УДК 159.97::613.861

А. Р. МАРКОВ

ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНА СКЛАДОВА В ГЕНЕЗІ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВІЙНИ

ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України

Визначено особливості інтерперсонально-комунікативної сфери пацієнтів первинної медичної мережі залежно від залученості їх до використання засобів інформаційно-психологічної війни. Установлено, що хворі з високим рівнем захоплення телебаченням та Інтернетом мали виражену деформацію інтерперсонально-комунікативної сфери, що виражалось у схильності до високої комунікативної агресивності. Отримані дані підтверджують наявність негативного впливу засобів інформаційно-психологічної війни на стан психічного здоров'я цивільного населення та потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: інформаційно-психологічна війна, психологічна дезадаптація, інтерперсонально-комунікативна сфера.

XXI століття — епоха інформаційних технологій (ІТ) та глобальних інтеграційних процесів. ІТ застосовуються майже в усіх сферах суспільного життя, що робить суспільство і кожного конкретного індивіда все більш залежним від інформації, вони стають засобом маніпулювання масовою свідомістю, впливу та управління людьми [1].

Цей тренд, характерний в цілому для усього світу, в Україні, на жаль, реалізовується за найбільш несприятливим сценарієм через гібридну війну, яку протягом останніх років веде проти нашої держави Російська Федерація. Ключовим елементом такої війни є психологічна та інформаційна «обробка» місцевого населення шляхом використання прийомів і способів інформаційно-психологічної війни (ІПВ).

На теперішній час ІПВ вважається найефективнішим засобом досягнення й забезпечення розвиненими країнами власних цілей та інтересів, вона ведеться постійно як у мирний, так і воєнний час, має прямий, безпосередній вплив на усі життєво важливі сфери діяльності країни-супротивника [2].

За даними фахівців, від 45 до 75% інформації, яка поширюється в нашому інформаційному полі, має ознаки цілеспрямованої зовнішньої маніпуляції, є проявом ІПВ, спрямованої проти нашої держави [3, 4].

Наслідків ІПВ зазнає практично усе населення України [1, 2, 5, 6], яке поділяється на тих, хто став безпосереднім суб'єктом комбінованого її впливу та власного негативного досвіду (бійці АТО, члени родин бійців, родичі загиблих бійців, військовополонені, заручники та їхні родичі, тимчасово переміщені особи, родичі біженців, які їх приймають; населення, яке проживає на територіях бойових дій; медичні працівники, які надають допомогу пораненим, волонтери) та усіх інших — суб'єктів класичного впливу ІПВ через опосередковані інформаційні потоки. Ці дані відповідають наявній тенденції прогресивного збільшення кількості осіб, що потребують спеціалізованої допомоги через негативний вплив психотравмуючих чинників унаслідок воєнних конфліктів, серед населення, яке не бере в них безпосередню участь: якщо в період Першої світової війни серед цивільного населення, не задіяного у бойових діях, 5% потребувало спеціалізованих заходів допомоги, то в умовах сучасних війн кількість таких осіб сягає 90% населення [7–9].

Досвід війни за незалежність Хорватії (1991–1995) свідчить про те, що прямі покази до надання екстреної спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги після психотравми (розлади адаптації та посттравматичний стресовий розлад) серед усього населення мали 700 тис. осіб (загальна кількість населення країни дорівнює 4 млн 254 тис.), її реально отримав 1% пацієнтів. Крім того, ще 700 тис. людей, в яких спостерігалися менш виражені окремі прояви порушень психічної сфери внаслідок психотравмуючих стресових ситуацій (стани психологічної дезадаптації, соціально-стресові розлади), також була необхідна кваліфікована медико-психологічна допомога, але вони не отримали її взагалі [9, 10].

Особливість інформаційно-психологічних впливів на індивідуальну свідомість полягає в тому, що вони не розцінюються самою людиною як загрози, але можуть призвести до взаємозалежних змін двох видів: по-перше, це деградація

www.mps.kh.ua

© А. Р. МАРКОВ, 2016

особистості, зі спрощенням форми відображення дійсності та зниженням рівня актуалізації потреб (за ієрархією А. Маслоу) від вищих до фізіологічних та побутових; по-друге, це зрушення в цінностях, життєвих позиціях, орієнтирах і світогляді, формування проявів девіантної антисоціальної поведінки [1, 2].

Крім того, серед негативних медико-психологічних наслідків ІПВ, які спостерігаються зараз серед населення України, найбільш значущим стає високий ризик поширення і розвитку різноманітних порушень психічної сфери, серед 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 і курації таких пацієнтів стає відсутність наочного зв'язку між етіологічним чинником захворювання та його клінічними проявами, які до того ж у багатьох випадках соматизуються та взагалі не потрапляють у поле зору фахівців із психічного здоров'я. Такі пацієнти, як і хворі з класичними психосоматозами, звертаються до лікарів загальносоматичного профілю, які теж не можуть ідентифікувати реальну причину наявного дезадаптивного стану, таким чином, через неотримання патогенетичної терапії відбувається погіршення стану пацієнта, що спричиняє наступний виток «порочного кола» патологічних взаємозв'язків, посилений продовженням впливу ІПВ.

Сучасна медична психологія не в змозі адекватно відповісти на виклики реальної клініко-психологічної практики щодо ефективного вирішення нових проблем, які постали у сфері її компетенції. На теперішній час відсутні дослідження, що розкривали б питання особливостей проявів і механізмів розвитку дезадаптивних соціально-стресових станів в умовах ІПВ, що унеможливлює надання таким особам кваліфікованої медико-психологічної допомоги та психопрофілактики подібних хворобливих станів.

Мета роботи — дослідити особливості інтерперсонально-комунікативної сфери як однієї з найбільш вразливих до дії наслідків ІПВ у пацієнтів первинної медичної мережі залежно від залученості до використання засобів ІПВ.

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів етики і деонтології протягом 2014–2016 рр. було проанкетовано 393 пацієнтів загальносоматичного профілю центральних районних поліклінік кількох районів Лівого берега м. Києва, з яких за результатами скринінгу стану психічної сфери було відібрано 221 особу з ознаками психологічної дезадаптації різного ступеня вираженості. Із них 89 (40,3%) пацієнтів зверталися по медичну допомогу до невропатолога, 79 (35,7%) — перебували під наглядом кардіолога, 53 (24,0%) — лікувались у гастроентеролога.

Обстеження здійснювалося з використанням клініко-психологічного і психодіагностичного методів. Після проведення первинної бесіди оцінку психічного стану пацієнтів здійснювали шляхом клінічного інтерв'ю за тестом «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча [11]. Залученість до використання засобів ІПВ діагностували за допомогою тестів TV-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із надмірною залученістю до перегляду телепередач), Internet-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з надмірним захопленням Інтернетом, окрім ігор), Reading-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із надмірним захопленням читанням, окрім навчальної та професійної літератури), розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [12].

Провівши аналіз інформаційно-психологічного впливу серед обстеженого контингенту, ми виділили дві групи осіб з ознаками психологічної дезадаптації, але з різним ступенем «використання» засобів ІПВ, що і стало критерієм їх стратифікації. Отже, серед загальної кількості обстежених з ознаками психологічної дезадаптації у 112 осіб було встановлено небезпечне вживання або залежний стан від використання таких об'єктів ІПВ, як телебачення (ТБ) (88 (39,8%) осіб — небезпечне вживання; 24 (10,9%) — залежне) та Інтернет (57 (25,8%) — небезпечне вживання; 55 (24,9%) — безпечне). До того ж у 43 (19,5%) пацієнтів було виявлено небезпечний рівень користування інформацією з періодичної преси. Цих осіб було віднесено нами до основної групи (ОГ) дослідження. Інші респонденти показали невисоку залученість або взагалі відсутність інтересу до користування засобами інформаційно-психологічного впливу: безпечний або невисокий рівень залучення до користування періодичною пресою був у 178 осіб; безпечне вживання ТБ та Інтернету — у 109 пацієнтів (ТБ — 91 (41,2%) особа — безпечне, 18 (8,1%) — невисоке залучення; Інтернет — 99 (62,9%) і 10 (4,5%) відповідно). Зазначені опитувані становили групу порівняння 1 (ГП1).

Для верифікації особливостей інтерперсонально-комунікативної сфери в осіб з ознаками психологічної дезадаптації та різною схильністю до засобів ІПВ на цьому етапі роботи нами було виділено групу порівняння 2 (ГП2) — 30 здорових осіб без ознак надмірної схильності до використання засобів ІПВ, це були працівники медичних закладів, куди по допомогу зверталися обстежені ОГ і ГП1.

Загальний дизайн дослідження та розподіл обстежених за групами наведено на рис. 1.

www.mps.kh.ua

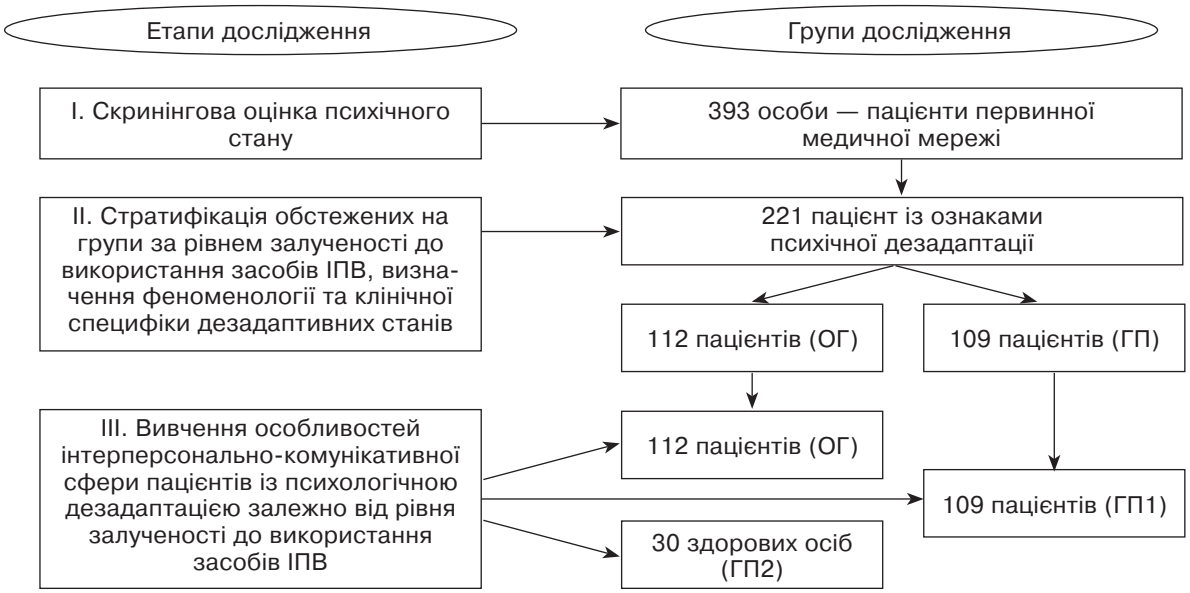

Рис. 1. Дизайн дослідження та розподіл обстежених за групами (ОГ, ГП1, ГП2)

Діагностику інтерперсонально-комунікативних особливостей здійснювали за допомогою таких психодіагностичних інструментів. Спочатку визначали інтегральні форми комунікативної агресивності за однойменною методикою В. В. Бойка [13], яка призначена для діагностики схильності особистості до агресії в різних ситуаціях міжособистісного спілкування, дає змогу встановити не тільки варіативні прояви агресії і потреби індивіда в ній, а й ступінь агресивного зараження, здатність до гальмування і переключення агресивності.

Далі за методикою В. В. Бойка визначали домінуючі стратегії психологічного захисту в комунікаційній сфері [14], рівень ворожості (за шкалою Кука — Медлей) [15] та рівень прийняття інших (за шкалою В. Фейя) [16].

Отримані результати піддавалися математико-статистичній обробці за допомогою програм MS Excel v. 8.0.3. та SPSS 10.0.5 for Windows. Використовувалися параметричний і непараметричний методи статистичної обробки [17].

Першим кроком дослідження було вивчення комунікативної агресивності.

Комунікація, з одного боку, є смисловим аспектом соціальної взаємодії. Оскільки будь-яка індивідуальна дія реалізується в умовах прямих або непрямих відносин з іншими людьми, вона включає й обов'язковий комунікативний аспект; дії, свідомо орієнтовані на їх смислове сприйняття іншими людьми, за змістом є комунікативними.

Розрізняють процес комунікації і акти, що його складають. Основні функції процесу комунікації полягають у досягненні соціальної спільності при збереженні індивідуальності кожного її елемента. В окремих актах комунікації реалізуються управлінська, інформативна, емотивна та фактична функції. За співвідношенням цих функцій повідомлення умовно поділяють на: 1) спонукальні — переконання, навіювання, наказ, прохання; 2) інформативні — передача реальних чи вигаданих відомостей; 3) експресивні — збудження емоційного переживання; 4) фактичні — встановлення і підтримання контакту.

Крім того, комунікаційні процеси й акти можна класифікувати й за іншими параметрами: 1) за типом відносин між учасниками — комунікація міжособистісна, публічна, масова; 2) за засобами — комунікація мовна (письмова й усна), паралінгвістична/невербальна (жести, міміка, мелодії), матеріально-знакова (продукти виробництва, образотворчого мистецтва тощо).

З іншого боку, агресивність — це стійка риса особистості, що виявляється у готовності до агресивної поведінки. Рівні її визначаються як набуттям у процесі соціалізації, так і орієнтацією на культурно-соціальні норми, найважливіші з яких — соціальної відповідальності та відплати за акти агресії. Це одна з уроджених установок, що виражається в прагненні до наступальних або насильницьких дій, спрямованих на заподіяння шкоди чи знищення об'єкта агресії.

З урахуванням зазначеного ми розглядали комунікативну агресивність як агресивність особистості, що виявляється під час актів комунікації. Вивчення цього було необхідним для встановлення взаємозв'язків між впливом ІПВ та наявністю комунікативної агресивності.

www.mps.kh.ua

Таблиця 1

Розподіл обстежених за рівнем комунікативної агресивності

Рівень комунікативної агресивності	ОГ, *n* = 112		ГП1, *n* = 109		ГП2, *n* = 30	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Невисокий, 9–20 балів	—		72	66,1±4,7	30	100,0
Середній, 21–30 балів	54	48,2±5,0	37	33,9±4,7	—	
Підвищений, 31–40 балів	39	34,8±4,8	—		—	
Високий, більше 41 бала	19	17,0±3,8	—		—	
Середній бал (індекс агресії)	34,2		24,1		10,4	

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \le 0,05$. Те саме у табл. 2–4.

Отже, при дослідженні стану комунікативної агресивності в обстежених було отримано такі результати (табл. 1).

За загальним середнім показником — індексом комунікативної агресії — особам із ОГ був притаманний підвищений її рівень (34,2 бала), із ГП1 — середній (24,1 бала), здоровим респондентам ГП2 — невисокий (10,4 бала). У 48,2 % хворих ОГ установлено середній рівень інтегративного показника комунікативної агресивності, у 34,8 % — підвищений, у 17,0 % — високий. В осіб ГП1, навпаки, більшість — 66,1 % — мала невисокий рівень інтегративного показника комунікативної агресивності, а інші 33,9 % перебували в амплітуді середніх значень. Респонденти ГП2 характеризувалися невисоким рівнем проявів комунікативної агресивності ($p \le 0,05$).

Аналіз структури і вираженості окремих параметрів комунікативної агресивності в обстежених також показав достовірні розбіжності ($p \le 0,01$) між ними (рис. 2).

Так, опитувані ОГ показали, що мають дуже високу схильність до спонтанної агресивності (середній показник — 4,0 бали при максимальній вираженості 5,0 балів) та зараження агресією натовпу (4,2 бала), високу вираженість нездатності гальмувати агресію (3,8 бала), схильність до анонімної агресії (3,2 бала) на тлі задоволеності від неї (3,2 бала) та слабкої розплати за неї (2,6 бала). Їм також була притаманна схильність до віддзеркалювання агресії (середній показник — 3,4 бала), невміння переключати її на інші об'єкти (2,6 бала) та її ритуалізація (2,4 бала). Єдиним параметром, що мав незначний, порівняно з іншими, рівень вираженості, була аутоагресія (середній показник — 1,8 бала), що свідчило про позитивне самосприйняття власної поведінки та відсутність навичок звинувачувати себе бодай у чомусь ($p \le 0,01$).

Агресивні реакції виникали у цих осіб без видимої причини або за мало значущими приводами, причому вони не були здатні контролювати роздратованість і злість при конфліктних ситуаціях, а також не вміли переключати агресію на іншу діяльність або неживі об'єкти, сприяючи тим самим прогресуванню стану напруженості й роздратованості. Схильність до анонімної агресії виявлялась

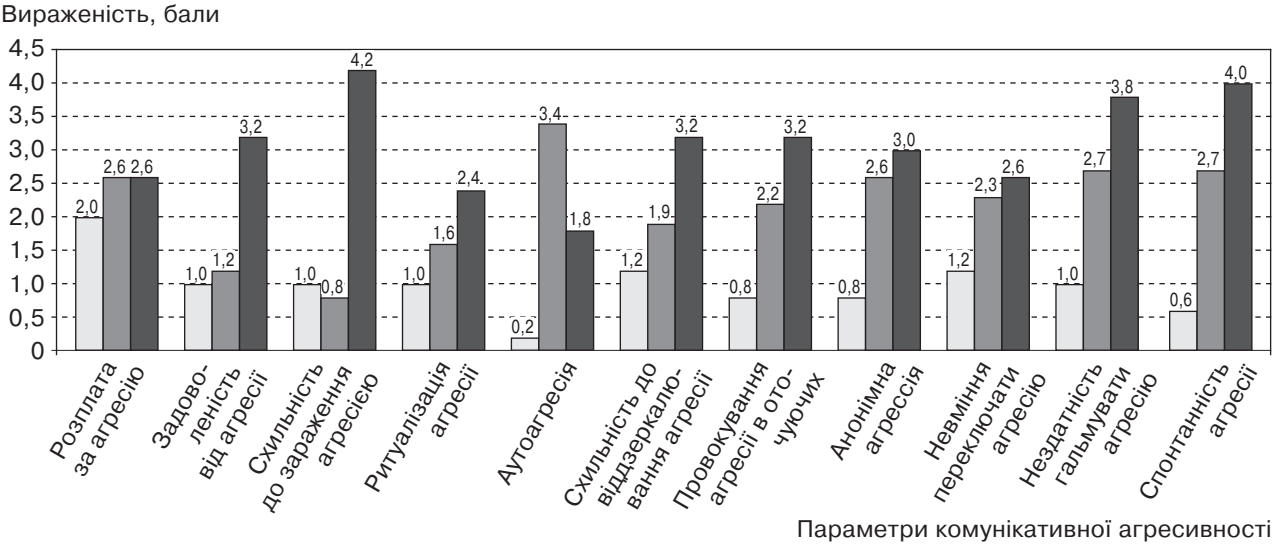

Рис. 2. Структура комунікативної агресивності та вираженість її параметрів в обстежених (середній бал):
□ — ОГ, *n* = 112; ▒ — ГП1, *n* = 109; ■ — ГП2, *n* = 30

www.mps.kh.ua

Таблиця 2

Порівняльна характеристика домінуючих стратегій психологічного захисту, що застосовувалися обстеженими під час спілкування

Домінуюча стратегія психологічного захисту	ОГ, *n* = 112		ГП1, *n* = 109		ГП2, *n* = 30	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Миролюбність	—		42	38,5±4,9	9	30,0±4,6
Уникання	25	22,3±4,2	56	51,4±5,0	13	43,3±5,0
Агресія	87	77,7±4,2	11	10,1±3,0	8	26,7±4,4

у нестриманості по відношенню до незнайомих людей у різних громадських місцях — транспорті, магазині, натовпі та ін. Обстежені з ОГ поводили себе провокативно, викликаючи прояви агресії до себе з боку оточуючих, висловлювали різкі категоричні судження, не враховуючи, що такі судження зачіпають інших людей, та завжди відповідали агресією, якщо хтось з оточення виявляв агресивність до них. Ці люди були схильні до залученості у будь-які протиборчі ворогуючі об'єднання, агресивно відстоювали власні погляди або погляди політичної сили, якій вони симпатизували, були зацікавленими у відстоюванні групових інтересів. Часто вони були схильні застосовувати агресію як спосіб впливу на оточуючих або метод підвищення ефективності власної поведінки, відчуваючи при цьому полегшення після агресивного спалаху, на тлі слабкої схильності до переживань щодо наслідків власної нестриманості та різкості.

В обстежених ГП1 структурний розподіл параметрів комунікативної агресивності виявився зовсім іншим: найбільш вираженими у них були прояви аутоагресії (середній показник — 3,4 бала), нездатність гальмувати агресію (2,8 бала), на тлі підвищеної спонтанності агресії (2,7 бала) та переживань розплати за неї (2,6 бала). Така комбінація параметрів комунікативної агресивності була притаманна цим особам, виявлялась у вигляді звинувачення самих себе з різних приводів, труднощах саморегуляції й контролю агресії та опанування власних реакцій у складних ситуаціях, схильності до переживань щодо проявів роздратування та агресивності. Найнижчий показник серед усіх параметрів комунікативної агресивності у них був за схильністю до зараження агресією натовпу (середній показник — 0,8 бала), що свідчило про уникнення залученості у будь-які ситуації, пов'язані зі скупченням людей, або дискусії з малознайомими ($p \leq 0{,}01$).

Респонденти ГП2 у цілому продемонстрували невисокі показники за усіма параметрами комунікативної агресивності. Якщо вони і виявляли агресію, то в основному у відповідь на агресивні закиди з боку інших (середній показник — 1,2 бала), відчуваючи потім докори сумління та переживання за власну нестриманість (2,0 бали).

Наступним кроком було вивчення домінуючих стратегій психологічного захисту в спілкуванні, що використовувалися обстеженими (табл. 2).

Отримані дані свідчили, що особам ОГ стратегія психологічного захисту за типом миролюбності не властива взагалі. У 22,3 % пацієнтів домінуючою стратегією було уникання, для більшості (77,7 %) — агресія. У 38,5 % обстежених ГП1 провідною стратегією була миролюбність, у половини (51,4 %) — уникання, в інших 10,1 % — агресія. Серед респондентів ГП2 розподіл домінування усіх стратегій не мав достовірних розбіжностей всередені групи, проте дещо більше порівняно з іншими була представлена стратегія уникання (43,3 % проти 30,0 % миролюбності та 26,7 % агресії).

Миролюбність передбачає наявність у людини прагнення до партнерських відносин і співпраці, вміння йти на компроміси, готовність пожертвувати деякими своїми інтересами для збереження власної гідності. Миролюбність — психологічна стратегія захисту особистості, де основні ролі відіграють інтелект і характер. Інтелект сприяє нейтралізації агресивних емоцій в разі загрози для «Я» особистості. Серед особистісних характеристик при цьому повинні бути наявними такі риси, як м'якість, врівноваженість, комунікабельність. За миролюбністю можуть також приховуватися мотиви пристосування, небажання протистояти натиску співрозмовника, йти на загострення відносин і конфлікти, щоб не травмувати своє «Я». Миролюбність не завжди є ефективною стратегією психологічного захисту; іноді вона вказує на слабкий розвиток вольових якостей людини.

Уникання — психологічна стратегія захисту, що дає змогу особистості зберегти свої інтелектуальні та емоційні ресурси шляхом уникнення напружених або конфліктних ситуацій. Вибір уникання може бути обумовлений індивідуальними психофізіологічними особливостями, наприклад, слабкістю нервової системи та слабким розвитком вольових якостей, або, навпаки, високим розвитком інтелектуальних здібностей та високим вольовим потенціалом.

Агресія — психологічна стратегія захисту, що лежить у царині емоційного реагування, вона

www.mps.kh.ua

Таблиця 3

Структура і вираженість феномену ворожості в обстежених

Складова ворожості / рівень	ОГ, *n* = 112		ГП1, *n* = 109		ГП2, *n* = 30	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Цинізм (Cynicism)						
високий, ≥ 65 балів	51	45,5±5,0	—		2	6,7±2,5
середній із тенденцією до високого, 40–65 балів	44	39,3±4,9	42	38,5±4,9	16	53,3±5,0
середній із тенденцією до низького, 25–40 балів	17	15,2±3,6	48	44,0±5,0	12	40,0±4,9
низький, ≤ 25 балів	—		19	17,4±3,8	—	
Агресивність (Aggressive Responding)						
високий, ≥ 45 балів	23	20,5±4,0	—		—	
середній із тенденцією до високого, 30–45 балів	76	67,9±4,7	22	20,2±4,0	3	10,0±3,0
середній із тенденцією до низького, 15–30 балів	13	11,6±3,2	79	72,5±4,5	19	63,3±4,8
низький, ≤ 15 балів	—		8	7,3±2,6	8	26,7±4,4
Ворожість (Hostile Affect)						
високий, ≥ 25 балів	29	25,9±4,4	—		—	
середній із тенденцією до високого, 18–25 балів	67	59,8±4,9	34	31,2±4,6	2	6,7±2,5
середній із тенденцією до низького, 10–18 балів	16	14,3±3,5	60	55,0±5,0	21	70,0±4,6
низький, ≤ 10 балів	—		15	13,8±3,4	7	23,3±4,2

www.mps.kh.ua

реалізується в деструктивній поведінці, яка суперечить нормам і правилам існування людей у суспільстві, завдає оточуючим найменше психологічного дискомфорту. При цьому наявність розвинутого інтелекту служить своєрідним чинником потенціювання, підсилюючи агресію за рахунок сенсу, що їй надається [14].

Треба зазначити, що психологічний захист у спілкуванні як інтегративний психологічний конструкт може мати позитивний і негативний вплив на функціонування індивіда. З одного боку, психологічний захист сприяє збереженню стійкості особистості, самооцінки і самоповаги, адекватного уявлення людини про навколишній світ і своє місце в ньому. З іншого боку, психологічний захист може позбавляти людину можливості активно впливати на ситуацію і усунути джерело переживань. Адаптивний ефект психологічного захисту виявляється в ситуаціях, коли масштаб конфлікту, що загрожує цілісності особистості, відносно невеликий. При значному конфлікті, коли необхідно працювати над усуненням його причин, психологічний захист може відігравати негативну роль за рахунок зниження емоційної напруженості й значущості конфлікту для особистості [14].

Надалі нами було досліджено феномен ворожості, структура і вираженість якого були різними в обстежених різних груп ($p \le 0,05$) (табл. 3).

За рекомендацією О. В. Баркановой [15] вивчались характеристики окремих шкал, поєднання яких і становлять феномен ворожості: цинізм, агресивність (агресія як відповідь) та ворожість (схильність до ворожого афекту), при цьому шкала цинізму більшою мірою відображала рівень негативних установок особистості по відношенню до інших людей, шкала агресивності — тенденцію до деструктивних поведінкових реакцій, шкала ворожості — схильність відчувати негативні емоції до оточуючих.

Високий рівень цинізму був притаманний 45,5 % осіб ОГ та 6,7 % обстежених ГП2; середній із тенденцією до високого — 39,3 % осіб ОГ, 38,5 % — ГП1 і 53,3 % — ГП2; середній із тенденцією до низького — 15,2 % осіб ОГ, 44,0 % — ГП1 і 40,0 % — ГП2; низький рівень був виявлений у 17,4 % респондентів ГП1. Таким чином, обстежені ОГ продемонстрували тенденцію до високого рівня цинізму (в цілому — 84,8 %) на відміну від осіб ГП1, серед яких превалювала тенденція до середньо-низьких його значень (у цілому — 61,4 %) ($p \le 0,05$). Більше половини обстежених ГП2, в цілому 60,0 %, виявилися схильними до середньо-високих значень цинізму, що можна пояснити загальним зниженням морально-етичних засад, характерних для сучасного суспільства.

Таблиця 4

Розподіл обстежених за рівнем прийняття інших

Рівень прийняття інших	ОГ, *n* = 112		ГП1, *n* = 109		ГП2, *n* = 30	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Високий, ≥ 60 балів	—	—	14	12,8±3,3	8	26,7±4,4
Середній із тенденцією до високого, 45–60 балів	—	—	61	56,0±5,0	12	40,0±4,9
Середній із тенденцією до низького, 30–45 балів	24	21,4±4,1	34	31,2±4,6	10	33,3±4,7
Низький, ≤ 30 балів	88	78,6±4,1	—	—	—	—

Особи з високими показниками за шкалою цинізму характеризувалися зневажливим ставленням до морально-етичних цінностей суспільства, недовірою до здатності інших людей здійснювати високоморальні й альтруїстичні вчинки, сумнівами в компетенції будь-яких спеціалістів у будь-яких сферах діяльності. Причини поведінки оточуючих вони пояснювали наявністю в останніх корисливих намірів або негативних рис характеру.

Із загальної кількості обстежених високий рівень агресивності було виявлено у 20,5% осіб ОГ; середній із тенденцією до високого — у 67,9% респондентів ОГ, 20,2% хворих ГП1 і 10,0% обстежених ГП2; середній із тенденцією до низького — у 11,6% випадків ОГ, у 72,5% — ГП1 і у 63,3% — ГП2; низький — у 7,3% обстежених ГП1 і 26,7% — ГП2. Отже, у пацієнтів ОГ реєструвалася тенденція до високого рівня агресивності щодо оточуючих (у цілому — 88,4%), у той час як для опитуваних ГП1 і ГП2 притаманною була тенденція до середньо-низьких її проявів (79,8 і 90,0% відповідно, $p \leq 0,05$). Особам ОГ була властива тенденція до деструктивного поведінкового реагування: схильність до загострення будь-яких конфліктних ситуацій, в які вони потрапляли, агресивного усунення й руйнування перешкод, гнівного реагування та погроз у бік іншої сторони комунікаційного процесу.

Як і у випадку з іншими складовими загального феномену ворожості, високий рівень ворожого афекту був діагностований тільки серед пацієнтів ОГ — 25,9%; середній із тенденцією до високого — у 59,8% осіб ОГ, 31,2% — ГП1 і 6,7% — ГП2; середній із тенденцією до низького — у 14,3% осіб ОГ, 55,0% — ГП1 і 70,09% — ГП2; низький рівень — у 13,8% обстежених ГП1 і 23,3% — ГП2. Отож, 85,7% пацієнтів ОГ мали високу схильність до ворожого афекту, тоді як серед респондентів ГП1 і ГП2 панувала тенденція до переважання середньо-низьких його значень (68,8 і 93,3% відповідно, $p \leq 0,05$). Такий розподіл обумовлений високою схильністю пацієнтів ОГ відчувати негативні емоції по відношенню до оточуючих, які виявлялися розчаруванням, роздратуванням, неприязню, злістю, негативними оцінками особистісних якостей інших людей.

Результати вивчення особливостей процесу прийняття інших підтвердили попередні висновки про значну деформацію інтерперсонально-комунікативних властивостей у пацієнтів ОГ порівняно з іншими респондентами (табл. 4).

Так, обстежені ОГ характеризувалися низьким (78,6%) або середнім із тенденцією до низького (21,4%) рівнем прийняття інших, що виявлялося негативним ставленням до людей в цілому, вираженою нетолерантністю до окремих соціальних груп, відсутністю комфортності у взаєминах із оточуючими, особливо якщо вони мають точку зору, відмінну від їхньої. Між тим особи ГП1 і ГП2 відрізнялись середньо-високим рівнем прийняття інших (у цілому 68,8 і 66,7% відповідно, $p \leq 0,05$), позитивно ставилися до людей, припускали наявність у них моральних принципів та гарних якостей, демонстрували терпимість до їх слабкостей і недоліків.

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що пацієнти первинної медичної мережі, які мають ознаки психологічної дезадаптації, значно різняться за станом їхніх інтерперсонально-комунікативних якостей залежно від залученості до користування засобами ІПВ. Особи, які мали напружений адиктивний статус щодо захоплення ТБ та користування Інтернетом, внаслідок чого вони були вразливими до деструктивних інформаційно-психологічних впливів, продемонстрували виражену деформацію інтерперсонально-комунікативної сфери, що виражалось у схильності до високої комунікативної агресивності як в цілому, так і за окремими її параметрами, домінуванні агресії як провідної стратегії психологічного захисту у спілкуванні, високому рівні цинізму, агресивності й ворожості, а також нетолерантності й неприйнятті людей з іншою точкою зору.

Інтерперсонально-комунікативна сфера пацієнтів первинної мережі з низьким рівнем залученості до перегляду ТБ і користування Інтернетом практично за всіма параметрами була подібна до показників здорових респондентів, окрім

www.mps.kh.ua

аутоагресивності, що обумовлювало їх неадекватно підвищену вимогливість до себе та власних емоційних проявів. За усіма іншими ознаками вони характеризувались середньо-низькими значеннями комунікативної агресивності, домінуванням захисних психологічних механізмів у спілкуванні за типами миролюбності або уникання, низькими показниками цинізму, агресивності та ворожості, а також високим рівнем прийняття та толерантності до інших.

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

Список літератури

1. *Марута Н. О.* Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н. О. Марута, М. В. Маркова // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 3 (84).— С. 21–28.
2. *Маркова М. В.* Інформаційно-психологічна війна як нова загроза здоров'ю населення України: реальність небезпеки та напрями протидії / М. В. Маркова, А. Р. Марков // Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія.— 2016.— № 1 (36).— С. 51–53.
3. *Peisakhin L.* The Influence of Russian Television on Ukrainian Voters [Electronic resourse] / L. Peisakhin.— Acsess code: http://voxukraine.org/the-influence-of-russian-television-on-ukrainian-voters-presentation-by-leonid-peisakhin-on-may18-ukr
4. *Костюченко Ю.* Про психологічну війну проти України як компоненту інформаційної війни [Електронний ресурс] / Ю. Костюченко.— Режим доступу: http://espreso.tv/blogs/2014/09/10/pro_psykholohichnu_viynu_proty_ukrayiny_yak_komponentu_informaciynoyi_viyny
5. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек. (147.14/258.14) / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.].— Харків, 2014.— 79 с.
6. *Маркова М. В.* Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія.— 2015.— № 1 (37).— С. 8–13.
7. Psychosocial Support to large members of traumatized people in post-conflict societies: an approach in Guatemala / S. Anckerman, M. Dominges, N. Soto [et al.] // J. of Community and Applied Social Psychology.— 2005.— Vol. 5 (2).— P. 136–152.
8. *Идрисов К. А.* Эпидемиологическое исследование заболеваемости психическими расстройствами среди гражданского населения Чеченской Республики под воздействием стрессовых факторов военного времени / К. А. Идрисов // Психическое здоровье.— 2008.— № 6 (25).— С. 57–64.
9. *Agger A.* The Psychology of Enforced Mobility / A. Agger // The Psychology of Global Mobility; S. C. Carr (ed.).— New York: Springer, 2010.— P. 151–171.
10. *Agger I.* Theory and Practice of Psycho-Social Proects Under War Conditions in Bosnia — Herzegovina and Croatia / I. Agger, S. Vuk, J. Mimica.— Zagreb: ECHO/ECTF, 1995.— P. 9.
11. *Гурвич И. Н.* Тест нервно-психической адаптации / И. Н. Гурвич // Вестн. гипнологии и психотерапии.— 1992.— № 3.— С. 46–53.
12. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Психическое здоровье.— 2010.— № 6 (49).— С. 33–45.
13. *Фетискин Н. П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп // Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов.— М.: Академия, 2002.— С. 132–135.
14. Методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В. В. Бойко // Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ.; ред. и сост. Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2001.— С. 281–287.
15. *Барканова О. В.* Методики диагностики эмоциональной сферы / О. В. Барканова.— Красноярск: Литера-Принт, 2009.— 237 с.
16. *Фетискин Н. П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов.— М.: Академия, 2002.— С. 157–158.
17. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Морион, 2000.— 320 с.

ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ГЕНЕЗЕ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ВОЙНЫ

А. Р. МАРКОВ

Определены особенности интерперсонально-коммуникативной сферы пациентов первичной медицинской сети в зависимости от вовлеченности их в использование средств информационно-

www.mps.kh.ua

психологической войны. Установлено, что больные с высоким уровнем увлечения телевидением и Интернетом имели выраженную деформацию интерперсонально-коммуникативной сферы, что выражалось в склонности к высокой коммуникативной агрессивности. Полученные данные подтверждают наличие негативного влияния средств информационно-психологической войны на состояние психического здоровья гражданского населения и требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: информационно-психологическая война, психологическая дезадаптация, интерперсонально-коммуникативная сфера.

INTERPERSONAL COMMUNICATIVE ELEMENT IN DEVELOPMENT OF MALADJUSTMENT STATES IN CIVILIANS IN THE CONDITION OF INFORMATION-PSYCHOLOGICAL WAR

A. R. MARKOV

The features of interpersonal communicative sphere were revealed in of the patients of primary level of healthcare depending on their involvement into the use of the media of information-psychological war. The research revealed that the patients with a high level of the TV and Internet devotion had expressed deformation of interpersonal communicative sphere, which was reflected in the high communicative aggression. The results confirm the presence of the negative influence of the information-psychological war media on the state of mental health of civilians and require further study.

Key words: information-psychological war, psychological maladjustment, interpersonal communicative sphere.

Надійшла 17.10.2016

www.mps.kh.ua