-Уітні, парний критерій Вілкоксона та кореляційний аналіз Спірмена. Поєднання параметричних і непараметричних методів пояснюється особливостями емпіричного матеріалу: для частини показників було доцільним порівняння середніх значень, тоді як для інших, з огляду на розподіл та структуру вибірки, коректнішим виявилося застосування непараметричних критеріїв. Рівень статистичної значущості було встановлено на рівні $p < 0,05$.

Етична частина в цьому дослідженні була не формальністю, а окремою важливою умовою всієї роботи. Учасникам одразу повідомляли, що відео може бути емоційно важким, бо воно пов’язане з реальною війною в Україні. Це давало змогу людині розуміти, з чим вона може зіткнутися, ще до того, як почне перегляд.

Також учасникам пояснювали, що участь є добровільною, а їхні відповіді залишаються конфіденційними. Це особливо важливо тоді, коли дослідження стосується потенційно тригерного контенту, бо завдання дослідника не обмежується лише збором відповідей. Потрібно ще й подбати про те, щоб сама участь не стала для людини додатковим психологічним навантаженням.

Методичне забезпечення дослідження було спрямоване на комплексну оцінку реакції респондентів на медіаконтент. Воно охоплювало зміни афективного стану, рівень тривожності та прояви вторинного травматичного стресу, оскільки медіатравматизація має багатокомпонентний характер і не може бути пояснена одним показником. Поєднання методик дало змогу розглядати результати в ширшому психологічному контексті, а не лише як окремі статистичні відмінності. Реакція на медіастимул залежала не тільки від змісту самого відео, а й від попереднього досвіду респондентів, рівня тривожності, психологічної вразливості та регулярного контакту з воєнними новинами. Тому отримані показники доцільно інтерпретувати як результат взаємодії медіаекспозиції, воєнного досвіду, емоційного напруження та виснаження.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Соціально-демографічні характеристики вибірки дали змогу окреслити життєвий контекст, у якому формуються психоемоційні реакції учасників. Урахування вихідного рівня тривожності, змін позитивного та негативного

афекту, а також показників вторинного травматичного стресу дозволило комплексно простежити психологічні наслідки контакту з медіастимулом.

Оскільки дослідження проводилося під час війни, результати варто читати у двох площинах: як реакцію на конкретне відео і як частину ширшого фону, де вже є тривожність, вторинний стрес, звикання до поганих новин і можлива десенситизація. Перед аналізом основних показників потрібно коротко описати вибірку, бо вік, стать, місце проживання, матеріальне становище й особистий травматичний досвід можуть впливати на реакцію на медіаконтент.

За рівнем освіти 53 % респондентів становили студенти з незакінченою вищою освітою, 13 % мали ступінь бакалавра, 27 % мали повну загальну середню освіту, а 7 % належали до категорії магістрів або осіб з іншим рівнем освіти.

Таблиця 2.2

Соціально-демографічна характеристика учасників дослідження

Характеристика	Група А (n=30)	Група Б (n=30)	Разом (N=60)
Жінки / Чоловіки	15 / 15	15 / 15	30 / 30
Середній вік (M, роки)	21.2	20.8	21.0
Велике місто	53%	50%	52%
Місто (середнє)	40%	40%	40%
Селище / село	7%	10%	8%
Стан «помірно стабільний»	57%	50%	53%
Стан «скоріше складний / дуже складний»	17%	23%	20%
Є особистий досвід травматичних подій	70%	73%	72%

Характеристика	Група А (n=30)	Група Б (n=30)	Разом (N=60)
Проживають у регіоні бойових дій (регулярно)	67%	63%	65%
Якість сну «погана» або «дуже погана»	33%	37%	33%

Примітка. Групи є зіставними за всіма соціально-демографічними показниками, що підтверджує коректність рандомізованого розподілу та дозволяє проводити міжгрупові порівняння.

Як видно з таблиці 2.2, групи є близькими за більшістю основних характеристик. В обох групах витримано однакове співвідношення жінок і чоловіків, середній вік майже не відрізняється, а розподіл за місцем проживання та матеріальним станом не демонструє різких диспропорцій. Це дозволяє вважати вибірки зіставними для подальшого аналізу.

Окремо треба подивитися на те, у яких умовах живуть самі респонденти. Для більшості респондентів війна не є віддаленою темою в новинах. Вона пов’язана з безпосереднім досвідом життя в умовах загрози: хвилювання за близьких, страх повторних атак і постійне очікування повідомлень, від яких всередині все стискається. Для значної частини учасників воєнний контекст уже став частиною звичайного дня, навіть якщо до такого “звичайного” неможливо по-справжньому звикнути.

Понад дві третини учасників мали особистий травматичний досвід, тому воєнний контент міг зачіпати вже пережиті страхи й відчуття небезпеки. Частина респондентів також мала нестабільне матеріальне становище, що під час війни посилює напругу, знижує відчуття контролю й підвищує чутливість до негативних новин. Тому ще на етапі опису вибірки стає зрозуміло, що в дослідженні йдеться не про якусь абстрактну молодь. Це молода українська аудиторія, яка живе в реальності війни, інформаційного тиску й нестабільності. Саме це робить результати ближчими до реального життя, бо вони отримані не в умовах відірваного експерименту, а серед людей, для яких

тема війни вже давно не є зовнішньою. Але є й інший бік: через такий сильний фоновий тиск важче точно відокремити вплив одного конкретного медіастимулу від того психологічного навантаження, яке вже було в учасників до початку дослідження.

Аналіз основних показників було розпочато з визначення початкового рівня тривожності в обох групах. Це було потрібно для того, щоб зрозуміти, чи можна порівнювати учасників ще до перегляду відео. Важливо було також побачити, з яким внутрішнім станом люди входять у контакт із медіаматеріалом, бо відео не сприймається окремо від того, що вже є всередині: втоми, напруження, страхів, попереднього досвіду й очікування поганих новин.

Базова тривожність важлива для розуміння медіатравми. Якщо людина вже напружена, вона гостріше помічає загрозливі деталі, сильніше реагує на негативний зміст і повільніше заспокоюється після важкого контенту. Тому шоковий матеріал діє сильніше, коли накладається на вже наявну тривогу. Саме тому базову тривожність у цьому дослідженні варто розглядати не як другорядний показник, а як один із тих чинників, що можуть помітно впливати на реакцію молоді на травматичний медіаконтент.

Про загальну зіставність груп за вихідною тривожністю свідчить порівняння середніх показників BAI. В експериментальній групі середнє значення становило 15,10 бала, тоді як у контрольній групі виявилося 21,27 бала. Хоча контрольна група мала дещо вищий середній рівень тривожності, ця різниця не досягла статистично значущого рівня: $t = -1{,}818$; $p = 0{,}074$. Отже, за формальним статистичним критерієм групи можна вважати зіставними за вихідною тривожністю. Водночас розмір ефекту $d = -0{,}47$ вказує на наявність певної тенденції до вищого стартового напруження в контрольній групі, тому цей момент слід враховувати під час подальшої інтерпретації результатів.

Ще до перегляду відео в обох групах був помітний тривожний фон. Він не був критичним, але й не показував повного спокою. Особливо це видно в

контрольній групі, де тривожність майже досягала помірного рівня. Тобто навіть учасники, які дивилися нейтральніший матеріал, уже перебували під впливом війни, нестабільності й постійного інформаційного шуму. Ця тривожність могла накопичуватися поступово. У такому стані психіка не завжди різко реагує зовні, але всередині напруга вже є, і вона стає тим фоном, на який потім накладається будь-який медіаматеріал.

Окремо варто подивитися на те, що контрольна група, попри вищий стартовий рівень тривожності, після перегляду нейтрального матеріалу показала нижчий негативний афект. Це цікавий момент. Він не дозволяє пояснити подальше зниження негативних емоцій тим, що учасники контрольної групи від початку були в кращому психологічному стані. Навпаки, вони стартували з більш вираженим тривожним фоном, але сам матеріал, який вони переглядали, очевидно, не підсилив цю напругу.

Можна припустити, що нейтральний контент для цієї групи спрацював як менш загрозливий стимул. Можливо, він навіть прибрав внутрішнє напруження, бо не вимагав емоційного захисту, не повертав до воєнних образів і не змушував психіку знову збиратися перед небезпекою. У цьому сенсі нейтральний матеріал міг тимчасово виконати деактивувальну роль: не лікувати тривогу, але хоча б не підкидати їй нового палива.

Показник BAI у цьому дослідженні виконував не лише технічну функцію перевірки початкової зіставності груп. Він також відображав базовий рівень тривожного напруження, з яким учасники входили в контакт із медіаконтентом. Подальший аналіз показав, що базова тривожність пов’язана з негативним афектом після перегляду та рівнем вторинного травматичного стресу. Отже, BAI можна розглядати як важливий фоновий чинник: вищий рівень тривожності може посилювати емоційну реакцію на травматичний медіаконтент і сприяти тривалішому збереженню негативного емоційного сліду.

Таблиця 2.3

Описова статистика та міжгрупове порівняння за шкалою BAI

Показник	Група А (n=30)	Група Б (n=30)	t / p	d Коена
Середнє (M)	15.10	21.27		
Стандартне відхилення (SD)	13.49	12.77		
Різниця між групами (Δ)			t = –1.818	d = –0.47
Рівень значущості (p)			p = .074	(малий)

Примітка. t - критерій Стьюдента для незалежних вибірок; d - розмір ефекту Коена; p > .05 - різниця статистично незначуща.

Ключовим індикатором безпосередньої реакції на медіастимул у межах цього дослідження стала шкала PANAS, яка дозволяє вимірювати два взаємопов’язані, але не тотожні аспекти переживання, такі як позитивний і негативний афект. Методика PANAS застосовувалася двічі: безпосередньо до перегляду медіаматеріалу та після нього. Перше вимірювання дало змогу визначити початковий рівень позитивного й негативного афекту учасників, позначений як PA_1 та NA_1. Друге вимірювання фіксувало емоційний стан після перегляду медіаконтенту, тобто показники PA_2 та NA_2. У подальшому аналізі NA_1 розглядався як вихідний рівень негативного афекту, а NA_2 як показник негативного емоційного стану після експериментального впливу. Окремо порівнювалися показники експериментальної та контрольної груп після перегляду, а також зміни всередині кожної групи між першим і другим вимірюванням.

Таблиця 2.4

Показники PANAS до та після перегляду за групами (M ± SD)

Показник PANAS	Група А	Група Б	U-тест, p	d Коена
PA до перегляду (PA_1)	25.47 ± 7.73	26.17 ± 7.59	нз	–0.09

Показник PANAS	Група А	Група Б	U-тест, p	d Коена
PA після перегляду (PA_2)	20.23 ± 8.37	22.17 ± 8.15	p = .321	–0.23
NA до перегляду (NA_1)	21.03 ± 10.05	23.20 ± 10.39	нз	–0.21
NA після перегляду (NA_2)	22.63 ± 9.35	17.90 ± 8.18	p = .035 *	0.54
Зміна PA ($PA_2 – PA_1$)	–5.23	–4.00		
Зміна негативного афекту: $\Delta NA = NA_2 - NA_1$	+1.60	–5.30		

*Примітка. * p < .05 - статистично значуща різниця; нз - незначуща різниця (p > .05); d - розмір ефекту Коена; значення |d| = 0.54 відповідає середньому ефекту.*

Після перегляду матеріалу між групами виявлено статистично значущу різницю за негативним афектом: в експериментальній групі показники NA були вищими. Це свідчить, що емоційно насичений воєнний контент посилює негативне переживання. Водночас відмінність за позитивним афектом між групами після перегляду не виявилася значущою. Однак у змістовному плані результати не є нейтральними: середнє значення PA в експериментальній групі все ж нижче, ніж у контрольній.

Таблиця 2.5

Внутрішньогрупова динаміка PANAS до→після перегляду (критерій Вілкоксона)

Група / Субшкала	M до	M після	Δ	W	p
Група А — PA (позитивний афект)	25.47	20.23	–5.23	16.5	< .001 ***
Група А — NA (негативний афект)	21.03	22.63	+1.60	166.0	.265 (нз)
Група Б — PA (позитивний афект)	26.17	22.17	–4.00	74.5	.010 *

Група / Субшкала	M до	M після	Δ	W	p
Група Б — NA (негативний афект)	23.20	17.90	–5.30	70.5	.008 **

*Примітка. W - статистика критерію Вілкоксона; *** p < .001; ** p < .01; * p < .05; нз - незначуща зміна (p > .05).*

В експериментальній групі після емоційно насиченого відео значуще знизився позитивний афект: стало менше бадьорості, інтересу й енергії. Негативний афект зріс у очікуваному напрямі, але статистично незначуще. Ймовірно, учасники вже мали високий фоновий стрес через постійний контакт із воєнними новинами. За таких умов один додатковий відеостимул не завжди породжує різкий стрибок негативного афекту, але може підтримувати або фіксувати його на вже наявному високому рівні.

Досить показовою є динаміка контрольної групи. Після нейтрального матеріалу в контрольній групі знизився і позитивний, і негативний афект, тобто загальна емоційна активація стала меншою. Такий контент не підсилював загрозу, а радше трохи знімав напруження. Емоційно важке відео такого ефекту не дало.

З огляду на отримані дані різну динаміку PANAS у групах доцільно трактувати як таку, що проявилася частково. Результати не збіглися з очікуваним шаблоном у всіх деталях, однак вони засвідчили, що характер змін афективного стану справді залежить від емоційної насиченості контенту.

Наступним кроком став аналіз показників Secondary Traumatic Stress Scale. На відміну від PANAS, який фіксує миттєвий стан, STSS орієнтований на прояви вторинної травматизації, що накопичувалися впродовж останнього місяця. Саме тому результати за цією методикою слід інтерпретувати як відображення загального рівня включеності учасників у травматичний інформаційний та життєвий контекст, а не як безпосередній наслідок одного окремого перегляду. Середні значення STSS в обох групах були досить

високими. Це свідчить, що учасники мали виражений рівень вторинного травматичного стресу незалежно від переглянутого відеоматеріалу.

Таблиця 2.6

Показники STSS за групами

Показник	Група А (M / SD)	Група Б (M / SD)	Δ	p
STSS загальний бал	42,23 / 12,91	47,30 / 11,98	-5,07	p = 0,121
Мінімальне значення	19	27		
Максимальне значення	69	78		
Вище клінічного порогу (≥ 38)	67% (20/30)	77% (23/30)		

Примітка. Клінічний поріг STSS - 38 балів; (p > .05); теоретичний діапазон шкали: 17-85.

Статистично помітної різниці між групами за STSS у дослідженні не з’явилося. Цей результат не варто читати занадто буквально. Він не означає, що травматичний медіаконтент взагалі не пов’язаний із вторинною травматизацією. Скоріше тут видно інше: STSS відображає стан, який накопичується поступово, а не миттєву емоційну реакцію після одного перегляду.

Ця шкала фіксує не стільки короткочасну емоційну реакцію на окремий стимул, скільки більш тривалий психологічний ефект. Вторинний травматичний стрес формується поступово і не обов’язково істотно змінюється після одноразового перегляду навіть емоційно важкого відеоматеріалу. Його розвиток частіше пов’язаний із повторюваною експозицією до травматичного змісту, регулярним контактом із новинами, фотографіями, відео, розповідями та повідомленнями, що повертають людину до переживання чужого болю й небезпеки. Тому відсутність різниці між групами може говорити не про слабкість впливу медіа, а про те, що сам показник STSS працює на іншому рівні: він більше про накопичене напруження, ніж про миттєвий емоційний удар.

Ще одне можливе пояснення пов’язане з ефектом звикання або часткової десенситизації. Молоді люди, які постійно стикаються з воєнними новинами, можуть уже мати власні способи захисту від цього потоку. Хтось емоційно відсторонюється. У частини респондентів контакт із важким медіаматеріалом міг супроводжуватися не посиленням емоційної реакції, а навпаки, її приглушенням як захисною відповіддю на надмірно стресогенний зміст.

Є й інший бік цього результату. Контрольна група дивилася нейтральніший матеріал, але її учасники все одно живуть у тій самій воєнній реальності, що й експериментальна група. Вони також бачать новини, чують тривоги, читають повідомлення про обстріли, стикаються з розмовами про втрати і небезпеку. Тобто їхній психологічний фон уже не можна назвати нейтральним. Він теж сформований війною. Відсутність відмінностей за STSS можна пояснити тим, що вторинний травматичний стрес формується не під впливом одного ролика, а через тривале перебування у воєнному інформаційному полі. Окремий медіаматеріал може посилити реакцію на момент перегляду, але накопичена травматизація пов’язана з постійним контактом із новинами, розмовами про війну та загальним відчуттям небезпеки.

Додатковий аналіз показав, що не лише сам факт наявності особистого травматичного досвіду, а й його актуальність має значення. Найвищі показники вторинного травматичного стресу спостерігалися в учасників, які перебували у травматичній ситуації на момент дослідження (M = 53.18). У підгрупах із травмою, пережитою за останній рік або понад рік тому, середній показник STSS був нижчим (M = 46.22), але все одно перевищував значення учасників без травматичного досвіду (M = 36.59). Це дозволяє припустити, що актуальна або недостатньо інтегрована травма підвищує чутливість до травматичного медіаконтенту.

Таблиця 2.7

Рівень STSS залежно від наявності особистого травматичного досвіду

Підгрупа	N	M (STSS)	SD	p
Є особистий досвід (будь-який)	43	48.00	12.27	
Немає досвіду	17	36.59	7.97	
Різниця (Δ)	—	+11.41	—	.001 **
у т.ч. травма «зараз» (активна)	11	53.18	13.94	
у т.ч. травма «за останній рік»	9	46.22	11.34	
у т.ч. травма «понад рік тому»	23	46.22	11.30	

*Примітка. ** p < .01 (U-критерій Манна–Уітні). Аналіз проводився на об'єднаній вибірці (N = 60) незалежно від групового розподілу.*

Найважливіший висновок полягає в тому, що українська молодь в умовах війни може мати виражений вторинний травматичний стрес навіть без додаткового експериментального впливу. Це підтверджує актуальність проблеми.

2.3. Кореляційний та додатковий аналіз результатів

Після порівняння груп було важливо зрозуміти, що саме підсилює вразливість до медіатравматизації. Тому далі аналізувалися зв’язки між змінними та чинники, з якими людина підходить до перегляду контенту.

Базова тривожність у цьому дослідженні розглядалася не лише як фонова характеристика, яку треба врахувати для чистоти аналізу. Вона виявилася значно важливішою. Її можна розглядати як один із чинників, що впливає на те, наскільки різко людина реагує на негативний медіаматеріал. Позитивний зв’язок між показниками BAI та PANAS-NA після перегляду показує просту річ: що вищий початковий рівень тривожності, то сильнішою

стає негативна емоційна реакція після контакту з медіастимулом. Тобто людина ніби входить у перегляд уже з напруженим внутрішнім фоном, і важкий контент тільки підсилює те, що вже було всередині.

BAI мав дуже сильний зв'язок із STSS, тому базова тривожність може посилювати вторинну травматизацію. Учасники з особистим травматичним досвідом також мали вищий STSS. Для них воєнний контент може не лише інформувати, а й повертати до власних страхів, болючих спогадів і відчуття безпорадності.

Гендерний аналіз показав, що в цій вибірці жінки мали вищу базову тривожність, сильніший вторинний травматичний стрес і гострішу реакцію після перегляду. Це не варто зводити лише до біології. Імовірніше, вплинули емоційне включення, соціальний досвід, румінація та більша чутливість до чужого болю під час війни.

Таблиця 2.8

Психоемоційні показники за гендером (N = 60)

Показник	Жінки (n=30)	Чоловіки (n=30)	Δ	p	d
BAI (базова тривожність)	22.77	13.60	+9.17	.015 *	0.72
STSS (вторинний стрес)	49.67	39.87	+9.80	.005 **	0.84
PANAS-NA після (негатив. афект)	22.97	17.57	+5.40	.016 *	0.62
PANAS-PA після (позитив. афект)	20.10	22.30	–2.20	нз	–0.27

*Примітка. * p < .05; ** p < .01 (U-критерій Манна–Уітні); нз - незначуща різниця.*

Імовірніше, виявлені відмінності не можна пояснювати одним чинником. Частина різниці може бути пов'язана з тим, як респонденти опрацьовують травматичний медіаконтент після перегляду. У дослідженнях посттравматичного стресу підкреслюється, що емоційно насичені образи

можуть довше утримуватися в пам’яті, повертатися у вигляді нав’язливих фрагментів і підтримувати відчуття загрози [18; 21]. Крім того, графічний або емоційно важкий медіаконтент здатний посилювати дистрес, особливо тоді, коли людина не сприймає побачене як віддалену подію [32; 34]. Це узгоджується з висновками Д. П. Релігана, Н. М. Джонс, Е. А. Голман і Р. К. Сільвер, які показали, що соціальна або особистісна ідентифікація з постраждалими групами може підсилювати психологічну реакцію на травматичні медіаповідомлення [53]. Тому вищі показники STSS у жінок у межах цього дослідження доцільно трактувати обережно: не як універсальну гендерну закономірність, а як можливий результат більшої емоційної залученості, ідентифікації з постраждалими та тривалішого внутрішнього опрацювання побаченого.

Окремо було розглянуто матеріальне становище і місце проживання. Ці чинники теж виявилися важливими для розуміння психоемоційного стану респондентів. Найпомітніша різниця проявилася у групі учасників зі складним матеріальним становищем: у них рівень тривожності й вторинного травматичного стресу був значно вищим. Це виглядає цілком логічно. Коли людина живе в умовах економічної нестабільності, у неї менше відчуття опори, менше можливостей для відновлення і більше щоденної напруги.

Через це воєнні новини можуть сприйматися ще важче. Коли людині й так бракує стабільності, інформаційний тиск сприймається гостріше. Новини вона читає вже з позиції власної незахищеності, тому тривожний контент легше зачіпає, довше тримає напругу й сильніше впливає на самопочуття. Матеріальна нестабільність у цьому разі послаблює психологічний захист і підвищує вразливість до медійного стресу.

Таблиця 2.9

BAI та STSS залежно від самооцінки матеріального стану

Матеріальний стан	N	BAI (M)	STSS (M)	Частка вище STSS-порогу
Повністю комфортний / скоріше комфортний	16	12.44	39.50	50%
Помірно стабільний	32	17.66	44.16	72%
Скоріше складний / дуже складний	12	28.08	52.25	83%

Примітка. Чіткий лінійний градієнт: чим гірший матеріальний стан, тим вищі BAI і STSS та вищий відсоток клінічно значущих випадків.

Аналіз показав послідовну тенденцію: зі зниженням суб’єктивної оцінки матеріального стану зростали середні показники базової тривожності та вторинного травматичного стресу. Учасники, які оцінили свій матеріальний стан як складний або дуже складний, мали вищі середні значення BAI та STSS, ніж респонденти з комфортнішим матеріальним становищем. Зокрема, показник BAI у цій групі становив M = 28.08 проти M = 12.44 у групі з повністю комфортним або скоріше комфортним матеріальним станом, а показник STSS становив M = 52.25 проти M = 39.50 відповідно. Частка учасників із показниками STSS вище порогового рівня також зростала: від 50% серед респондентів із комфортним матеріальним становищем до 83% серед тих, хто оцінював його як складний або дуже складний.

Матеріальна нестабільність може підсилювати психологічну вразливість. За фінансової напруги людині важче відновлюватися й знижувати щоденний стрес, тому тривожний медіаконтент сприймається гостріше та може посилювати вторинний травматичний стрес.

Для аналізу зв’язків між базовою тривожністю, афективною реакцією, вторинним травматичним стресом та особистим травматичним досвідом було використано кореляційний аналіз і груповий порівняльний аналіз на об’єднаній вибірці (N = 60).

Таблиця 2.10

Матриця кореляцій ключових показників (коефіцієнт Спірмена, N = 60)

Змінна	BAI	NA_2	PA_2	STSS
BAI	1,000	0,422**	н.з.	0,798***
NA_2	0,422**	1,000	н.з.	н.з.
PA_2	н.з.	н.з.	1,000	н.з.
STSS	0,798***	н.з.	н.з.	1,000

*Примітка. **p < 0,01; ***p < 0,001. Відсутність позначки біля коефіцієнта означає, що зв'язок не досягає рівня статистичної значущості (p > 0,05). Значення 1,000 на діагоналі матриці відображає кореляцію змінної із самою собою. BAI – рівень тривожності за шкалою Бека до перегляду медіаматеріалу; NA_2 – негативний афект після перегляду, виміряний за методикою PANAS; PA_2 – позитивний афект після перегляду, виміряний за методикою PANAS; STSS – вторинний травматичний стрес.*

Виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між базовою тривожністю (BAI) та рівнем негативного афекту після перегляду (PANAS-NA_2): $r_s = 0,422$; $p < 0,01$. Це означає, що учасники з вищим вихідним рівнем тривожності були схильні відчувати більш виражені негативні емоції після перегляду медіаконтенту.

Особливо вираженим є зв'язок між базовою тривожністю (BAI) і загальним балом вторинного травматичного стресу (STSS): $r_s = 0,798$; $p < 0,001$, що свідчить про сильну позитивну кореляцію. Чим вищий базовий рівень тривожності людини, тим вищий у неї рівень накопиченого вторинного стресу від медіаекспозиції. Цей результат показує, що базова тривожність є важливим фоновим чинником медіатравматизації.

Учасники з особистим досвідом травматичних подій (n = 43) демонструють значущо вищий рівень STSS порівняно з тими, хто не мав такого досвіду (n = 17): M = 48.00 vs M = 36.59, різниця Δ = +11.41 балів, p = .001. Серед тих, хто перебуває у травматичній ситуації зараз (11 осіб), середнє

значення STSS досягає 53.18, що є найвищим показником у вибірці. Це свідчить про зв’язок особистого травматичного досвіду з вищим рівнем вторинної травматизації.

2.4. Психологічна інтерпретація результатів та їх практичне значення

Підсумки дослідження показують, що травматичний медіаконтент під час війни впливає на психоемоційний стан молоді. Він посилює відчуття небезпеки, підтримує напругу й зменшує позитивний емоційний ресурс. Найшвидше на шоковий контент відреагував негативний афект, тому саме він найкраще показує короткочасний емоційний вплив перегляду. Відсутність виражених міжгрупових відмінностей за STSS не означає, що результат невдалий. Вторинний травматичний стрес під час тривалої війни, ймовірно, формується не після одного перегляду, а через постійний контакт із чужим болем: новини, повідомлення, відео, розмови й історії постраждалих. Усе це створює фон напруги, який не зникає одразу після експерименту.

Окремий висновок стосується зв’язку між базовою тривожністю та вторинним травматичним стресом. Він виявився достатньо сильним, щоб говорити про роль особистісного тла. Тобто медіатравма не діє на всіх однаково. Якщо людина вже має підвищену тривожність, її психіка може гостріше реагувати на воєнний контент, швидше виснажуватися і важче повертатися до рівноваги після перегляду. Через це інформаційна гігієна не повинна зводитися лише до поради “менше дивитися новини”. Потрібно також розвивати навички саморегуляції, щоб людина могла помічати своє напруження і вчасно з ним працювати.

Практичне значення отриманих результатів можна розглядати в кількох напрямах. Передусім це психоосвіта. Молоді люди мають знати, що безконтрольне споживання воєнного контенту може погіршувати емоційний стан навіть тоді, коли здається, ніби до новин уже звик. Звикання тут буває

оманливим. Людина може не плакати, не реагувати зовні, не відчувати різкого шоку, але всередині напруга все одно накопичується. Другий напрям пов’язаний із психологічним консультуванням. У роботі з тривожністю варто окремо звертати увагу на медіаспоживання: скільки часу людина проводить у новинах, що саме дивиться, як часто повертається до важкого контенту і чи може зупинитися.

Більшої підтримки потребують уразливі групи: молоді люди з високою базовою тривожністю, респонденти з власним травматичним досвідом, дівчата й жінки, а також учасники з нестабільним матеріальним становищем. Для них медіатравматизація не є абстрактним ризиком. Вона може прямо впливати на щоденне самопочуття: посилювати напруження, порушувати сон, погіршувати концентрацію, емоційно виснажувати й створювати відчуття безсилля. У такому стані новини вже не лише інформують, а й стають додатковим тягарем.

Є також методологічний висновок. Дослідження показало, що медіатравму варто вивчати через поєднання різних рівнів вимірювання: одні показники фіксують швидку емоційну реакцію після перегляду, а інші допомагають оцінити більш стійкий психологічний фон. Саме це поєднання дало змогу побачити, що медіатравма має не один шар. Вона включає миттєвий афективний відгук, попередній рівень тривоги, особистий досвід, соціальну ситуацію і тривале перебування в інформаційному потоці. Якби використовувався лише один тип показників, частина цієї картини могла б залишитися непомітною.

Разом із цим дослідження має певні обмеження. Перше стосується вибірки. Кількість респондентів була відносно невеликою, тому окремі порівняння могли мати нижчу статистичну потужність. Для первинного аналізу цього достатньо, але для більш точних висновків, детального розгляду підгруп і виявлення слабших ефектів бажано залучати більше учасників. Друге обмеження пов’язане з онлайн-форматом. Він зручний, дає змогу швидше зібрати дані й охопити людей із різних місць, але водночас не дозволяє

повністю контролювати умови проходження дослідження. Неможливо точно знати, де саме перебував респондент, чи не відволікався він, наскільки уважно дивився матеріал і в якому стані заповнював опитувальники.

Ще один момент стосується використання STSS. Ця шкала не призначена для фіксації миттєвої реакції одразу після перегляду матеріалу. Вона більше показує фоновий, накопичений рівень вторинного травматичного стресу. Тому в експериментальній логіці її результати потрібно читати обережно. Вона не обов'язково має різко змінитися після одного перегляду, але може показати, наскільки людина вже перебуває в полі вторинної травматизації.

Отже, отримані емпіричні результати не лише підтверджують актуальність теми медіатравми, а й допомагають краще зрозуміти, як саме вона працює в українських воєнних умовах. Травматичний контент не впливає на молодь у порожньому просторі. Він накладається на вже наявну тривогу, попередній досвід, соціальну нестабільність, матеріальні труднощі й повсякденне інформаційне перенавантаження. Саме тому реакція на новини часто є складнішою, ніж здається на перший погляд. Це не тільки "подивився і засмутився". Це довший процес, у якому медіа поступово входять у внутрішній стан людини і можуть змінювати те, як вона почувається, думає, спить, реагує і витримує реальність війни.

Таблиця 2.11

Узагальнення результатів емпіричного дослідження за дослідницькими питаннями

№	Дослідницьке питання	Статистичний критерій	p	Результат
Питання 1	**Чи є вищим PANAS-NA після перегляду у групі А порівняно з групою Б**	U-тест	p = .035 *	**Виявлено значущу різницю**
Питання 2	Чи є нижчим PANAS-PA після перегляду у групі А порівняно з групою Б	U-тест	p = .321	Значущої різниці не виявлено
Питання 3	**Чи є вищим STSS у групі А порівняно з групою Б**	U-тест	p = .121	Значущої різниці не виявлено

№	Дослідницьке питання	Статистичний критерій	p	Результат
Питання 4	Якою є внутрішньогрупова динаміка PANAS у двох групах	Вілкоксон	частк.	**Виявлено часткові зміни**
Питання 5	**Чи пов'язаний BAI з PANAS-NA та STSS**	Спірмен	p < .01/.001	**Виявлено значущі зв'язки**
Питання 6	Чи є вищим STSS у респондентів з особистим травматичним досвідом	U-тест	p = .001 **	**Виявлено значущу різницю**

*Примітка. * p < .05; ** p < .01; скорочення «частк.» означає частковий результат за відповідним напрямом аналізу.*

Щоб глибше осмислити отримані результати, доцільно розглянути їх через механізми медіатравми, описані в теоретичній частині роботи. Передусім ідеться про механізм повторної актуалізації загрози. Навіть якщо людина фізично не перебуває в момент перегляду у зоні безпосередньої небезпеки, візуальні образи руйнувань, людського болю, втрат і смерті можуть запускати уявну присутність у травматичній ситуації. Психіка реагує не лише на реальний стимул тут і тепер, а і на його символічний зміст. Саме тому перегляд шокового воєнного контенту здатний посилювати негативний афект навіть тоді, коли людина вже має досвід систематичного контакту з подібними повідомленнями.

Іншим важливим механізмом є механізм персоналізації інформації. Для української молоді воєнні новини не сприймаються як далекий міжнародний сюжет. Вони пов'язані з власною країною, містом, близькими, майбутнім, навчанням, роботою й відчуттям безпеки. Через це навіть формально нейтральний матеріал психологічно не завжди залишається нейтральним, бо все одно входить у воєнний контекст. Саме тому в контрольній групі також відбувалися помітні зміни афективного стану, хоча вони мали інший напрям і характер, ніж у групі, що переглядала травматичний контент.

Це також можна пояснити через інформаційне перевантаження. Коли людина довго живе в щільному новинному потоці, психіка може реагувати по-різному: зростає настороженість і готовність швидко помічати небезпеку, але водночас виснажуються внутрішні ресурси. У даних це видно так: після

шокового контенту негативний афект зростає, а позитивний афект, навпаки, знижується.

Окремо варто згадати ще один важливий момент, а саме співпереживання. Новини про війну рідко залишаються просто повідомленнями про події. Дуже часто вони приходять до нас через історії конкретних людей: поранених, загиблих, тих, хто втратив дім, родину, роботу, звичне життя або відчуття безпеки. Через це людина реагує не тільки на сам факт події, а й на чийсь біль, обличчя, голос, подробицю, яка чомусь запам’ятовується сильніше за всі цифри. Саме такий спосіб подачі посилює емоційний вплив новини, оскільки травматична подія сприймається не як віддалена інформація, а як конкретна людська історія. У частини респондентів подібні матеріали могли активізувати інтенсивне співпереживання, яке поступово переходило в емоційне виснаження. Хоча учасники усвідомлювали, що подія не стосується їх безпосередньо, її зміст міг викликати сильний внутрішній відгук і тривале емоційне напруження. Це може частково пояснювати вищі показники серед жінок, оскільки вони частіше демонструють виражену емпатійну залученість, гострішу реакцію на страждання інших людей і триваліше збереження пов’язаних із цим переживань.

Усе це показує, що медіатравма не зводиться до простого перегляду важких кадрів. Її формування пов’язане з поєднанням кількох чинників. Людина бачить інформацію, намагається її осмислити, емоційно реагує, згадує власний досвід, дивиться на це через свій рівень тривоги, а ще довго перебуває в потоці новин, який сам по собі тисне на психіку. І значення має не тільки зміст повідомлення, а й те, яке місце ці новини займають у житті суспільства під час війни. Тому результати дослідження не можна пояснювати простою схемою: що більше страшних кадрів, то сильніший стрес. Один і той самий медіаматеріал може по-різному діяти на різних людей. На це впливають попередня тривога, травматичний досвід, стать, економічне тло, загальна втома і те, скільки внутрішніх сил у людини залишилося на момент перегляду.

Практичне значення цього дослідження полягає в тому, що воно дає підстави говорити про медіаспоживання як про реальний чинник психоемоційного ризику для молоді. Новини часто сприймаються як звична частина дня: зайти у стрічку, переглянути кілька повідомлень, зрозуміти ситуацію. Але такий контакт не завжди минає без наслідків. Різка подача, повторюваність, важкі зображення й емоційна напруга можуть посилювати тривогу та залишати після себе внутрішнє напруження. Тому профілактика медіатравми має входити до психологічної підтримки у воєнний час. Для студентів це особливо актуально, бо вони постійно перебувають серед новин, соцмереж і швидких повідомлень.

Для студентської молоді особливо важливо навчитися дозувати контакт із новинами. Йдеться не про те, щоб повністю відмовитися від інформації, бо під час війни це часто неможливо і навіть небажано. Інформація справді потрібна. Вона допомагає зрозуміти, що відбувається навколо, де є небезпека, як діяти далі і які рішення приймати в побуті. Але разом із цим важливо вчитися не провалюватися в новини повністю. Має значення, коли людина їх читає, скільки часу на це витрачає і в якому стані вона бере телефон до рук. На практиці це може бути доволі просто: не гортати стрічку без кінця, виділити собі кілька конкретних моментів для перегляду новин, не повертатися багато разів до одного й того самого травматичного відео, обмежити перегляд матеріалів з надто шоковими кадрами. Так само важливо навчитися відстежувати власну реакцію на медіа ще до того, як напруга стане занадто сильною.

Багато молодих людей не одразу розуміють, що після довгого перебування в новинному потоці вони стають більш напруженими, дратівливими або виснаженими. Іноді це проявляється дуже тихо: зникає інтерес до звичних справ, важче заснути, складніше зосередитися, з’являється відчуття, що всередині все переповнене. Тому психоосвітня робота має пояснювати, які саме ознаки можуть свідчити про інформаційне перенавантаження. Це можуть бути проблеми зі сном, нав’язливі образи

побаченого, підвищена тривога, відчуття безпорадності, плаксивість, раптові спалахи роздратування, уникання новин або, навпаки, постійне повернення до них навіть тоді, коли людина вже втомилася.

У навчальному середовищі ці результати теж можна використати практично. Наприклад, на їх основі можна робити зустрічі, короткі лекції, тренінги, пам’ятки, поради від університетської психологічної служби або невеликі блоки про медіагігієну в курсах, де йдеться про стрес, копінг чи психічне здоров’я молоді. Це не має виглядати як суха інструкція про те, як “правильно” читати новини. Краще, щоб це було пояснення про те, як не втрачати себе в інформаційному шумі і як вчасно помічати, що психіка вже втомилася.

Перевага такого підходу в тому, що він не робить природну реакцію на важкі новини чимось патологічним. Людина має право реагувати. Їй боляче, тривожно, страшно, і це зрозуміло. Але разом із цим їй можна дати інструменти, які допоможуть краще регулювати цей стан.

Особливої уваги потребують ті групи молоді, які в дослідженні виявилися більш вразливими. Це молоді люди з високою базовою тривожністю, особистим травматичним досвідом і нестабільним матеріальним становищем. Для них загальних порад може бути недостатньо. Їм може знадобитися більш індивідуальна підтримка: короткострокове психологічне консультування, групи підтримки, навчання технік саморегуляції, а також допомога в розпізнаванні власних тригерів, пов’язаних із воєнним контентом. Бо іноді людина реагує не тільки на новину. Вона реагує на те, що ця новина зачепила всередині.

Профілактика медіатравми не має означати повну відмову від новин. Під час війни інформація допомагає помічати загрози, ухвалювати щоденні рішення й розуміти, що відбувається навколо. Тому йдеться не про ізоляцію від медіапростору, а про безпечніший спосіб взаємодії з ним. Людина має залишатися поінформованою, але не виснажувати себе постійним потоком новин.

Попри те, що результати дослідження дали багато матеріалу для аналізу, ця робота має певні обмеження. Їх потрібно враховувати, коли ми інтерпретуємо отримані дані. Перше обмеження стосується вибірки. У дослідженні взяли участь шістдесят респондентів. Цього достатньо для первинного емпіричного аналізу і розгляду основних дослідницьких питань, але для побудови більш стійких моделей і детального аналізу окремих підгруп бажано мати більшу кількість учасників. Більша вибірка могла б підвищити статистичну потужність дослідження і дала б змогу точніше побачити, наприклад, відмінності між групами за позитивним афектом або вплив окремих контекстуальних чинників.

Третє обмеження стосується самої природи використаних методик. PANAS добре фіксує короткочасну зміну емоційного стану, проте не дає змоги оцінити, наскільки довго зберігається виявлений ефект. STSS, навпаки, відображає накопичений стан, але не є інструментом моментальної реакції. Поєднання цих методик було змістовно виправданим, однак подальші дослідження могли б включити додаткові інструменти, наприклад, шкали стресу, симптомів уникання, порушення сну, а також короткі якісні питання про суб’єктивне переживання перегляду.

Четверте обмеження пов’язане із самим медіастимулом. У повсякденному житті молодь стикається не з одним видом новин, а з різними форматами контенту: короткими відео в TikTok, фото з Telegram-каналів, заголовками, коментарями, сторіз знайомих, офіційними повідомленнями, прямими трансляціями та стрічками, які підбирають алгоритми. У цьому дослідженні використано лише формат відеорепортажу, тому переносити результати на всі види медіаконтенту потрібно обережно. Надалі варто окремо порівнювати різні платформи й способи подачі травматичних новин.

Ще один перспективний напрям стосується часової динаміки медіатравматизації. Потрібно з’ясувати, як змінюється реакція молоді після повторних переглядів, чи може серія коротких контактів із травматичними повідомленнями мати накопичувальний ефект і які особисті стратегії

допомагають не допустити переходу ситуативного негативного афекту у виснаження або вторинну травматизацію.

Окремої уваги потребують щоденні медіапрактики: doomscrolling, читання коментарів під новинами, перевірка повідомлень перед сном, реакція на тривожні сповіщення та повернення до шокових кадрів. Такі звички можуть впливати на психічний стан не менше, ніж сам перегляд воєнного контенту. Їх включення до дослідницького дизайну дало б змогу точніше описати психологічні наслідки цифрового медіаспоживання під час війни.

Попри ці обмеження, дослідження має теоретичну й практичну цінність. Воно не пояснює всі механізми медіатравми, але показує, що навіть у межах компактного дизайну можна простежити значущі закономірності впливу травматичного контенту на молодь. Отримані результати можуть стати основою для ширших емпіричних досліджень і програм профілактики.

Висновки до ІІ розділу

Емпіричне дослідження показало, що реакція молоді на травматичний медіаконтент не виникає ізольовано. Вона накладається на воєнний досвід, фонову тривожність, попередні переживання та постійний контакт із новинами. У дослідженні взяли участь 60 респондентів віком від 18 до 25 років, поділених на експериментальну та контрольну групи. Це дало змогу зіставити реакції на емоційно насичений воєнний матеріал і нейтральніший медіаконтент.

Перший напрям емпіричного аналізу стосувався безпосередньої емоційної реакції. Після перегляду травматичного відео учасники експериментальної групи мали вищий рівень негативного афекту, ніж респонденти контрольної групи. Отже, воєнний контент із вираженим емоційним навантаженням справді посилює неприємні переживання. Позитивний афект знизився в обох групах, однак міжгрупова різниця не була

статистично значущою. Тому основний ефект проявився насамперед у зростанні негативних емоцій.

Другий напрям аналізу був пов’язаний із вторинним травматичним стресом. Показники STSS виявилися високими в обох групах, але статистично значущої різниці між ними не отримано. Це означає, що STSS у межах цієї роботи варто розуміти не як миттєву реакцію на одне відео, а як показник накопиченого напруження. В умовах війни воно формується через регулярні повідомлення про обстріли, втрати, руйнування й небезпеку, які для багатьох молодих людей стали частиною щоденного інформаційного фону.

Окреме дослідницьке питання стосувалося ролі базової тривожності. Кореляційний аналіз виявив її зв’язок із негативним афектом після перегляду та з рівнем вторинного травматичного стресу. Тому BAI у цьому дослідженні можна трактувати як фоновий показник психологічної вразливості: чим вища початкова тривожність, тим гостріше може сприйматися травматичний медіаматеріал.

Додатковий аналіз показав, що ризик медіатравматизації розподіляється нерівномірно. Вищі показники були пов’язані з особистим травматичним досвідом, нестабільним матеріальним становищем і, в межах цієї вибірки, жіночою статтю. Отже, реакція на медіаконтент залежить не тільки від самого відео. Значення має й те, з яким досвідом, ресурсами та рівнем внутрішньої напруги людина стикається з цим матеріалом.

Загалом результати другого розділу дають підстави розглядати медіатравматизацію молоді як процес, що поєднує короткочасну емоційну реакцію, тривожний фон, вторинне залучення до чужого страждання та поступове виснаження. Для її аналізу недостатньо оцінювати тільки відповідь на окремий стимул. Потрібно враховувати також особистий, соціальний та інформаційний контекст респондентів.

Практичний висновок полягає в тому, що психологічна робота з молоддю під час війни має враховувати не тільки загальний стрес, а й спосіб щоденного споживання новин. Профілактика медіатравматизації має

спиратися на медіагігієну, навички саморегуляції та підтримку груп підвищеної вразливості, насамперед осіб із травматичним досвідом, високою тривожністю або нестабільними життєвими умовами.

ВИСНОВКИ

У висновках узагальнено результати теоретичного та емпіричного дослідження медіатравми як психологічного феномену, пов’язаного зі сприйняттям травматичних подій через медіа. Особливу увагу приділено не разовому перегляду важкої інформації, а тривалому, повторюваному або емоційно насиченому контакту з травматичним контентом. Саме такий тип медіавпливу може позначатися на психоемоційному стані людини, посилюючи напруження, дистрес, нав’язливі образи та відчуття небезпеки.

1. У дослідженні було розглянуто, як науковці пояснюють медіатравму. Отримані результати показують, що медіатравму варто розглядати окремо від ПТСР, адже ПТСР є клінічним діагнозом із чітко визначеними критеріями. Натомість медіатравма використовується переважно як теоретичне й дослідницьке поняття, за допомогою якого описують психологічні реакції на опосередкований контакт із травматичними подіями через медіасередовище. Для точнішого розуміння медіатравми в роботі було розмежовано близькі поняття: психологічну травму, ПТСР, вторинну й вікарну травматизацію, втому співчуття, десенситизацію та резилієнтність. Це допомогло показати, що медіатравма є різновидом непрямого травматичного досвіду. Вона може виникати не тільки у фахівців, які постійно працюють із чужим болем, а й у звичайних користувачів, які багато стикаються з важким контентом у медіа.

2. У роботі визначено основні механізми такого впливу: повторний перегляд травматичних матеріалів, емоційне зараження, фізіологічне збудження, румінацію, евристику доступності, нав’язливі образи та думскролінг. Реакція людини залежить не лише від самої події, а й від того, як її показують: через графічні деталі, напружену подачу, постійне повторення одних і тих самих кадрів або новин.

3. Наслідки такого перегляду можуть проявлятися на різних рівнях. Для окремої людини це може бути тривога, негативний афект, втома, проблеми зі

сном, нав’язливі образи й слабше відчуття безпеки. А на рівні груп і суспільства медіатравма здатна підтримувати спільне відчуття загрози, емоційне напруження та постійний інформаційний тиск.

4. До основних профілактичних стратегій належать «вікна новин», обмеження повторного перегляду важких матеріалів, фільтрація графічного контенту, вимкнення зайвих сповіщень, медіаграмотність, техніки саморегуляції та соціальна підтримка. Медіагігієна дає змогу залишатися в інформаційному просторі, але зменшувати його травматичний вплив

5. Емпірична частина роботи була спрямована на те, щоб з’ясувати, як травматичний медіаконтент впливає на психоемоційний стан респондентів. Дослідження було організоване онлайн за допомогою Google Forms, що дало змогу провести процедуру в однаковому форматі для всіх учасників і залучити їх незалежно від місця перебування. Усього у вибірку увійшло 60 осіб. Їх було розподілено на дві групи: експериментальну та контрольну, по 30 респондентів у кожній. Експериментальна група переглядала емоційно важкий матеріал, де були помітні страждання людей, втрати, небезпека й руйнування. Контрольна група також бачила відео на близьку тему, але без шокових кадрів, різкої драматизації та сильного тиску на емоції. Тому в центрі порівняння була не сама воєнна тема, а емоційна інтенсивність її подачі. Після перегляду травматичного відео в учасників експериментальної групи рівень негативного афекту був вищим, ніж у контрольній групі. Найбільше це проявлялося як напруження, тривога, пригніченість, страх або неприємний внутрішній стан після побаченого. За позитивним афектом статистично значущої міжгрупової різниці не виявлено, хоча середнє значення в експериментальній групі було нижчим. За рівнем вторинного травматичного стресу значущої різниці між групами також не встановлено. Це можна пояснити тим, що вторинний травматичний стрес зазвичай не виникає після одного перегляду: він накопичується поступово, коли людина довго або часто стикається з травматичним медіаконтентом. У межах емпіричного дослідження було розглянуто шість дослідницьких питань. За першим питанням встановлено,

що травматичний медіаконтент пов’язаний із вищим негативним афектом після перегляду. За другим питанням статистично значущого зниження позитивного афекту між групами не виявлено. За третім питанням не встановлено значущої переваги STSS в експериментальній групі, що узгоджується з кумулятивною природою вторинної травматизації. За четвертим питанням виявлено часткову динаміку показників PANAS: емоційний стан змінювався, але не за всіма шкалами однаково. За п’ятим питанням виявлено зв’язок базової тривожності з негативним афектом після перегляду та вторинним травматичним стресом. За шостим питанням встановлено, що респонденти з особистим травматичним досвідом мають вищий рівень вторинного травматичного стресу.

Отже, мету роботи було досягнуто. Теоретичний і емпіричний аналіз показав, що медіатравма формується під впливом кількох чинників: змісту новин, частоти перегляду, попереднього досвіду людини, її тривожності, вразливості та особливостей цифрового середовища. Перспективи подальших досліджень полягають у глибшому вивченні довготривалого впливу травматичного медіаконтенту на психоемоційний стан молоді. Доцільно розширити вибірку, залучити респондентів різного віку, регіонів і соціального досвіду, а також порівняти реакції на різні типи медіаконтенту: текстові новини, фото, відео, соціальні мережі та короткі формати. Окремої уваги потребує дослідження того, як частота перегляду новин, особистий травматичний досвід, рівень тривожності та навички медіагігієни впливають на ризик медіатравматизації. Такі дослідження можуть стати основою для розроблення практичних рекомендацій із профілактики медіастресу в умовах війни та тривалих суспільних криз.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Гоян І. М., Цибуліна І. В., Кочерга Є. В., Базика Є. Л., Оленич В. П. Стресостійкість у допомагаючих професіях: техніки адаптації до емоційного навантаження. *Наукові перспективи. Серія «Психологія»*. 2025. № 4(58). С. 1570–1578. DOI: 10.52058/2708-7530-2025-4(58)-1570-1578.
2. Заріцька Н. М. Складові чинники медіаграмотності як протистояння медіатравмі в умовах гібридної війни. *Журнал сучасної психології*. 2023. № 4. С. 16–22.
3. Курова А. В. Психологічне здоров’я молоді в умовах невизначеності: соціально-психологічний вимір : монографія. Київ : Видавець Бихун В. Ю., 2023. 344 с. ISBN 978-617-7699-34-6.
4. Ласкова-Ярмоленко А., Слинькова Т. Медіаграмотність в системі освіти: вимоги сучасності у сфері соціальної комунікації. *Педагогічні інновації: ідеї, реалії, перспективи*. 2024. № 1(32). С. 100–105. DOI: 10.32405/2413-4139-2024-1(32)-100-105.
5. Міністерство охорони здоров’я України. Вплив інформаційного середовища на психічне здоров’я та благополуччя. URL: https://moz.gov.ua/uk/vpliv-informacijnogo-seredovischa-na-psihichne-zdorov%E2%80%99ja-ta-blagopoluchchja
6. Найдьонова Л. А. Медіатравма і посттравматичні стреси: система гіпотез і результати дослідження. DOI: 10.59416/QZGG1091.
7. Найдьонова Л. А. Media psychology of war as the basis of conceptual transformations of media education: from media trauma to trauma-informed practices. *Проблеми політичної психології*. 2022. Vol. 12(26). P. 173–197. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740062/
8. Порпуліт О. О. Лабіринти цифрової реальності: психологічне здоров’я та підтримка особистості в медійному середовищі. Психологія здоров’я та кризова підтримка: теоретичні засади і практичні підходи консультування

: кол. монографія, присвяч. 160-річчю Одес. нац. ун-ту ім. І. І. Мечникова, 65-річчю каф. соц. психології / заг. ред. О. І. Кононенко. Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2025. Розд. 7. С. 197–226.

9. Чайкун Е. Роль медіаграмотності у боротьбі з інфодемією. 2023. URL: https://ekmair.ukma.edu.ua/items/9163cc73-0ae2-48bb-8aa4-3ebe9af033b7
10. Як захистити психіку від важких новин: медіагігієна. NV Life. URL: https://life.nv.ua/ukr/blogs/yak-zahistiti-psihiku-vid-vazhkih-novin-mediagigiyena-50433318.html
11. Alexander J. C., Eyerman R., Giesen B., Smelser N. J., Sztompka P. Cultural Trauma and Collective Identity. Berkeley : University of California Press, 2004.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev. (DSM-5-TR). Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2022.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013.
14. American Psychological Association. Resilience. *APA Dictionary of Psychology* [Electronic resource]. 2018. URL: https://dictionary.apa.org/resilience
15. Beckett L., Deuze M. The emotional labour of journalism: Burnout, trauma and coping strategies in news work. *Journalism Studies*. 2016. Vol. 17, No. 8. P. 939–958. DOI: 10.1080/1461670X.2015.1057958.
16. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, No. 1. P. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
17. Bonanno G. A., Van Bavel J. J. Psychological resilience in the face of disaster and terrorism. *Current Directions in Psychological Science*. 2008. Vol. 17, No. 5. P. 321–325. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2008.00595.x.
18. Brewin C. R., Gregory J. D., Lipton M., Burgess N. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment

implications. *Psychological Review*. 2010. Vol. 117, No. 1. P. 210–232. DOI: 10.1037/a0018113.

19. Caruth C. Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1996.
20. Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville (MD) : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2014. Exhibit 1.3-4, DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD. NCBI Bookshelf. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/box/part1_ch3.box16/
21. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, No. 4. P. 319–345. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
22. Elhai J. D., Levine J. C., Dvorak R. D., Hall B. J. Non-social features of smartphone use are most related to depression, anxiety and problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*. 2017. Vol. 69. P. 75–82.
23. Erll A. Memory in Culture. Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2011.
24. Feinstein A., Owen J., Blair N. A hazardous profession: War, journalists, and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159, No. 9. P. 1570–1575. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.9.1570.
25. Figley C. R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58, No. 11. P. 1433–1441. DOI: 10.1002/jclp.10090.
26. Figley C. R. (Ed.). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York : Brunner/Mazel, 1995.
27. Firth J., Solmi M., Löchner J., Cortese S., López-Gil J. F., Machaczek K., Lambert J., Fabian H., Fabiano N., Torous J. Promoting healthy digital device usage: recommendations for youth and parents. *World Psychiatry*. 2025. Vol. 24, No. 1. P. 1–2. DOI: 10.1002/wps.21261.

28. Frosh P., Pinchevski A. (Eds.). Media Witnessing: Testimony in the Age of Mass Communication. London : Palgrave Macmillan, 2009.
29. Garfin D. R., Silver R. C., Holman E. A. The novel coronavirus (COVID-19) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology*. 2020. Vol. 39, No. 5. P. 355–357. DOI: 10.1037/hea0000875.
30. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror. New York : Basic Books, 1997.
31. Hirai M., Vernon L. L. Consumption of negative media content mediates the association between levels of trauma exposure and insomnia severity in Hispanic young adults. *Journal of Psychiatric Research*. 2025. Vol. 189. P. 56–63. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2025.05.069.
32. Holman E. A., Garfin D. R., Lubens P., Silver R. C. Media exposure to collective trauma, mental health, and functioning: Does it matter what you see? *Clinical Psychological Science*. 2020. Vol. 8, No. 1. P. 111–124. DOI: 10.1177/2167702619858300.
33. Holman E. A., Garfin D. R., Silver R. C. Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2014. Vol. 111, No. 1. P. 93–98. DOI: 10.1073/pnas.1316265110.
34. Holman E. A. It matters what you see: Graphic media images of war and terror may amplify distress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2024. Vol. 121, No. 10. Article e2318465121. DOI: 10.1073/pnas.2318465121.
35. Holmes E. A., Bourne C. Inducing and modulating intrusive emotional memories: a review of the trauma film paradigm. *Acta Psychologica*. 2008. Vol. 127, No. 3. P. 553–566. DOI: 10.1016/j.actpsy.2007.11.002.
36. Inter-Agency Standing Committee (IASC). A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Emergency Settings. Geneva : IASC, 2017. URL:

https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support-programmes

37. Javanbakht A. How to Protect Your Family From Horrific News Images. Psychology Today. 2022. URL: https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-many-faces-of-anxiety-and-trauma/202205/how-to-protect-your-family-from-horrific-news
38. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992. Vol. 22, No. 4. P. 116, 118–120.
39. Kaniasty K., Norris F. H. Distinctions that matter: Received social support, perceived social support, and social embeddedness after disasters. Mental Health and Disasters / ed. by Y. Neria, S. Galea, F. H. Norris. Cambridge : Cambridge University Press, 2009. P. 175–200.
40. Kellerman J. K., Hamilton J. L., Selby E. A., Kleiman E. M. The mental health impact of daily news exposure during the COVID-19 pandemic: Ecological momentary assessment study. *JMIR Mental Health*. 2022. Vol. 9, No. 5. Article e36966. DOI: 10.2196/36966.
41. Kitch C. "Mourning in America": ritual, redemption, and recovery in news narrative after September 11. *Journalism Studies*. 2003. Vol. 4, No. 2. P. 213–224. DOI: 10.1080/1461670032000074801.
42. Krahé B., Möller I., Huesmann L. R., Kirwil L., Felber J., Berger A. Desensitization to media violence: links with habitual media violence exposure, aggressive cognitions, and aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011. Vol. 100, No. 4. P. 630–646. DOI: 10.1037/a0021711.
43. Kramer A. D. I., Guillory J. E., Hancock J. T. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2014. Vol. 111, No. 24. P. 8788–8790. DOI: 10.1073/pnas.1320040111.
44. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984. 445 p.

45. Lotzin A., Acquarini E., Ajdukovic D. et al. Stressors, resources and traumatic stress in the war in Ukraine. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. Vol. 13, No. 2. Article 2127788. DOI: 10.1080/20008066.2022.2127788.
46. Măirean C., Cobzeanu A., Dănilă O. Breaking news, breaking minds? Social media engagement and peritraumatic stress behavior immediately after the Russian-Ukrainian war outbreak: The role of peritraumatic anxiety and dispositional resilience. *Computers in Human Behavior Reports*. 2025. Vol. 20. Article 100808. DOI: 10.1016/j.chbr.2025.100808.
47. Marx B. P., Hall-Clark B., Friedman M. J., Holtzheimer P. E., Schnurr P. P. The PTSD Criterion A debate: A brief history, current status, and recommendations for moving forward. *Journal of Traumatic Stress*. 2024. Vol. 37, No. 1. P. 5–15. DOI: 10.1002/jts.23007.
48. 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.
49. Mohammed I. A Systematic Review of the Literature on the Mental Health of Journalists Reporting on War, Conflict and Terrorism: Gaps and Recommendations for Future Studies. *Journalism and Media*. 2025. Vol. 6, No. 3. Article 129. DOI: 10.3390/journalmedia6030129.
50. Pearlman L. A., Saakvitne K. W. Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York : Norton, 1995.
51. Pfefferbaum B., North C. S. Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 383, No. 6. P. 510–512. DOI: 10.1056/NEJMp2008017.
52. Pyevich C. M., Newman E., Daleiden E. The relationship among cognitive schemas, job-related traumatic exposure, and posttraumatic stress disorder in journalists. *Journal of Traumatic Stress*. 2003. Vol. 16, No. 4. P. 325–328.

53. Relihan D. P., Jones N. M., Holman E. A., Silver R. C. Shared social identity and media transmission of trauma. *Scientific Reports*. 2023. Vol. 13. Article 11609. DOI: 10.1038/s41598-023-33898-2.

54. Shin L. M., Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010. Vol. 35, No. 1. P. 169–191. DOI: 10.1038/npp.2009.83.

55. Silver R. C., Holman E. A., Andersen J. P., Poulin M., McIntosh D. N., Gil-Rivas V. Mental and physical health effects of acute exposure to media images of the September 11, 2001, attacks and the Iraq War. *Psychological Science*. 2013. Vol. 24, No. 9. P. 1623–1634. DOI: 10.1177/0956797612460406.

56. Silver R. C., Holman E. A., McIntosh D. N., Poulin M., Gil-Rivas V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA*. 2002. Vol. 288, No. 10. P. 1235–1244. DOI: 10.1001/jama.288.10.1235.

57. Slone M., Peer A., Egozi M. Adolescent Vulnerability to Internet Media Exposure: The Role of Self-Mastery in Mitigating Post-Traumatic Symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2025. Vol. 22, No. 4. Article 589. DOI: 10.3390/ijerph22040589.

58. Soroka S., Fournier P., Nir L. Cross-national evidence of a negativity bias in psychophysiological reactions to news. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2019. Vol. 116, No. 38. P. 18888–18892. DOI: 10.1073/pnas.1908369116.

59. Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S., Panter-Brick C., Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014. Vol. 5. Article 25338. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338.

60. Stamm B. H. Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators. Lutherville : Sidran Press, 1995.

61. Starcevic V., Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, and problematic internet use: relationship with anxiety. *Current Psychiatry Reports*. 2015. Vol. 17, No. 9. Article 56. DOI: 10.1007/s11920-015-0620-3.

62. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Grounding techniques. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. NCBI Bookshelf. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207188/box/part1_ch4.box5/
63. Thompson R. R., Jones N. M., Holman E. A., Silver R. C. Media exposure to mass violence events can fuel a cycle of distress. *Science Advances*. 2019. Vol. 5, No. 4. Article eaav3502. DOI: 10.1126/sciadv.aav3502.
64. Tversky A., Kahneman D. Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*. 1973. Vol. 5, No. 2. P. 207–232. DOI: 10.1016/0010-0285(73)90033-9.
65. Twenge J. M., Campbell W. K. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*. 2018. Vol. 12. P. 271–283. DOI: 10.1016/j.pmedr.2018.10.003.
66. Valkenburg P. M., Peter J. The Differential Susceptibility to Media Effects Model. *Journal of Communication*. 2013. Vol. 63, No. 2. P. 221–243. DOI: 10.1111/jcom.12024.
67. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Post-traumatic stress disorder. Geneva : WHO, 2019.
68. World Health Organization. Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. Geneva : WHO, 2020.
69. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. Geneva : WHO, 2011. 64 p.
70. World Health Organization. Важливі навички в періоди стресу: ілюстроване керівництво. Женева : World Health Organization, 2020. URL: https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789240003910

71. Yakymchuk M. How witnessing trauma through the news can affect your mental health. Mentalzon. 2024. URL: https://mentalzon.com/en/post/1592/how-witnessing-trauma-through-the-news-can-affect-your-mental-health
72. Yarkho O. Ukrainian context of preserving journalists' mental health: challenges of full-scale war and resources of resilience. *Personality and Environmental Issues*. 2025. Vol. 4, Issue 2. P. 69–77. DOI: 10.31652/2786-6033-2025-4(2)-69-77.
73. Zillmann D. Excitation transfer in communication-mediated aggressive behavior. Media Effects: Advances in Theory and Research / ed. by J. Bryant, D. Zillmann. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2002. P. 215–240.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Організація онлайн-форм та стимульні матеріали

Посилання на форму для контрольної групи:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeS8Wf0YvTpZ7QzVEfxVkY5kLL5YzbzPNCNpOCqJ6guaRWN5w/viewform?usp=dialog

Посилання на форму для експериментальної групи:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfoPjDrPAB2gNQCR1bKC_y70cUoiUjqQrY4eIr8Ver7XPzl4Q/viewform?usp=dialog

Текст інформованої згоди учасника дослідження

Участь у дослідженні є добровільною та анонімною. Респондент може відмовитися від участі або припинити заповнення форми на будь-якому етапі без пояснення причин. Відповіді використовуються тільки в узагальненому вигляді для наукової роботи.

Дослідження присвячене вивченню впливу медіаконтенту на емоційний стан. Учасник відповідає на питання щодо соціально-демографічних характеристик, медіаспоживання, психологічного стану, а також переглядає стимульний матеріал.

Учасника попереджено, що частина матеріалів може стосуватися війни, людських втрат або інших емоційно важких тем. У разі дискомфорту участь можна припинити.

Надаючи згоду на участь, респондент підтверджує, що ознайомлений із метою дослідження, умовами добровільності та принципом анонімності.

Таблиця А.1

Узагальнена структура Google Forms

№	Блок форми	Зміст блоку
1	Вступний блок	Пояснення мети, добровільності та анонімності участі. В експериментальній формі додано попередження про емоційно важкий контент.
2	Соціально-демографічні дані	Вік, стать, освіта, місце проживання, самооцінка матеріального стану.
3	Контекст війни	Вплив бойових дій на регіон, досвід прямої загрози, тривалість проживання у відповідному регіоні.

№	Блок форми	Зміст блоку
4	Медіаспоживання	Частота перегляду важких новин, орієнтовний час перегляду, основні джерела інформації.
5	Новинна залученість	Схильність довго залишатися в негативному інформаційному потоці, наявність сповіщень, умови перегляду новин.
6	Критичність до медіа	Рівень довіри до джерел та звичка перевіряти факти в кількох джерелах.
7	Травматичний досвід	Наявність особистого досвіду травматичних подій, втрат, насильства або актуальної травматичної ситуації.
8	Актуальний психологічний стан	Поточний рівень стресу, якість сну, наявність соціальної підтримки.
9	Саморегуляція	Способи стабілізації після важких новин: пауза, дихання, прогулянка, переключення уваги.
10	Психодіагностичний блок	BAI до перегляду, PANAS до і після перегляду, STSS після перегляду.
11	Стимульний матеріал	У контрольній групі подано нейтральний медіастимул; в експериментальній групі - емоційно інтенсивний воєнний медіаконтент.
12	Завершальний блок	Подяка за участь, нагадування про можливість припинення контакту з важким контентом у разі дискомфорту.

Таблиця А.2

Порівняння стимульних матеріалів

Параметр	Контрольна група	Експериментальна група
Тематика	Інформаційний матеріал воєнної тематики без шокової подачі	Емоційно насичений матеріал, пов’язаний із війною, втратами або загрозою
Емоційна інтенсивність	Низька або помірна	Висока
Графічність	Виражена графічність і шокові кадри відсутні	Можливі кадри або описи, що викликають сильні емоції
Роль у дизайні	Контрольний стимул для порівняння	Експериментальний стимул для оцінки реакції на травматичний контент

ДОДАТОК Б

Контекстні змінні, враховані в анкеті

Таблиця Б

Змінні анкети та їх призначення

Блок	Що враховувалося	Для чого це було потрібно
Соціально-демографічний блок	Вік, стать, освіта, місце проживання, матеріальний стан	Потрібний для опису вибірки та контролю базових відмінностей між групами.
Воєнний контекст	Регіон проживання, вплив бойових дій, досвід прямої загрози	Дає змогу врахувати, що реакція на медіаконтент формується на тлі реального воєнного досвіду.
Медіаспоживання	Частота перегляду важких новин, тривалість перегляду, джерела інформації	Показує звичний рівень контакту з травматичним або емоційно важким контентом.
Новинна залученість	Новинні сповіщення, схильність довго гортати негативні новини, час перегляду	Дозволяє оцінити ризик повторної медіаекспозиції та думскролінгу.
Критичність до інформації	Довіра до джерел, перевірка фактів	Показує, наскільки респондент схильний осмислено працювати з інформаційним потоком.
Травматичний досвід	Досвід втрат, насильства, загрози, актуальної травматичної ситуації	Використовується як чинник можливої підвищеної вразливості до медіатравматизації.
Актуальний стан	Поточний стрес, якість сну, соціальна підтримка	Описує психологічний фон, з яким респондент входив у перегляд медіастимулу.
Саморегуляція	Пауза, дихання, прогулянка, переключення уваги після важких новин	Дозволяє оцінити наявність простих способів стабілізації після контакту з важким контентом.

ДОДАТОК В

Психодіагностичні методики та схема обробки результатів

Таблиця В

Схема розрахунку основних показників

Показник	Зміст	Принцип обробки
BAI	Загальний рівень тривожності	Сума відповідей за пунктами методики
PANAS-PA	Позитивний афект	Сума пунктів, що належать до позитивного афекту, окремо до і після перегляду
PANAS-NA	Негативний афект	Сума пунктів, що належать до негативного афекту, окремо до і після перегляду
Δ PANAS-PA	Зміна позитивного афекту	PANAS-PA після перегляду мінус PANAS-PA до перегляду
Δ PANAS-NA	Зміна негативного афекту	PANAS-NA після перегляду мінус PANAS-NA до перегляду
STSS	Вторинний травматичний стрес	Сума відповідей за 17 пунктами методики

Примітка. PANAS-PA означає позитивний афект, PANAS-NA - негативний афект. Знак Δ позначає зміну показника після перегляду порівняно з початковим вимірюванням.

ДОДАТОК Г

Практичні рекомендації

Таблиця Г

Практичні рекомендації щодо медіагігієни після перегляду травматичного контенту

Напрям	Рекомендація
Дозування новин	Встановити 2-3 короткі періоди для перегляду новин протягом дня замість постійного гортання стрічки.
Обмеження повторного перегляду	Не повертатися багато разів до одного й того самого відео або фото з травматичної події.
Добір джерел	Користуватися перевіреними джерелами та уникати каналів із шоковою або маніпулятивною подачею.
Зниження вечірньої експозиції	Вимикати новинні сповіщення ввечері та не переглядати важкі матеріали безпосередньо перед сном.
Стабілізація після перегляду	Після важкого контенту зробити паузу: відійти від екрана, випити води, змінити положення тіла, подихати повільніше.
Grounding-техніки	Використовувати техніку 5-4-3-2-1 або інші вправи повернення уваги до теперішнього моменту.
Соціальна підтримка	Обговорити побачене з людиною, якій можна довіряти, якщо після перегляду зберігається сильне напруження.
Звернення по допомогу	За наявності нав’язливих образів, панічних реакцій, тривалих проблем зі сном або різкого посилення тривоги варто звернутися до фахівця.