

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗАЛУЧЕНОСТІ ДО КОРИСТУВАННЯ ЗАСОБАМИ КОНСЦІЄНТАЛЬНОЇ ВІЙНИ

УДК: 159.97::613.861

Марков А. Р.

Старший лаборант кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків (Україна)

Анотація. У роботі проведено дослідження особливостей психосоціального функціонування, як однієї з найбільш вразливих до ураження внаслідок консцієнтальних впливів, сфери життєдіяльності, у пацієнтів первинної ланки надання медичної допомоги, в залежності від залученості до використання засобів КВ.

Обстеження здійснювалось за допомогою клініко-психологічного і психодіагностичного методів, вибірку досліджуваних було здійснено з 393 пацієнтів загальносоматичного профілю районних поліклінік, кількість досліджуваних осіб становила 221 особи з ознаками психологічної дезадаптації. За вираженістю захоплення до перегляду телебачення (ТБ), пошуку новин в інтернеті або читання періодичної преси, обстежені були розділені на дві групи: основну групу (ОГ) – 112 пацієнтів первинної медичної мережі з ознаками викривлення психоемоційної сфери та високою залученістю до використання консцієнтальних впливів через ТБ, інтернет або друковану періодику, та групу порівняння (ГП) – 109 хворих з ознаками психологічної дезадаптації з низьким рівнем використання ТБ, інтернет або друкованих засобів КВ. Обстеження здійснювалось за допомогою клініко-психологічного і психодіагностичного методів.

Отримані дані підтверджують наявність негативного впливу засобів КВ на стан психічного здоров'я цивільного населення, що потребує розробки заходів психокорекції та психопрофілактики дезадаптивних станів, обумовлених дією факторів КВ.

Ключові слова: консцієнтальна війна, психологічна дезадаптація, психосоціальне функціонування.

Постановка проблеми. За всю історію свого існування людство пережило більше 4,5 тисяч різноманітних війн. В основному, це були класичні війни між державами або коаліціями із залученням значної кількості людсь-

ких ресурсів та військової техніки. Однак, ознакою сучасного століття стали війни нового покоління – гібридні війни, ціллю яких є «створення на території країни-противника постійно діючої зони воєнних операцій, уч-

асть у воєнних діях нерегулярних військових формувань і приватних військових компаній, застосування непрямих й асиметричних способів дій, використання профінансованих і керованих ззовні політичних сил, суспільних рухів» [1].

Засновник теорії і ідеолог гібридної війни, Є. Месснер, у середині минулого століття так характеризував війни майбутнього: «В прежних войнах важным считалось завоевание территории. Впредь важнейшим будет почитаться завоевание душ во враждующем государстве. Воевать будут не на двухмерной поверхности, как встарь, не в трехмерном пространстве, как было во время зарождения военной авиации, а в четырехмерном, где психика воюющих народов является четвертым измерением. Воевание повстанцами, диверсантами, террористами, саботажниками, пропагандистами примет в будущем огромные размеры... Задача психологического воевания заключается во внесении паники в душу врага и в сохранении духа своего войска и народа... В мятежевойне психология масс отодвигает на второй план оружие войска и его психологию и становится решающим фактором победы или поражения...». [2, цит. за 1]

Як бачимо, в нашому сьогодні присутні практично усі ознаки класичної гібридної війни, розв'язаної проти України російським агресором, а саме, непряме втручання власних збройних сил на тлі здійснення комплексу диверсійних, терористичних та інформаційно-

психологічних операцій.

Теперішня війна в Україні за своєю суттю – дезінформаційна. Безперечно, на любій війні завжди брешуть, обманюють і маніпулюють. Але, в випадку агресії РФ проти України використання інформаційно-психологічних технологій набуло масового та потужного деструктивного характеру, а введення в оману стало своєрідною зброєю, яка працює на емоційне ураження конкретної особистості і суспільства в цілому [3].

Механізм інформаційно-психологічного впливу ґрунтується на маніпуляції свідомістю мас і внесенням у свідомість цілеспрямованої дезінформації. Інформаційно-психологічний вплив має на меті спотворити повідомлення про реальності, щоб, незважаючи на їх антиістинність, особистість приймала їх як само собою зрозуміле і поступала б відповідно до цієї деформованої інформації [4].

З огляду на мету – психологічна деструкція і спонукання до потрібної поведінки, та основні мішені впливу – свідомість конкретної людини, соціальних груп та населення країни, інформаційно-психологічна складова гібридної війни отримала назву «консцієнтальної» війни (від латинського *conscientia* – свідомість, сумління) – тобто війни ураження свідомості, руйнування ідентичності, а також самої здатності людини до самоідентифікації [5].

Консцієнтальна війна (КВ) – це нова форма геополітичного протистояння, що здій-

снюється за допомогою засобів масової інформації, які використовуються для трансформації і управління свідомістю людини. Основою такої війни є соціальна комунікація, а консцієнтальною зброєю – технології впливу на свідомість, внаслідок застосування якої відбувається:

– зниження загального рівня свідомості людей, що живуть на певній території;

– руйнування у них стійкої системи світоглядних цінностей і заміщення їх різними ціннісними симулякрами;

як наслідок – знищення родової і культурної пам'яті людей, «психотизація» і «невротизація» суспільства;

– руйнування традиційних механізмів самоідентифікації і заміщення їх механізмами ідентифікації нового типу через створення різного роду «груп участі»;

– впровадження в суспільство спеціально сконструйованої матриці цінностей, норм поведінки і реакцій як єдино можливої моделі життєдіяльності населення;

– знищення здатності ставити глобальні і стратегічні цілі – руйнування суб'єктності цілих етносів і народів;

– здійснення «цивілізаційної перевербовки» етносів і народів [6].

До ознак КВ відносять такі риси, як:

– латентність упродовж тривалого часу;

– різноманітність, гнучкість та непередбачуваність засобів впливу;

– застосування насильницьких методів викривлення інформаційно-комунікативного простору;

– стирання чіткого розмежування «друг – ворог»;

– руйнування духовних цінностей, уявлень про добро і зло, здатності людини до вільної самоідентифікації та інші [5].

За свідомством А. Колодій [5], терміни «консцієнтальна війна» та «консцієнтальна зброя» увів в ужиток Юрій Громико – російський фахівець з теорії свідомості, директор Інституту випереджаючих досліджень імені Е. Л. Шіфферса. Характеризуючи консцієнтальну зброю, Ю. Громико не зводить її до інформаційних технологій, а називає п'ять основних способів ураження і руйнування свідомості (цит. за оригіналом [7]): «1) поражение нейро-мозгового субстрата, снижающее уровень функционирования сознания; может происходить на основе действия химических веществ, длительного отравления воздуха, пищи, направленных радиационных воздействий; 2) понижение уровня организации информационно-коммуникативной среды на основе ее дезинтеграции и примитивизации, в которой функционирует и «живет» сознание; 3) оккультное воздействие на организацию сознания на основе направленной передачи мысленных форм субъекту поражения; 4) специальная организация и распространение по каналам коммуникации образов и текстов, которые разрушают работу сознания (условно может

быть обозначено как психотропное оружие); 5) разрушение способов и форм идентификации личности по отношению к фиксированным общностям, приводящее к смене форм самоопределения и к деперсонализации». Однако, на теперішній час, Ю. Громико використовується інша дефініція – «знання війна», або «війна знань» [8], і наголошується що «... России необходимо запустить Глобальный знаниевый проект» [9].

Аналізуючи вищенаведене, можна стверджувати, що, з перерахованих п'яти способів ураження і руйнування свідомості, не менше чотирьох (пп. 2 – 5) активно використовуються зараз проти нашого суспільства. Отже, Україна перебуває нині в епіцентрі потужної КВ, метою якої є ураження свідомості якнайширших мас населення, порушення логіки мислення, активізація негативних емоцій, скерування діяльності на дії, бажані для ініціаторів цього високотехнологічного нападу [10].

Враховуючи різнорівневість патологічного впливу КВ, відмітимо, що, якщо проблема деформації суспільної свідомості є сферою компетенції здебільшого соціальної або політичної психології, то з наслідками консцієнтального ураження на індивідуальному рівні стикаються, в першу чергу, фахівці з медичної психології, бо деструктивного впливу, насамперед, зазнають емоційна, когнітивна та світоглядна сфери особистості, що призводить до високого ризику поширення і розвитку серед

населення України різноманітних порушень психічної сфери, між яких превалюють як донозологічні – соціально-стресові розлади та окремі ознаки проявів або клінічно сформована психологічна дезадаптація, так і клінічно окреслені психічні розлади невротичного кола.

Однією з труднощів діагностики та курації таких пацієнтів стає відсутність наочного зв'язку між етіологічним чинником захворювання, та його клінічними проявами, які, до того ж, в багатьох випадках, соматизуються та взагалі не підпадають в поле зору фахівців з психічного здоров'я. Такі пацієнти, як і хворі з класичними психосоматозами, звертаються до лікарів загальносоматичного профілю, які також не можуть ідентифікувати реальну причину наявного дезадаптивного стану і, таким чином, через неотримання патогенетичної терапії, відбувається погіршення стану пацієнта, що спричиняє наступний віток «порочного кола» патологічних взаємозв'язків, посилений продовженням впливу КВ.

Сучасна медична психологія не в змозі адекватно відповісти на виклики реальної клініко-психологічної практики стосовно ефективного вирішення нових проблем, що постали в сфері її компетенції. На теперішній час відсутні дослідження, що розкривали би питання особливостей проявів і механізмів розвитку дезадаптивних соціально-стресових станів в умовах КВ, що унеможливує надання таким особам кваліфікованої медико-психологічної

допомоги та психопрофілактику подібних хворобливих станів.

З огляду на те, що основою консцієнтальних операцій є соціальна комунікація, а одним з потужних патогенетичних чинників патологічних консцієнтальних впливів є значне ослаблення психосоціальних бар'єрів індивідуумів та соціальних систем [6], метою даної роботи було – дослідити особливості психосоціального функціонування, як однієї з найбільш вразливих до ураження внаслідок консцієнтальних впливів, сфери життєдіяльності, у пацієнтів первинної ланки надання медичної допомоги, в залежності від залученості до використання засобів КВ.

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів етики і деонтології протягом 2014 – 2016 років було проанкетовано 393 пацієнтів загальносоматичного профілю центральних районних поліклінік декількох районів м. Києва, з яких за результатами скринінгу стану психічної сфери було відібрано 221 особу з ознаками психологічної дезадаптації різного ступеню вираженості. З них 89 пацієнтів (40,3%) зверталися за медичною допомогою до невропатолога, 79 хворих (35,7%) – спостерігались у кардіолога, 53 особи (24%) – лікувались у гастроентеролога.

Обстеження здійснювалось за допомогою клініко-психологічного і психодіагностичного методів. Після проведення первинної бесіди, оцінку психічного стану здійснювали шляхом клінічного інтерв'ю з використанням

тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча [11].

З огляду на те, що одним із найсильніших засобів деструктивного впливу розробники концепції КВ вважають використання екранних технологій (просто кажучи, поширення брехні, підкріпленої теле- або інтернет-ресурсами) [цит. за 5], залученість до використання засобів КВ діагностували за допомогою тестів TV-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з надмірною залученістю до перегляду телебачення (ТБ)), Internet-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з надмірним захопленням інтернетом, крім ігор), Reading-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з надмірною залученістю читанням, окрім навчальної та професійної літератури), розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [12].

Провівши аналіз залученості до використання засобів інформаційно-психологічного впливу серед даного контингенту, ми виділили дві групи осіб з ознаками психологічної дезадаптації, але, різним ступенем «використання» засобів КВ, що і стало критерієм стратифікації обстежених на групи.

Отже, серед загальної кількості обстежених з ознаками психологічної дезадаптації (221 особа), у 112 осіб було встановлено небезпечне вживання або залежний стан від використання таких об'єктів КВ, як ТБ (88 осіб, 39,8% – небезпечне вживання; 24 особи, 10,9% – залежність) та інтернет (57 осіб,

25,8% – небезпечне вживання; 55 осіб, 24,9%). До того ж, у 43 з них був виявлений небезпечний рівень користування інформацією з періодичної преси (19,5%). Ці особи були віднесені нами до основної групи (ОГ) дослідження.

Інші респонденти показали невисоку залученість або, взагалі, відсутність інтересу до користування засобами інформаційно-психологічного впливу: безпечний або невисокий рівні залучення до користування періодичною пресою був виявлений у 178 осіб; безпечне вживання ТБ і інтернету було діагностовано у 109 пацієнтів (ТБ – 91 особа, 41,2% – безпечне, 18 осіб, 8,1% – невисоке залучення; інтернет –

99 осіб, 62,9% – безпечне, 10 осіб, 4,5% – невисоке залучення). Зазначені особи склали групу порівняння 1 (ГП1).

Для верифікації особливостей психосоціального функціонування у осіб з ознаками психологічної дезадаптації та різною схильністю до засобів КВ, на цьому етапі роботи нами було залучено ще одну групу порівняння 2 (ГП2) – 30 здорових осіб без ознак надмірної схильності до використання засобів КВ, яку склали працівники медичних закладів, куди за допомогою зверталися обстежені ОГ і ГП1.

Загальний дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи наведено на рис. 1.



Рис. 1. Дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи

Діагностику особливостей стану психосоціального функціонування обстежених здійснювали за допомогою наступного психодіагностичного інструментарію. Спочатку встановлювали рівень соціальної фрустрованості за методикою Л. І. Васермана в модифікації В. В. Бойка [13], особистісної фрустрованості за однойменною методикою В. В. Бойка [14] та задоволеність функціонуванням в різних сферах життєдіяльності за методикою І. Karler в адаптації Б. Карвасарського [15]. Потім оцінювали рівень соціальної ізолюваності за методикою Д. Рассела й М. Фергюсона [16], самоствалення (самооцінки) (за Н.П. Фетискиним, В.В. Козловим, Г.М. Мануйловим [17]), самоповаги (за шкалою М. Розенберга [18]) та соціальної емпатії (за Н.П. Фетискиним, В.В. Козловим, Г.М. Мануйловим [19]). Наприкінці визначали рівень соціально-психологічної адаптивності (за П. А. Козляковським [20]), й робили загальний висновок про стан психосоціального функціонування респондентів.

Отримані результати піддавались математико-статистичній обробці за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows. Використовували параметричний і непараметричний методи статистичної обробки [21].

Результати дослідження та їх обговорення. При здійсненні вивчення рівня соціальної і особистісної фрустрованості, ми мали на увазі, що фрустрованість – це індивідуально-психологічна категоріальна якість,

системне утворення особистості, що характеризує схильність людини до фрустрації, тобто стану психоемоційного напруження з відповідними фізіологічними реакціями, дезорганізуючими проявами у когнітивній та емоційній сферах, неконструктивними поведінковими патернами, які виникають в результаті якихось реальних, або уявних життєвих невдач, неможливості досягнення поставленої мети, чи труднощів пристосування. Тобто, рівень фрустрованості ми розглядали як ступінь підвищеної чутливості до дії психотравмуючих факторів соціального (соціальна фрустрованість, СФ) або особистісного (особистісна фрустрованість, ОФ) генезу.

За результатами вивчення рівня СФ, виявлено наступне (табл. 1). Особи ОГ виявились максимально підданими фрустрації стосовно власних соціальних досягнень: дуже високий рівень СФ був притаманний – 32,1% опитуваних, підвищений – 37,5%, помірний – 25,9%, невизначений – 4,5%. Серед обстежених ГП1 превалювали особи з помірним рівнем СФ (48,6%); 17,4% характеризувались невизначеним рівнем, 15,6% – зниженим, 13,3% – підвищеним рівнем СФ. В ГП2 у 36,7% спостерігалася підвищена СФ, 26,7% був характерним невизначений або знижений рівень СФ, 6,7% продемонстрували дуже низьку СФ, 3,3% – підвищену СФ. Достовірними відмінностями між здоровими респондентами та пацієнтами первинної медичної мережі виявлено наявність більш, ніж у третини

ОГ дуже високого, а у майже 40% – підвищеного рівнів СФ ($p < 0,05$), а також збільшення кількості осіб з підвищеним рівнем СФ і серед пацієнтів ГП1 ($p < 0,05$). Достовірними розбіжностями між особами з ознаками психологічної дезадаптації виявились велика кількість осіб з дуже високим рівнем СФ серед тих, хто мав високу залученість до користування об'єктами КВ, порівняно з іншими ($p < 0,05$), та превалювання в останніх помірної й невизначеної СФ ($p < 0,05$).

льний стереотип реагування зі схильністю кумулювати напруження у різних життєвих ситуаціях, та була тісно пов'язана з прихованими емоційними порушеннями.

Схожа тенденція зберігалась й при аналізі результатів вивчення ОФ (табл. 3): для більшості осіб ОГ (61,6%) виявився притаманним дуже високий її рівень (сер. бал 11,1), на відміну ($p < 0,05$) від обстежених ГП1 (24,8%; сер. бал 10,2), або ГП2, серед яких осіб з таким рівнем ОФ не спостерігалось взагалі

Таблиця 1

Розподіл обстежених за рівнем соціальної фрустрації

Рівень соціальної фрустрації	ОГ, n=112		ГП1, n=109		ГП2, n=30	
	А.к.	% ± m	А.к.	% ± m	А.к.	% ± m
дуже високий	36* **	32,1±4,7	–	–	–	–
підвищений	42*	37,5±4,8	20* **	13,3±3,9	1	3,3±1,8
помірний	29	25,9±4,4	53**	48,6±5,0	11	36,7±4,8
невизначений	5*	4,5±2,1	19**	17,4±3,8	8	26,7±4,4
знижений	–	–	17	15,6±3,6	8	26,7±4,4
дуже низький	–	–	–	–	2	6,7±2,5
відсутній	–	–	–	–	–	–

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні ($p < 0,05$)

Аналіз вираженості СФ (за середнім балом по основних аспектах життєдіяльності), виявив достовірне превалювання її у осіб ОГ, порівняно з ГП1 і ГП2 (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$): незадоволеність в них з приводу власних досягнень практично в усіх аспектах життєдіяльності була значніше більшою (табл. 2). Висока СФ проявлялася як дисфункціона-

($p < 0,05$). Стітка тенденція до ОФ характеризувала індивідуально-психологічні особливості 75,2% осіб ГП1 (сер. бал 6,9), 38,4% ОГ (сер. бал 8,3) й 60% – ГП2 (сер. бал 5,4), тобто достовірно превалювала серед обстежених ГП1 і ГП2, порівняно з ОГ ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Також необхідно відмітити достовірну різницю у вираженості ОФ в амплітуді стійкої тенденції між

обстеженими ОГ і ГП2 ($p < 0,05$). Низького рівню ОФ, притаманного 40% осіб ГП2, не встановлено в жодного респондента з ознаками психологічної дезадаптації ($p < 0,05$).

тивних впливів КВ, продемонстрували значно вираженішу схильність до високого рівню фрустраційного реагування ($p < 0,05$), на відміну від пацієнтів первинної мережі з низьким

Таблиця 2

Середній бал соціальної фрустрованості за основними аспектами життєдіяльності у обстежуваних

Запитання щодо задоволеності	Середній бал		
	ОГ1	ОГ2	ГП
Своєю освітою	2,1*	2,1*	1,5
Стосунками з колегами	2,9*	2,3	1,6
Стосунками з адміністрацією	3,2* **	2,2	1,6
Стосунками з суб'єктами професійної діяльності	3,1* **	2,1	1,9
Змістом своєї роботи в цілому	3,2* **	2,2	1,9
Умовами професійної діяльності в цілому	3,1* **	2,2	2,0
Своїм станом у суспільстві	3,4* **	1,9	2,0
Матеріальним станом	3,4* **	2,1	2,2
Житлово-побутовими умовами	3,1* **	1,8	1,8
Стосунками з дружиною (чоловіком)	2,7*	2,0	1,8
Стосунками з дітьми	2,9* **	1,8	2,0
Стосунками з батьками	3,1* **	2,1	1,9
Обстановкою в суспільстві (державі)	3,6* **	2,9	2,6
Відносинами з друзями та знайомими	3,2* **	2,2	1,7
Послугами й побутовим обслуговуванням	3,4* **	2,3	2,0
Медичним обслуговуванням	3,5* **	2,5	1,9
Проведенням дозвілля	3,1* **	2,2	2,0
Можливістю проводити відпустку (відпочинок)	3,3* **	2,3	2,1
Можливістю вибору місця роботи	3,4* **	2,1	2,0
Своїм способом життя	3,4* **	2,4	2,1
Підсумковий середній бал	3,2	2,2	1,9

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$)

Таким чином, особи, які мали напружений аддиктивний статус стосовно захоплення переглядом ТБ та користування інтернетом, внаслідок чого вони були вразливі до деструк-

рівнем залученості до перегляду ТБ і користування інтернетом.

Висока ОФ свідчила про незадоволеність у них базових психологічних потреб у

Таблиця 3

Розподіл обстежених за рівнем особистісної фрустрованості

Рівень особистісної фрустрованості	ОГ, n=112			ГП1, n=109			ГП2, n=30		
	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал
дуже високий (10 – 12 балів)	69* **	61,6±4,9	11,1	27*	24,8±4,3	10,2	–		
стійка тенденція (5 – 9 балів)	43* **	38,4±4,9	8,3*	82	75,2±4,3	6,9	18	60,0±4,9	5,4
низький (≤ 4 балів)	–			–			12	40,0±4,9	3,7

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні ($p < 0,05$)

безпеці, повазі та любові, що порушувало функціонування захисних систем організму, нівелювало відчуття безпеки, створювало загрозу для самооцінки, формувало відчуття безвихідності, психологічної безпорадності, відчаю,

ворожості; втратою впевненості у власній безпеці, нівелюванням очікувань, сподівань, планів на майбутнє; наявністю фрустраційних емоцій (розчарування, образи, досади, гніву, люті, суму, страждання, нудьги) та фрустра-

Таблиця 4

Розподіл обстежених, незадоволених функціонуванням в різних сферах

Сфера функціонування	ОГ, n=112			ГП1, n=109			ГП2, n=30		
	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал
подружнє життя	72* **	64,3±4,8	2,9* **	35*	32,1±4,7	1,3	2	6,7±2,5	1,1
взаємини з родичами	80* **	71,4±4,5	3,1* **	28*	25,7±4,4	2,3*	3	10,0±3,0	1,1
професійна сфера	92* **	82,1±3,8	3,4* **	46*	42,2±4,9	2,2*	3	10,0±3,0	1,2
соціальна сфера	112	100	4,4* **	4	3,7±1,9	1,2*	–		

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$)

хронічної фрустрації.

СФ проявлялася в них проявами вербальної агресії, роздратуванням, реакціями гні-

ційної поведінки (безцільних та невпорядкованих дій, схильності до агресії й деструкції, тенденції до регресивної (примітивізованої) або

егресивної поведінки – реакції «відступу» у складних ситуаціях, втеча від конфліктів, уникання відповідальних доручень).

Вивчення особливостей задоволеності обстежених за різними сферами власного функціонування, виявило різницю між ними, в залежності від залученості до перегляду теле- або інтернет-ресурсів (табл. 4). Так, серед осіб ОГ виявилась найбільша кількість незадоволених власним функціонуванням у всіх сферах (64,3% – подружнім життям; 71,4% – взаєминами з родичами; 82,1% – професійними здобутками; 100% – соціальним функціонуванням), порівняно з ГП1 і ГП2 (подружнє життя – 32,1% і 6,7% незадоволених, відповідно; взаємини з родичами – 25,7% і 10%, відповідно; професійна сфера – 42,2% і 10%, відповідно, соціальна сфера – 3,7% ГП1) ($p < 0,05$). Так само ця тенденція стосувалась і вираженості незадоволення: у осіб ОГ виявлено достовірне його підвищення, порівняно як з ГП1, та і з ГП2 ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Звертали на себе увагу особливо високі значення поширеності й вираженості незадоволеності функціонуванням у сфері соціальних стосунків, притаманних особам ОГ, на тлі меншої вираженості ураження інших сфер та відносно меншої поширеності ураження інших сфер життєдіяльності серед обстежених інших груп. Аналіз отриманих даних довів, що це відбувалось внаслідок конфліктів між ними та їх мікро- та мезосоціальним оточенням через відмінності в політичних поглядах та світоглядних позиціях, відчуття на-

пруги і невдоволення із-за суперечності власних суспільно-політичних установок з актуальними суспільними реаліями, а також негативні переживання з-за розчарування в діяльності тих чи інших політичних і громадських діячів. Все вищеперелічене було обумовлено їх надмірним «вживанням» засобів КВ через високу залученість до перегляду ТБ та інтернет-ресурсів.

Дослідження рівню соціальної ізоляваності з суб'єктивним відчуттям самотності (табл. 5) показало, що серед обстежених ОГ кількість осіб з високим її рівнем була більшою, ніж між респондентів інших груп (52,7% ОГ – 31,2% ГП1 – 3,3% ГП2; розбіжності між ОГ і ГП2 достовірні $p < 0,05$; між ОГ і ГП1 достовірні $p < 0,001$). Питома вага осіб ГП1 характеризувалась середнім рівнем соціальної ізоляваності (49,5% проти 37,5% в ОГ і 40% в ГП2), а більшість ГП2 – низьким її рівнем (56,7% проти 11,6% в ОГ і 19,3% в ГП1, $p < 0,05$). Вираженість соціальної ізоляваності та суб'єктивного відчуття самотності також була значуще вищою у осіб ОГ, порівняно з іншими, в амплітуді значень високого ступеню (сер. бал 52,3 у ОГ і сер. бал 43 у ГП2, розбіжності достовірні $p < 0,05$; між ОГ і ГП1 (сер. бал 41,8), розбіжності достовірні $p < 0,001$), та достовірно відмінною, ніж в ГП2 (ОГ: сер. бал 35,4, ГП2 – 23,8 балів), в амплітуді показників середнього ступеню ($p < 0,05$).

Найвні результати свідчили, що обстежені ОГ більше, ніж інші пацієнти або здорові

Таблиця 5

Розподіл обстежених за рівнем соціальної ізоляваності

Ступінь соціальної ізоляваності	ОГ, n=112			ГП1, n=109			ГП2, n=30		
	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал
високий (40 – 60 балів)	59* **	52,7±5,0	52,3***	34*	31,2±4,6	41,8	1	3,3±1,8	43
середній (20 – 40 балів)	42**	37,5±4,8	35,4*	54	49,5±5,0	27,2	12	40,0±4,9	23,8
низький (0 – 20 балів)	13*	11,6±3,2	18,7	21*	19,3±3,9	16,9	17	56,7±5,0	16,4

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$)

особи, переживали глибинне відчуття розриву з тим соціальним середовищем, у яке були укорінені, внаслідок чого їх бентежило суб'єктивні відчуття самотності, невключеності в соціум та відчуження від важливих для них подій і процесів, які вони невдало компенсували високою залученістю до перегляду ТБ та інтернет-ресурсів, що створювало в них помилкове деструктивне відчуття співпричетності до якихось важливих для них подій або персоналій.

Дослідження рівню самоповаги виявило тенденцію до її зниження у осіб ГП1 (як у кількісних, так і у якісних вимірах), нормативності – у ГП2 та амбівалентності – у осіб ОГ (табл. 6). Практично половині респондентів ОГ (49,1%) було притаманне балансування між самоповагою й самоприниженням (сер. бал 20,5), 27,7% – низька самоповага з прева-

люванням самоприниження (сер. бал 12,4), ще 23,2% – лабільність та нестійкість співвідношення «самоповага – самозвинувачення» (сер. бал 27,2).

З огляду на трактування феномену самоповаги як узагальненої психологічної характеристики, центральною ланкою Я-концепції, яка визначає адекватність людини в навколишньому світі та характер її взаємин з іншими (наприклад, чим більше людина не поважає себе, тим більше вона не цінує й побоюється інших, прагне самостверджуватися, принижуючи своїх партнерів, або, навпаки, амбівалентне ставлення до себе зумовлює домінування мотивації хибного самоствердження, вимагання постійних доказів пошани й поваги з боку інших, схильність до самообману), стає очевидною наявність у осіб ОГ тенденції до побудови неадекватних взаємин з їх влас-

Таблиця 6

Розподіл обстежених за рівнем самоповаги

Амплітуда показників	ОГ, n=112			ГП1, n=109			ГП2, n=30		
	А.к.	% ± m	с.б.	А.к.	% ± m	с.б.	А.к.	% ± m	с.б.
дуже низька самоповага, превалювання самоприниження (16 – 18 балів)	31* **	27,7±4,5	12,4*	58*	53,2±5,0	16,7* **	–		
нестійка самооцінка, балансування між самоповагою й самоприниженням (18 – 22 бали)	55* **	49,1±5,0	20,5	34	31,2±4,6	19,1	6	20,0±4,0	21,3
відносно превалювання самоповаги з проявами самозниження (23 – 24 бали)	26*	23,2±4,2	27,2	17*	15,6±3,6	24,6	16*	53,3±5,0	32,3
стабільна самоповага та самоприйняття (35 – 40 балів)	–			–			8*	26,7±4,4	35,1*

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$).

ним мікро- і мезо- соціальним оточенням, та прагнення компенсувати лабільність самоповаги причетністю, як вони вважали, до глобальних соціальних процесів через надмірне залучення до використання засобів КВ або отожднювання себе з якою-небудь «вагомою» політичною силою або лідером. Що стосується респондентів ГП1, у більшості яких виявлена або зовсім низька, або нестійка самооцінка з превалюванням самоприниження над самоповагою (84,4%), здебільшого це проявлялося в них відчуттям малоцінності, заниженням власних можливостей, неадекватно великою

внутрішньою дистанцією з іншими людьми, що, на нашу думку, грало вагому роль в генезі наявної в них психологічної дезадаптації.

Аналогічна, проте, більш виражена тенденція щодо амбівалентності самоставлення, як і у випадку самоповаги, виявилась характерною для осіб ОГ ($p < 0,05$), на відміну від ГП1, яким була притаманна знижена самооцінка ($p < 0,05$), та ГП2, які відрізнялись її нормативністю ($p < 0,05$). Так, завищений рівень самоставлення був діагностований у 42,9% осіб ОГ (сер. бал 7,9) і 13,3% ГП2 (сер. бал 8,7); реалістичний – 4,5% ОГ (сер. бал 15,6), 25,7% ГП1

Таблиця 7

Розподіл обстежених за рівнем самоствавлення (самооцінки)

Рівень самоствавлення	ОГ, n=112			ГП1, n=109			ГП2, n=30		
	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал
завищений (≤ 10 балів)	48* **	42,9±4,9	7,9 **	–			4	13,3±3,4	8,7
реалістичний (11 – 29 балів)	5* **	4,5±2,1	15,6	28*	25,7±4,4	14,1	21	70,0±4,6	14,9
знижений (> 29 балів)	59* **	52,7±5,0	31,4	81*	74,3±4,4	30,4	5	16,7±3,7	29,6

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$).

(сер. бал 14,1) і 70% ГП2 (сер. бал 14,9); занижений – 52,7% обстежених ОГ (сер. бал 31,4), 74,3% ГП1 (сер. бал 30,4) і 16,7% ГП2 (сер. бал 29,6) (табл. 7).

Самооцінка є складним особистісним утворенням і відноситься до фундаментальних властивостей особистості, яка постає важливим регулятором поведінки людини, від неї залежать стосунки з іншими людьми, з оточенням, відношення до успіхів і невдач, вона впливає на ефективність діяльності та подальший розвиток особистості. Виходячи з даного трактування та наявних результатів, можна стверджувати, що особи ОГ характеризувались неправильним ставленням до себе: або ідеалізували, або принижували власні здібності та можливості. В обох випадках вони занадто емоційно сприймали реальність, відрізнялись конфліктністю, завищеною вимогливістю

та нетерпимістю до інших, прагнули ідентифікувати себе з певною ідеологією, компенсуючи так власні негативні переживання та відчуваючи власну значимість. На відміну від них, для осіб з ГП1 притаманною була занижена самооцінка, що корелювало з результатами дослідження рівню їх самоповаги ($r \leq 0,7$, $p < 0,05$), та свідчило про наявність у них рис невпевненості, пасивності, боязкості, та ін., що також грало роль у виникненні в них стану психологічної дезадаптації.

Вивчення соціальної емпатичності проходилося, виходячи з того факту, що даний психологічний конструкт, який відноситься до категорії вищих моральних відчуттів та відіграє ключове значення у адекватній соціальній адаптації особистості, проявляється у здатності осягнення емоційних станів, переживань, позицій і намірів іншої людини, є однією із

Таблиця 8

Розподіл обстежених за інтегральним індексом соціальної емпатійності

Амплітуда інтегрального індексу соціальної емпатійності	ОГ, n=112			ГП1, n=109			ГП2, n=30		
	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал	А.к.	% ± m	сер. бал
високий (33 – 27 балів)	11* **	9,8±3,0	31,9	56	51,4±5,0	29,6	13	43,3±5,0	30,2
середній (26 – 19,5 балів)	35*	31,3±4,6	20,4	41	37,6±4,8	23,8	16	53,3±5,0	24,6
низький (19 – 10 балів)	66* **	58,9±4,9	13,3*	12	11,0±3,1	17,5	1	3,3±1,8	18

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$); ** - відмінності між ОГ і ГП1 достовірні (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$).

важливих складових когнітивної, емоційної та поведінкової сфер соціальної реалізації, яка значною мірою сприяє інтеграції індивіда у суспільне соціокультурне середовище, що є важливою складовою його психосоціального функціонування.

Аналіз показників соціальної емпатії (табл. 8) довів, що більшості осіб ОГ здатність до соціальної емпатичності не була притаманною: у 58,9% обстежених встановлені низькі її показники (сер. бал 13,3), у третини (31,3%) – середні, зі схильністю до низьких (судячи з середнього балу – 20,4 балів), і тільки 9,8% були встановлені високі її значення (сер. бал 31,9). На відміну від них, для обстежених ГП1 і ГП2 найбільш характерними виявились високі показники соціальної емпатійності (51,4% ГП1, сер. бал 29,6; 43,3% ГП2, сер. бал 30,2), переважної кількості інших – середні з тенде-

нцією до високих її значень (37,6% ГП1, сер. бал 23,8; 53,3% ГП2, сер. бал 24,6).

При вивченні рівню соціально-психологічної адаптивності (СПА), між здоровими респондентами та пацієнтами первинної медичної мережі встановлені достовірні розбіжності ($p < 0,05$). Так, серед осіб з ознаками психологічної дезадаптації, незалежно від рівню залученості до використання ТБ- й інтернет-ресурсів, високого рівню СПА ні в кого не встановлено (табл. 9). Для 62,5% осіб ОГ і 58,7% обстежених ГП1 були притаманні низький та нижче середнього рівні СПА, 25,9% ОГ і 34,9% ГП1 – середній її рівень. На відміну від них, серед здорових осіб у 36,7% мав місце високий рівень, у 30% – вище середнього, а в 33,3% – середній рівень СПА.

СПА – процес пристосування до соціального середовища, спрямований на збере-

Таблиця 9

Розподіл обстежених за рівнем соціально-психологічної адаптивності

Рівень соціально-психологічної адаптивності	ОГ, n=112		ГП1, n=109		ГП2, n=30	
	А.к.	% ± m	А.к.	% ± m	А.к.	% ± m
високий (8 – 10 балів)	–		–		11*	36,7±4,8
вище середнього (6 – 7 балів)	13*	11,6±3,2	7*	6,4±2,5	9	30,0±4,6
середній (5 балів)	29	25,9±4,4	38	34,9±4,8	10	33,3±4,7
нижче середнього (3 – 4 балів)	44*	39,3±4,9	35*	32,1±4,7	–	
низький (2 – 3 балів)	26*	23,2±4,2	29*	26,6±4,4	–	

Примітки: * - відмінності з ГП2 достовірні ($p < 0,05$)

ження й формування оптимального балансу між особою, її внутрішнім станом і навколишнім середовищем. Успішність СПА залежить від особливостей індивідуальних ресурсів та адекватності й ефективності стратегій їхнього застосування особистістю. Оптимальним для СПА є поєднання прийняття себе й інших з прагненням реалізувати власні ресурси та переконанням щодо власної самоефективності й сенсовності власного життя. Відповідно, викривлення СПА, або низький її рівень обумовлюються розбалансуванням процесів соціалізації та соціальної інтеграції завдяки дисконгруентності між наявними і необхідними для психологічними ресурсами індивіда, та є свідченням порушення його психосоціального функціонування, що спостерігалось серед обстежених ОГ й ГП1.

Висновки. В результаті дослідження встановлено, що пацієнтам первинної медичної мережі, в яких встановлені ознаки психологічної дезадаптації, притаманні порушення психосоціального функціонування, змістовна наповненість і вираженість яких різняться в залежності від залученості хворих до користування засобами КВ.

Особи, які мали напружений аддиктивний статус стосовно захоплення переглядом ТБ та користування інтернетом, внаслідок чого вони були вразливі до деструктивних впливів КВ, продемонстрували:

- значно вираженішу схильність до високого рівню соціальної й особистісної фрустрованості ($p < 0,05$), що проявлялось у вигляді вербальної агресії, роздратуванням, реакціями гніву, ворожості; втратою впевненості у

- власній безпеці, наявністю фрустраційних емоцій і фрустраційної поведінки;
- найбільшу за поширеністю і вираженістю незадоволеність власним функціонуванням в усіх сферах життєдіяльності ($p < 0,05$), особливо – в сфері соціальних відносин;
 - виражене відчуття розриву з власним соціальним середовищем, суб'єктивне відчуття самотності, невключеності в соціум та відчуження від важливих для них подій і процесів;
 - амбівалентність самоповаги з лабільністю співвідношення «самоповага – самоприниження», виражені тенденції до побудови неадекватних взаємин з їх власним мікро- і мезо- соціальним оточенням;
 - неадекватне ставлення до себе з амплітудою підвищеної або заниженої самооцінки, що проявлялось конфліктністю, завищеною вимогливістю та нетерпимістю до інших;
 - відсутність здатності до соціальної емпатичності, що робило їх нездатними до адекватної соціальної реалізації на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях та інтеграції у суспільне соціокультурне середовище;
 - розбалансування процесів соціалізації та соціальної інтеграції завдяки дисконгруентності між наявними і необхідними психологічними ресурсами у вигляді низької соціально-психологічної адаптивності.

На відміну від них, психосоціальне функціонування пацієнтів з низьким рівнем залу-

ченості до перегляду ТБ і користування інтернетом, характеризувалось середнім рівнем соціальної й особистісної фрустрованості, меншою вираженістю відчуття самотності й соціальної ізоляції, низькими показниками самоповаги й самооцінки, проте, високими – соціальної емпатичності, що, в цілому, формувало більші можливості для їх соціально-психологічної адаптації.

Отримані дані підтверджують наявність негативного впливу засобів КВ на стан психічного здоров'я цивільного населення, що потребує розробки заходів психокорекції та психопрофілактики дезадаптивних станів, обумовлених дією факторів КВ.

Перелік використаних джерел:

1. Косів М. Про особливості ведення інформаційно-психологічної війни проти України [Електронний ресурс] / М. Косів. – Режим доступу: <https://uainfo.org/blognews/1440922871-pro-osoblivosti-vedennya-informatsiyno-psihologichnoyi-viyni.html>
2. Месснер Е. Э. Хочешь мира – победи мятежovou / Е. Э. Месснер. – Военный университет. Русский путь, 2005. – 696 с.
3. Покальчук О. «Бій за душі»: Олег Покальчук про інформаційні та психологічні спецоперації у гібридній війні [Електронний ресурс] / О. Покальчук. – Режим доступу: <http://vilne.info/2016/11/28/>
4. Саєнко О. Г. Механізм інформаційно-психологічного впливу в умовах гібридної війни / О. Г. Саєнко // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. – 2015. – вип. 1. – С. 11 – 25.
5. Колодій А. Війна на ураження свідомості продовжу-

- ється [Електронний ресурс] / А. Колодій // Думки з приводу. Авторський проєкт Антоніни Колодій. – Режим доступу: <http://political-studies.com/?p=1311>
6. Сенченко О. Структури, засоби і моделі застосування концентральної зброї в системі соціальних комунікацій / О. Сенченко // Вісник Книжкової палати. – 2014. – № 7. – С. 1 – 6.
7. Громько Ю. Оружие, поражающее сознание, – что это такое? (перепечатка из альманаха «Россия – 2010») [Електронний ресурс] / Ю. Громько. – режим доступу: <http://www.pereplet.ru/text/grom0.html>
8. Информационная война: что такое знаниевая война. Юрий Громько на Вести ФМ. 22.10.2016 [Електронний ресурс]. – режим доступу: <http://shiffersinstitute.com/informacionnaya-vojna-chto-takoe-znaniyevaya-vojna-yuriy-gromyko-na-vesti-fm/>
9. Громько Ю. Миромыследеятельностный подход: Почему Россия может стать лидером глобального знаниевого проєкта. 29.09.2016 [Електронний ресурс] / Ю. Громько. – режим доступу: <http://zinoviev.info/wps/archives/2506>
10. Корсак Ю. Війна за свідомість: гармати відпочивають [Електронний ресурс] / Ю. Корсак // Дзеркало тижня. – 2015. – № 13 (10.04.2015). – режим доступу: <http://gazeta.dt.ua/HEALTH/viyna-za-svidomist-garmati-vidpochivayut-.html>
11. Гурвич И. Н. Тест нервно-психической адаптации / И. Н. Гурвич // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 46 – 53.
12. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы АУДИТ-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – № 6(49). – С. 33 – 45.
13. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана (в модификации В. В. Бойко) / Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: БАХРАХ-М, 2002. – С. 157 – 161.
14. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.
15. Клиническая психология / Под редакцией Б. Д. Карвасарского. – Издательство: Питер, 2006. – 960 с.
16. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества и социальной изолированности Д. Рассела и М. Фергюсона / Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: БАХРАХ-М, 2002. – С. 77 – 78.
17. Экспресс-диагностика уровня самооценки / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С. 53 – 54.
18. Rosenberg M. Self-Esteem Scale / M. Rosenberg // Measures of Social Psychological Attitudes / Ed. Robinson J.P., Shaver P.R. Ann Arbor: Institute for Social Research, 1972. – P. 98 – 101.
19. Диагностика социальной эмпатии / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С. 21 – 23.
20. Соціальна психологія: Курс лекцій. Практикум. Хрестоматія / П. А. Козляковський, А. П. Козляковський; Миколаїв. держ. гуманіт. ун-т ім. П.Могили комплексу «Києво-Могилян. акад.». – Миколаїв, 2005. – 424 с.
21. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.

References (Transliteration):

1. Kosiv M. Pro osoblivosti vedennya informatsiyno-psihologichnoi viyni proti Ukraїni [Elektronniy resurs] / M. Kosiv. – Rezhim dostupu: <https://uainfo.org/blognews/1440922871-pro-osoblivosti-vedennya-informatsiyno-psihologichnoyi-viyni.html>

2. *Messner E. E.* Khochesh mira – pobedi myatezhevoynu / E. E. Messner. – Voyenny universitet. Russkiy put. 2005. – 696 s.
3. *Pokalchuk O.* «Biy za dushi»: Oleg Pokalchuk pro informatsiyni ta psikhologichni spetsoperatsii u gibridniy viyni [Elektronniy resurs] / O. Pokalchuk. – Rezhim dostupu: <http://vilne.info/2016/11/28/>
4. *Saenko O. G.* Mekhanizm informatsiyno-psikhologichnogo vplivu v umovakh gidridnoi viyni / O. G. Saenko // Visnik Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prikordonnoi sluzhbi Ukraini. – 2015. – vip. 1. – S. 11 – 25.
5. *Kolodiy A.* Viyna na urazhennya svidomosti prodovzhuetsya [Elektronniy resurs] / A. Kolodiy // Dumki z privodu. Avtorskiy proyekt Antonini Kolodiy. – Rezhim dostupu: <http://political-studies.com/?p=1311>
6. *Senchenko O.* Strukturi, zasobi i modeli zastosuvannya konststionalnoi zbroi v sistemi sotsialnikh komunikatsiy / O. Senchenko // Visnik Knizhkovoi palati. – 2014. – № 7. – S. 1 – 6.
7. *Gromyko Yu.* Oruzhiye. porazhayushchiye soznaniye. – chto eto takoye? (perepechatka iz almanakha «Rossiya – 2010») [Elektronniy resurs] / Yu. Gromyko. – rezhim dostupu: <http://www.pereplet.ru/text/grom0.html>
Informatsionnaya vojna: chto takoye znaniyevaya vojna.
8. *Gromyko Yuriy* na Vesti FM. 22.10.2016 [Elektronniy resurs]. – rezhim dostupu: <http://shiffersinstitute.com/informacionnaya-vojna-chto-takoe-znaniyevaya-vojna-yurij-gromyko-na-vesti-fm/>
9. *Gromyko Yu.* Miromysledeyatelnostnyy podkhod: Pochemu Rossiya mozhет stat liderom globalnogo znaniyevogo proyekta. 29.09.2016 [Elektronniy resurs] / Yu. Gromyko. – rezhim dostupu: <http://zinoviev.info/wps/archives/2506>
10. *Korsak Yu.* Viyna za svidomist: garmati vidpochivayut [Elektronniy resurs] / Yu. Korsak // Dzerkalo tizhnya. – 2015. – № 13 (10.04.2015). – rezhim dostupu: http://gazeta.dt.ua/HEALTH/viyna-za-svidomist-garmati-vidpochivayut_.html
11. *Gurvich I. N.* Test nervno-psikhicheskoy adaptatsii / I. N. Gurvich // Vestnik gipnologii i psikhoterapii. – 1992. – № 3. – S. 46 – 53.
12. *Additivnyy status i metod ego kompleksnoy otsenki pri pomoshchi sistemy AUDIT-podobnykh testov* / [Linskiy I. V., Minko A. I., Artemchuk A. F. i dr.] // Psikhicheskoye zdorovye. – 2010. – № 6(49). – S. 33 – 45.
13. *Metodika diagnostiki urovnya sotsialnoy frustrirovanosti* L. I. Vassermana (v modifikatsii V. V. Boyko) / Raygorodskiy D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoye posobiye. – Samara: BAKhRAKh-M. 2002. – S. 157 – 161.
14. *Ilin E. P.* Emotsii i chuvstva / E. P. Ilin. – SPb.: Piter. 2001. – 752 s.
15. *Klinicheskaya psikhologiya* / Pod redaksiyey B. D. Karvasarskogo. – Izdatelstvo: Piter. 2006. – 960 s.
16. *Metodika diagnostiki urovnya subyektivnogo oshchuscheniya odinochestva i sotsialnoy izolirovannosti* D. Ras-sela i M. Fergusona / Raygorodskiy D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoye posobiye. – Samara: BAKhRAKh-M. 2002. – S. 77 – 78.
17. *Ekspress-diagnostika urovnya samootsenki* / Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuylov G.M. Sotsialno-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp. – M., Izd-vo Instituta Psikhoterapii. 2002. – C. 53 – 54.
18. *Rosenberg M.* Self-Esteem Scale / M. Rosenberg // Measures of Social Psychological Attitudes / Ed. Robinson J.P., Shaver P.R. Ann Arbor: Institute for Social Research. 1972. – P. 98 – 101.
19. *Dagnostika sotsialnoy empatii* / Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuylov G.M. Sotsialno-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp. – M., Izd-vo Instituta Psikhoterapii. 2002. – C. 21 – 23.
20. *Sotsialna psikhologiya: Kurs lektsiy. Praktikum. Khrestomatiya* / P. A. Kozlyakovskiy, A. P. Kozlyakovskiy; Mikolaiv. derzh. gumanit. un-t im. P.Mogili kompleksu «Kievo-Mogilyan. akad.». – Mikolaiv. 2005. – 424 c.
21. *Lapach S. N.* Statisticheskkiye metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispolzovaniyem Excel /

S. N. Lapach. A. V. Chubenko. P. N. Babich. – Kiyev: Morion. 2000. – 320 s.

Markov Arthur

Senior assistant of department of sexology and medical psychology, medical and psychological rehabilitation at Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv (Ukraine)

PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING FEATURES IN PRIMARY CARE PATIENTS ACCORDING TO INVOLVING BY MEANS OF CONSCIOUSNESS WAR

ABSTRACT

In recent years, Ukraine suffers from the hybrid war, the key point of which is psychological and information processing of the population through the use of techniques and methods consciousness war (CW) – "War of consciousness", one of the powerful factors of the destructive effect of which is the significant weakening of the psycho-social individuals barriers and social systems.

Purpose is to investigate the features of psychosocial functioning as one of the most vulnerable to the defeat as a result of consciousness influences spheres of life, in patients primary care, depending on the involvement of the use of CW means.

Contingent and methods. From the 393 patients somatic profile district clinics were selected 221 people with symptoms of psychological maladjustment. From the expression of passion to the TV viewing (TV), searching news on the Internet or reading periodicals surveyed were

divided into two groups: the main group (MG) – 112 patients primary care with signs of bending psycho-emotional sphere and high involvement to the use consciousness effects through TV, internet or printed periodicals, and the comparison group (CG) – 109 patients with symptoms of psychological maladjustment to the low use of TV, online or print media CW. The survey was carried out by a clinical-psychological and psychodiagnostic methods.

Results. Individuals who have had a tense addictive status relatively to hobbies watching TV and using the Internet, with the result that they were vulnerable to the destructive effects of CW, demonstrated a pronounced deformation of psychosocial functioning, which was reflected in a high level of social and personal frustration, expressed by dissatisfaction with the functioning in all spheres of life, a high degree of social exclusion with the subjective feeling of loneliness, inadequacy and ambivalence of self-esteem and self-confidence, lack of or low ability to social empathy and a low capacity for social and psychological adaptation.

Psychosocial functioning of patients the primary care with a low level of involvement to watching television and using the Internet, characterized by an average level of social and personal frustration, lower expression of feelings of loneliness and social isolation, low levels of self-esteem and self-confidence, however, high – social empathy that, in general, It formed the great potential of social and psychological adaptation.

Conclusion. The results confirm the presence of the negative influence of the CW on the condition of mental health of the civilian population, which requires the development of psycho-correction activities and psycho-maladaptive states, due to the action of CW factors.

Keywords: consciousness war, psychological maladjustment, psychosocial functioning.

Марков Артур Рубенович

Старший лаборант кафедри сексології, медичинської психології, медичинської і психологічної реабілітації Харківської медичинської академії післядипломного образования, г. Харків (Україна)

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ КОНСЦИЕНТАЛЬНОЙ ВОЙНЫ

Аннотация. В течение последних лет Украина страдает от гибридной войны, ключевым моментом которой является психологическая и информационная обработка населения путем использования приемов и способов консциентальной войны (КВ) – «войны за сознание», одним из мощных факторов деструктивного влияния которой является значительное ослабление психосоциальных барьеров индивидуумов и социальных систем.

Цель работы – исследовать особенности психосоциального функционирования, как

одной из сфер жизнедеятельности, наиболее уязвимых к поражению в результате консциентальных воздействий, у пациентов первичного звена оказания медицинской помощи, в зависимости от вовлеченности к использованию средств КВ.

Контингент и методы исследования. Из 393 пациентов общесоматического профиля районных поликлиник отобрано 221 человек с признаками психологической дезадаптации. По выраженности увлечения к просмотру телевидения (ТВ), поиску новостей в интернете или чтению периодической печати, обследованные были разделены на две группы: основную группу (ОГ) – 112 пациентов первичной медицинской сети с признаками дезадаптации психоэмоциональной сферы и высокой вовлеченностью к использованию консциентальных воздействий посредством ТВ, интернета или печатной периодики, и группу сравнения (ГС) – 109 больных с признаками психологической дезадаптации с низким уровнем использования ТВ, интернет или печатных ресурсов КВ. Обследование осуществлялось с помощью клинико-психологического и психодиагностического методов.

Результаты. Лица с напряженным аддиктивным статусом вследствие увлечения просмотром ТВ и использованием интернета, в результате чего они были уязвимы к деструктивным воздействиям КВ, продемонстрировали выраженную деформацию психосоциального функционирования, что выражалось в

высоком уровне социальной и личностной фрустрированности, выраженной неудовлетворенности функционированием во всех сферах жизнедеятельности, высокой степенью социальной изолированности с субъективным ощущением одиночества, неадекватности и амбивалентности самоуважения и самооценки, отсутствии или низкой способности к социальной эмпатичности и низкой способности к социально-психологической адаптации.

Психосоциальное функционирование пациентов первичной сети с низким уровнем вовлеченности к просмотру ТВ и пользованием интернета, характеризовалось средним уровнем социальной и личностной фрустрированности, меньшей выраженностью ощущения одиночества и социальной изоляции, низкими показателями самоуважения и самооценки, однако, высокими – социальной эмпатичности, что, в целом, формировало большие возможности социально-психологической адаптации.

Вывод. Полученные данные подтверждают наличие негативного влияния средств КВ на состояние психического здоровья гражданского населения, что требует разработки мероприятий психокоррекции и психопрофилактики дезадаптивных состояний, обусловленных действием факторов КВ.

Ключевые слова: консциентальна війна, психологическая дезадаптация, психосоциальное функционирование.