

СРЕСС ОТ НЕВИДИМЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ УГРОЗ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Ю.В. БЫХОВЕЦ

Институт психологии РАН (ФГБОУН ИП РАН),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>,
e-mail: bykhovets@yandex.ru

Актуальность. В исследованиях последних лет накоплен большой фактологический материал по психологическим последствиям стресса, вызванного воздействием агрессивных факторов среды, в том числе фактора вирусной угрозы COVID-19. В связи с этим становится очевидной задача обобщения и переосмысления роли информационных угроз в развитии психопатологической симптоматики у широких слоев населения. **Цель.** Работа посвящена теоретико-эмпирическому анализу психологических последствий переживания невидимых информационных угроз (вирусная и радиационная угрозы, угроза опасного для жизни заболевания, террористическая угроза для косвенных жертв, эмоциональное насилие). **Материалы и методы:** общий объем выборки для оценки переживания вирусной угрозы COVID-19 составил 712 респондентов, опрошенных в два временных периода (с апреля по май 2020 г., с октября 2021 по май 2022 г.). Также используются эмпирические данные кросскультурного проекта по изучению ПТСР у ликвидаторов аварии на ЧАЭС 1992—1994 гг., полученные в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН под руководством Н.В. Тарабриной и в психофизиологической лаборатории Harvard Medical School (США), возглавляемой профессором Р. Питмэном. Для оценки переживания террористической угрозы используются эмпирические данные диссертационного исследования 2007 года Быховец Ю.В. Тестовая батарея: опросник переживания вирусной угрозы, SCL-90-R, PCL-5, ШВС-10, анкета о давности и интенсивности заболевания COVID-19. **Результаты.** Описана динамика психологического состояния населения в период пандемии COVID-19 (2020—2022 гг.). Представлен сравнительный анализ выраженности психопатологической симптоматики у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, косвенных жертв терактов и переболевших/не переболевших COVID-19 респондентов. Сравнительный анализ уровня

выраженности отсроченной симптоматики, в частности посттравматического стрессового расстройства, показал, что у 19,7% ликвидаторов аварии на ЧАЭС диагностировано ПТСР, у 24% косвенных жертв терактов и у 7,25% лиц, переболевших Covid-19. **Выводы.** По данным исследования можно заключить, что психологические последствия столкновения с невидимыми информационными угрозами представлены широким спектром негативной аффективности, что доказывает возможность отнесения данных стрессоров к стрессорам высокой интенсивности.

Ключевые слова: невидимые информационные угрозы, радиация, косвенные жертвы, теракт, вирусная угроза, COVID-19, интенсивный стресс, психопатологические признаки, ПТСР.

Финансирование. Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2023-0005.

Благодарности. Автор выражает благодарность Александре Бузиной за помощь в подготовке данных.

Для цитаты: *Быховец Ю.В.* Стресс от невидимых информационных угроз и его последствия // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 132–166. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310307>

STRESS OF INVISIBLE INFORMATION THREATS AND ITS CONSEQUENCES

YULIA V. BYKHOVETS

Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences
(FGBONE IP RAS),
Moscow, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>,
e-mail: bykhovets@yandex.ru

Relevance. In recent years, studies have accumulated a lot of factual material on the psychological consequences of stress caused by exposure to aggressive environmental factors, including the COVID-19 virus threat factor. In this connection, the task of generalizing and rethinking the role of information threats in the development of psychopathological symptoms in the general population becomes obvious. **Goal.** The work is devoted to the theoretical and empirical analysis of the psychological consequences of experiencing invisible information threats (viral and radiation threats, the threat of a life-threatening disease, a terrorist threat to indirect victims, emotional violence). **Materials and methods:** the total sample size for assessing the experience of the COVID-19 virus threat is 712 respondents interviewed in two time periods (from April to May 2020, from October 2021 to May 2022). Empirical data

of a cross-cultural project on the study of PTSD in the liquidators of the Chernobyl accident 1992–1994 are also used. laboratories of psychology of post-traumatic stress of the IP RAS under the leadership of N.V. Tarabrina and the psychophysiological laboratory of Harvard Medical School (USA), headed by Professor R. Pitman. To assess the experience of a terrorist threat, empirical data from a 2007 dissertation study Bykhovets Yu.V. Test battery: a questionnaire on the experience of a viral threat, SCL-90-R, PCL-5, SHVS-10, a questionnaire on the prescription and intensity of the disease COVID-19 are used. **Results.** The dynamics of the psychological state of the population during the COVID-19 pandemic (2020–2022) is described. A comparative analysis of the severity of psychopathological symptoms in the liquidators of the Chernobyl accident, indirect victims of terrorist attacks and COVID-19 respondents who were ill/not ill is presented. A comparative analysis of the severity of delayed symptoms, in particular post-traumatic stress disorder, showed that 19,7 % of the liquidators of the Chernobyl accident were diagnosed with PTSD, 24 % of indirect victims of terrorist attacks and 7,25 % of people who had Covid-19. **Conclusions.** According to the study, it can be concluded that the psychological consequences of a collision with invisible information threats are represented by a wide range of negative affectivity, which proves the possibility of attributing these stressors to high-intensity stressors.

Keywords: invisible information threats, radiation, indirect victims, terrorist attack, viral threat, COVID-19, intense stress, psychopathological signs, PTSD.

Funding. The study was carried out in accordance with the State Task of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation No. 0138-2023-0005.

Acknowledgements. The authors are grateful to Alexandra Buzina for her help in preparing the data.

For citation: Bykhovets Yu.V. Stress of Invisible Information Threats and its Consequences. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 132–166. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310307> (In Russ.).

Введение

Настоящая работа посвящена современным исследованиям острого стресса и посттравматического стрессового расстройства, вызванным экстремальным воздействием на психику человека невидимых информационных угроз. Н.В. Тарабрина указывает на то, что «...к психотравматическим относятся ситуации, в которых человек находится (или находился) под воздействием вредоносных для организма факторов (радиация, отравляющие вещества и т. д.)» [17, с. 254]. То, что в такого рода травматических ситуациях человек не воспринимает угрозу непосредственно с помощью органов чувств, является отличительной особенностью данных стрессоров. Примерами таких ситуаций выступают пребывание в зоне радиационного поражения, террористическая угро-

за для косвенных жертв, вирусная угроза и т. д. Человек сталкивается с ситуацией, в которой он не имеет возможности увидеть саму угрозу, а его представления (знания) о потенциальных проблемах со здоровьем или даже смертью в будущем, связанные с воздействием этих вредоносных агентов, вызывают травматические переживания. Модераторами информации об угрожающем для жизни воздействии выступают СМИ, правительственные институты, научное сообщество. Именно в связи с тем, что причиной возникновения травматических переживаний является информационное освещение опасности вредоносных агентов для здоровья, мы предлагаем называть данную группу угроз «невидимые информационные угрозы». Механизм развития острого и посттравматического стресса при действии невидимого информационного стресса основывается, с одной стороны, на рациональном знании человека об угрозе жизни, а, с другой — на неосознаваемом или частично осознаваемом эмоциональном переживании страха смерти.

Можно выделить четыре вида информационных угроз. Так **первая группа невидимых информационных угроз** связана с реальной опасностью утратить здоровье или жизнь вследствие контактирования с вредоносными агентами (токсические вещества, вирусы и пр.). Авария на ЧАЭС в 1986 году является самым значительным ядерным инцидентом и выступает источником невидимой травмы для ее участников (ликвидаторы, жители зараженных радиацией регионов). Исследования Тарабриной Н.В. с соавторами показали, что у 19,7% обследованных ликвидаторов аварии на ЧАЭС выявлено посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [15]. Особенностью ПТСР у ликвидаторов является высокий процент симптомов физиологической возбудимости, а также направленность, обращенность симптомов ПТСР в будущее. У них также наблюдались высокий уровень тревоги и депрессии, нарушения сна, потеря аппетита, снижение сексуального влечения и раздражительность [17].

Другим примером данной группы угрозы выступает пандемия коронавируса COVID-19, отличительной характеристикой которой является ее многофакторный характер воздействия. Источниками стрессовых переживаний являются: во-первых, сам факт существования потенциальной опасности заражения коронавирусом; во-вторых, информационное освещение этих событий в СМИ; в-третьих, экономические последствия эпидемии, затронувшие все население (сокращение заработной платы, потеря работы и т. д.); в-четвертых, изменения привычного уклада жизни (нахождение длительное время в замкнутом пространстве, снижение социальной активности, переход на домашний режим учебы/работы и т.п.) в связи со здоровьесберегающими мерами [5]. Метаанализ данных Т. М. Schou с соавторами показал, что коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) имеет полиорганную патологию, включающую головной

мозг и нервную систему [25]. Авторы описывают следующие пять видов психических расстройств и отдельных симптомов у пациентов с COVID-19: депрессия и тревожное расстройство, ПТСР, обсессивно-компульсивное расстройство и психотические расстройства, когнитивный дефицит (нарушения внимания, сознания, проблемы с памятью), повышенная утомляемость, нарушения сна. Авторы указывают, что все большее число исследований предполагает, что психические расстройства могут сохраняться после выздоровления от первичной инфекции. Интересными представляются данные о том, что распространенность тревоги и депрессии среди фонового населения (с неизвестным статусом COVID-19) во время пандемии составляла >30%, т. е. предполагается связь роста заболеваемости депрессией/тревожным состоянием с косвенными последствиями пандемии [24].

Вторая группа невидимых информационных угроз — это угрожающее жизни заболевание (например, онкологические заболевания). Понимание угрозы, связанной с раковым заболеванием и его опасностью для жизни, выступает травматическим стрессором. Специфика угрожающих жизни болезней состоит в том, что угроза исходит изнутри организма, т. е. «ее нельзя “отделить” от индивида» [17, с. 253]. Дополнительным источником стрессового воздействия обладают мероприятия, связанные с лечением онкологических заболеваний (операция, постоперационная терапия). Исследования Н.В. Тарабриной показывают, что у 65,7% больных раком молочной железы опрошенных женщин присутствовали отдельные признаки посттравматического стресса, а у 24% — дистресс достигал значимого уровня, соответствующего клинической картине ПТСР [16]. Современное эмпирическое исследование Д.А. Никитиной, выполненное на пациентах, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга (менингиома), показало, что сообщение о диагнозе вызывает у наиболее уязвимой части респондентов высокий уровень посттравматического стресса, при этом наиболее выраженные показатели вторжения и физиологической возбудимости характерны для людей старшего возраста [13].

Третья группа невидимых информационных угроз связана с информационным освещением в СМИ устрашающих население и создающих опасность гибели человека событий (совершение массового взрыва, поджога, захвата заложников, военных действий и пр.). К числу таких стрессоров в настоящее время относится психологическое воздействие террористических актов на психику населения [2]. По отношению к терактам выделяют две группы пострадавших: жертвы террористического акта, оказавшиеся в его очаге — непосредственно пострадавшие, а также население, опосредованно связанное с терактами через СМИ — косвенные жертвы. Косвенные жертвы террористического акта — это

уязвимая часть населения, которая после терактов, детально освещаемых СМИ и другими средствами коммуникации, начинает испытывать дистресс, связанный с угрозой террористических актов. «Террористическая угроза» отличается от других стрессоров, во-первых, тем, что переживание угрозы жизни относится к будущему человека и формируется, как правило, после того, как человек стал жертвой или свидетелем терактов и их последствий (как непосредственным, так и косвенным). Анализ и прогнозирование вероятности стать жертвой теракта становятся основой для возникновения эмоционально-когнитивных структур, содержащих представления о террористической угрозе. У людей, которые были косвенными свидетелями (преимущественно посредством СМИ) теракта, возникают ожидания повторных терактов, которые они не в силах предупредить. Эта личная, субъективная оценка проявляется либо в повышенном беспокойстве, либо в полном равнодушии к грозящей перспективе, либо в других формах отношений к реальности угрозы. Различия в объективности оценки «террористической угрозы» после теракта могут быть рассмотрены как следствия переживания теракта. Впоследствии, даже если объективных оснований для переживаний угрозы теракта в действительности нет, некоторые люди будут антиципировать такое угрожающее воздействие. Второй отличительной характеристикой террористической угрозы является то, что время, место и тип теракта невозможно предсказать (сложность прогнозирования теракта). Именно непредсказуемость, с точки зрения возможности или момента наступления, масштаба воздействия теракта, оказывает угнетающее влияние на психику человека. Еще Г. Селье в своих исследованиях показал, что непредсказуемые и неуправляемые события более опасны, чем предсказуемые и управляемые [14]. Ситуации терактов насыщены неопределенностью изменений по причине их стохастичности, непредвиденности и новизны. Третья особенность проявляется в бескомпромиссном характере терактов, т. е. человек осознает, что у него нет возможностей (информационных), которые могли бы предупредить нависшую над ним угрозу. Четвертая характеристика состоит в том, что человек начинает осознавать свою личную уязвимость перед террористическим актом. Происходит осознание того, что теракт может прервать жизнь любого человека. По данным нашего исследования 2007 г., у 24,89% косвенных жертв теракта был выявлен высокий уровень посттравматического стресса (Быховец, 2007). Сходные результаты были получены в исследовании Ениколопова С.Н. с соавт., выполненном через пять месяцев после событий на Дубровке (захват заложников на Дубровке в Москве, начавшийся 23 октября 2002 года и продолжавшийся до 26 октября) [7]. У 24 % опрошенных был выявлен высокий уровень посттравматического стресса.

Четвертая группа невидимых информационных угроз — это проявления эмоционального насилия (ЭН). В отечественной науке предложено определение психологического насилия как «периодическое длительное или постоянное психическое воздействие на человека, вызывающее психическую травму или приводящее к формированию у него патологических свойств характера или же тормозящее развитие личности» [8, с. 168]. Конкретными формами проявления эмоционального насилия могут быть угрозы физического наказания или отвержения, унижение, лишение контакта, изоляция, клевета, оскорбление, истязание, запугивание, игнорирование, шантаж, актуализация чувства вины, директивная форма коммуникации, критика, обесценивание принятых решений и другие психологически насильственные действия. То есть на первый взгляд действие данных стрессоров не связано с непосредственной угрозой жизни и здоровью человека. Однако ЭН создает угрозу для психологического благополучия личности. Основной психотравмирующий эффект данного стрессора — это угроза унижения человека, которая может приводить к нарушениям внутреннего мира человека, потере способности логически мыслить, обретать смыслы [19]. В проведенном нами в 2019 году исследовании на выборке трех групп молодых девушек, переживших эмоциональное (ЭН), физическое (ФН) и сексуальное (СН) насилие, показано, что интенсивность травматического переживания выше в той подгруппе женщин, которые столкнулись с ЭН, по сравнению с подгруппой ФН [9]. Следует отметить, что столкновение с опытом ЭН делает женщину более уязвимой к другим травматическим переживаниям. Также показано, что независимо от того, как давно случаи эмоционального насилия происходили в жизни девушки, они так же остро переживаются спустя время. В этом смысле известная фраза о том, что «время лечит», в данном исследовании на выборке молодых девушек не подтверждена. В исследовании Н.Е. Харламенковой и Д.А. Никитиной также показано, что наиболее интенсивный посттравматический стресс вызывает ситуации угрозы физическому (опасное для жизни заболевание) и психологическому (психологическое насилие) благополучию человека по сравнению с ситуацией угрозы физическому здоровью (например, смерть близкого и др.) [20].

Таким образом, в основе разных видов невидимых информационных угроз лежит чувство страха смерти (табл. 1). Угроза, связанная с невидимыми информационными стрессорами, воспринимается как информация о том, что существует опасность для жизни. Когнитивная переработка этой информации лежит в основе формирования модели будущего, которую мы мысленно заранее формируем. Эта модель может вызывать разные чувства. В данном контексте это мо-

гут быть страх, ужас и чувство беспомощности. То есть интериоризация невидимых информационных угроз происходит на двух уровнях: когнитивном — в виде рационального знания об их наличии и эмоциональном (осознаваемом или частично осознаваемом) — в виде переживания страха смерти. Современные исследования связи посттравматического стресса и размышлений о смерти показывают, что избегание мыслей о смерти и неприятие своих чувств по отношению к ней у военнослужащих, имеющих опыт участия в боевых действиях, выступает предпосылкой посттравматического стресса [6]. Дополнительным источником травматизации часто является непонимание/незнание, например, природы вирусной инфекции и механизмов ее распространения, что может порождать сильную тревогу, способствующую развитию стрессовых реакций.

Т а б л и ц а 1

Типы невидимых информационных угроз

№	Тип невидимой информационной угрозы	Страх
1	Радиационная угроза	Страх болезни и смерти
2	Террористическая угроза	Страх смерти
3	Вирусная угроза	Страх болезни и смерти
4	Угрожающее жизни заболевание (онкология и пр.)	Страх болезни и смерти
5	Эмоциональное насилие	Страх унижения

Целью настоящей работы стало теоретико-эмпирическое исследование психологических последствий переживания невидимых информационных угроз.

Задачи исследования:

- 1) описать ведущие психопатологические признаки, возникшие у населения в ответ на вирусную угрозу COVID-19 (первичное заявление об эпидемии коронавирусной инфекции);
- 2) проследить динамику изменений психопатологической симптоматики в период от начала объявления пандемии COVID-19 (2020 год) до периода снижения количества заболевших (2022 год);
- 3) оценить выраженность симптомов ПТСР у переболевших COVID-19 респондентов;
- 4) сравнить выраженность психопатологических признаков и ПТСР у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, косвенных жертв терактов, переболевших и не переболевших COVID-19 респондентов;
- 5) оценить уровень воспринимаемого стресса у не переболевших COVID-19 респондентов, но находящихся длительное время в условиях информационного освещения опасности пандемии COVID-19.

Процедура и методика исследования

Выборка и методики

Исследование проводилось методом анонимного интернет-опроса через систему Google-form и «Анкетолог» в два этапа. *В первый временной период, с апреля по май 2020 г.*, опрошено 238 респондентов, не переболевших на момент опроса COVID-19: 203 женщины (от 20 до 69 лет; ср. возраст — 39,79 лет) и 35 мужчин (от 25 до 60 лет; ср. возраст — 40,26 лет). Среди 238 опрошенных пять человек переболели COVID-19, поэтому они были исключены из основной выборки.

Методики.

1. Опросник переживания вирусной угрозы [3].
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90г-Revised, SCL-90-R), создан Леонардом Дерогатисом [23], адаптирован Н.В. Тарабриной с коллегами.
3. Новый опросник толерантности к неопределенности [10].

В данной работе в связи с целью и задачами исследования представлен материал только по опроснику SCL-90-R.

Во второй временной период, с октября 2021 по май 2022 гг., были опрошены две подгруппы:

переболевшие COVID-19. N = 276 респондентов: 184 женщины (от 18 до 65 лет; ср. возраст — 29,83 лет) и 92 мужчин (от 18 до 62 лет; ср. возраст — 37,40 лет);

не болевшие COVID-19. N = 198 респондентов: 129 женщин (от 18 до 65 лет; ср. возраст — 29,38 лет), 5 мужчин (от 36 до 43 лет; ср. возраст — 39,33 лет) и 61 человек не указали свой пол.

Методики для подгруппы переболевших COVID-19 респондентов.

1. Опросник переживания вирусной угрозы [3].
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), созданный Derogatis с соавт. [23] в адаптации Тарабриной Н.В. с соавт.
3. Опросник посттравматического роста (ПТР), созданный в 2006 году Calhoun, Tedeschi, 2006, в адаптации Магомед-Эминова М.Ш. [12].
4. Опросник посттравматического стресса PCL-5 (Weathers et al., 2013) в адаптации Тарабриной Н.В. с соавт., 2017.

5. Вопрос о давности и интенсивности заболевания (Вопрос: Укажите степень сложности заболевания, которую вы можете оценить по 6-бальной шкале: 0 — не было видимых симптомов болезни; 1 — проявлялись отдельные симптомы (кашель, боль в горле, незначительное повышение температуры и пр.), не повлиявшие на существенное нарушение жизнедеятельности и способность выполнять обычные повседневные обязанности; 2 — проявлялись отдельные симптомы (кашель, боль в горле, незначительное повышение температуры и пр.), в легкой степени повлиявшие

на существенное нарушение жизнедеятельности и способность выполнять некоторые прежние обязанности; 3 — проявлялись симптомы (кашель, боль в горле, повышение температуры и пр.), в умеренной степени нарушающие жизнедеятельность, требовавшие некоторой внешней помощи близких; 4 — проявлялись симптомы (кашель, боль в горле, повышение температуры и пр.), приведшие к выраженному нарушению жизнедеятельности, ограничивающие способность справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи; 5 — проявлялись сильно выраженные симптомы (кашель, боль в горле, повышение температуры и пр.), приведшие к грубому нарушению жизнедеятельности, требующие помощи медицинского персонала).

Методики для подгруппы не болевших COVID-19 респондентов.

1. Опросник переживания вирусной угрозы (Быховец, 2022).
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Derogatis с соавт., 1974) в адаптации Тарабриной Н.В. с соавт. [18].
3. Опросник посттравматического роста (ПТР), созданный в 2006 году Calhoun, Tedeschi, в адаптации Магомед-Эминова М.Ш. [12].
4. Шкала воспринимаемого стресса (ШВС-10) (The Perceived Stress Scale-10, «PSS-10») [22] в адаптации Абабкова В.А. с соавт. [1].

В данной работе результаты второго этапа исследования будут представлены по методикам SCL-90-R, PCL-5, ШВС.

Результаты

1. Оценка интенсивного психологического стресса в ответ на информационное освещение эпидемии коронавирусной инфекции в 2020 году

По первому временному периоду (апрель 2020 — май 2020 гг.), т. е. спустя 3 месяца после начала эпидемии COVID-19, получены следующие данные по психопатологическому профилю населения РФ. Более пятидесяти процентов опрошенных респондентов, не переболевших COVID-19, находящихся под воздействием информационного стресса и угрозы заражения коронавирусной инфекцией, сообщают о следующих особенностях своего психоэмоционального состояния (Приложение 1):

1. Различного рода соматические жалобы, среди которых наибольшую интенсивность имеют ощущения слабости и тяжести в различных частях тела, головные боли и боли в пояснице. Интересным представляется результат о том, что очень небольшой процент респондентов указали на жалобы, связанные с дыханием и болями в грудной клетке, несмотря на то, что COVID-19 является респираторным заболеванием, поражающим легкие (данные по шкале соматизация SCL-90-R).

2. Столкновение с невидимой вирусной угрозой способствует появлению у людей неприятных чувств собственной ограниченности, которые могут носить характер повторяющихся неприятных неотвязных мыслей, мешающих им сосредоточиться (данные по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства SCL-90-R»).

3. Наиболее частные изменения, которые происходят на уровне межличностных отношений после того, как респонденты имели опыт социальной изоляции (карантина) и других изменений в жизнедеятельности (дистанционный формат учебы, работы и т. п.) в связи с коронавирусной инфекцией это: чувство недовольства другими, ощущение неловкости в общении с другими и недружелюбности других. Это описание соответствует определенному уровню напряжения в межличностных отношениях и может свидетельствовать о когнитивном искажении, когда собственные мысли и чувства проецируются на других людей. Этот проективный процесс может иметь место в ситуации угрозы жизни (данные по шкале «Межличностная сензитивность SCL-90-R»).

4. Эмоциональные нарушения проявляются в виде упадка сил или заторможенности, подавленного настроения и чрезмерного беспокойства по разным поводам, что способствует в дальнейшем астенизации нервной системы (данные по шкале «Депрессия SCL-90-R»).

5. Наиболее частыми признаками тревожности, проявляющимися при столкновении с угрозой заражения COVID-19, являются нервозность, чувство страха и ощущение напряженности и взвинченности (данные по шкале «Тревожность SCL-90-R»).

6. Враждебность в виде легко возникающей досады или раздражения и вспышек гнева, которые трудно сдержать (данные по шкале «Враждебность SCL-90-R»).

7. Большая половина опрошенных испытывает боязнь езды в автобусах, метро и т. п. (данные по шкале «Фобическая тревожность SCL-90-R»).

8. Чувство одиночества, даже когда находишься с другими, а также отсутствие чувства близости к кому бы то ни было (данные по шкале «Психотизм SCL-90-R»).

Описанный психопатологический статус населения в период после первых трех месяцев объявления эпидемии коронавирусной инфекции соответствует острому стрессовому расстройству. В этой связи описанные признаки позволяют получить данные о психологической картине состояния населения в данный временной период.

Для оценки того, насколько психопатологический статус населения в период после трех месяцев объявления COVID-19 эпидемией коронавируса отличался от психопатологического статуса до эпидемии, мы сравнили данные нашего исследования с данными диссертационного исследования Бузиной А.С., в котором принимали участие 120 респондентов в возрасте от 30 до 55 лет (85 женщин и 35 мужчин, ср. возраст — 46 лет). Данные собирались ею с сентября 2018 года

по март 2020 года. Респонденты, опрошенные нами в период с апреля 2020 г. по май 2020 г., т. е. спустя 3 месяца после начала эпидемии COVID-19, имеют менее выраженные значения психопатологической симптоматики по сравнению с респондентами, опрошенными с 2018 по 2020 год, по межличностной чувствительности, депрессии и паранойальным симптомам (табл. 2). Однако по индексу тяжести и индексу наличного симптоматического дистресса, по шкалам соматизации и психотизма эта группа статистически значимо превосходит группу, опрошенную в период 04.2018—03.2020 гг. (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение средних значений шкал SCL-90-R по группам респондентов, 2018—2020 гг. (U-критерий Манна—Уитни)

Шкалы SCL-90-R	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Респонденты: 04.2018—03.2020 гг., n=120	Респонденты: апрель—май 2020 г., n=233		
Соматизация	0,399	0,699	10561,5	0,000
Межличностная чувствительность	1,093	0,715	7916,5	0,000
Депрессия	1,004	0,877	2013	0,026
Паранойальные симптомы	1,2	0,536	7225,5	0,000
Психотизм	0,15	0,412	9401	0,000
Общий индекс тяжести	0,628	0,647	12185	0,042
Индекс наличного симптоматического дистресса	0,768	1,494	8297	0,000

Таким образом, сравнительные данные свидетельствуют о том, что информационное освещение эпидемии коронавирусной инфекции и введение в связи с этим множества изменений в обычное жизнеустройство (дистанционная работа, учеба, ношение масок и т. п.) оказало на население интенсивное психотравмирующее воздействие, которое привело к повышению уровня наличного симптоматического дистресса.

По второму временному периоду (октябрь 2021 г. — май 2022 г.), т. е. спустя 1 год и 9 месяцев после начала эпидемии COVID-19, нами получены данные по психопатологическому профилю переболевших и не болевших COVID-19 респондентов. Качественный анализ данных показал сходство наиболее частотных психопатологических признаков в обеих группах, независимо от наличия в анамнезе опыта заболевания COVID-19. Получены данные о следующих особенностях психоэмоционального состояния респондентов (Приложение 2, 3):

1) выраженные признаки депрессии и тревоги в виде упадка сил или заторможенности, подавленного настроения, чрезмерного беспокойства по разным поводам, отсутствия интереса к чему бы то ни было, ощущения нервозности и напряженности (по шкале «Депрессия и тревожность SCL-90-R»);

2) навязчивые состояния в виде повторяющихся неприятных мыслях, трудностей в принятии решений и концентрации внимания (по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства SCL-90-R»);

3) проблемы с памятью (по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства SCL-90-R»);

4) соматические жалобы на слабость, головные боли и боли в пояснице (по шкале «Соматизация SCL-90-R»);

5) чувство недовольства другими (по шкале «Межличностная сензитивность SCL-90-R»);

6) раздражительность (по шкале «Враждебность SCL-90-R»).

Таким образом, при пребывании в ситуации с высоким уровнем психического напряжения 1 год и 9 месяцев у населения сохраняются признаки тревоги и депрессии, к которым добавляются проблемы с памятью и трудности в принятии решений. Длительное состояние нервозности и психического напряжения истощает психические ресурсы человека, приводя к трудностям в принятии решений, проблемам с памятью и легко возникающей досаде или раздражению, чувству недовольства другими людьми.

Далее нами было проведено попарное сравнение трех исследованных групп: опрошенные в 2020 году, опрошенные в 2021—2022 годах — переболевшие и не болевшие COVID-19 респонденты (по шкалам SCL-90-R и трем обобщенным индикаторам SCL-90-R с использованием U-критерия Манна—Уитни) (табл. 4).

Таблица 4
Сравнение средних значений шкал SCL-90-R по группам респондентов, опрошенных в 2020—2022 гг. (U-критерий Манна—Уитни)

Шкалы SCL-90-R	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Респонденты: 2020 г., n=233	Переболевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=276		
Тревожность	0,627	0,604	29563	0,05
Враждебность	0,628	0,536	27907,5	0,003
Фобическая тревожность	0,381	0,353	27559,5	0,001
Психотизм	0,403	0,413	29643,5	0,053

	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Респонденты: 2020 г., n=233	Не болевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=195		
Соматизация	0,699	0,552	19053	0,001
Депрессия	0,877	0,607	18977	0,001
Тревожность	0,604	0,533	19933,5	0,011
Враждебность	0,536	0,4846	18991,5	0,001
Фобическая тревожность	0,353	0,3055	18695	0,000
Психотизм	0,413	0,2862	17782	0,000
Общий индекс тяжести (GSI)	0,647	0,5049	19549	0,005
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,494	1,302	18719	0,001
	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Переболевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=276	Не болевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=195		
Соматизация	0,6993	0,5517	23624,5	0,024
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,823	0,6487	23626,5	0,024
Межличностная сензитивность	0,715	0,5590	24028,5	0,047
Психотизм	0,413	0,286	23440	0,017
Общий индекс тяжести (GSI)	0,6472	0,5049	23440	0,017
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,494	1,302	21094,5	0,000

Примечание: в таблице представлены только статистически значимые различия.

Получены данные о том, что у населения в период начала эпидемии коронавирусной инфекции (апрель—май 2020 г.) в большей степени были выражены признаки соматизации, депрессии, тревожности, враждебности, психотизма и индекса наличного симптоматического дистресса по сравнению с не переболевшими COVID-19 респондентами, опрошенными в 2021—2022 годах.

Показано, что начальный период объявления эпидемии коронавирусной инфекции имел более психотравмирующее воздействие на население, даже по сравнению с ситуацией, когда часть населения переболела COVID-19 и была опрошена нами спустя 1 год и 5 месяцев после опроса в 2020 году. У респондентов в 2020 году были выявлены более высокие значения по шкалам SCL-90-R «Тревожность», «Враждебность», «Фобическая тревожность», «Психотизм» по сравнению с переболевшими COVID-19 респондентами.

Сравнение переболевших и не переболевших COVID-19 респондентов показало, что личный непосредственный опыт столкновения с вирусной угрозой в виде заболевания COVID-19 оказывает более психотравмирующее воздействие. У переболевших COVID-19 респондентов выше данные по шкалам SCL-90-R «Соматизация», «Обсессивно-компульсивные расстройства», «Межличностная сензитивность», «Психотизм», а также общий индекс тяжести и индекс наличного симптоматического дистресса.

2. Оценка посттравматического стресса в связи с опытом заболевания коронавирусной инфекцией

Для оценки выраженности посттравматического стресса у переболевших COVID-19 респондентов ($n = 276$) нами была использована методика PCL-5. В качестве тяжелого травматического события респондентам предлагалось оценить их опыт заболевания COVID-19. Получены данные о том, что 20 респондентов получили по методике PCL-5 итоговый показатель тяжести более 33 баллов. То есть выявлена подгруппа уязвимых к отсроченной симптоматике в виде ПТСР — 7,246% опрошенных. Корреляционный анализ связи давности и интенсивности заболевания с уровнем выраженности ПТСР показал, что только давность заболевания имеет статистически значимую обратную связь с выраженностью ПТСР ($r_s = -0,131$ при $p = 0,035$), т. е. чем более давно респондент перенес COVID-19, тем менее выражены у него признаки ПТСР. Отсутствие статистически значимой связи между интенсивностью заболевания и уровнем ПТСР ($r_s = 0,033$ при $p = 0,593$) свидетельствует о психотравмирующем воздействии информационного освещения эпидемии коронавируса, в результате которого у уязвимой части населения проявляются признаки интенсивного и посттравматического стресса.

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики в двух подгруппах, различающихся по уровню выраженности ПТСР (1-я подгруппа: общий балл PCL-5 <33 баллов; 2-я подгруппа: общий балл PCL-5 \geq 33 баллов), был использован U-критерий Манна—Уитни. Получены данные о статистически значимом различии между выделенными подгруппами по всем шкалам и индексам SCL-90-R: значения по всем шкалам выше в подгруппе с общим баллом PCL-5 более 33 ($p = 0,000$).

3. Сравнительный анализ степени травматогенности трех видов невидимых угроз: радиационной угрозы, террористической угрозы для косвенных жертв, вирусной угрозы COVID-19

Для оценки степени травматогенности трех видов невидимых угроз (радиационная угроза, террористическая угроза для косвенных жертв, вирусная угроза COVID-19) было проведено сравнение выраженности психопатологической симптоматики в четырех подгруппах:

1) ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС¹ (n = 98 мужчин, ср. возраст — 40,38);

2) косвенные жертвы терактов² (n = 494, ср.возраст — 24,09);

3) переболевшие COVID-19 респонденты (n = 92 мужчины, ср. возраст — 37,4);

4) не переболевшие COVID-19 респонденты (n=195, ср. возраст — 29,66).

Для оценки выраженности психопатологических признаков использовался U-критерий Манна—Уитни. Группы для сравнения были выбраны не случайно. Так, ликвидаторы аварии на ЧАЭС сравнивались с переболевшими COVID-19 респондентами, так как в обеих этих группах респонденты не только пребывали в ситуации стрессового воздействия информации об угрозе для здоровья радиации/вируса, но и лично столкнулись с этим стрессором (работали в условиях повышенной радиактивности и переболели COVID-19). В отличие от этих двух групп косвенные жертвы теракта (т. е. те, кто лично не пострадал, но наблюдал за ситуацией с террористическими актами и их последствиями по телевизионным сообщениям) и не болевшие COVID-19 респонденты лично не столкнулись со стрессором непосредственно, а опосредованно пребывали в информационном поле данных об угрозе для жизни данного вируса.

Получены данные о том, что у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в большей степени выражены жалобы на соматическое неблагополучие (U = 3018 при p = 0,000), тревожность (U = 3497,5 при p = 0,007), враждебность (U = 3344 при p = 0,002), индекс тяжести дистресса (U = 3627 при p = 0,026), чем у переболевших COVID-19 респондентов.

Сравнение косвенных жертв терактов с не переболевшими COVID-19 респондентами показало, что для первых в большей степени характерны

¹ Используются данные кросскультурного проекта 1992–1994 гг., осуществляемого лабораторией психологии посттравматического стресса ИП РАН под руководством Н.В. Тарабриной, и психофизиологической лабораторией Harvard Medical School (США), возглавляемой профессором Р. Питмэнном.

² Используются данные диссертационного исследования Быховец Ю.В. 2007 г.

соматические жалобы на самочувствие, у них выше значения по шкалам «Обсессивно-компульсивные расстройства», «Враждебность», «Паранойальные симптомы», «Психотизм», общий индекс тяжести дистресса и индекс наличного симптоматического дистресса ($p = 0,000$). Однако, не переболевшие COVID-19 респонденты в большей степени проявляют тревожность и фобическую тревожность ($p = 0,000$).

Также мы имеем возможность провести количественное сравнение процента респондентов с ПТСР среди ликвидаторов — 19,6%, косвенных жертв террористических актов — 24% и переболевших Covid-19 — 7,25%. Видно, что террористическая угроза среди трех рассматриваемых невидимых угроз является наиболее психотравмирующим стрессором, способным приводить к появлению отсроченной негативной психопатологической симптоматики.

4. Оценка уровня стресса у не переболевших COVID-19 респондентов

В связи с тем, что на момент опроса 2021—2022 гг. не переболевшие COVID-19 находились в стрессовой ситуации информационного осещения опасного для здоровья вируса, а также в ситуации, когда информация из СМИ подтверждалась известиями о тяжелой болезни или смерти от COVID-19 близких или знакомых, перед нами стояла задача оценить уровень повседневного стресса у данной группы респондентов. ШВС-10 (шкала воспринимаемого стресса) позволяет оценить субъективно воспринимаемый уровень напряженности ситуации. Используя данные средних значений для шкалы ШВС-10, представленные в работе Абабкова В.А. с соавторами, мы получили следующий результат: у 18 (15% от выборки) респондентов — низкий уровень стресса, у 43 (35,83%) респондентов — средний уровень стресса, у 59 (49,17%) респондентов — высокий уровень стресса.

Обсуждение

Полученные в данном эмпирическом исследовании результаты свидетельствуют о том, что вирусная угроза COVID-19 может рассматриваться как психотравмирующий стрессор высокого уровня интенсивности, способный приводить к появлению различного рода психопатологических симптомов у широких слоев населения. Рассмотрение психоэмоционального ответа населения на первичную информацию о пандемии COVID-19 (апрель—май 2020 г.) показало, что столкновение с ситуацией с высокой степенью неопределенности будущего приводит в подавленности настроения, повышенному беспокойству по разным поводам, страху за свою жизнь, упадку сил или заторможенности, что может приводить к труд-

ностям в сосредоточении внимания. Изменения касаются также и межличностного взаимодействия, что проявляется в виде чувства недовольства другими, раздражения и вспышках гнева, в ощущении одиночества и отсутствии близости, даже когда человек находится рядом с другими людьми. Физиологическими коррелятами данного состояния являются головные боли и боли в спине, слабость и головокружение. Динамика психопатологического состояния населения спустя 1 год и 5 месяцев после первичного опроса показала снижение уровня тревоги, депрессии, враждебности и чувства одиночества. Однако сохранились проблемы с памятью, трудности в принятии решений, повторяющиеся неприятные неотвязные мысли, трудности в сосредоточении, небрежность в делах или неряшливость, чувство недовольства другими и собой, повышенная эмоциональная чувствительность. Известно, что воздействие психической травмы происходит двумя основными путями: либо это постоянные навязчивые мысли и переживания о травмировавшем событии, либо их избегание. И в том и в другом случае все мысли и чувства субъекта связаны с травматическим событием. Один из ведущих исследователей ПТСР Р. Питмен назвал данный феномен «черной дырой» [15]. Все это оказывает негативное влияние на ежедневное функционирование человека. Таким образом, длительное пребывание в информационном поле угрожающего жизни заболевания может порождать когнитивные и эмоциональные трудности, влияющие на интерперсональные отношения, восприятие себя и окружающего мира.

Показано, что личный опыт заболевания COVID-19 имеет большее психотравмирующее воздействие на население по сравнению только с пребыванием в информационном поле угрозы заболевания COVID-19. Качественный анализ данных показал, что в числе жалоб переболевших COVID-19 наиболее выражены слабость или головокружение, головные боли и боли в пояснице, повторяющиеся неприятные мысли об угрозе жизни в связи с COVID-19, трудности в сосредоточении и принятии решений, проблемы с памятью, ощущения, что с телом не все в порядке, чувство недовольства другими. В данном случае следует отметить, что у переболевших COVID-19 респондентов произошло наложение травмы личного заболевания COVID-19 на информационный стресс, что нашло отражение в более интенсивных проявлениях психопатологических признаков. Может быть выделена группа, особо чувствительная к переживанию вирусной угрозы, у которой выявлен высокий уровень ПТСР. По нашим данным, это 7,25% переболевших COVID-19 респондентов с разной степенью тяжести заболевания. По данным исследования Холмогоровой А.Б., у 3,8% пациентов, прошедших лечение от коронавирусной инфекции в условиях стационара, были выявлены клинически значимые показатели симптомов ПТСР [21]. Как в нашем исследовании,

так и в работе А.Б. Холмогоровой с коллегами, получен результат об отсутствии связи интенсивности заболевания COVID-19 с выраженностью симптомов ПТСР. Это является дополнительным свидетельством того, что пандемия COVID-19 является психотравмирующим стрессором информационного типа. Сходные данные о негативной роли средств массовой информации получены в исследовании Лидина К.Л. [11].

Сравнительный анализ данных разных типов невидимых информационных угроз показал, что радиационная угроза вызывает более сильный психопатологический ответ, чем вирусная угроза COVID-19 у переболевших респондентов. Возможно, это связано с тем, что радиационная угроза не представлена чувственно, т. е. не могла быть воспринята ликвидатором непосредственно после своего воздействия, а ее последствия носили достаточно отсроченный во времени характер. Можно предполагать, что заболевание COVID-19 в разной степени интенсивности активизировало у переболевшего данным вирусом человека модели угрожающего будущего по известному направлению, сформированному через общественный дискурс и СМИ. То есть у переболевших COVID-19 респондентов была возможность выстроить некоторое определенное будущее, хотя и носящее порой устрашающий характер. Это согласуется с данными нашего исследования имплицитных представлений о вирусной угрозе. Показано, что образ вирусной угрозы в представлении населения достаточно стабилен и может быть описан через такие определения, как болезнь, опасность, страх. Содержание представлений не зависит от таких факторов, как наличие личного опыта заболевания коронавирусом COVID-19, наличия или отсутствия прививки от данного заболевания [4]. В свою очередь, последствия воздействия радиационной угрозы превышают временные рамки осознания причины и следствия, поэтому более трудны для понимания. Именно высокий уровень неопределенности определил более выраженную психопатологическую симптоматику.

Также получены данные о большей выраженности психопатологической симптоматики у косвенных жертв теракта по сравнению с не переболевшими COVID-19 респондентами, но находящимися в информационном пространстве данных об опасности вируса. Вероятно, стрессор, связанный с антропогенным фактором — террористами — является более устрашающим, чем биологически опасный вирус. Этим же можно объяснить результат, свидетельствующий о том, что угроза террористических актов для косвенных жертв по количеству выявленных случаев ПТСР превышает радиационную и вирусную угрозы.

Однако у не переболевших COVID-19 респондентов, по сравнению с косвенными жертвами терактов, выше уровень тревожности, что может быть обусловлено отсутствием достоверной информации о причинах возникновения вируса COVID-19.

Итак, обобщая результаты данного теоретико-эмпирического исследования, можно утверждать, что главным остается факт установления роли интенсивного стресса вследствие столкновения с невидимыми информационными угрозами в развитии у определенной, уязвимой части лиц посттравматического стрессового расстройства.

Приложение 1

Данные самоотчета респондентов по опроснику SCL-90-R за 2020 год (n = 233)

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала соматизации				
1	Головные боли	127	54,51%	0,911
2	Слабость или головокружение	129	55,36%	0,8
3	Боли в сердце или в грудной клетке	72	30,9%	0,436
4	Боли в пояснице	135	57,94%	,996
5	Тошнота	85	36,48%	0,55
6	Боли в мышцах	118	50,64%	0,81
7	Затрудненное дыхание	54	23,17%	0,437
8	Приступы жара или озноба	54	23,17%	0,36
9	Онемение или покалывание в различных частях тела	91	39,03%	0,579
10	Комок в горле	68	29,18%	0,395
11	Ощущение слабости в различных частях тела	139	59,66%	1,056
12	Тяжесть в конечностях	120	51,5%	1,056
Шкала Obsессивно-компульсивные расстройства				
1	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	140	60,09%	1,042
2	Проблемы с памятью	97	41,63%	0,581
3	Небрежность или неряшливость	128	54,94%	0,918
4	Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо	149	63,95%	1,226
5	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	72	30,9%	0,459

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
6	Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете	91	39,06%	0,575
7	Трудности в принятии решения	60	25,75%	0,39
8	Вы легко теряете мысль	84	36,05%	0,57
9	Вам трудно сосредоточиться	120	51,5%	0,953
10	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	74	31,76%	0,483
Шкала межличностная сензитивность				
1	Чувство недовольства другими	184	78,97%	1,498
2	Застенчивость	23	9,87%	0,12
3	То, что ваши чувства легко задеть	45	19,31%	1,056
4	Ощущение, что другие не понимаю или не сочувствуют вам	40	17,17%	0,249
5	Ощущение, что люди не дружелюбны или вы им не нравитесь	106	45,49%	0,687
6	Ощущение, что вы хуже других	86	39,91%	0,651
7	Ощущение неловкости, когда другие наблюдают за вами	104	44,64%	0,846
8	Чрезмерная застенчивость в общении с другими	52	22,32%	0,326
9	Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях	53	22,75%	0,332
Шкала депрессии				
1	Потеря сексуального влечения или удовольствия	105	45,06%	0,867
2	Упадок сил или заторможенность	179	76,82%	1,399
3	Мысли о том, чтобы покончить с собой	27	11,59%	0,188
4	Слезливость	79	33,91%	0,524
5	Ощущение, что вы в западне или пойманы	120	51,5%	0,91
6	Чувство, что вы сами во много виноваты	99	42,49%	0,747
7	Чувство одиночества	123	52,79%	0,974
8	Подавленное настроение	157	67,39%	1,343

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
9	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	149	63,95%	1,082
10	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	116	49,79%	0,953
11	Ощущение, что будущее безнадежно	74	31,76%	0,545
12	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	71	30,47%	0,478
13	Ощущение собственной никчемности	75	32,19%	0,621
Шкала тревожности				
1	Нервозность или внутренняя дрожь	149	63,95%	1,133
2	Дрожь	37	15,88%	0,206
3	Неожиданный и беспричинный страх	82	35,19%	0,513
4	Чувство страха	128	54,94%	0,815
5	Сильное или учащенное сердцебиение	72	30,9%	0,468
6	Ощущение напряженности или взвинченности	122	52,36%	0,858
7	Приступы ужаса или паники	108	46,35%	0,815
8	Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте	87	37,34%	0,609
9	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	100	42,92%	0,747
10	Кошмарные мысли или видения	32	13,73%	0,197
Шкала враждебности				
1	Легко возникающие досада или раздражение	175	75,1%	1,391
2	Вспышки гнева, которые вы не можете сдержать	125	53,65%	0,906
3	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	13	5,58%	0,103
4	Импульсы ломать или крушить что-то	93	39,91%	0,655
5	Вы часто вступаете в спор	32	13,73%	0,228
6	Вы кричите или швыряетесь вещами	73	31,33%	0,528
Шкала фобической тревожности				
1	Чувство страха в открытых местах или на улице	60	25,75%	0,403

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
2	Боязнь выйти из дома одному	30	12,86%	0,210
3	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	160	68,67%	0,704
4	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	68	29,18%	0,403
5	Чувство неловкости в людных местах	29	12,45%	0,155
6	Нервозность, когда вы остаетесь одни	76	32,62%	0,536
7	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	36	15,45%	0,283
Шкала паранойальные симптомы				
1	Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие	71	30,57%	0,424
2	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	65	29,89%	0,417
3	Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас	89	38,19%	0,573
4	Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие	47	20,17%	0,342
5	То, что другие недооценивают ваши достижения	79	33,91%	0,515
6	Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите	33	14,16%	0,239
Шкала психотизма				
1	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	32	13,73%	0,21
2	Вы слышите голоса, которые не слышат другие	4	1,72%	0,172
3	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	88	37,76%	0,644
4	У вас в голове чужие мысли	29	12,45%	0,172
5	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	99	42,49%	0,759
6	Нервирующие вас сексуальные мысли	64	27,47%	0,472
7	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	44	18,88%	0,315

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
8	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	71	30,47%	0,511
9	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	102	43,78%	0,759
10	Мысли о том, что с вашим рассудком творится что-то неладное	41	17,6%	0,253

Приложение 2

Данные самоотчета переболевших COVID-19 респондентов по опроснику SCL-90-R за 2021—2022 год (n = 276)

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала соматизации				
1	Головные боли	167	60,51%	1,033
2	Слабость или головокружение	170	61,59%	1,069
3	Боли в сердце или в грудной клетке	106	38,41%	0,627
4	Боли в пояснице	151	54,71%	0,942
5	Тошнота	109	39,49%	0,638
6	Боли в мышцах	109	39,49%	0,768
7	Затрудненное дыхание	76	27,54%	0,446
8	Приступы жара или озноба	86	31,16%	0,518
9	Онемение или покалывание в различных частях тела	107	38,77%	0,62
10	Комок в горле	79	28,62%	0,478
11	Ощущение слабости в различных частях тела	123	44,57%	0,744
12	Тяжесть в конечностях	81	29,35%	0,507

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала Obsessивно-компульсивные расстройства				
1	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	159	57,61%	1,141
2	Проблемы с памятью	164	59,42%	1,072
3	Небрежность или неряшливость	117	42,39%	0,725
4	Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо	136	49,28%	0,877
5	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	96	34,78%	0,551
6	Потребность проверять и перепроверять то, что выделаете	125	45,29%	0,739
7	Трудности в принятии решения	144	52,17%	0,938
8	Вы легко теряете мысль	122	44,2%	0,732
9	Вам трудно сосредоточиться	158	57,25%	1,033
10	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	63	22,83%	0,42
Шкала межличностная сензитивность				
1	Чувство недовольства другими	194	70,29%	1,326
2	Застенчивость	79	28,62%	0,464
3	Ваши чувства легко задеть	132	47,83%	0,873
4	Ощущение, что другие не понимаю или не сочувствуют вам	119	43,12%	0,725
5	Ощущение, что люди не дружелюбны или вы им не нравитесь	97	35,14%	0,602
6	Ощущение, что вы хуже других	121	43,84%	0,837
7	Ощущение неловкости, когда другие наблюдают за вами	93	33,7%	0,587
8	Чрезмерная застенчивость в общении с другими	94	34,06%	0,558
9	Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях	71	25,72%	0,464
Шкала депрессии				

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
1	Потеря сексуального влечения или удовольствия	128	46,38%	0,866
2	Упадок сил или заторможенность	193	69,93%	1,38
3	Мысли о том, чтобы покончить с собой	44	15,94%	0,283
4	Слезливость	104	37,68%	0,666
5	Ощущение, что вы в западне или пойманы	82	29,71%	0,533
6	Чувство, что вы сами во много виноваты	123	44,57%	0,844
7	Чувство одиночества	132	47,83%	0,949
8	Подавленное настроение	179	64,86%	1,261
9	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	166	60,14%	1,141
10	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	141	51,09%	1,069
11	Ощущение, что будущее безнадежно	119	43,12%	0,837
12	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	144	52,17%	0,971
13	Ощущение собственной никчемности	102	36,96%	0,717
Шкала тревожности				
1	Нервозность или внутренняя дрожь	174	63,04%	1,176
2	Дрожь	75	27,17%	0,391
3	Неожиданный и беспричинный страх	89	32,25%	0,536
4	Чувство страха	111	40,22%	0,692
5	Сильное или учащенное сердцебиение	117	42,39%	0,681
6	Ощущение напряженности или взвинченности	144	52,17%	0,917
7	Приступы ужаса или паники	58	21,01%	0,362
8	Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте	68	24,64%	0,435
9	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	86	31,16%	0,547
10	Кошмарные мысли или видения	53	19,2%	0,304
Шкала враждебности				
1	Легко возникающие досада или раздражение	200	72,46%	1,289

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
2	Вспышки гнева, которые вы не можете сдерживать	116	40,023%	0,703
3	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	39	14,13%	1,685
4	Импульсы ломать или крушить что-то	48	17,39%	0,283
5	Вы часто вступаете в спор	71	25,72%	0,406
6	Вы кричите или швыряетесь вещами	46	16,67%	0,301
Шкала фобической тревожности				
1	Чувство страха в открытых местах или на улице	67	24,28%	0,424
2	Боязнь выйти из дома одному	40	14,49%	0,247
3	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	44	15,94%	0,272
4	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	62	22,46%	0,348
5	Чувство неловкости в людных местах	81	29,35%	0,482
6	Нервозность, когда вы оставались одни	79	28,62%	0,438
7	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	41	14,86%	0,257
Шкала психотизма				
1	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	47	17,03%	0,304
2	Вы слышите голоса, которые не слышат другие	15	5,23%	0,105
3	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	36	13,04%	0,221
4	У вас в голове чужие мысли	33	11,96%	0,199
5	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	108	39,13%	0,721
6	Нервирующие вас сексуальные мысли	49	17,75%	0,315
7	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	41	14,86%	0,254
8	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	135	48,91%	0,935

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
9	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	85	30,79%	0,558
10	Мысли о том, что с вашим рассудком твориться что-то неладное	88	31,88%	0,522

Приложение 3

Данные самоотчета не болевших COVID-19 респондентов по опроснику SCL-90-R за 2021—2022 год (n = 195)

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала соматизации				
1	Головные боли	119	61,03%	0,938
2	Слабость или головокружение	97	49,74%	0,810
3	Боли в сердце или в грудной клетке	91	46,66%	0,493
4	Боли в пояснице	87	44,62%	0,789
5	Тошнота	55	28,21%	0,441
6	Боли в мышцах	84	43,08%	0,677
7	Затрудненное дыхание	41	21,03%	0,349
8	Приступы жара или озноба	52	26,67%	0,369
9	Онемение или покалывание в различных частях тела	49	25,13%	0,369
10	Комок в горле	37	18,97%	0,308
11	Ощущение слабости в различных частях тела	89	45,64%	0,651
12	Тяжесть в конечностях	50	25,64%	0,426
Шкала Обсессивно-компульсивные расстройства				
1	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	98	50,26%	0,826

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
2	Проблемы с памятью	104	53,33%	0,826
3	Небрежность или неряшливость	97	49,74%	0,774
4	Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо	43	22,05%	0,703
5	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	54	27,69%	0,374
6	Потребность проверять и перепроверять то, что выдаете	76	38,97%	0,559
7	Трудности в принятии решения	93	47,69%	0,785
8	Вы легко теряете мысль	76	38,97%	0,574
9	Вам трудно сосредоточиться	100	51,28%	0,81
10	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	34	17,44%	0,256
Шкала межличностная сензитивность				
1	Чувство недовольства другими	120	61,54%	1,046
2	Застенчивость	56	28,72%	0,436
3	Ваши чувства легко задеть	82	42,05%	0,708
4	Ощущение, что другие не понимают или не сочувствуют вам	69	35,38%	0,564
5	Ощущение, что люди не дружелюбны или вы им не нравитесь	61	31,28%	0,451
6	Ощущение, что вы хуже других	79	40,51%	0,697
7	Ощущение неловкости, когда другие наблюдают за вами	50	25,64%	0,389
8	Чрезмерная застенчивость в общении с другими	54	27,69%	0,374
9	Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях	44	22,56%	0,364
Шкала депрессии				
1	Потеря сексуального влечения или удовольствия	66	33,85%	0,549
2	Упадок сил или заторможенность	125	64,10%	1,092
3	Мысли о том, чтобы покончить с собой	30	15,38%	0,262

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
4	Слезливость	68	34,87%	0,575
5	Ощущение, что вы в западне или пойманы	54	27,69%	0,467
6	Чувство, что вы сами во много виноваты	87	44,62%	0,733
7	Чувство одиночества	79	40,52%	0,626
8	Подавленное настроение	100	51,28%	0,867
9	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	107	54,87%	0,877
10	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	78	40%	0,626
11	Ощущение, что будущее безнадежно	66	33,85%	0,549
12	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	84	43,08%	0,733
13	Ощущение собственной никчемности	56	28,72%	0,487
Шкала тревожности				
1	Нервозность или внутренняя дрожь	117	60%	1,031
2	Дрожь	48	24,62%	0,395
3	Неожиданный и беспричинный страх	70	35,89%	0,544
4	Чувство страха	76	38,97%	0,616
5	Сильное или учащенное сердцебиение	64	32,82%	0,508
6	Ощущение напряженности или взвинченности	92	47,18%	0,728
7	Приступы ужаса или паники	40	20,51%	0,359
8	Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте	49	25,13%	0,4
9	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	56	28,72%	0,441
10	Кошмарные мысли или видения	39	20%	0,313
Шкала враждебности				
1	Легко возникающие досада или раздражение	127	65,13%	1,133
2	Вспышки гнева, которые вы не можете сдерживать	74	37,95%	0,631
3	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	30	15,38%	0,246
4	Импульсы ломать или крушить что-то	32	16,41%	0,246

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
5	Вы часто вступаете в спор	52	26,67%	0,405
6	Вы кричите или швыряетесь вещами	29	14,87%	0,246
Шкала фобической тревожности				
1	Чувство страха в открытых местах или на улице	42	21,54%	0,346
2	Боязнь выйти из дома одному	33	16,92%	0,272
3	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	29	14,87%	0,251
4	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	38	19,49%	0,293
5	Чувство неловкости в людных местах	38	19,49%	0,313
6	Нервозность, когда вы остаетесь одни	53	27,18%	0,441
7	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	30	15,38%	0,226
Шкала психотизма				
1	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	32	16,41%	0,272
2	Вы слышите голоса, которые не слышат другие	18	9,23%	0,179
3	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	23	11,79%	0,179
4	У вас в голове чужие мысли	20	10,26%	0,159
5	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	63	32,31%	0,549
6	Нервирующие вас сексуальные мысли	29	14,87%	0,231
7	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	29	14,87%	0,195
8	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	69	35,38%	0,554
9	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	54	27,69%	0,456
10	Мысли о том, что с вашим рассудком творится что-то неладное	27	13,85%	0,236

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капанова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. Валидизация русскоязычной

- версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-петербургского университета. 2016. Сер.16. Вып. 2. С. 6—15.
2. *Быховец Ю.В.* Представления о террористическом акте и переживание террористической угрозы жителями разных регионов РФ: автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 2007. 27 с.
 3. *Быховец Ю.В.* Разработка опросника переживания вирусной угрозы [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. Том 10. № 2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/06PSMN222.pdf> (дата обращения: 01.03.2023).
 4. *Быховец Ю.В.* Эмпирическое исследование представлений о невидимых угрозах: вирусная угроза и террористические акты // История, современность и перспективы развития психологии в системе Российской академии наук: материалы Международной юбилейной научной конференции, посвященной 50-летию создания Института психологии РАН (г. Москва, 16—18 ноября 2022 г.). М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2022. С. 633—635.
 5. *Быховец Ю.В., Коган-Лернер Л.Б.* Пандемия COVID-19 как многофакторная психотравмирующая ситуация // Социальная и экономическая психология. 2020. Том 5. № 2 (18). С. 291—308.
 6. *Данилов М.Н.* Экзистенциальная проблематика при посттравматическом стрессовом расстройстве // Вопросы студенческой науки. 2022. № 12 (76). С. 414—420.
 7. *Ениколопов С. Н., Лебедев С. В., Бобосов Е. А.* Влияние экстремальных событий на косвенных жертв // Психол. журн. 2004. Том 25. № 6. С. 73—81.
 8. *Ильин Е.П.* Насилие как психологический феномен // Вестник герценовского университета. 2013. № 1. С.167—173.
 9. *Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дымова Е.Н.* Психотравмирующие последствия переживания эмоционального насилия женщинами раннего взрослого возраста // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. № 4. С. 78—83.
 10. *Корнилова Т. В., Чумакова М. А.* Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера // Экспериментальная психология. 2014. № 1. С. 92—110.
 11. *Лидин К.М.* Эмоции по поводу ковида — опыт количественного анализа // Социальная и экономическая психология. 2023. Том 8. № 2 (30). С. 6—17.
 12. *Магомед-Эминов М.Ш.* Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. М.: Инсайт, 2004. 111 с.
 13. *Никитина Д.А.* Посттравматический стресс у людей разного возраста у людей с угрожающим жизни заболеванием: дисс. ... канд. псих. наук. М., 2021. 199 с.
 14. *Селье Г.* Когда стресс не приносит горя. М.: МНПП «РЭНАР», 1992. 160 с.
 15. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Ласко Н.Б., Орт С.Ф., Питман Р.К.* Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 1996. Том 17. № 2. С. 30—45.
 16. *Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Паун М.А., Шталова Н.Е.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Институт психологии РАН, 2010. 175 с.

17. Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство // Клиническая психология. Том 2. Частная патопсихология / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 229—270.
18. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
19. Филипповская Т.В. Эмоциональное насилие и реальные субъекты власти в актуальном образовательном пространстве // Современное общество и власть. 2016. № 2 (8). С. 49—54.
20. Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Психологические последствия влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа // Ярославский педагогический вестник. 2020. № 5 (116). С. 110—120. DOI 10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120
21. Холмогорова А.Б., Рахманина А., Пуговкина О., Рой А., Истомин М., Авакян Т., Карчевская Н., Петриков С. Посттравматический стресс у пациентов с COVID-19 после лечения в стационаре // Современная терапия психических расстройств. 2021. № 3. С. 58—67. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2021.90.34.006>
22. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24. P. 385—396.
23. Derogatis L.R. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975. 45 p.
24. Salari N., Hosseini-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S., Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis // Global Health. 2020. № 16. P. 57.
25. Schou T.M., Joca S., Wegener G., Bay-Richie C. Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 — A systematic review // Brain, Behavior, and Immunity. 2021. Vol. 97. P. 328—348.
26. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) 2013 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> [дата обращения 09.08.2023].

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Baryshnikova K., Voroncova-Venger O.V., Gorbunov I.A., Kapranova S.V., Pologaeva E.A., Stuklov K.A. Validizaciya russkoyazychnoj versii oprosnika «SHkala vospriniimaemogo stressa- 10». *Vestnik Sankt-peterburgskogo universiteta*, 2016, № 2. Pp. 6—15.
2. Byhovec YU.V. Predstavleniya o terroristicheskom akte i perezhivanie terroristicheskoy ugrozy zhitelyami raznyh regionov RF. Avtoref.dis, 2007, 19 p.
3. Byhovec YU.V. Razrabotka oprosnika perezhivaniya virusnoj ugrozy [Elektroniy resurs]. *Mir nauki. Pedagogika i psihologiya*, 2022. Vol.10, № 2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/06PSMN222.pdf> (accessed 01.03.2023).
4. Byhovec YU.V. Empiricheskoe issledovanie predstavlenij o nevidimyh ugrozah: virusnaya ugroza i terroristicheskie akty. Istoriya, sovremennost' i perspektivy razvitiya psihologii v sisteme Rossijskoj Akademii nauk: Materialy Mezhdunarodnoj

- yubilejnoj nauchnoj konferencii, posvyashchennoj 50-letiyu sozdaniya Instituta psihologii RAN (16.11.2022-18.11.2022). M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2022. Pp. 633—635.
5. Byhovets YU.V., Kogan-Lerner L.B. Pandemiya COVID-19 kak mnogofaktornaya psihotravmiruyushchaya situaciya. *Social'naya i ekonomicheskaya psihologiya*, 2020. Vol .5, № 2 (18). Pp. 291—308.
 6. Danilov M.N. Ekzistencial'naya problematika pri posttravmaticheskom stressovom rasstrojstve. *Voprosy studencheskoj nauki*, 2022, № 12 (76). Pp. 414—420.
 7. Enikolopov S. N., Lebedev S. V., Bobosov E. A. Vliyanie ekstremal'nyh sobytij na kosvennyj zhertv. *Psihol. Zhurn*, 2004. Vol. 25, № 6. Pp. 73—81.
 8. Il'in E.P. Nasilie kak psihologicheskij fenomen. *Vestnik gercenovskogo universiteta*, 2013, № 1. Pp. 167—173.
 9. Kazymova N.N., Byhovets YU.V., Dymova E.N. Psihotravmiruyushchie posledstviya perezhivaniya emocional'nogo nasiliya zhenshchinami rannego vzroslogo vozrasta. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psihologiya. Sociokinetika*, 2019, № 4. Pp. 78—83.
 10. Kornilova T.V., CHumakova M.A. SHkaly tolerantnosti i intolerantnosti k neopredelennosti v modifikacii oprosnika C. Badnera. *Eksperimental'naya psihologiya*, 2014, № 1. Pp. 92—110.
 11. Lidin K.M. Emocii po povodu kovida — opyt kolichestvennogo analiza. *Social'naya i ekonomicheskaya psihologiya*, 2023. Vol .8, № 2 (30). Pp. 6—17.
 12. Magomed-Eminov M.SH. *Novye aspekty psihoterapii posttravmaticheskogo stressa*. M.: Insight, 2004. 111 p.
 13. Nikitina D.A. Posttravmaticheskij stress u lyudej raznogo vozrasta u lyudej s ugrozhayushchim zhizni zabolevaniem. Diss. kand. psihol. nauk. M., 2021. 199 p.
 14. Sel'e G. *Kogda stress ne prinosit gorya*. M., 1992. 162 p.
 15. Tarabrina N.V., Lazebnaya E.O., Zelenova M.E., Lasko N.B., Orr S.F., Pitman R.K. Psihofiziologicheskaya reaktivnost' u likvidatorov. avarii na CHAES. *Psihologicheskij zhurnal*, 1996, vol. 17. № 2, pp. 30—45.
 16. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S., Padun M.A., SHatalova N.E. *Onkopsihologiya: posttravmaticheskij stress u bol'nyh rakom molochnoj zhelezy*, 2010, 175 p.
 17. Tarabrina N.V. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo. Klinicheskaya psihologiya / Pod red. A.B. Holmogorovoj*. M.: Izdatel'skij centr «Akademiya», 2012. Pp. 229—270.
 18. Tarabrina N.V., Harlamenkova N.E., Padun M.A., Hazhuev I.S., Kazymova N.N., Byhovets YU.V., Dan M.V. *Intensivnyj stress v kontekste psihologicheskoy bezopasnosti*. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2017. 344 p.
 19. Filippovskaya T.V. *Emocional'noe nasilie i real'nye sub"ekty vlasti v aktual'nom obrazovatel'nom prostranstve. Sovremennoe obshchestvo i vlast'*, 2016, № 2 (8). Pp. 49—54.
 20. Harlamenkova N.E., Nikitina D.A. Psihologicheskie posledstviya vliyaniya stressorov vysokoj intensivnosti raznogo tip. *Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik*, 2020, № 5 (116). Pp. 110—120. DOI:10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120
 21. Holmogorova A.B., Rahmanina A., Pugovkina O., Roj A., Istomin M., Avakyan T., Karchevskaya N., Petrikov S. *Posttravmaticheskij stress u pacientov s COVID-19*

- posle lecheniya v stacionare. *Sovremennaya Terapiya Psichicheskikh Rasstrojstv*, 2021, № 3. Pp. 58—67. DOI:10.21265/PSYPH.2021.90.34.006
22. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, vol. 24, pp. 385—396.
 23. Derogatis L.R. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975. 45 p.
 24. Salari N., Hosseinian-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S., Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 2020, № 16, p. 57.
 25. Schou T.M., Joca S., Wegener G., Bay-Richte C. Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 — A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2021, Vol. 97. Pp. 328—348.
 26. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) 2013 [Elektronnyi resurs]. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> [Accessed 09.08.2023].

Информация об авторах

Быховец Юлия Васильевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБОУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>, e-mail: bykhovets@yandex.ru

Information about the authors

Yulia V. Bykhovets, PhD in Psychology, Senior Researcher in the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences (FSBI IP RAS), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>, e-mail: bykhovets@yandex.ru

Получена 11.08.2023

Received 11.08.2023

Принята в печать 01.09.2023

Accepted 01.09.2023