

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ТРЕВОГИ И ПРОФИЛАКТИКИ В СИТУАЦИИ ИНФОДЕМИИ: ЗАЩИТА ОТ КОРОНАВИРУСА ИЛИ «ПОРОЧНЫЙ КРУГ» ТРЕВОГИ?

А.Ш. ТХОСТОВ

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>,
e-mail: tkhostov@gmail.com

Е.И. РАССКАЗОВА

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>,
e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

В работе исследуется связь разных видов тревоги в ситуации пандемии с поиском информации о коронавирусе и защитными действиями. В исследовании приняли участие 409 респондентов, не болевших коронавирусом, в возрасте от 18 до 64 лет в период от трех недель до месяца с объявления самоизоляции. Участники оценивали выраженность своей тревоги по различным поводам, связанным с ситуацией пандемии, а также частоту отслеживания информации и общения по поводу коронавируса и частоту различных защитных действий в отношении коронавируса. В структуре тревоги по поводу коронавируса выделяется два аспекта: страх заражения и тревога по поводу негативных последствий. Страх последствий пандемии характерен для каждого третьего, не зависит от пола и возраста, и у одного человека из 11—12 является переживанием, мешающим привычной деятельности. Выраженный страх заражения встречается у одного человека на 5—10 респондентов, более характерен для женщин и чаще отмечается у лиц старшего возраста.

Отслеживание информации и общение по поводу пандемии, а также использование стратегий защиты с сомнительной эффективностью предсказывает дополнительно 10,8% дисперсии тревоги заражения и 10,6% дисперсии тревоги негативных последствий пандемии. Результаты свидетельствуют в пользу предположения, что целенаправленный контроль информационного потока и непроверенных вариантов защитного поведения может способствовать снижению тревоги в ситуации пандемии при сохранении защитных действий, эффективность которых доказана.

Ключевые слова: пандемия, коронавирус, тревога, защитное поведение, инфодемия.

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00799.

Для цитаты: Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги? // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 70—89. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280204>

PSYCHOLOGICAL CONTENTS OF ANXIETY AND THE PREVENTION IN AN INFODEMIC SITUATION: PROTECTION AGAINST CORONAVIRUS OR THE “VICIOUS CIRCLE” OF ANXIETY?

ALEKSANDER SH. TKHOSTOV

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>,

e-mail: tkhostov@gmail.com

ELENA I. RASSKAZOVA

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>,

e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

The paper studies the relationship of the anxiety of different types in the situation of the pandemic with the search for information about coronavirus and with protective actions. This research included 409 respondents uninfected by coronavirus aged 18 to 64 years old within a period of three weeks to one month from the start of self-iso-

lation. The participants have appraised the severity of their anxiety caused by various reasons associated with the pandemic, the frequency of monitoring the information and communications about coronavirus, and the frequency of different protective actions against coronavirus. As a result, two aspects have been identified in the structure of the anxiety about coronavirus: the fear of the infection and anxiety about negative consequences. The fear of the consequences of the pandemic is characteristic of every third person, and it does not depend on sex and age. In one out of 11—12 persons, it is the experience that interferes with usual activities. A pronounced fear of infection was found in one person out of 5—10 respondents; it is more characteristic of women and older people. In addition to the infection prevention strategies, 10.8% of the variance of the infection anxiety and 10.6% variance of the anxiety about the negative effects of the pandemic predicts information monitoring, communications about the pandemic and usage of optional but common protection strategies and ambiguous strategies. The obtained results are consistent with our supposition that deliberate control of the information stream and unverified strategies of the protective behavior may contribute to reducing the anxiety in the situation of the pandemic while preserving the protective actions that have been found to be effective.

Keywords: pandemic, coronavirus, anxiety, protective behavior, infodemia.

Funding: The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-013-00799.

For citation: Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Psychological Contents of Anxiety and the Prevention in an Infodemic Situation: Protection against Coronavirus or the “Vicious Circle” of Anxiety? *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 70—89. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280204> (In Russ., abstr. in Engl.)

Специфика реакции на распространение коронавируса в современном информационном обществе, получившая даже специальное название «инфодемии», показывает, что психологические проблемы пандемии настолько остры и актуальны, что в определенном смысле имеют не меньший вес, чем ее клинические и эпидемиологические аспекты [1]. Результаты исследований [7; 12; 13] подтверждают, что ключевой психологический феномен пандемии — тревога, объясняемая, как правило, ситуацией неопределенности и невозможности прогноза будущего или общим стрессом в связи с риском заражения, негативных социальных последствий и изменением образа жизни [4; 14]. Распространенность тревоги, согласно большинству исследований, варьирует от 20 до 35% и, согласно первым лонгитюдным исследованиям в Китае, сохраняется длительно после улучшения эпидемиологической ситуации [15]; но поскольку речь идет об онлайн-данных, вопрос о клинической значимости тревоги остается открытым.

С нашей точки зрения, основная проблема психологических исследований такого рода состоит не в их методологических трудностях

(которых немало с учетом стремительного развития ситуации), а в недостатке теоретической проблематизации и эмпирического выявления психологического смысла той тревоги, которая актуализируется в ситуации пандемии. На наш взгляд, ключевая причина этого — акцент на эмпирических предикторах тревоги и ее изменений взамен опоры на психологические модели развития и хронификации тревоги. Рассмотрим те особенности исследований тревоги в ситуации пандемии, к которым мы относимся скептически.

1. *Понимание тревоги как тревоги по поводу только коронавируса* заметно не только в формулировках конкретных пунктов исследований, но в создании и апробации целых шкал тревоги по поводу коронавируса [9], которые, безусловно, важны и применимы в этой области, но могут «выкидывать ребенка вместе с водой», не учитывая других источников тревоги. Психологи все чаще указывают на необходимость учета и систематизации разных поводов для тревоги [4; 7]. Например, не меньшую, чем страх заражения, тревогу могут вызывать необходимость изоляции, использования дезинфекторов, перчаток, новости в СМИ, экономическая неопределенность и пр. [13]. Как следствие, задачей является выявление различных поводов для тревоги и их относительной актуальности для населения.

2. *Отсутствие описания психологической природы и функций тревоги.* В рамках когнитивного подхода неоднократно указывалось на необходимость различения реалистичной тревоги, основанной на точных оценках ситуации и способствующей бдительности и вниманию в условиях реальной угрозы, и тревоги необоснованной, вызывающей выраженные нарушения функционирования и/или снижения качества жизни и основанной либо на неточных оценках угрозы и ресурсов, либо столь выраженной, что она препятствует эффективному преодолению угроз [5; 6]. В психологии реабилитации известно, что тревога и депрессия как эмоциональные переживания в стрессогенной ситуации, например после инсульта, являются нормативными явлениями [8], и опасения должно вызывать их отсутствие, а не их наличие. Патологическими феноменами они становятся лишь тогда, когда препятствуют самой реабилитации или в значительной степени нарушают деятельность человека. Для современных исследований тревоги при COVID-19 такое различение реалистичной и нереалистичной тревоги вообще не характерно, и попытки выявить предикторы тревоги (возраст моложе 35—40 лет, болезнь близких, неуверенность во врачах и медицинской системе, фокусирование на информации о пандемии [7; 11; 13; 15]) касаются любой тревоги.

3. *Недостаток анализа и учета механизмов хронификации тревоги.* В рамках когнитивного подхода в отношении тревоги и тревожно-фобических расстройств [5; 6] важнейшую задачу психологической

работы с тревогой составляет выявление и преодоление механизмов «порочного круга» тревоги, т. е. ее хронификации и чрезмерного усиления. Хорошо известно, что констатация тревоги и целенаправленные попытки ее уменьшить и/или избежать приводят к усилению тревоги [3]. Само фокусирование на борьбе с тревогой и ее избегание на практике являются двумя сторонами «одной медали»: например, мытье рук — тоже своего рода охранительное поведение, при помощи которого человек концентрируется на отдельном защитном действии, пытаясь избежать тревоги («Я обезопасился»). Такое же следствие (усиления тревоги) имеют любые стратегии защиты, связанные с гипертрофированным вниманием к этой тревоге и катастрофизацией ситуации. Немногие исследования касаются исключительно целенаправленного поиска информации о коронавирусе: как можно предполагать, внимание к проблеме и отслеживание информации сопряжены с нарастанием тревоги [7; 11].

4. *Трудности дифференциации совладания с угрозой и совладания с эмоциями.* Теория саморегуляции в отношении здоровья и болезни [10], предложенная более 30 лет назад, указывала на то, что процессы репрезентации симптома/болезни (в данном случае — угрозы заражения, потери работы и пр.) и совладания с этой угрозой качественно отличаются от процессов репрезентации переживаний (по поводу всех этих событий) и совладания со своим эмоциональным состоянием. Эти процессы часто вступают в противоречие, например, когда чрезмерная эмоциональная реакция не позволяет человеку последовательно участвовать в процессе лечения, т. е. справляться с угрозой. В случае пандемии это означает, что одни и те же защитные действия могут быть эффективными в профилактике угрозы заражения или потери заработка, но способствовать усилению тревоги, и наоборот, хотя в современных исследованиях любые действия и стратегии совладания обсуждаются как однозначно более или менее эффективные.

Целью данной работы является исследование психологического содержания тревоги в ситуации пандемии, а также связи разных видов тревоги с поиском информации о коронавирусе и защитными действиями.

Мы убеждены, что само распространение выраженной тревоги в ситуации пандемии является нормативным феноменом. Практическую же важность в этом контексте приобретает установление психологических оснований разных вариантов тревоги, а также трансформации тревоги из выраженной в субъективно неконтролируемую и нарушающую качество жизни.

Для обыденного сознания очевидно, что чем сильнее человек тревожится, тем большему набору рекомендаций по защите от рисков пандемии, проверенных и непроверенных, он будет следовать. Очевидно и то,

что даже если мытье рук, дезинфекция, отказы от выхода на улицу, ношение перчаток и масок для многих людей — основание хронификации тревоги, эти стратегии нельзя запретить, потому что они эффективны для другой цели — минимизации угрозы заражения. С психологической точки зрения, интересен другой вопрос: все ли варианты защитного поведения, связанные с тревогой (разными вариантами тревоги, и особенно — дисфункциональной тревогой, нарушающей способность человека справляться со своими делами), в равной мере необходимы для защиты от угрозы заражения и распространения коронавируса?

На эмпирическом уровне, если какие-либо действия или отслеживание информации за месяц самоизоляции сопряжены с более низким уровнем тревоги, это позволяет предполагать их важность не только как профилактических средств, но и как продуктивных поведенческих стратегий в отношении тревоги. Наоборот, если какие-либо действия сопряжены с субъективно «чрезмерной» тревогой и ее генерализацией (т. е. накоплением поводов для такой тревоги у человека), следует полагать, что, несмотря на их возможную полезность, они могут быть фактором ухудшения психического здоровья.

Программа исследования

Исследование проводилось онлайн, в период с 17.04 по 26.04.2020 г., режим самоизоляции длился от трех недель до месяца. В исследовании приняли участие 425 человек, большинство респондентов были жителями г. Москвы и Московской области. 15 человек, указавших, что переболели коронавирусом, и один, имевший подтвержденный диагноз, были исключены из исследования. Итоговая выборка составила 409 человек (186 мужчин, 45,5%, и 223 женщины, 54,5%) в возрасте от 18 до 64 лет (32,39±11,80 лет).

Для оценки тревоги в ситуации пандемии респондентам задавался вопрос: «Насколько сильно Вы тревожитесь по поводу...» (с 9 вариантами окончания: «Коронавируса в целом?», «Того, что коронавирус угрожает лично Вам или Вашим близким?», «Того, что коронавирус угрожает Вашему городу/стране?», «Что Вы уже заражены коронавирусом?», «Что Вас могут им заразить?», «Что из-за эпидемии Вы или Ваша семья лишитесь работы/заработка?», «Что из-за эпидемии будет дефицит продуктов?», «Что из-за эпидемии “рухнет” экономика?», «Если кто-то кашляет/чихает возле Вас?»). Ответы оценивались по шкале Лайкерта от 1 до 6, где последний вариант ответа оценивал тревогу как выходящую за пределы субъективного контроля и нарушающую социальное функционирование (1 — «Совсем нет или почти нет»,

5 — «Сильно тревожусь», 6 — «Тревожусь так сильно, что это мешает моим делам»). Кроме того, респонденты могли указать свой вариант ответа (открытый вопрос).

Оценка мониторинга информации и общения по поводу пандемии проводилась при помощи пяти пунктов, в которых респондентов просили охарактеризовать частоту каждого из следующих действий: «Разговариваете о коронавирусе с близкими в группе риска (пожилыми, с хроническими заболеваниями)?», «Следите за новостями о коронавирусе?», «Следите за ситуацией по соцсетям?», «Разговариваете о коронавирусе с друзьями или сотрудниками по работе?», «Разговариваете о коронавирусе с посторонними людьми для поддержания разговора?». Частота оценивалась по шкале Лайкерта от 1 до 5 баллов («Никогда/редко (раз в неделю или реже)», «Редко (2—3 раза в неделю)», «Порой (4—5 раз в неделю)», «Часто (6—7 раз в неделю)», «Очень (несколько раз в день)», «Постоянно (большую часть дня)». Уточнение о количестве дней в неделю было принято в связи с тем, что оценки субъективной частоты или редкости различных видов поведения по отношению к новой ситуации коронавируса определяются у разных людей очень разным опытом, и их смысл может быть разным.

Защитные действия в отношении пандемии исследовались при помощи списка из 12 действий («Уговариваете о мерах безопасности тех, кто в группе риска», «Стараетесь лишний раз не выходить из дома», «Покупаете продукты или вещи “про запас”», «Отказываетесь от общественных мероприятий своих или близких (например, кружков или школы детей) из-за коронавируса без внешних требований к тому», «Носите маску», «Носите перчатки», «Нажимаете на кнопки или ручки двери не пальцами руки, а какой-то другой частью руки или тела», «Моете руки с мылом», «Обращаетесь за медицинской помощью при малейшем подозрении на ОРВИ», «Принимаете лекарственные средства для улучшения иммунитета», «Занимаетесь зарядкой или другой физической активностью для улучшения иммунитета», «Стали специально игнорировать требования (например, выходить, когда в этом нет необходимости)», а также открытого вопроса. Частота каждого из действий оценивалась при помощи той же шкалы Лайкерта, что и частота отслеживания информации и общения по поводу пандемии.

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0.

Результаты

Тревога по поводу коронавируса. Тревога по поводу различных аспектов коронавируса согласована: люди, которые тревожатся по поводу

коронавируса, склонны тревожиться и по поводу других вещей (альфа Кронбаха по всем вопросам, кроме общей тревоги, — 0,85). Лидирующим «источником» беспокойства в настоящее время выступает экономический кризис, его возможность в одинаковой степени беспокоит как мужчин, так и женщин (рис. 1). Следующее место занимает тревога лишения заработка, характерная и для мужчин, и для женщин. Выраженный страх заражения отмечается менее чем у каждого десятого, тогда как переживание угрозы лично себе и близким — у каждого пятого. Редко люди беспокоятся, что уже заражены коронавирусом, но не знают об этом. Каждый шестой человек (17,1%) отмечает, что его тревога мешает его делам. При этом если в отношении угрозы заражения о такой чрезмерной тревоге сообщают 6,8%, то о чрезмерной тревоге в отношении последствий пандемии — 12,7%.

Факторный анализ методом главных компонент восьми возможных источников тревоги по поводу коронавируса позволяет выявить две компоненты, объясняющие 62,42% дисперсии данных. Первая компонента отражает страх заболеть коронавирусом самому или близких (пять пунктов с факторными нагрузками 0,64—0,85; $\alpha=0,82$), второй — страх ухудшения экономического благосостояния и потери заработка (три пункта с факторными нагрузками 0,77—0,83; $\alpha=0,77$). Страх заражения и страх последствий пандемии коррелируют на уровне $r=0,43$ ($p<0,01$). При этом с единичным общим вопросом «Насколько Вы тревожитесь по поводу коронавируса в целом?» страх заражения коррелирует на уровне $r=0,72$ ($p<0,01$), а страх последствий — на уровне $r=0,37$ ($p<0,01$). Иными словами, в исследованиях, основывающихся на единичном вопросе о тревоге, ответ будет отражать скорее страх заражения, нежели страх последствий пандемии, хотя страх последствий и более выражен.

При ответе на открытый вопрос многие указывают на халатность и безответственность сограждан, на то, что окружающие не соблюдают мер безопасности. Тревогу вызывает возможность ужесточения государственного контроля или бездействие властей, паника, негативный информационный фон, нарушение приватности, «цифровой контроль», ситуация с обучением детей и их будущее, возможности медицинской системы, страх случайно заразить кого-то в группе риска, семейные конфликты из-за самоизоляции, невозможность видаться с близкими, невозможность гулять, заниматься спортом, путешествовать или чувство несвободы в целом, неопределенность и тревога из-за того, как изменится мир после пандемии. В ряде случаев люди выразили тревогу по поводу трудностей самоорганизации (самодисциплины) в сложившихся условиях и страх упустить те возможности, которые открылись в связи с самоизоляцией.

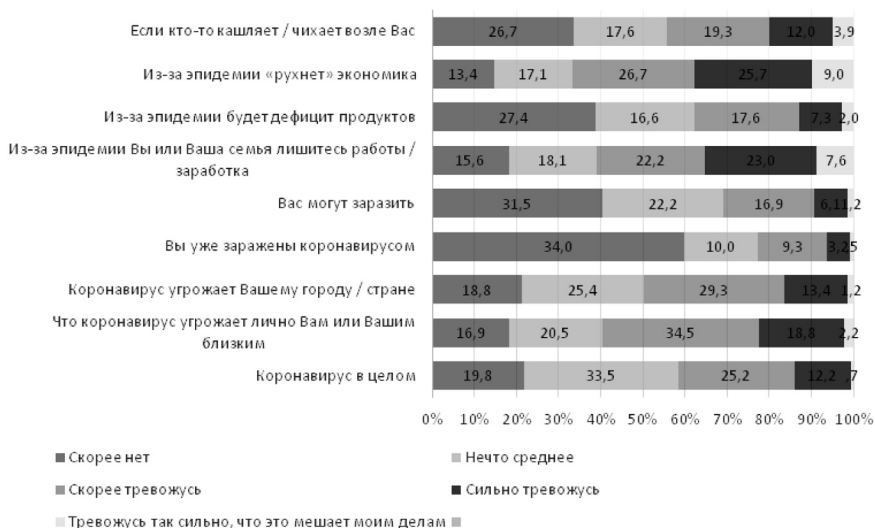


Рис. 1. Субъективная выраженность тревоги по поводу различных аспектов коронавируса: сравнение частот

Женщины беспокоятся по поводу коронавируса чаще, чем мужчины ($t=-4,05$; $p<0,01$; $\eta=0,20$), эти различия объясняются более выраженным страхом заражения ($t=-5,48$; $p<0,01$; $\eta=0,26$; отдельно по шести пунктам $t=-4,29$ — $-3,85$; $p<0,01$; $\eta=0,19$ — $0,21$), тогда как по поводу экономического кризиса и потери заработка и мужчины, и женщины беспокоятся одинаково ($t=-0,77$; $p>0,10$; $\eta=0,04$; отдельно по трем пунктам $t=-1,58$ — $-1,40$; $p>0,10$; $\eta=0,07$ — $0,08$). Те же результаты получены для жалоб на чрезмерную, выходящую за пределы субъективного контроля тревогу: в отношении заражения ей более подвержены женщины, чем мужчины, тогда как в отношении последствий пандемии гендерных различий не обнаруживается ($t=5,48$; $p<0,01$; $\eta=0,26$).

У людей младше 65 лет тревога по поводу коронавируса слабо положительно связана с возрастом ($r=0,17$ — для единичного пункта об общей тревоге; $r=0,16$ — для общей шкалы тревоги; $p<0,01$), однако, как и в случае гендерных различий, эта связь объясняется страхом заражения, который сильнее у лиц старшего возраста ($r=0,20$; $p<0,01$). Наоборот, с более явным страхом экономических последствий пандемии возраст не связан ($r=0,05$; $p>0,10$). Субъективное переживание тревоги как мешающей делам не связано с возрастом, независимо от того, идет ли речь о тревоге по поводу заражения или последствий пандемии.

Отслеживание информации и общение по поводу коронавируса и пандемии. То, насколько часто люди следят за ситуацией с пандемией и обсуждают ее с окружающими, характеризует их общую стратегию поведения в сложившейся ситуации (альфа Кронбаха по пяти вопросам — 0,75), и лишь частота обсуждения пандемии с незнакомыми людьми менее согласована с остальными пунктами, поэтому этот пункт был исключен при расчете общего показателя (альфа Кронбаха по четырем пунктам — 0,75). Факторный анализ методом главных компонент всех пяти пунктов подтверждает наличие единой компоненты заинтересованности темой пандемии и коронавируса, объясняющей 52,05% дисперсии данных (факторные нагрузки — 0,52—0,79).

Два человека из трех следят за новостями о пандемии и коронавирусе почти каждый день или чаще (рис. 2), а один человек из пятнадцати тратит на это большую часть дня. Закономерно, что разговоры о пандемии занимают в жизни людей меньше времени; и тем не менее, более чем каждый второй разговаривает об этом с друзьями и коллегами хотя бы раз в два дня, а один из шести делает это несколько раз в день или постоянно.

Ни частота отслеживания информации о пандемии, ни обсуждение этой темы с другими людьми не различается у мужчин и женщин ($t=1,45$; $p>0,10$; $\eta=0,07$). Исключение составляет самый редкий ответ — общение на тему коронавируса с посторонними людьми. Мужчины делают это чаще, чем женщины ($t=2,35$; $p<0,05$; $\eta=0,12$), но такой результат может объясняться как особенностями защитного поведения у мужчин и женщин, так и особенностями общения с незнакомыми людьми в целом.

Возраст практически не связан с отслеживанием информации и общением по поводу пандемии. Исключение составляет общение с близкими в группе риска (в том числе с пожилыми людьми) и отслеживание новостей (но не информации в социальных сетях), что чуть более характерно для людей старшего возраста ($r=0,13$ — $0,15$; $p<0,05$).

Защитное поведение в ситуации пандемии и коронавируса. Все стратегии защитного поведения в ситуации пандемии, кроме намеренного отказа от соблюдения самоизоляции, согласованы (альфа Кронбаха — 0,76). Намеренный отказ от самоизоляции не является противоположностью других вариантов защитного поведения — его корреляция с общей шкалой составляет $r=0,08$. К числу наиболее распространенных форм защитного поведения относится самоизоляция и мытье рук (рис. 3). Однако один человек из семи—восьми не придерживается и этого. Ношение маски регулярно характерно менее чем для половины респондентов, ношение перчаток — для одного человека из четырех—пяти. Поддержание активности и зарядка для улучшения иммунитета характерны для каждого второго человека, обращение к медицине — для одного из семи—восьми.

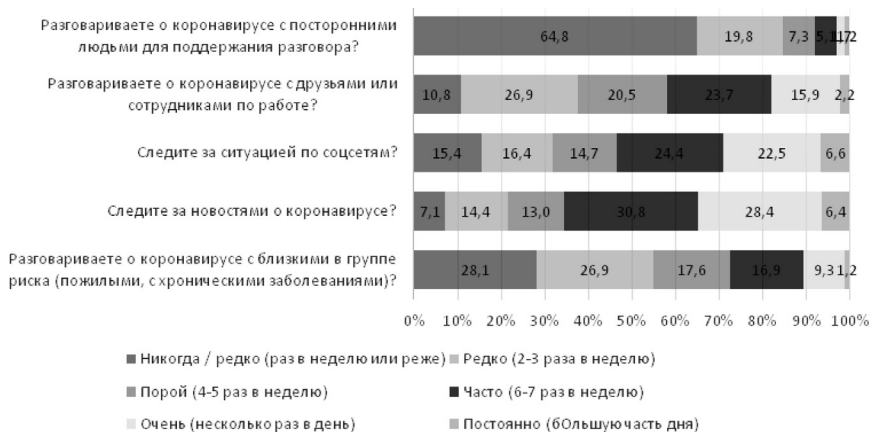


Рис. 2. Отслеживание информации и обсуждение пандемии и коронавируса: сравнение частот

Факторный анализ стратегий защитного поведения позволяет выделить три компонента с собственными значениями, превышающими единицу, объясняющими 51,10% дисперсии данных. Первая компонента (альфа Кронбаха — 0,68, факторные нагрузки — 0,57—0,85) включает простые действия по самоизоляции (не выходить из дома, избегать общественных мероприятий) и дезинфекции (мытьё рук с мылом). Вторая компонента ($\alpha=0,79$; нагрузки — 0,75—0,84) — активные защитные действия (ношение маски, перчаток, нажатие на кнопки в лифте не пальцами руки). В эту же компоненту входит активное уговаривание близких в группе риска соблюдать меры безопасности (факторная нагрузка — 0,40), однако включение этого пункта снижает согласованность шкалы. Остальные пять вопросов (покупка продуктов «про запас», зарядка, лекарственные средства и обращение за медицинской помощью и даже намеренное игнорирование требований входят в третью компоненту (нагрузки — 0,49—0,67), однако ее согласованность низка ($\alpha=0,51$).

С нашей точки зрения, эта третья группа характеризует нетипичные стратегии защитного поведения, являющиеся активными реакциями на ситуацию пандемии и в этом смысле связанными между собой. Большая детализация пунктов в дальнейших исследованиях поможет создать отдельные согласованные субшкалы для других стратегий поведения, поскольку длительное пребывание в самоизоляции приведет к дифференциации стратегий, не относящихся напрямую к защите от заражения.

Ответы на открытый вопрос включают дезинфекцию предметов («Дезинфицирую все предметы, попадающие в дом», «Протираю спиртом мобильный телефон»), экстремальные стратегии самоизоляции

(«Полностью прекратил общение с другими людьми», «Даже не контактирую с людьми», «Выезжаю за едой раз в месяц ночью») и реакцию «отрицания» («Не замечаю коронавируса», «Веду прежний образ жизни»). Среди единичных ответов — шитье масок, молитвы, самообразование, употребление спиртных напитков.

Не выявлено различий между мужчинами и женщинами по общим стратегиям защитного поведения. Сравнение отдельных стратегий показывает, что женщины чаще, чем мужчины, носят перчатки ($t=-2,30$; $p<0,05$; $\eta=0,11$), но реже обращаются за медицинской помощью ($t=2,79$; $p<0,01$; $\eta=0,14$). Возраст не связан с защитными действиями.

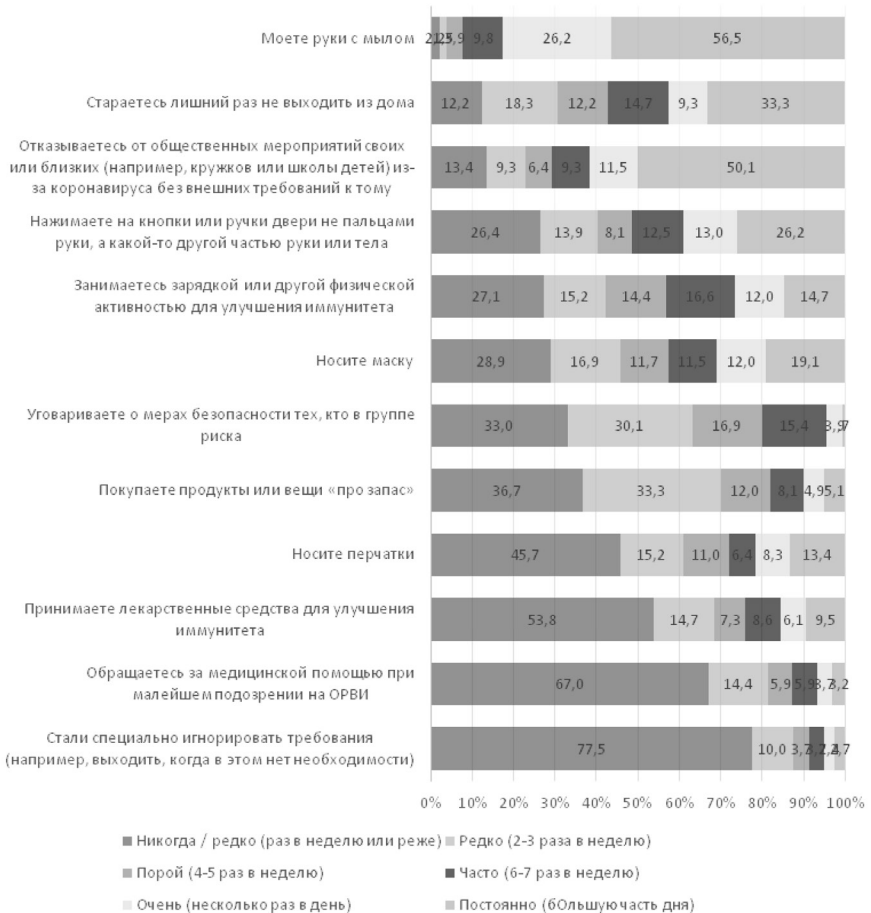


Рис. 3. Защитное поведение в ситуации пандемии: сравнение частот

Тревога по поводу коронавируса и защитное поведение. Люди, более вовлеченные в различные формы защитного поведения, — это люди с более выраженной тревогой заражения ($r=0,28-0,48$; $p<0,01$), чаще отслеживающие информацию о коронавирусе и общающиеся по этому поводу ($r=0,21-0,35$; $p<0,01$). Тревога по поводу негативных последствий пандемии слабее связана с защитным поведением ($r=0,11-0,25$; $p<0,05$), но с отслеживанием информации о пандемии она связана настолько же сильно, как и тревога заражения ($r=0,36$ — для тревоги заражения и $r=0,30$ — для тревоги негативных последствий; $p<0,01$).

Наличие субъективно неконтролируемой тревоги по поводу пандемии не связано с простыми действиями по самоизоляции, но чаще отмечается у тех, кто активно вовлечен в деятельность по защите от заражения ($t=-2,74$; $p<0,01$; $\eta=0,13$) и в другое, не относящееся напрямую к профилактике заражения, защитное поведение ($t=-3,90$; $p<0,01$; $\eta=0,19$), и тех, кто более активно ищет информацию о пандемии ($t=-4,35$; $p<0,01$; $\eta=0,21$). Если рассматривать защитные стратегии более детально, риск неконтролируемой тревоги связан с закупкой продуктов «про запас» ($t=-2,93$; $p<0,01$; $\eta=0,14$), ношением перчаток и нажиманием на кнопки различными частями тела ($t=-2,82-2,18$; $p<0,05$; $\eta=0,11-0,14$), приемом лекарственных средств ($t=-2,93$; $p<0,01$; $\eta=0,14$), физической активностью для улучшения иммунитета ($t=-2,93$; $p<0,01$; $\eta=0,14$) (табл.).

Рассмотрим подробнее защитные действия и связи. Лишь некоторые из них (действия по самоизоляции и дезинфекции, ношение маски и перчаток) обладают подтвержденным эффектом в отношении угрозы заражения. Эффект других не подтвержден (прием препаратов в целях профилактики), прямо не связан с угрозой заражения (отслеживание информации, запасание продуктов). Физическая активность, обладает положительным эффектом в отношении эмоционального состояния и потому не может рассматриваться как фактор риска. Намеренное игнорирование требований с тревогой не связано.

Насколько велик «дополнительный» вклад в тревогу заражения и тревогу последствий пандемии защитного поведения с неподтвержденным эффектом, которое можно минимизировать? Для ответа на этот вопрос проводилось два иерархических регрессионных анализа.

1. В защитном поведении с подтвержденной эффективностью наиболее явные предикторы *тревоги заражения* — ношение перчаток и отказ от общественных мероприятий (предсказывают 19,1% дисперсии тревоги). Отслеживание информации и общение дополнительно предсказывает 7,2% различий между людьми в уровне тревоги заражения ($\beta=0,28$; $p<0,01$). Действия с неподтвержденным эффектом и покупка продуктов являются предикторами 3,6% дисперсии тревоги. Иными словами, даже при полном следовании рекомендованным стратегиям профилактики

10,9% различий между людьми по тревоге заражения могут объясняться избыточным поиском информации, общением по поводу пандемии и чрезмерными защитными действиями.

2. *Тревога негативных последствий* пандемии слабо связана с защитными действиями, эффективность которых подтверждена (пошаговая регрессия в качестве предиктора выявляет ношение перчаток, предсказывающее 2,0% дисперсии тревоги). Независимо от того, следует ли человек этим рекомендациям, отслеживание информации о коронавирусе предсказывает большую выраженность тревоги (дополнительно 8,2% различий между людьми в уровне тревоги; $\beta=0,29$; $p<0,01$), а применение средств с неподтвержденным эффектом связано с еще 2,4% дисперсии тревоги. Если принять рекомендованные меры как неизбежную необходимость, на долю общения, поиска информации и недоказанных защитных действий приходится 10,6% различий между людьми в уровне тревоги по поводу негативных последствий пандемии.

Т а б л и ц а

Корреляции защитных действий и отслеживания информации по поводу пандемии с выраженностью тревоги заражения и тревоги негативных последствий и признаками субъективно неконтролируемой тревоги

Защитное поведение		«Чрезмерная» тревога по пово- ду коронавируса	Тревога заражения	Тревога последствий
Отслеживание информации и общение по поводу пандемии		0,21**	0,36**	0,30**
Защитное поведение — общий показатель		0,21**	0,48**	0,25**
Защитное поведение — активная профилактика заражения		0,17**	0,41**	0,16**
Защитное поведение — самоизоляция		0,08	0,30**	0,11*
Защитное поведение — другое		0,18**	0,28**	0,25**
Действия с подтвержденной эффективностью	Стараетесь лишний раз не выходить из дома	0,05	0,22**	0,05
	Отказываетесь от общественных мероприятий своих или близких (например, кружков или школы детей) из-за коронавируса без внешних требований к тому	0,08	0,31**	0,11*
	Носите маску	0,12*	0,32**	0,13*
	Носите перчатки	0,17**	0,37**	0,14**
	Моете руки с мылом	0,07	0,16**	0,11*

Защитное поведение		«Чрезмерная» тревога по поводу коронавируса	Тревога заражения	Тревога последствий
Действия с неподтвержденной эффективностью	Уговариваете о мерах безопасности тех, кто в группе риска	0,22**	0,36**	0,20**
	Нажимаете на кнопки или ручки двери не пальцами руки, а какой-то другой частью руки или тела	0,14**	0,35**	0,14**
	Обращаетесь за медицинской помощью при малейшем подозрении на ОРВИ	0,00	0,20**	0,16**
	Принимаете лекарственные средства для улучшения иммунитета	0,11*	0,19**	0,14**
Другие действия	Занимаетесь зарядкой или другой физической активностью для улучшения иммунитета	0,11*	0,13**	0,14**
	Покупаете продукты или вещи «про запас»	0,20**	0,30**	0,21**
	Стали специально игнорировать требования (например, выходить, когда в этом нет необходимости)	0,09	0,00	0,10*

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$.

Обсуждение результатов

Как показывают результаты, тревога в ситуации пандемии неоднородна: в ее структуре доминируют тревога по поводу заражения и тревога по поводу негативных (в первую очередь экономических) последствий. Тревога последствий пандемии более выражена и чаще приобретает дисфункциональный характер, мешая деятельности, является универсальной, не зависящей от пола и возраста. Страх заражения менее выражен, обычно переходит в дисфункциональные формы, только если речь идет о беспокойстве за близких. Этот страх более характерен для женщин, чем для мужчин. Анализ открытого вопроса указывает и на другие поводы тревоги, недостаточно учтенные в данном исследовании: тревоги, связанной с общей неопределенностью, нарушением приватности и контролем, цифровизацией образования, изменением здоровья в связи с самоизоляцией.

Обсуждая перспективу научных исследований тревоги при пандемии, следует отметить два аспекта. Во-первых, в исследованиях, основывающихся на общих вопросах о тревоге и не учитывающих ее содержание,

результаты будут относиться почти исключительно к страху заражения, который в России пока не является доминирующим. Во-вторых, на настоящий момент практически ничего не известно о тех поводах для тревоги, которые выявлены при качественном анализе открытых ответов. Именно они требуют изучения: роль тревоги, связанной с информационной фоном и взаимодействием с информацией о пандемии, цифровизацией образования, нарушением приватности и цифровым контролем, недоверием врачам и медицинской системе, а также тревоги, связанной с семейными изменениями и изменениями образа жизни. Отдельного внимания требует организация распорядка дня, физической активности в период самоизоляции, которая может быть не менее важна для психического здоровья, а жалобы на нарушения сна при пандемии не в меньшей степени связаны с поведением в отношении сна, чем с тревогой и депрессией [2].

Особенности защитного поведения в ситуации пандемии и его связь с тревогой. В структуре защитного поведения выделяются наиболее распространенные действия по самоизоляции (ношение маски, перчаток, дезинфекция), а также разнообразные нетипичные стратегии, включающие медицинские (каждый третий) и физические попытки поддержания иммунитета, действия «вопреки» рекомендациям (их отметил каждый человек из четырех) и покупке продуктов «про запас» (два из трех респондентов).

Ключевое положение данной работы: «порочный круг» тревоги включает как неизбежные защитные действия, так и действия, не связанные с риском заражения или эффект которых неясен. Именно эти стратегии, если они обладают собственным вкладом в тревогу, можно и, предположительно, нужно контролировать и регулировать. Без лонгитюдных и экспериментальных исследований этот результат еще не доказывает, что ограничение такого поведения будет эффективным способом снижения тревоги, но полученные данные полностью поддерживают именно это предположение.

Отслеживание информации и общение по поводу пандемии и их связь с тревогой. С нашей точки зрения, это поведение — защитная реакция, направленная на регуляцию своего состояния (уточнение информации, поиск того, что обнадежит или конкретизирует угрозу, даст план действий). Такого рода поведение в отношении пандемии доказано связано с более выраженной тревогой [7; 11]. Наши данные согласуются с полученными ранее результатами о том, что такая защитная реакция крайне распространена и связана с тревогой. Данные регрессионного анализа позволяют предполагать, что даже после учета тех защитных действий, которые обязательны (самоизоляция, ношение масок и пр.), отслеживание информации и общение по поводу пандемии «ответственно» за 7,2% дисперсии тревоги заражения и 8,2% дисперсии тревоги негативных по-

следствий пандемии. Это довод в пользу предположения о том, что регуляция поиска информации и общения может быть эффективным способом преодоления тревоги в ситуации пандемии.

Таким образом, в структуре тревоги по поводу коронавируса выделяется два связанных аспекта: менее актуальный страх заражения и более выраженная и дисфункциональная тревога по поводу экономических последствий пандемии. Два человека из трех следят за информацией о пандемии каждый день или чаще, а один человек из пятнадцати тратит на это большую часть дня. Дополнительно к эффективным стратегиям профилактики заражения отслеживание информации и общение по поводу пандемии, а также использование необязательных, но распространенных стратегий защиты и стратегий с сомнительной эффективностью предсказывают 10,8% дисперсии тревоги по поводу заражения и 10,6% дисперсии тревоги по поводу негативных последствий пандемии. Это позволяет предполагать, что целенаправленный контроль информационного потока и непроверенных вариантов защитного поведения может способствовать снижению тревоги в ситуации пандемии при сохранении защитных действий с доказанной эффективностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // Психологическая газета. 2020. URL: <https://www.psy.su/feed/8182/> (дата обращения: 7.05.2020).
2. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. М.: Смысл, 2012. 320 с.
3. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
4. Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Дан М.В., и др. Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19 [Электронный ресурс]. ИП РАН, 2020. URL: http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/har-1.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8ebqmOzGNFaBJqWO77L6FBUNnok (дата обращения: 7.05.2020).
5. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройства аффективного спектра: дисс. ... д-ра. психол. наук. М.: МГУ, 2006. 465 с.
6. Beck A., Emery G., Greenberg R. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books, 2005. 388 p.
7. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey [Электронный ресурс] // Psychiatry Research. 2020. Vol. 288. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120306077> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.psychres.2020.112954

8. *Kennedy P.* Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background // *Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* / P. Kennedy (ed.). Oxford: Oxford University Press, 2012. P. 3—9.
9. *Lee S.A.* Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety // *Death Studies*. 2020. Vol. 44 (7). P. 393—401. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
10. *Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.* The common-sense model of self-regulation of health and illness // *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior* / L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.). New York: Routledge, 2003. P. 42—65.
11. *Moghanibashi-Mansourieh A.* Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 51. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301878> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102076
12. *Rajkumar R.Ph.* COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 52. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301775> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
13. *Roy D., Tripathy S., Kar S.K., et al.* Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 51. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301945> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102083
14. *Sahoo S., Rani S., Parveen S., et al.* Self-harm and COVID-19 Pandemic: An emerging concern — A report of 2 cases from India [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 51. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620182030215X> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102104
15. *Wang C., Pan R., Wan X., et al.* Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the COVID-19 Epidemic in China [Электронный ресурс] // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153528/> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.04.028

REFERENCES

1. Enikolopov S.N., Kaz'mina O.Yu. Dinamika psikhologicheskikh reaktsii na nachal'nom etape pandemii COVID-19 [Dynamics of psychopathological reaction at the first stage of COVID-19 pandemics] [Elektronnyi resurs] // *Psikhologicheskaya gazeta [Psychological Newspaper]*. 2020. Available at: <https://www.psy.su/feed/8182/> (Accessed 7.05.2020).
2. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. Klinicheskaya psikhologiya sna i ego narushenii [Clinical psychology of sleep and its disturbances]. Moscow: Smysl, 2012. 320 p.
3. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of the body]. Moscow: Smysl, 2002. 287 p.
4. Kharlamenkova N.E., Bykhovets Yu.V., Dan M.V., et al. Perekhvativaniye neopredelennosti, trevogi, bespokoistva v usloviyakh COVID-19 [Experiences of uncertainty, anxiety and unrest during COVID-19] [Elektronnyi resurs]. IP RAS,

2020. Available at: http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/komentarii-eksp/har-1.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8bqmOzGNFaBJqWO77L6FBUNnok (Accessed 7.05.2020).
5. Kholmogorova A.B. Teoreticheskie i empiricheskie osnovaniya integrativnoi psikhoterapii rasstroistva affektivnogo spektra: diss. dokt. psikhol. nauk. [Theoretic and empiric grounds for integrative psychotherapy of affective spectrum disorders. Dr. Sci. (Psychology) Thesis]. Moscow: MGU, 2006. 465 p.
 6. Beck A., Emery G., Greenberg R. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books, 2005. 388 p.
 7. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey [Elektronnyi resurs]. *Psychiatry Research*, 2020. Vol. 288. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120306077> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
 8. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background. In Kennedy P. (ed.). *Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2012, pp. 3–9.
 9. Lee S.A. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 2020. Vol. 44 (7), pp. 393–401. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
 10. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In Cameron L.D., Leventhal H. (eds.). *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior*. New York: Routledge, 2003, pp. 42–65.
 11. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 51. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301878> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102076
 12. Rajkumar R.Ph. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 52. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301775> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
 13. Roy D., Tripathy S., Kar S.K., et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 51. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301945> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102083
 14. Sahoo S., Rani S., Parveen S., et al. Self-harm and COVID-19 Pandemic: An emerging concern — A report of 2 cases from India [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 51. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620182030215X> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102104
 15. Wang C., Pan R., Wan X., et al. Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the COVID-19 Epidemic in China [Elektronnyi resurs]. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153528/> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.04.028

Информация об авторах

Тхостов Александр Шамилевич, доктор психологических наук, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>, e-mail: tkhostov@gmail.com

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Information about the authors

Aleksander Sh. Tkhostov, Doctor of Psychology, Professor, Head of Department of Clinical Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>, e-mail: tkhostov@gmail.com

Elena I. Rasskazova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Получена 03.05.2020

Received 03.05.2020

Принята в печать 13.05.2020

Accepted 13.05.2020