

УДК 616.891.7:159.97:613.861

*О. М. Хвисьок, М. В. Маркова, А. Р. Марков, Є. В. Кришталь, Н. К. Агішева, О. Г. Луценко,  
Б. Л. Гульман, Л. В. Зайцева, С. А. Мартиненко, Т. П. Даниленко, Г. С. Росінський*  
**КЛІНІЧНА СПЕЦИФІКА Й ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ  
У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ І КОНСЦІЕНТАЛЬНОЇ ВІЙНИ**

*А. Н. Хвисьок, М. В. Маркова, А. Р. Марков, Е. В. Кришталь, Н. К. Агішева, А. Г. Луценко,  
Б. Л. Гульман, Л. В. Зайцева, С. А. Мартыненко, Т. П. Даниленко, Г. С. Росинский*  
**Клиническая специфика и особенности психопатогенеза дезадаптивных состояний  
у гражданского населения в условиях социального стресса и концентриальной войны**

*О. Khvysiuk, M. Markova, A. Markov, Ye. Kryshstal, N. Ahisheva, O. Lutsenko,  
B. Gulman, L. Zaitseva, S. Martynenko, T. Danylenko, H. Rosinskyi*  
**Clinical features and specifics of psychopathogenesis of maladaptive states  
at civilians in social stress and consciousness war**

У роботі проведено дослідження клінічної специфіки й особливостей психопатогенезу дезадаптивних станів у цивільного населення, не залученого безпосередньо до воєнних дій (на моделі пацієнтів первинної ланки надання медичної допомоги), з різним рівнем залученості до користування засобами концентриальної війни (КВ).

Обстеження здійснювали за допомогою клініко-психологічного і психодіагностичного методів, кількість досліджуваних осіб становила 221 пацієнт загальносоматичного профілю районних поліклінік з ознаками психологічної дезадаптації. За вираженістю захопленості переглядом телебачення (ТБ), пошуком новин в Інтернеті або читанням періодичної преси обстежувані були поділені на дві групи: основну групу — 112 пацієнтів з високою залученістю до використання концентриальних впливів через ТБ, Інтернет або друковану періодику, та групу порівняння — 109 хворих з низьким рівнем використання ТБ, Інтернет або друкованих засобів КВ.

Отримані дані підтверджують наявність негативного впливу засобів КВ на стан психічного здоров'я цивільного населення, що потребує розроблення заходів психокорекції та психопрофілактики дезадаптивних станів, зумовлених дією факторів КВ. Мішенями психологічної корекції мають бути особистісні й поведінкові особливості, притаманні цьому контингенту.

**Ключові слова:** концентриальна війна, психологічна дезадаптація, клінічні особливості, чинники психопатогенезу

В работе проведено исследование клинической специфики и особенностей психопатогенеза дезадаптивных состояний у гражданского населения, не вовлеченного непосредственно в военные действия (на модели пациентов первичного звена оказания медицинской помощи), с различным уровнем вовлеченности в использование средств концентриальной войны (КВ).

Обследование осуществлялось с помощью клинико-психологического и психодиагностического методов, количество испытуемых составило 221 пациент общесоматического профиля районных поликлиник с признаками психологической дезадаптации. По выраженности увлеченности просмотром телевидения (ТВ), поиском новостей в Интернете или чтением периодической печати обследуемые были разделены на две группы: основную группу — 112 пациентов с высокой вовлеченностью в использование концентриальных воздействий через ТВ, Интернет или печатную периодику, и группу сравнения — 109 больных с низким уровнем использования ТВ, Интернета или печатных средств КВ.

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. Мишенями психологической коррекции должны быть личностные и поведенческие особенности, присущие данному контингенту.

**Ключевые слова:** концентриальная война, психологическая дезадаптация, клинические особенности, факторы психопатогенеза

It was a study of personality and behavioral characteristics of the civilian population not directly involved in hostilities (on the model of primary care patients) with different levels of involvement in the use of funds consciousness war (CW).

The survey was carried out by a clinical-psychological and psychodiagnostic techniques, the number of subjects was 221 general somatic profile patients of district clinics with symptoms of psychological maladjustment. From the expression of passion to the television viewing (TV), searching news on the Internet or reading periodicals surveyed were divided into two groups: the main group — 112 patients with high involvement to the use consciousness effects through TV, internet or printed periodicals, and the comparison group — 109 patients with symptoms of psychological maladjustment to the low use of TV, online or print media CW.

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. The targets of psychological correction of personality and behavioral characteristics specific to the contingent should be determined.

**Keywords:** consciousness war, psychological maladjustment, personality traits, resilience, coping behavior

За всю історію свого існування людство пережило більше 4,5 тисяч різноманітних війн. Здебільшого, це були класичні війни між державами або коаліціями із залученням значної кількості людських 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, участь у воєнних діях нерегулярних військових формувань і приватних військових ком-

паній, застосування непрямих й асиметричних способів дій, використання профінансованих і керованих ззовні політичних сил, суспільних рухів» [1, 2].

Засновник теорії і ідеолог гібридної війни, Є. Месснер, у середині минулого століття так характеризував війни майбутнього: «В прежних війнах важним считалось завоювання території. Впредь важнейшим будет почитаться завоювание 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...» [3, цит. за 2].

Як бачимо, в нашому сьогоденні 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 будь-якій 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 загалом [4].

Механізм інформаційно-психологічного впливу ґрунтується на маніпуляції свідомістю мас і внесенні у свідомість цілеспрямованої дезінформації. Інформаційно-психологічний вплив має на меті спотворити повідомлення про реальність, щоб, незважаючи на їх антиістинність, особистість сприймала їх як само собою зрозумілі і поступала б відповідно до цієї деформованої інформації [5].

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 [6].

Консцієнтальна війна (КВ) — це нова форма геополітичного протистояння, що здійснюється 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;
- знищення родової і культурної пам'яті людей, «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 єдиного можливої моделі життєдіяльності населення;
- знищення здатності ставити глобальні і стратегічні цілі — руйнування суб'єктності цілих етносів і народів;
- здійснення «цивілізаційної перевербовки» етносів і народів [7].

До ознак КВ відносять риси як-от:

- 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 ін. [6].

Враховуючи різнорівневість патологічного впливу КВ, зауважимо, 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 преважують 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 потрапляють 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 способом, 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 щодо ефективного розв'язання нових проблем, що постали в сфері її компетенції. На теперішній час відсутні дослідження, що розкривали б питання особливостей проявів і механізмів розвитку дезадаптивних соціально-стресових станів в умовах КВ, що унеможлиблює надання таким особам кваліфікованої медико-психологічної допомоги та психопрофілактику подібних хворобливих станів.

Мета роботи — встановити клінічну специфіку й особливості психопатогенезу дезадаптивних станів у цивільного населення, не залученого безпосередньо до воєнних дій (на моделі пацієнтів первинної ланки надання медичної допомоги), залежно від ступеня ураження засобами КВ, для підтвердження наявності патогенного впливу КВ та ідентифікації можливих патогенетичних мішеней їх психологічної корекції.

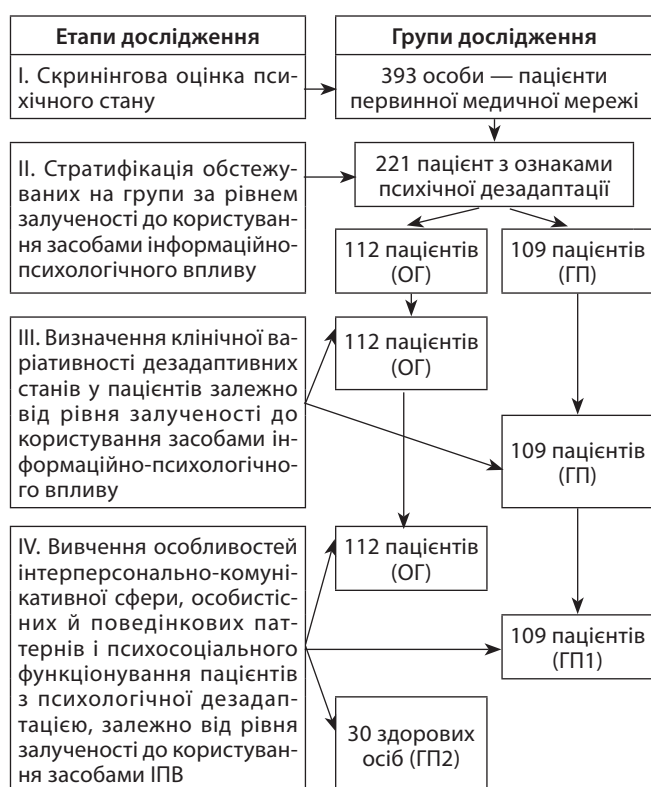
Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів етики і деонтології протягом 2014—2016 років методом випадкового відбору було обстежено 393 пацієнти загальносоматичного профілю декількох районних поліклінік м. Києва.

Обстеження здійснювалось за допомогою клініко-психологічного і психодіагностичного методів, та включало клінічне інтерв'ю і психодіагностику.

Дизайн дослідження передбачав наявність декількох етапів. Спочатку, за результатами скринінгового дослідження психічного стану суцільної вибірки пацієнтів первинної медичної мережі (393 особи), були відібрані респонденти з ознаками психологічної дезадаптації (221 особа) — перший етап. На другому етапі зазначені пацієнти були стратифіковані на групи залежно від рівня залученості до користування засобами КВ у вигляді екранних технологій як провідних засобів деструктивного впливу — телебачення (ТБ), Інтернету, періодичної

преси — 112 пацієнтів з високим рівнем, основна група (ОГ) і 109 осіб з низьким рівнем залученості, група порівняння (ГП1). Третій етап містив порівняльний аналіз психоемоційного стану й визначення клінічної варіативності дезадаптивних проявів у пацієнтів з різним рівнем користування засобами КВ. На подальших етапах роботи, для верифікації індивідуально-психологічних, поведінкових, інтерперсонально-комунікативних й психосоціальних особливостей в осіб з ознаками психологічної дезадаптації та різною схильністю до засобів КВ, було залучено ще одну групу порівняння (ГП2) — 30 здорових осіб без ознак надмірної схильності до користування засобами КВ, яку склали працівники медичних закладів, куди за допомогою зверталися обстежувані ОГ і ГП1.

Загальний дизайн дослідження та розподіл обстежуваних на групи наведено на рисунку.



#### Дизайн дослідження та розподіл обстежуваних на групи

Методичне забезпечення дослідження мало диференціацію залежно від етапу роботи. Після проведення первинної бесіди скринінг психічного стану здійснювали з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча [7]. Рівень психосоціального стресу визначали за однойменною методикою Л. Рідера [8], феноменологію дезадаптивного реагування встановлювали шляхом клінічного інтерв'ю та використання госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [9].

Залученість до користування засобами ІПВ діагностували за допомогою тестів TV-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з надмірною залученістю до перегляду телепередач), Internet-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з надмірним захопленням Інтернетом, крім ігор), Reading-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з надмірною залученістю до читання, окрім навчальної та професійної літератури), розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [10].

Особистісні властивості визначали за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника FPI, створеного Й. Фаренбергом (J. Fahrenberg), Х. Заргом (H. Selg) і Р. Гампелом (R. Hampel) [11]. Для отримання повної об'єктивної картини щодо індивідуально-психологічних властивостей респондентів, вивчали також їхню життєстійкість [12]. Діагностику поведінкових паттернів (особливостей копінг-поведінки) здійснювали з використанням методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [13].

Діагностику інтерперсонально-комунікативних особливостей здійснювали за допомогою таких психодіагностичних інструментів. Спочатку проводили визначення інтегральних форм комунікативної агресивності за однойменною методикою В. В. Бойка [14]. Далі, за іншою однойменною методикою В. В. Бойка, визначали домінуючі стратегії психологічного захисту в комунікаційній сфері [15], рівень ворожості (за шкалою Кука — Медлей, Cook-Medley Hostility Scale) [16] та рівень прийняття інших (за шкалою В. Фейя) [17].

Діагностику особливостей стану психосоціального функціонування обстежених здійснювали за допомогою методики визначення рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана в модифікації В. В. Бойка [18], методики визначення рівня особистісної фрустрованості (В. В. Бойко) [19] та методики діагностики задоволеності функціонуванням в різних сферах життєдіяльності І. Karler в адаптації Б. Карвасарського [20]. Також оцінювали рівень соціальної ізоляції за методикою Д. Рассела й М. Фергюсона [21], самоствлення (самооцінки) (за Н. П. Фетискиним, В. В. Козловим, Г. М. Мануйловим [22]), самоповаги (за шкалою М. Розенберга [23]) та соціальної емпатії (за Н. П. Фетискиним, В. В. Козловим, Г. М. Мануйловим [24]). Наприкінці визначали рівень соціально-психологічної адаптивності (за П. А. Козляковським [25]) й робили загальний висновок про стан психосоціального функціонування респондентів.

Отримані результати піддавали математико-статистичному обробленню за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows. Використовували параметричний і непараметричний методи статистичної обробки [26].

Отже, на першому етапі роботи, за результатами скринінгу стану психічної сфери, з загальної кількості обстежених було відібрано 221 особу з ознаками психологічної дезадаптації різного ступеня 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.

У 88 хворих (22,4 %) були встановлені окремі ознаки психологічної дезадаптації, що вказувало про донозологічну вираженість й несформованість симптомів дезадаптації, які, проте, розцінювались нами, згідно з рекомендацією автора методики, як несприятливі прогностичні ознаки щодо розвитку клінічно розгорнутого дезадаптивного стану. У 82 пацієнтів (20,9 %) діагностовано сформовану дезадаптацію, що, за рекомендацією авторів методики, трактувалось нами як прояви невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості. У 51 особи (13,0 %) встановлена наявність вираженої клінічно окресленої психопатологічної симптоматики, яка досягала не тільки синдромологічної, а й нозологічної оформленості.

На наступному етапі дослідження пацієнти з ознаками психологічної дезадаптації (221 особи) були обстежені нами з метою визначення залученості до користування засобами КВ. Отримані результати наведені в табл. 1, 2.

Таблиця 1. Розподіл обстежених за діапазоном шкідливості залученості до використання об'єктів КВ

Об'єкт ІПВ	Відносно безпечне вживання, 0—7 балів			Вживання зі шкідливими наслідками, 7—15 балів			Небезпечне вживання, 15—19 балів			Залежний стан, 20 і більше балів			Загальний середній бал
	абс.	% ± m	сер. бал	абс.	% ± m	сер. бал	абс.	% ± m	сер. бал	абс.	% ± m	сер. бал	
Всього пацієнтів, n = 221													
Телебачення	91	41,2 ± 4,9	5,3 ± 0,6	18	8,1 ± 2,7	8,2 ± 0,7	88	39,8 ± 4,9	16,1 ± 0,8	24	10,9 ± 3,1	20,1 ± 0,3	12,5 ± 0,5
Інтернет	99	44,8 ± 5,0	4,8 ± 0,4	10	4,5 ± 2,1	8,5 ± 0,9	57	25,8 ± 4,4	16,7 ± 0,7	55	24,9 ± 4,3	21,6 ± 0,8	13,1 ± 0,6
Періодика	139	62,9 ± 4,8	5,5 ± 0,2	39	17,6 ± 3,8	12,7 ± 0,3	43	19,5 ± 4,0	15,8 ± 0,4	—			8,2 ± 0,6

Таблиця 2. Порівняльний аналіз розподілу залученості до використання об'єктів КВ у хворих ОГ і ГП

Об'єкт ІПВ	Відносно безпечне вживання, 0—7 балів			Вживання зі шкідливими наслідками, 7—15 балів			Небезпечне вживання, 15—19 балів			Залежний стан, 20 і більше балів			Загальний середній бал
	абс.	% ± m	сер. бал	абс.	% ± m	сер. бал	абс.	% ± m	сер. бал	абс.	% ± m	сер. бал	
Основна група, n = 112													
Телебачення	—			—			88	78,6 ± 4,1	16,1 ± 0,8	24	21,4 ± 4,1	20,1 ± 0,3	18,1 ± 0,4
Інтернет	—			—			57	50,9 ± 5,0	16,7 ± 0,7	55	49,1 ± 5,0	21,6 ± 0,8	19,2 ± 0,5
Періодика	30	26,8 ± 4,4	6,2 ± 0,1	39	34,8 ± 4,8	12,7 ± 0,3	43	38,4 ± 4,9	15,8 ± 0,4	—			11,6 ± 0,9
Група порівняння, n = 109													
Телебачення	91	83,5 ± 3,7	5,3 ± 0,6	18	16,5 ± 3,7	8,2 ± 0,7	—			—			6,8 ± 0,6
Інтернет	99	90,8 ± 2,9	4,8 ± 0,4	10	9,2 ± 2,9	8,5 ± 0,9	—			—			7,0 ± 0,6
Періодика	109	100,0	4,7 ± 0,3	—			—			—			4,7 ± 0,3

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює  $p \leq 0,05$

З даних табл. 1 випливає, що серед загальної кількості обстежених у 112 осіб з високим рівнем залученості до користування засобами КВ, які були віднесені нами до ОГ дослідження, було встановлено небезпечне вживання або залежний стан від використання об'єктів ІПВ як-от: ТБ (88 осіб, 39,8 % від загальної кількості обстежуваних — небезпечне вживання; 24 особи, 10,9 % — залежність) та Інтернет (57 осіб, 25,8 % — небезпечне вживання; 55 осіб, 24,9 % — залежний стан). До того ж, у 43 з них був виявлений небезпечний рівень користування інформацією з періодичної преси (19,5 %). Інші респонденти (ГП1) показали невисоку залученість або, взагалі, відсутність інтересу до користування засобами інформаційно-психологічного впливу: відносно безпечний рівень залучення до користування періодичною пресою був виявлений у всіх 109 осіб групи ГП1; відносно безпечне вживання ТБ було діагностовано у 91 особи (41,2 % від загальної кількості обстежуваних), Інтернету — у 99 осіб (44,8 %), тоді як вживання зі шкідливими наслідками виявлено щодо ТБ у 18 осіб (8,1 %), та у 10 осіб (4,5 %) — щодо Інтернету.

В осіб ОГ загальний середній бал залученості до використання об'єктів ІПВ склав: за ТБ — 18,1, за Інтернетом — 19,2, за періодичною пресою — 11,6 бали, що було свідченням напруженості їхнього аддиктивного статусу ( $p \leq 0,05$ ). Небезпечний рівень залучення до перегляду ТБ виявлено у 88 осіб ОГ (78,6 %), Інтернетом — у 57 (50,9 %), періодикою — у 43 (38,4 %) обстежених. Майже у чверті пацієнтів ОГ був діагностований стан залежності від перегляду ТБ (24 особи, 21,4 %), а у половини — від користування Інтернетом (55 осіб, 49,1 %). Потреби читання періодики на рівні залежного стану не виявлено в жодного обстеженого. Серед пацієнтів ОГ середня вираженість шкідливості захоплення об'єктами ІПВ була незначно вища за Інтернетом, порівняно з ТБ (в діапазоні небезпечного вживання — 16,7 проти 16,1 бали; в діа-

пазоні залежності — 21,6 проти 20,1 бали). Середня вираженість залученості до читання періодики становила 15,8 бали, що було практично граничною межею між вживанням зі шкідливими наслідками та небезпечним рівнем вживання.

Надмірна залученість до користування засобами ІПВ у осіб ОГ проявлялась у необхідності та систематичності перегляду ТБ або пошуку новин в Інтернеті, навіть, коли це ставало перепоною для виконання людиною сімейних або професійних обов'язків; появою ознак відміни при неможливості отримати свіжу інформацію у звичний час (роздратованості, відсутності апетиту, порушень сну, тривоги, туги та ін.); наявністю мотиваційної домінанти до пошуку інформації та потреби обговорення її з іншими через відкладання усіх інших важливих справ; агресія до людей, які мають іншу думку з приводу суспільно-політичної оцінки сучасних подій; нездатність відмовитись від пошуку нової інформації через погане самопочуття або необхідність виконання іншої діяльності.

Більшість хворих ГП1 мали показники залучення до користування об'єктами ІПВ на рівні відносно безпечного вживання: ТБ — 91 особа (83,5 %), Інтернетом — 99 осіб (90,8 %), періодикою — усі обстежені (100 %). Загальний середній бал використання ТБ склав у них 6,8 бали, Інтернету — 7,0 балів, періодики — 4,7 бали ( $p \leq 0,05$ ). Ці пацієнти не цікавилися політичними та суспільними подіями, навіть, сторонилися подібної інформації, мотивуючи тим, що не хочуть хвилюватися, бо, незалежно від рівня їх обізнаності та емоційного реагування, все одно змінити нічого не зможуть. Вони були зосереджені на власних проблемах і власному здоров'ї.

Аналіз вираженості психологічної дезадаптації у обстежуваних різних груп виявив достовірні ( $p \leq 0,05$ ) відмінності (рис. 2). Серед осіб ОГ окремі ознаки дезадаптації спостерігались приблизно у чверті хворих

(24,1 %), у інших порівню спостерігались сформована (38,4 %) або виражена (37,5 %) дезадаптація психоемоційної сфери. На відміну від них, серед осіб ГП більш ніж у половини (56,0 %) були виявлені окремі дезадаптивні прояви, у решти — здебільшого сформована (у 35,8 %), і тільки у 8,3 % випадків — виражена дезадаптація. Отже, можна стверджувати, що тяжкість і вираженість дезадаптивних проявів виявились більшими у пацієнтів ОГ, порівняно з ГП.

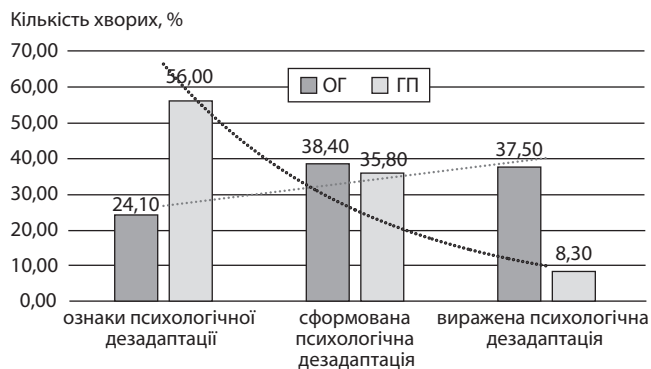


Рис. 2. Структура психологічної дезадаптації, виявленої у хворих ОГ і ГП, %

За рівнем вираженості психосоціального стресу обстежені різних групи також мали достовірні розбіжності (табл. 3). Зокрема, високий рівень стресового реагування був виявлений у 72,3 % осіб ОГ і 22,9 % обстежених ГП; середній — відповідно, у 27,7 % і 45,0 %; низький рівень було діагностовано тільки серед респондентів ГП — в 32,1 % випадків. Загальний середній бал вираженості психосоціального стресу становив 2,6 бали в ОГ, що свідчило про наявність у них високого рівня стресового реагування (діапазон високих значень 2,1—3,0 балів), та 0,9 у ГП, що демонструвало низький рівень психосоціального стресу (діапазон низьких значень 0—1,08 бали).

Таблиця 3. Результати оцінки рівня стресу в обстежених

Рівень стресу	ОГ, n = 112			ГП, n = 109		
	абс.	% ± m	сер. бал	абс.	% ± m	сер. бал
високий	81*	72,3 ± 4,5	2,8*	25	22,9 ± 4,2	2,3
середній	31*	27,7 ± 4,5	1,9	49	45,0 ± 5,0	1,7
низький	—			35*	32,1 ± 4,7	0,6*
Загальний середній бал			2,6*			0,9

Примітка. \* — Міжгрупові розбіжності достовірні,  $p < 0,01$

Наявність високого рівня психосоціального стресу зумовлювала розвиток синдрому психоемоційного напруження, що у сполученні з напруженістю аддиктивного статусу ставало підґрунтям більшої вираженості провідних психопатологічних феноменів та специфіки синдромогенезу у пацієнтів ОГ.

За аналізом результатів оцінення психічного стану обстежених із використанням шкали HADS встановлено, що у пацієнтів ОГ як тривожні, так і депресивні симптоми досягали клінічно значущого рівня (середній рівень тривоги — 13,52 бали, депресії — 13,38 бали), тоді як серед осіб ГП тривожні прояви були на субклінічному рівні

(середній показник 9,54 бали), а депресивні — на межі клінічної/субклінічної вираженості (середній показник 10,39 бали) ( $p < 0,01$ ).

Серед симптомів тривожного кола в обстежених ОГ достовірно ( $p < 0,05$ ) вищими були скарги на постійне відчуття напруженості (середній показник — 2,09 бали, у ГП — 1,51 бали), відчуття страху та постійного очікування чогось жахливого (середній показник ОГ — 2,13 бали, ГП — 1,43 бали), неспокійні думки (середній показник ОГ — 1,98 бали, ГП — 1,45 бали), внутрішнє напруження та тремтіння (середній показник ОГ — 2,08 бали, ГП — 1,31 бали). Між ознаками депресії достовірно ( $p < 0,01$ ) вищим у осіб ОГ було відчуття ангедонії (те, що раніше приносило задоволення, зараз не спричиняє позитивних переживань) (середній показник ОГ — 2,06, ГП — 1,15 бали). Відмінності вираженості інших депресивних симптомів не мали достовірної різниці між пацієнтами ОГ і ГП, хоча кількісні середні значення за усіма показниками (окрім степеня за власною зовнішністю) були формально більшими в обстежених ОГ.

На ґрунті узагальнення отриманої інформації нами виокремлено два провідних психопатологічних феномени, що визначали клінічну специфіку психопатологічних проявів, притаманних хворим — тривожний (108 пацієнтів — 48,9 %) і астеничний (113 осіб — 51,1 %). Синдромологічна структура психопатологічних проявів дезадаптації наведена в табл. 4.

Таблиця 4. Синдромологічна структура дезадаптивних станів у пацієнтів ОГ і ГП

Провідний синдром	ОГ, n = 112		ГП, n = 109	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Тривожно-депресивний	37	33,0 ± 4,7	24	22,0 ± 4,1
Тривожно-дисфоричний	43	38,4 ± 4,9	4	3,7 ± 1,9
Астено-депресивний	19	17,0 ± 3,8	46	42,2 ± 4,9
Астено-іпохондричний	13	11,6 ± 3,2	35	32,1 ± 4,7

Отже, патологічна тривога була реалізована тривожно-депресивним (33,0 % хворих ОГ і 22,0 % осіб ГП) і тривожно-дисфоричним (38,4 % обстежених ОГ і 3,7 % осіб ГП) синдромами. Астеничні прояви були виражені астено-депресивним (17,0 % осіб ОГ і 42,2 % осіб ГП) і астено-іпохондричним (11,6 % респондентів ОГ і 32,1 % хворих ГП) синдромами.

Тривожно-депресивний синдром характеризувався високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на загальному гіпотимному тлі, тривожні реакції формувалися на тлі вираженого депресивного компонента. Пацієнти висловлювали скарги на занепокоєння, тривогу (за близьких людей, власне майбутнє та ін.), почуття негарздів, що наближаються, поганий настрій, психоемоційне напруження, відсутність апетиту. На тлі вираженої гіпотимії у пацієнтів спостерігались побоювання з приводу соматичного здоров'я, а також тривожні побоювання щодо соціальних аспектів життя.

Тривожно-дисфоричний синдром характеризувався постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злості і люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначали високий рівень агресивності, прагнення «зігнати» на оточуючих дратівливість та запальність, що їх охоплювали.

У пацієнтів із астено-депресивними проявами спостерігалось зниження настрою, порушення сну й апетиту.

У структурі депресивного афекту істотне місце займали астеничні скарги, часто з вираженими дисфоричними спалахами, дратівливою слабкістю, сльозливістю, сентиментальністю. Пацієнти багато часу проводили в ліжку, вважали своє життя безглуздом, себе називали інвалідами. З'являлися швидка стомлюваність, дратівливість, плаксивість. У пацієнтів порушувався сон, знижувався апетит. Астено-депресивний синдром проявлявся у вигляді скарг на погані, пригнічений настрій, зниження працездатності, швидку стомлюваність. Усі ці симптоми відзначалися поряд з порушеннями сну, вегетативними розладами, нерідко — на тлі частого головного болю.

Прояви *астено-іпохондричного* синдрому поєднувалися з порушеннями сну; виявлялася фрустрація з приводу невдач або психологічних проблем у професійній діяльності та особистому житті. Такі пацієнти пред'являли скарги на загальну слабкість, погане самопочуття і настрої, зниження працездатності, погіршення пам'яті та низький рівень концентрації уваги, які зазвичай поєднувалися, поряд з підвищеною турботою про своє здоров'я, з безліччю скарг соматичного характеру при майже повній відсутності об'єктивних ознак важкого соматичного захворювання.

Підсумовуючи результати вивчення особливостей психоемоційної сфери в обстежених, можна констатувати, що проведене дослідження дозволило встановити розбіжності вираженості та клінічного наповнення дезадаптивних станів у пацієнтів первинної медичної мережі залежно від залучення до використання інформаційно-психологічних впливів. Пацієнти, які виявили високий рівень захоплення переглядом ТБ та користування Інтернетом, внаслідок чого були вразливі до деструктивних впливів КВ, продемонстрували більшу вираженість психопатологічних проявів дезадаптивних станів, порівняно з хворими з безпечним рівнем використання ТБ і Інтернету. У більшості з них була характерною сформована, або виражена дезадаптація, тоді як для більшості хворих, що не захоплювались користуванням засобів КВ, характерними виявились окремі дезадаптивні прояви. У хворих, вразливих до дії засобів КВ, провідним психопатологічним феноменом виявилась тривога з переважанням дисфоричного або депресивного радикалів, у хворих іншої групи — астеничні прояви (астено-депресивний або астено-іпохондричний синдроми).

Подальше дослідження дозволило встановити таке.

Пацієнтам первинної медичної мережі з ознаками психологічної дезадаптації виявились притаманними своєрідні індивідуально-психологічні й поведінкові особливості, які, будучи предикторами наявних в них дезадаптивних станів, є одночасно базовими мішенями їх психологічної корекції та, в разі здійснення медико-психологічних заходів, можуть стати їх превенторами.

Було доведено, що викривлення індивідуально-психологічних й поведінкових властивостей, притаманні пацієнтам первинної медичної мережі, мали різну змістовну наповненість і вираженість залежно від залученості хворих до користування засобами КВ.

Для осіб з психологічною дезадаптацією, які мали напружений аддиктивний статус щодо захоплення переглядом ТБ та користування Інтернетом, внаслідок чого вони були вразливі до деструктивних впливів КВ, були характерні:

— своєрідний особистісний профіль, умовно визначений нами як *деструктивно-екстрапунітивно-дезорганізуючий*, який складався з високої дратівливості, невротичності, реактивної і спонтанної агресивності,

емоційної лабільності, маскулінності, депресивності й екстраверсії, на тлі низької сором'язливості, врівноваженості й комунікабельності ( $p < 0,05$ ), та визначав наявність дезадаптивного стану з втратою контролю над потягами, підвищеною тривожністю й дезорганізацією поведінки;

— низька особистісна життєстійкість ( $p < 0,05$ ), що зумовлювала:

— неспроможність до саморегуляції, нездатність успішно долати стресові ситуації, діяти в умовах невизначеності, а також брак особистісного потенціалу;

— стан психоемоційного напруження і фізіологічного стресу, підвищену тривожність, емоційну лабільність, схильність до негативних та агресивних афектів;

— ригідність, фіксованість на травматичних і негативних переживаннях;

— перманентне незадоволення собою, брак відчуття особистісної значимості, нездатність адекватно впоратися з будь-якими життєвими труднощами та побудувати адекватні відносини з оточуючими, наявність хибного уявлення перебування «поза справжнім життям»;

— втрату контролю над власним життям, стан безпомічності і пасивності, нездатність брати на себе відповідальність за власні дії та життя загалом, стан «виученої (набутої) безпорадності», з несамостійністю, віктимністю і втратою віри у власні сили та в можливість здійснення власних зусиль для досягнення будь-яких змін;

— негативне світосприйняття та втрата відчуття осмисленості життя;

— неадаптивні когнітивні, емоційні і поведінкові копінг-стратегії ( $p < 0,05$ ).

Зазначені поєднання особистісних й поведінкових паттернів визначали особливості їхнього екстрапунітивного реагування та створювали в них постійне відчуття базальної тривоги й відсутність базового відчуття безпеки, яких вони намагались позбутися через прилучення до засобів КВ та ідентифікацію з якоюсь ідеєю або особою, яких сприймали архетиповими.

Пацієнти з психологічною дезадаптацією та низьким рівнем залученості до перегляду ТБ і користування Інтернетом характеризувались такими індивідуально-психологічними й поведінковими особливостями:

— специфічним особистісним профілем, умовно означеним нами як *деформуюче-інтрапунітивно-дисфункціональний*, який поєднував підвищення невротичності, емоційної лабільності, дратівливості, депресивності на тлі середньої вираженості спонтанної агресивності, комунікабельності, маскулінності, сором'язливості й врівноваженості та низької — реактивної агресивності й екстраверсії ( $p < 0,05$ ), та визначав наявність дезадаптивного стану, що супроводжувався швидким виснаженням, астенизацією й підвищеною тривожністю;

— брак особистісної життєстійкості ( $p < 0,05$ ), що знижувало їхню здатність до стрес-опору та можливість адекватно діяти в ситуаціях невизначеності, провокувало емоційне напруження й схильність до швидкої виснажливості, відчуття невпевненості в собі, низьку толерантність до фрустрації, недостатню саморегуляцію;

— відносно адаптивні когнітивні і емоційні стратегії в поєднанні з неадаптивними, відносно адаптивними і адаптивними поведінковими копінг-стратегіями ( $p < 0,05$ ).

Сполучення зазначених особливостей мало патогенетичний вплив на формування в них психологічної дезадаптації, шляхами амортизації якої була соматизація психологічних симптомів з астенизацією та схильність до інтрапунітивного реагування.

Також було доведено, що пацієнти первинної медичної мережі, які мали ознаки психологічної дезадаптації, значно різнилися за станом їхніх інтерперсонально-комунікативних властивостей, залежно від залученості їх до користування засобами інформаційно-психологічної війни.

Особи, які мали напружений аддиктивний статус щодо захоплення переглядом ТБ та користування Інтернетом, продемонстрували виражену деформацію інтерперсонально-комунікативної сфери, що виражалось у схильності до високої комунікативної агресивності — як загалом, так і за окремими її параметрами, домінуванні агресії як провідної стратегії психологічного захисту у спілкуванні, високому рівні цинізму, агресивності і ворожості, а також нетолерантності й неприйнятті людей з іншою точкою зору ( $p < 0,05$ ).

Інтерперсонально-комунікативна сфера пацієнтів первинної мережі з низьким рівнем залученості до перегляду телебачення і користування Інтернетом, практично за усіма параметрами, була подібною до показників здорових респондентів, окрім аутоагресивності, що зумовлювало їхню неадекватно підвищену вимогливість до себе та власних емоційних проявів ( $p < 0,05$ ). За усіма іншими ознаками вони характеризувались середньо низькими значеннями комунікативної агресивності, домінуванням захисних психологічних механізмів у спілкуванні за типами миролюбності або уникнення, низькими — цинізмом, агресивністю та ворожістю, а також високим рівнем прийняття та толерантності до інших ( $p < 0,05$ ).

Також виявлено, що пацієнтам первинної медичної мережі, в яких встановлені ознаки психологічної дезадаптації, притаманні порушення психосоціального функціонування, змістовна наповненість і вираженість яких різняться залежно від залученості хворих до користування засобами КВ.

Особи, які мали напружений аддиктивний статус щодо захоплення переглядом ТБ та користування Інтернетом, продемонстрували:

- значно вираженішу схильність до високого рівня соціальної й особистісної фрустрованості ( $p < 0,05$ ), що проявлялось у вигляді вербальної агресії, роздратування, 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 оточенням, 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 мезосоціальним 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 залученості до перегляду ТБ і користування Інтернетом характеризувалось середнім рівнем соціальної й особистісної фрустрованості, меншою вираженістю відчуття самотності й соціальної ізоляваності, низькими показниками самоповаги й самооцінки, проте, високими — соціальної емпатичності, що загалом формувало більшi можливості для їх соціально-психологічної адаптації.

Отримані дані підтвердили наявність негативного впливу засобів КВ на стан психічного здоров'я цивільного населення, та потребу в розробленні заходів психокорекції та психопрофілактики дезадаптивних станів, зумовлених дією чинників КВ.

Ми переконані, що виокремлені особистісні, поведінкові, інтерперсонально-комунікативні й психосоціальні особливості пацієнтів первинної медичної мережі з психологічною дезадаптацією, що є динамічними індивідуально-психологічними конструктами, треба розглядати як мішені медико-психологічної корекції та психологічної підтримки цивільного населення в умовах КВ, диференційованої залежно від рівня залученості до користування засобами консцієнтального впливу.

#### Список літератури

1. Марков А. Р. Особливості психосоціального функціонування у пацієнтів первинної медичної мережі в залежності від залученості до користування засобами консцієнтальної війни // Психологічний часопис. 2016. № 2 (4). С. 189—210.
2. Косів М. Про особливості ведення інформаційно-психологічної війни проти України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://uainfo.org/blognews/1440922871-pro-osoblivosti-vedennya-informatsiyno-psiologichnoyi-viyini.html>
3. Месснер Е. Э. Хочешь мира — победи мятежной! Творческое наследие Е. Э. Месснера. — Москва: Военный университет; Русский путь, 2005. 696 с. (Российский военный сборник. Вып. 21).
4. Покальчук О. «Бій за душу»: Олег Покальчук про інформаційні та психологічні спецоперації у гібридній війні [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://vilne.info/2016/11/28/>
5. Саенко О. Г. Механізм інформаційно-психологічного впливу в умовах гібридної війни // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2015. Вип. 1. С. 11—25.
6. Колодій А. Війна на ураження свідомості продовжується [Електронний ресурс] // Думки з приводу. Авторський проєкт Антоніни Колодій. Режим доступу: <http://political-studies.com/?p=1311>
7. Гурвич И. Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. 1992. № 3. С. 46—53.
8. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації). Київ, 2007. 12 с.
9. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. Харьков: «Торнадо», 2003. 349 с.
10. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Психическое здоровье. 2010. № 6(49). С. 33—45.
11. Практическая психодиагностика (методики и тесты) / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара: Бахрах-М, 1999. 672 с.
12. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости // Москва: Смысл, 2006. 63 с.
13. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского. 4-е изд. СПб.: Питер, 2011. 864 с.
14. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Определение интегральных форм коммуникативной агрессивности (В. В. Бойко) // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Москва: Академия, 2002. С. 132—135.