

УДК 328:316.77: 004.056.5

https://doi.org/10.33619/2414-2948/58/38

**ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ:
МЕТОДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ СОЦИУМА
В ЭЛЕКТРОННЫХ СМИ И ИНТЕРНЕТЕ**

©Кузина Н. В., канд. филол. наук, ORCID: 0000-0001-9094-7182, SPIN-код: 2069-8510,
Центр исследования проблем безопасности РАН, г. Москва, Россия, nvkuzina@mail.ru

**INFORMATION SECURITY IN THE CONTEXT OF PANDEMIC:
METHODS FOR STABILIZING SOCIETY IN TERMS
OF ELECTRONIC MEDIA AND INTERNET**

©Kuzina N., Ph.D., ORCID: 0000-0001-9094-7182, SPIN-код: 2069-8510, Center research
security problems the RAS, Moscow, Russia, nvkuzina@mail.ru

Аннотация. Пандемии относятся к числу социальных катастроф, провоцирующих панику, острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство, массовую агрессию, другие нарушения психоэмоционального состояния и поведенческих реакций социума. Сила данных реакций связана с информационным воздействием на человека в период, когда в его психике оказываются актуализированы не поддающиеся рациональному контролю архаичные слои. Хотя угрозы пандемии еще не отступили, уже пришло время анализа информационных стратегий, усиливавших или дезактуализировавших ощущения неопределенности и витальной угрозы, возникавших в социуме. В исследовании были рассмотрены расстройства психики, психологические защиты и копинг-стратегии, актуальные в период пандемии и аналогичных по воздействию на психику социума бедствий в исторической перспективе. Произведена оценка русскоязычного интернет-контента апреля–июля 2020, затрагивающего проблематику пандемии COVID-19 с точки зрения информационной безопасности. Констатируется эффективность доведения информации с использованием образа очевидца событий (соотечественника–эспатрианта) или эксперта (врача–инфекциониста, вирусолога). Реже эффективной для снижения социальной напряженности является позиция наблюдателя–журналиста (репортажи о больничных учреждениях с позиции интервьюера). Аналитические программы, повышающие неопределенность, усиливают тревожность. Социум при панике нуждается в образцах адаптивного поведения и директивах, снимающем страх юморе. При отсутствии распространяемых официально медицинских рекомендаций их место занимают опасные для общественного здоровья неквалифицированные советы из сферы «нетрадиционной медицины». Причиной паники и агрессии оказывается низкий уровень медицинских знаний населения, установка на ложный авторитет. Результаты исследования могут быть использованы специалистами в области информационной безопасности, журналистским сообществом.

Abstract. Pandemics are social disasters provoking panic, acute stress and post-traumatic stress disorder, massive aggression, and other psycho-emotional and behavioral disorders. The strength of these reactions is associated with informational conditioning of a person in a period when archaic layers that cannot be rationalized are actualized in his psyche. The time has come for the analysis of information strategies that reinforce or deactivate the feelings of uncertainty and vital threat that arose in society. The paper explores mental disorders, psychological defenses and

coping strategies that are relevant during a pandemic and similar disasters. The study also includes an assessment of the Russian language Internet content from April to July 2020, affecting the COVID-19 pandemic from the point of view of information security. The author reveals effectiveness of communicating information using the image of an eyewitness of events (expatriate compatriot) or an expert (infectious disease doctor, virologist). The position of an observer-journalist (reporting on hospitals from the position of an interviewer) is rarely effective in reducing social tension. Analytical programs that increase uncertainty increase anxiety. In panic, society needs samples of adaptive behavior and directives, humor that relieves fear. In the absence of officially disseminated medical recommendations, their place is taken by unqualified advice from 'alternative medicine' dangerous to public health. The reason for the panic and aggression is the low level of medical awareness of the population as well as the installation of false authority. The results obtained can be used by experts in the field of information security, the journalistic community.

Ключевые слова: социальная безопасность, информационная безопасность, социальная психология, массовая паника, массовая агрессия, пандемия, вызванные психической травмой расстройства поведения и эмоций, интернет-контент, COVID-19, психодиагностика.

Keywords: social security, information security, social psychology, mass panic, mass aggression, pandemic, trauma-induced behavioral and emotional disorders, Internet content, COVID-19, psychodiagnostics.

Введение

Значимость влияния пандемий на сознание и мышление социума запечатлена в произведениях средневековой западноевропейской культуры, отразивших в том числе изменение образного и нарративного ряда произведений живописи и литературы в длительные периоды вспышек чумы, бубонной чумы, холеры и в течение долгого времени после их окончания (например, обилие символики, сюжетов и образов, репрезентирующих смерть и напоминающих о скоротечности земного существования).

Эпоха карантина и самоизоляции в связи с COVID-19 в 2020 г., когда человечество давно считало себя победившим пандемию, огромную часть населения Земли привела к пограничному состоянию психики, стерла привычные правила жизни и быта, вызвала ломку ранее сложившихся социальных норм и быстрое формирование новых, актуализировала архетипы «пира во время чумы», мира «наоборот», «праздника непослушания», «вечных каникул», возродила релятивистский «хаос», пришедший на место рациональному «космосу» [1].

Мир весной 2020 г., как ранее многократно уже случалось в истории в ее критические эпизоды (во время революций, войн, пандемий, стихийных бедствий), разделился на мир до пандемии, в период пандемии, после пандемии. Важнейшим в жизни социума стал символ границы, рубежа и архетипический, актуализирующий архаические принципы табу, мотив запрета преодоления данной границы (понятие социальной дистанции, самоизоляции, карантина, закрытие общественных пространств и др.). Можно говорить о пандемическом фронтире, пандемическом хронотопе (архетипическом, пограничном между бытием и небытием, времени/ месте), новом интернациональном укладе жизни, отображенном в музыкальной композиции и клипе группы The Rolling Stones — Living in a Ghost Town, представляющем собой нарезку кадров общественных пространств крупнейших мегаполисов мира, опустевших на несколько месяцев:

You can search for me.
I had to go underground.
Life was so beautiful.
Then we all got locked down.
Feel like a ghost.
Living in a ghost town. (The Rolling Stones, 2020).

Сходное мироощущение возникало в обществах в период стихийных бедствий, техногенных катастроф, эпохальных исторических событий — революций, войн. О. Э. Мандельштам отразил поэтически в 1920-е годы данное ощущение ломки привычного уклада жизни и социальных стереотипов в связи с историческими катаклизмами начала XX века, сравнивая их с последствиями землетрясения: «Хаотический мир ворвался — и в английский home, и в немецкий Gemut; хаос поет в наших русских печках, стучит нашими вьюшками и заслонками» («Гуманизм и современность»).

Все эти события по отношению к человеческой личности и социуму в целом объединяет общее следствие — острая психическая травма, получаемая их современником, очевидцем [2–11]. Травма возникает в результате ежедневно переживаемой индивидуумом витальной угрозы, отсутствия возможностей контроля разворачивающейся помимо его воли жизнеугрожающей ситуации, из-за высокого уровня неопределенности ее исхода.

Человеческая психика имеет наибольшую уязвимость именно перед неопределенностью (в психодиагностике важнейшей чертой устойчивой психики является «толерантность к неопределенности») и перед неотвратимой витальной угрозой (страх смерти). Данные факторы возрождают к жизни ее архаические, неподконтрольные сознанию и рациональному анализу механизмы.

Уязвимость человеческой психики перед данными явлениями проявилась в формируемых под их влиянием расстройствах — таких, как острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, диссоциативное расстройство, паническое расстройство, агорафобия, дисфория и др. [1, 12–32]

Мир вышел из периода пандемии иным. Все еще нет уверенности в ее завершении. Но уже наступает время для подведения предварительных итогов: для анализа основных допущенных ошибок и для аудита уязвимостей, когда человеческий фактор усугублял ситуацию, прежде всего в части социально-психологических последствий, провоцирования социальной напряженности и социального взрыва.

Многих последствий можно было избежать, так как огромную роль в указанных видах патологий во время стихийных бедствий, техногенных катастроф, пандемий, согласно исследованиям [4, 17–18, 25, 27–28, 31–46;], играют информационные ресурсы и формируемый ими ценностный, понятийный, эмоциональный фон, форма предложения ими и содержание популяризируемых повышающих безопасность образцов поведения, социальных предписаний и транслируемых норм [47–49].

Человеческий фактор, связанный с формированием информационной повестки: недостаточная осведомленность носителей и источников информации о влиянии содержания и приемов репрезентации любых сведений для ситуации стихийного бедствия, пандемии; несоблюдение правил информационной безопасности для сохранения стабильности социума - мог усугублять ситуацию.

Так как пандемия COVID-19 разворачивалась на наших глазах, научное сообщество более волновали и все еще волнуют проблемы разработки вакцины, изучения оптимального

пути лечения и снижение смертности от коронавируса, а также минимизации последствий экономического кризиса, вызванного карантинном и самоизоляцией [1, 22, 50–54]. Проблема последствий, связанных с ухудшением психического здоровья социума в период пандемии, не сразу попала в зону повышенного внимания [55–69]. Между тем, именно последствия психической травмы, нанесенной пандемией обществу, являются наиболее существенными как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В частности, процессы нерегулируемой паники в массовом бессознательном закономерно ведут к росту агрессии [20–21, 48–49, 70–74], проявления посттравматического стрессового расстройства могут растягиваться на десятилетия [6, 8, 15–16, 27, 71, 75–78].

Острое стрессовое расстройство, рост тревожности, формирование фобий, формирование обсессивно-компульсивных расстройств, общее ухудшение психоэмоционального состояния общества привело к проблемам, которые уже проявили себя в реальной жизни. Это, например, домашнее насилие, рост преступности, рост экстремистской и протестной активности и др. Данные явления оказались в разных странах подготовленными в том числе и информационной повесткой СМИ и интернет-ресурсов, к которым общество в период карантина и самоизоляции было приковано, пытаясь найти ответы на интересующие вопросы как о пандемии, эффективном лечении, так и об экономических прогнозах и др. Таким образом, не только режим ограничения социального взаимодействия и экономической активности, но именно психическая травма, нанесенная социуму пандемией, и интернет-контент и электронные СМИ, многократно усиливавшие ее, во многом сформировали ту социальную напряженность, которая возникла и вылилась в череду актов массовой агрессии в мире в июне-июле 2020 года.

В качестве примера более ранних исследований можно привести работы о подготовке к пандемиям гриппа, о роли человеческого фактора в иных пандемиях исторического прошлого (вспышки чумы в средневековой Европе, испанский грипп в 1918–1920-е гг. XX в. в США и Европе, вспышки бубонной чумы в СССР, эболы в Африке, сибирской язвы в Российской Федерации и др.) [14, 34, 43, 70, 79–82]. В данном критическом случае с пандемией 2020 года опора на исторический опыт в части информационной безопасности была необходима, как необходим был и контроль информации, поступающей о коронавирусе и его последствиях к ее массовому потребителю. Не случайно и своевременно, например, Российским законодательством была введена ответственность за распространение недостоверной информации о пандемии.

Предмет, объект, материал и методы исследования

Объект исследования — востребованный информационный контент апреля-июля 2020 г., пользующийся популярностью у потребителя (текстовый и видео-контент).

Предмет исследования — содержание контента, а также приемы и ракурс освещения в данном контенте проблем и динамики пандемии, в том числе оценочно-ценностные смыслы, вкладываемые в контент о пандемии с точки зрения безопасности для общественного здоровья.

Материал исследования: контент Интернета, СМИ и Ю-туб каналов за март-июль 2020 г., отражающие информацию о пандемии, открытая пользователю Интернета в свободном доступе научная и научно-популярная литература о пандемии, научная литература о формировании, выявлении и терапии психических расстройств, массово возникающих у населения при переживании стихийных бедствий, техногенных катастроф, пандемий.

Цель исследования — выявить полезные и снижающие тревожность, социальную напряженность в период пандемии образцы контента и используемые при передаче информации лингвистические, нарративные, художественные и др. приемы, а также выявить не соответствующий требованиям информационной безопасности с точки зрения формирования паники и сохранения общественного здоровья контент; описать характерные признаки двух данных видов контента.

Задачи работы:

1) изучить имеющиеся научные исследования о последствиях пандемии, иных социальных катастроф, стихийных бедствий для психического здоровья социума;

2) изучить исследования механизмов возникновения массовой паники, сценариев ее перерастания в конструктивное или деструктивное, в том числе агрессивное, поведение, а также роли в данном процессе информации и транслируемых поведенческих образцов;

3) изучить научные исследования, посвященные расстройствам психики, триггером к которым служат стихийные бедствия, техногенные катастрофы или иные жизнеугрожающие состояния, а также роль в их развитии и немедикаментозной терапии информационных ресурсов;

4) изучить набор возможных видов агрессии, психологических защит, копинг-стратегий, актуализирующихся при переживании жизнеугрожающих состояний и социальной депривации в период пандемии;

5) изучить нарративные стратегии и художественные приемы, используемые в русскоязычном контенте, посвященном пандемии, за апрель-июль 2020 года с точки зрения информационной безопасности для общественного здоровья;

6) внести рекомендации по предупреждению роста тревожности, агрессии, формирования острого стрессового травматического и посттравматического стрессового расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, паники под влиянием информационного контента в период пандемии.

Методы исследования: анализ литературы вопроса; анализ копинг-стратегий, психологических защит, механизмов и проявлений паники, различных видов агрессии, психопатологической симптоматики, актуализирующихся в период пандемии; психологический и структурно-семиотический анализ актуального информационного контента с точки зрения информационной безопасности и угрозы ухудшения психического здоровья социума, формирования паники.

Результаты исследования. Обзор литературы

Среди влияний на психику экстремальных ситуаций выделяются наступающие мгновенно и отложенные [83]. Главной угрозой для социума из последствий, наступающих мгновенно, является паника как состояние ужаса, сопровождающееся резким ослаблением волевого контроля поведения [46]. Отечественные исследователи имеют огромный опыт изучения данного явления как следствия эмоциональной и физиологической реакции человека на общий стресс и психическую травму, прежде всего при экстремальных ситуациях [18, 23, 25, 27–28, 30, 35–36, 38, 76, 84–85]. Изучены приемы противодействия панике и устранения, терапии происходящих под ее влиянием психопатологических процессов [9, 12–13, 18–19, 42, 48, 86–89], в том числе в массовой психике. Среди отдаленных последствий наиболее распространено посттравматическое стрессовое расстройство, приводящее к серьезным эмоционально-личностным нарушениям, среди которых у условно здоровых лиц молодого возраста например, наиболее распространенными

являются органическое тревожное расстройство, апатический и дисфорический варианты ПТСР [90]. При этом исследователи отмечают, что важную роль играет прогноз тяжести отложенных последствий экстремальной ситуации [90]. Наиболее подробно отложенные последствия экстремальных ситуаций для психики очевидцев были изучены в отечественной науке на выборках лиц, переживших землетрясения, и комбатантов (участников боевых действий) [21, 48, 71, 75, 77–78, 84, 90]. Так, доказано, что «каждый пятый участник боевых действий (комбатант) при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами», всего посттравматическим стрессовым расстройством страдают «до 54% участников локальных войн последних десятилетий, подвергшихся боевому стрессу» [21], «у комбатантов — военнослужащих по контракту в 77, 8% случаев выявлены посттравматические стрессовые расстройства» [75]. Исследователи отмечают из признаков ПТСР у данных лиц три наиболее выраженных синдрома: ««репереживаний» (повторных переживаний психической травмы во время бодрствования и в сновидениях), «избегания» (недостаточное эмоциональное участие в межличностных контактах и других социальных аспектах жизни) и «повышенной активации»» [75]. Многие из страдающих ПТСР впоследствии проявили склонность к противоправным действиям. К отклоняющемуся поведению, по наблюдению исследователей, тяготели прежде всего лица «с обсессивно-дисфорическим типом ПТСР с доминированием в клинической картине расстройства симптомов повторного переживания стрессовой ситуации (в форме навязчивых мыслей, представлений фантазий, воспоминаний, в ночных кошмарах), а также раздражительности, конфликтности, эмоциональной неустойчивости в сочетании с высокой вероятностью открытого агрессивного поведения» [21].

Выявлены на основании сравнительного клинико-эпидемиологического изучения психического состояния групп пациентов из различных регионов СНГ, являвшихся очевидцами землетрясения, универсальные формы реагирования пострадавших на стихийное бедствие и определены унифицированные закономерности формирования психопатологии в рамках посттравматического стрессового расстройства» [35–36]. На раннем этапе, сразу после события, «наблюдается примитивная произвольная реакция испуга, которая не поддается контролю. В этот период у пострадавшего, на фоне оглушения, обычно возникают определенные психические реакции: психогенный ступор, психомоторное возбуждение, диссоциативные (регрессивные) реакции и тревога», затем «происходит осознание факта реальной угрозы для жизни или физической целостности самого пострадавшего, которое сопровождается субъективным переживанием ощущения угрозы для жизни, т. е., фобическими реакциями» [36]. На следующем этапе «отчетливо проявляются первые специфические обсессивные навязчивые признаки повторного переживания землетрясения в виде повторного переживания катастрофы и компульсивные навязчивости в виде признаков избегания стимулов, связанных с землетрясением, свидетельствующие о начале формирования посттравматического стрессового расстройства» [35]. Затем как следствие из полиморфной психопатологической симптоматики формируются психопатологические реакции: астенические, гипоманиакальные, фобических, диссоциативных, депрессивных, ипохондрических [35]. Затем «у пострадавших происходит формирование стойких невротических расстройств: астенические расстройства, диссоциативные (истерические) расстройства, фобические расстройства, депрессивные расстройства, ипохондрические расстройства. На этом этапе, к уже имеющимся признакам навязчивого повторного переживания катастрофы и признакам навязчивого избегания стимулов, связанных с землетрясением, присоединяются признаки заметного снижения интереса к значимым видам

деятельности (не имевшего места до землетрясения); чувства отстраненности или отчужденности от окружающих, неспособности испытывать переживания любви и ощущение ограниченных перспектив будущего» [36]. Отмечается, что психогенные расстройства, помимо острой реакции на стресс, появляются на фоне имеющихся у пострадавших потерь — смертей близких, лишения имущества, социальной поддержки [36]. Целью психологической помощи таким пациентам, как отмечает автор, является «восстановление личностного смысла и ощущения принадлежности себя к определенной социальной группе» [36].

Последствия для психики очевидцев пандемии 2020 года исследованы, на данный момент, пока лишь зарубежными научными коллективами [21, 55–56, 69, 91–93]. Так, например, Аталан Абдулкадир рассматривает влияние вводившегося карантина не только на сдерживание пандемии, но и на психику населения [56]. Исследователем были проанализированы стратегии 49 стран, где был установлен карантин между определенными датами (без перерыва), в среднем — 35 дней, минимум — 3 дня, максимум — 68 дней. Целью исследования был статистический анализ факторов роли карантина в предотвращении COVID-19, и демонстрация его психологического воздействия на социум. Было статистически подтверждено, что карантин значительно снижает темпы распространения вируса, но также оказалось, что применение карантина сказывалось и на психологическом состоянии социума. Lockdown существенно повлиял на психику человека: основными реакциями ее на COVID-19 были в рассматриваемой выборке стресс (8,0% населения) и депрессия (16,0–28,0% населения).

Исследованиям влияния пандемии COVID-19 на состояние психики социума посвящен отдельный выпуск журнала «Психологическая травма: теория, исследование, практика и политика». Рассматривается, в частности, влияние введения карантина и дистанционного обучения на состояние итальянских семей, имеющих детей [59]. Авторы констатируют необходимость неотложных мер для стабилизации состояния взрослого населения, имеющего детей, в силу негативного воздействия на него из-за сложившихся общих условий экономического, образовательного и социально-психологического неблагополучия. Многодневная социальная изоляция стала хронической психической травмой с потенциальными негативными последствиями. Для устранения ее последствий необходима работы многопрофильной команды специалистов с целью оценки ранних факторов формирования психопатологии, поддержки родителей и детей в постэпидемической обстановке для обеспечения их здоровья и благополучия. Несмотря на позитивные факторы (возможность больше времени проводить с семьей), уход за детьми, остающимися дома, стал серьезной дополнительной проблемой для работающих по удаленной модели родителей. Взрослое население Италии переживает стресс из-за обеспокоенности экономическим благополучием и физическим здоровьем семьи, социальной изоляцией детей от сверстников и учителей, особенностями организации, продолжительностью и эффективностью обучения на дому, личной компетентностью в части предоставления детям соответствующей возрасту информации о COVID-19, перспективами организации летнего отдыха детей, отсутствием поддержки родителей со стороны правительства. Экстремальная ситуация, сложившаяся из-за пандемии, увеличивает риск формирования из-за полученной психической травмы отстраненности и тревожности в силу неуверенности в будущем, риск утраты чувства безопасности, чувства времени и др. Данные проблемы, как констатируют авторы, особенно вероятны для родителей с низким доходом и уязвимой нервной системой. В числе рекомендации по устранению негативных последствий пандемии предлагается

информирование родителей об особенностях влияния карантина и социальной изоляции на состояние детей, обучение приемам воспитания в сложившихся условиях. Должен быть разработан инструментарий психосоциальной помощи, неотложной психологической помощи семьям, имеющим детей.

В работе «Перспективы психического здоровья населения в отношении воздействия COVID-19» [63]. Автор (клинический психолог, работающий в канадской клинике) доказывает, что вызванные пандемией социальные и экономические последствия будут оказывать как краткосрочное, так и долгосрочное влияние на психическое здоровье населения. Также существенное влияние оказывают на состояние населения режим обязательной изоляции для инфицированных или потенциально инфицированных, социальное дистанцирование, введение карантина. Пандемия вошла в число катастроф, вызывающих посттравматическое стрессовое расстройство, депрессию, формирующих склонность к употреблению психоактивных веществ, повышение домашнего насилия и жестокого обращения с детьми. Однако существующие исследования по психиатрии катастроф не соотнесены пока, как констатирует автор, с опытом врачей-психиатров, находившихся на переднем крае пандемии. Автор делится результатами работы в больничном сегменте с пациентами, страдающими депрессией, тревожным расстройством на фоне заболевания COVID-19. Характерной чертой состояния пациентов, страдающих депрессией, становится утрата мотивации, усиление отстраненности, снижение уровня физической активности, суицидальные намерения. Снижают негативные проявления депрессии, развивающейся и усугубляющейся на фоне пандемии, такие факторы, как низкий уровень семейных конфликтов, доступ к Интернету, возможность общения на различных электронных платформах, возможность доступа к терапии и консультированию по заболеванию с помощью телемедицины.

Пациенты с ранее диагностированным тревожным расстройством, напротив, спокойнее переносят обстоятельства пандемии. Как отмечает автор, непосредственное воздействие пандемии варьируется в зависимости от типа тревожного расстройства. Прежде всего улучшают прогноз для пациентов с генерализованной тревогой, социальной тревогой или агорафобией такие факторы, как использование приема избегания ответственности, снижение требований к пациенту в режиме социальной изоляции. Однако у пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством, напротив, при повышении тревожности (прежде всего по поводу состояния здоровья) во время пандемии следует прогрессирование симптомов заболевания.

Симптомы тревоги, даже у тех, кто в период карантина хорошо с ними справлялся, усиливаются после пандемии, когда пациенты возвращаются к выполнению обычных обязанностей. Это происходит потому, как отмечает автор, что психологическая защита с использованием стратегии избегания, используемая в качестве стратегии выживания, может быть эффективной в краткосрочной перспективе, но увеличивает тревогу в долгосрочной перспективе.

Работа психолога переходит из психодиагностической в основном к проведению кризисных вмешательств, краткосрочной терапии, большой работы с детьми и подростками, к оказанию помощи в рамках телемедицины для сотрудников лечебных учреждений.

Как отмечает автор, достоверно масштабы влияния пандемии на общественное психическое здоровье станут очевидными лишь спустя несколько месяцев после снижения уровня заболеваемости коронавирусом. В настоящий момент, обмен знаниями между представителями медицинского сообщества, психиатрами и клиническими психологами,

будет особенно важен, так как общество изучает новые способы выживания и адаптации к жизни после COVID-19.

Исследователи особенностей психической травмы, нанесенной COVID-19 [61] еще в марте 2020 г. отмечали, что хотя большие массы во всем мире продемонстрируют устойчивость к глубоким потерям, стрессу и страху, связанным с COVID-19, но все же, вероятно, пандемия усугубит существующие расстройства психического здоровья и будет способствовать возникновению новых расстройств, связанных со стрессом. Речь должна, по мысли исследователей, идти о точности прогнозирования последствий травмы и изучения перспектив формирования посттравматического стрессового расстройства, учитывая серьезные последствия, возникающие неотложно и возможные в будущем. Как считают исследователи, COVID-19 потребовал следующих приоритетов для сообщества психологов и психиатров, мобилизации усилий исследователей в таких ключевых областях, как диагностика, профилактика, информирование общественности и коммуникация, работа с медицинскими работниками и персоналом немедицинских служб в области исследования особенностей психической травмы, развивающейся под влиянием пандемии COVID-19. Авторы считают, что социально-экономический кризис COVID-19 необходимо рассматривать с позиций исследований массовой психической травмы. Специалисты по массовой психической травме должны сыграть центральную роль в данном процессе, так как обладают колоссальными знаниями и практикой для оказания поддержки населению как в период пандемии, так и после ее завершения. Также пандемия обнаружила лакуны в изучении явления массовой психической травмы, которые могут быть устранены. Трудности, с которыми сейчас сталкивается мир, беспрецедентны. Из исследований известно, что длительная угроза жизни и постоянный витальный страх, как правило, приводят к паническому бегству или ступору, апатии.

Сложности в диагностике и лечении последствий COVID-19 для психики связаны с двумя нерешенными вопросами. Еще не определена уникальность данной социальной катастрофы как травмирующего события. Некоторые виды травмирующих событий, такие как война, стихийные бедствия, были тщательно изучены, однако COVID-19 оказывается новым типом массовой психической травмы. Эта социальная катастрофа обладает уникальными характеристиками, которые требуют нового взгляда на то, что такое психическая травма и каковы могут быть ее последствия: она глобальна по своим масштабам, воздействует на каждый аспект жизни общества. Авторы особо отмечают, что данная психическая травма имеет беспрецедентно высокий уровень публичности, степень освещения в средствах массовой информации, а значит – и повышенного информационного воздействия. Даже теракт 11 сентября не имел такого уровня публичности, так как смартфоны и социальные сети в то время только начали развиваться. Травма COVID-19 отличается высоким уровнем упреждающей тревоги. Учитывая прогнозируемые сроки пандемии и скорость распространения вируса, люди испытывают страх перед неопределенным будущим, а не перед прошлым.

В публичном научном дискурсе по-прежнему в основном отсутствует обсуждение перспектив развития перитравматического и посттравматического стрессового расстройства как следствия пандемии. Вместе с тем, пандемия COVID-19 включает в себя большой ряд признаков, характерных для событий массовой психической травмы. Например, люди постоянно находятся в состоянии повышенной бдительности, демонстрируют синдром/ психологическую защиту через избегание (прерывание контакта), которое поощряется (возможно, справедливо) правительствами. Население пребывает в сниженном настроении,

защищается через рационализацию (постоянное массированное получение информации), так как испытывает сильнейший страх, что мир, который был ранее известен, скоро изменится, и что даже ближайшее будущее не очевидно, туманно. Появляются навязчивые мысли, связанные со здоровьем и смертью, они особенно характерны для инфицированных или помещенных в домашний карантин.

Авторы отмечают, что перитравматическая фаза катастрофы COVID-19, вероятно, будет длительной, поэтому лечение людей от острого стрессового расстройства и начальных симптомов посттравматического стрессового расстройства, которые еще не вылились в полноценное ПТСР, может иметь особое значение. Причем особое внимание должно быть уделено не только пациентам и их семьям, но прежде всего медицинским работникам.

Как отмечает исследователь, хотя подавляющее большинство населения вирус все же не затронул, подробное освещение пандемии в СМИ и возможная перспектива заражения вызывают повседневный стресс и тревогу. Не определено пока, является ли большей проблемой пандемии для социума отсутствие препаратов для лечения и вакцины, или последствия закрытия территорий, дискриминация многих этнокультурных групп населения во время пандемии, массовое одиночество в результате домашнего карантина, а также финансовые трудности, также являющиеся травмой.

Центральное внимание при изучении последствий психической травмы должно быть направлено на коммуникацию и общественную деятельность.

На раннем этапе пандемии наблюдалась недостаточность обсуждения вопросов социального самообслуживания и психического благополучия в свете угрозы COVID-19. Кроме того, те рекомендации, которые обсуждались в средствах массовой информации, не были единообразны и, вероятно, не были основаны на лучших практиках. В статьях и телевизионных репортажах, в которых экспертов спрашивали, что они рекомендуют, известные специалисты по психическому здоровью упоминали все — от отвлечения внимания, глубокого дыхания и гимнастики до формирования состояния осознанности. Это не означает, что эти способы терапии / преодоления, либо сами по себе, либо в сочетании с другими методами, не эффективны. Однако ощущалась нехватка набора четких руководящих принципов, приемов, тем для обсуждения, которые СМИ и правительственные чиновники могут использовать при общении с обеспокоенным и потенциально травмированным населением.

Вместе с тем, в сообществе специалистов, изучающих массовые психические травмы (включая 11 сентября, массовые расстрелы, террористические акты) и вызываемые ими расстройства были готовы рекомендации по сохранению стабильности состояния социума. Однако годы научных исследований оказались не востребованными. Исследователи психической травмы могли дать ответ на вопрос: каковы общие последствия травмы, как подобрать терапию в зависимости от симптомов, развившихся в результате травмы, предоставить населению сведения о центрах занимающихся терапией травмы и др.

Чтобы лучше понять пери- и посттравматические последствия кризиса COVID-19, необходимы крупномасштабные научные лонгитюдные исследования последствий травмы. Они помогут определить факторы риска и устойчивости, а также масштабы и тяжесть травматического стресса вследствие пандемии среди населения мира.

Авторы считают, что наступило время для исследователей ПТСР использовать все «тяжелые орудия» научной практики, включая статистический анализ, новый дизайн исследований, творческое сотрудничество различных научных дисциплин, изучающих психическую травму (биология и психология, психиатрия и социальная политика и др.),

чтобы углубить наше понимание последствий для психического здоровья социальной катастрофы 2020 г. Начата разработка и апробация методик психотерапевтического вмешательства для лечения дистресса, связанного с COVID-19 на основе практики и знаний, связанных с лечением ПТСР, формировавшегося под влиянием войн, стихийных бедствий.

Одной из наиболее обсуждаемых проблем в связи с психической травмой стал вопрос об оказании неотложной, экстренной психологической помощи населению в период стресса [62].

Данная помощь необходима прежде всего уязвимым группам населения и лицам, оказывающим в период пандемии помощь населению «на переднем крае». С этой целью необходимой оказывается увеличение числа специалистов по поведенческому здоровью в клиниках скорой (первичной медицинской) помощи, использование как традиционных, так и виртуальных методов поддержки.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства, острого травматического стрессового расстройства и общих проблем поведенческого здоровья, вероятно, возрастет в Соединенных Штатах после COVID-19 из-за того, что все больше людей, в том числе передовые медицинские работники, будут подвергаться воздействию травмы.

Исходя из уверенности в том, что каждый обращающийся за помощью человек перенес психическую травму, подход должен быть скорректирован и вместо вопроса «Что не так с этим человеком?» должен ставиться вопрос «Что случилось с этим человеком?», что особенно важно при помощи работникам системы здравоохранения, которые обычно не обращаются за психологической помощью. Особенно востребованной станет когнитивно-бихевиоральная поведенческая терапия. Авторы отмечают, что травмирующим эффектом стал и разрыв в качестве медицинских услуг, получаемых в период пандемии пациентами с финансовыми ресурсами и без них. Необходим общение с пациентами вживую, на уровне образного восприятия, но требования социального дистанцирования делают востребованным и подход в русле телемедицины (хотя он менее эффективен, но более доступен для малообеспеченных слоев населения).

Отдельно обсуждается вопрос о распространенности рискованного поведения под влиянием пандемии [94]. Помимо роста тревожности, авторами констатируется и снижение комплаенса в соблюдении требований профилактики и защиты от вируса. Согласно проведенному онлайн-анкетированию (более 8000 ответов граждан в Японии, Великобритании и Испании), уровень знаний о пандемии и уровень тревожности, а также склонность к профилактическому поведению были выше в Великобритании и Испании, также жители данных стран более стремились получить информацию о COVID-19, при этом граждане Испании были склонны не доверять официальной информации, более полагаясь на комментарии специалистов.

Результаты исследования. Дефиниции. Свойства паники. Копинг-стратегии и психические защиты, формы агрессии. Последствия травматического стресса

Исследователями влияния COVID-19 на психику масс не рассматриваются средства сопротивления стрессу в уникальных условиях пандемии (нельзя спастись бегством, как при стихийном бедствии, высок уровень неопределенности рисков для жизни, нет достоверной информации о длительности кризиса и т. п.). Обратимся к данному вопросу.

Паника, в момент стресса включающая архаические, безусловно-рефлекторные поведенческие механизмы, в психологии рассматривается как защитный механизм,

позволяющий живому существу спастись в ситуации витальной угрозы, прежде всего бегством (убежать от угрозы и хищника, при крайних проявлениях — фугиформная реакция) или минимизацией энергетических затрат, затаиванием (если бегство невозможно, затаиться от хищника, спасаясь «неподвижностью», при крайних проявлениях — ступорозная реакция). Однако в ситуации пандемии включение в привычный механизм развертывания паники не может привести к облегчению переживания, так как оба варианта спасения (облегчения напряжения) не срабатывают. Третий вариант спасения — сражение с угрозой — порождает возникающую из паники агрессию (прямое столкновение с угрозой или замещающими и символизирующими ее объектами). Паника в период пандемии, которую наблюдали очевидцы в различных странах мира, в том числе в Российской Федерации, приводила к формированию обсессивно-компульсивного расстройства (повторению навязчивых действий) прежде всего, заключающегося в лихорадочном поиске в момент ажиотажа и скупке санитайзеров, медицинских препаратов, масок и респираторов, продуктов первой необходимости, в неумеренно повторяющемся мытье рук, употреблении «профилактических» народных и фармсредств и т. п.

Паника классифицируется в зависимости от срочности возникновения (внезапная или возникающая вследствие длительных накапливающихся переживаний угрозы), от количества участников (индивидуальная, групповая, массовая), выраженности симптомов (легкая, средняя, полная аффективная), хронометража (кратковременная, длительная, пролонгированная), инструктивных последствий (адаптирующая — без деформаций психического состояния социума, дезадаптирующая — с учетом степени тяжести последствий — в том числе наличия ее жертв и т. п.).

Паника в период пандемии COVID – 19 характеризовалась следующими признаками: возникшая при длительно действующей угрозе, массовая, средней тяжести, пролонгированная.

Катализатором паники является информация, полученная как непосредственно субъектом, так и распространяемая с помощью современных технологий передачи информации, в том числе с помощью Интернета. Доказано при этом, что к развитию паники ведет как недостаток информации, так и ее неопределенность, избыточность и особенно — противоречивость [49]. Важнейшую роль играет источник информации, а также индукторы (лидеры) паники, диктующие социуму образцы поведения, адаптивные или дезадаптивные. От информационной установки источника информации зависит и вероятность перерастания паники в реакции враждебности и массовой агрессии.

Как кратковременное шоковое состояние, так и психическое истощение, наступающее при панике, вне зависимости от ее формы, ведет в дальнейшем к формированию психопатологических проявлений и заболеваний.

Помимо ситуационных, физиологических, психологических условий формирования паники наибольшее влияние на ее протекание и последствия имеют идеологические и политико-психологические условия, а именно: наличие эффективного управления в экстремальной ситуации, ориентация социума на единство действий, осознанность общей для общества цели, сплоченность и общая ценностная система [49]. Важнейшую роль в переживании паники имеет ритм, как музыкальный, вербальный, так и поведенческий, в том числе общий и единый ритм жизнедеятельности при наличии длительно действующей травмирующей ситуации [49].

Целью противодействия панике на уровне управления ею обычно является снижение интенсивности эмоциональных переживаний, рационализация поведения, возвращение психики в привычное состояние.

В случае пережитой пандемии речь шла о витальной панике (панике высшей градации). Это не только страх потери материального благосостояния отдельных лиц, экономической нестабильности социума, страх перед неопределенностью, но и прежде всего страх заражения и неотвратимой внезапной смерти. Последствия подобных панических настроений в прошлом (Средние века) хорошо сохранили артефакты культуры (отражение пандемий бубонной чумы, холеры в изобразительном искусстве в виде образов внезапно подкрадывающейся к цветущей молодой девушке смерти, многочисленные литературные произведения, включая «Декамерон» Бокаччо и др.).

Знание о высокой контагиозности вируса, его неявных симптомах, угрозе гибели даже для молодых и здоровых людей были причиной возникновения более четкого ощущения конечности и хрупкости человеческой жизни, застревания, обсессивно-компульсивной фиксации на теме болезни и гибели по образцу «Memento mori». Особенно сильное влияние происходило как на включенных в режим самоизоляции граждан, так и работающих — прежде всего в сфере обслуживания или медицины — с риском контакта с больными коронавирусом. Вырос градус ощущения неопределенности и общая тревожность, связанная с переживанием неопределенности, неуверенность в завтрашнем дне. Вся данная ситуация явилась сильнейшей массовой эмоциональной травмой, приведшей к переживанию посттравматического стрессового расстройства миллионы соотечественников.

Таким образом, в условиях пандемии возможно формирование таких расстройств, как депрессия, тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, острое стрессовое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, диссоциативное расстройство личности и др.

Перечислим психопатологические симптомы и возникающие как следствие переживания экстремальной ситуации психические расстройства [2–3, 7–8, 13–15, 17–18, 29, 71, 74, 89, 95–100;].

При длительно переживаемом страхе и тревоге, чрезмерном стрессе, возможно формирование тревожного расстройства — хронической дезадаптивной тревоги, мешающей социальному функционированию человека. Также оно описывается в современной науке как расстройство, связанное с травмой, или расстройство, связанное со стрессом (или ПТСР).

В случае развития средней степени глубины паники и длительного стресса возможно формирование условно-сохраняющего ритуализированного поведения, в тяжелых случаях описываемого как обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Оно характеризуется наличием повторяющихся поведенческих актов, используемых для снижения тревожности (например, навязчивое использование санитайзеров и мытье рук, ритуализированное поведение, связанное с использованием средств защиты — масок и перчаток, проверка активности электронного пропуска для проезда в транспорте и др.), существенно снижающими социальную и профессиональную эффективность лица. Расстройство может сопровождаться обсессиями — навязчивые мысли и образами, вызывающими страх, дискомфорт, тревожность. Например, образами смертей близких, мыслями о вероятности заражения вирусом и гибели.

Второе место по распространенности после тревожного расстройства занимает депрессивное расстройство, сопровождаемое неспособностью испытывать положительные

эмоции, ангедонией, снижением когнитивных функций, аутоагрессией, в том числе мыслями о суициде.

Расстройства, связанные с экстремальной ситуацией, психической травмой или стрессом, подразделяются на острое стрессовое расстройство (ОСР) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). ОСР формируется непосредственно после начала воздействия травмирующего фактора и длится от нескольких дней до месяца. Характеризуется подавленностью как реакцией на травмирующее событие, неспособностью переживать положительные эмоции, нарушениями сна, раздражительностью, гипербдительностью, нарушениями когнитивных функций и концентрации внимания, формированием диссоциации, переживанием ажитированного испуга. ПТСР имеет более длительные сроки протекания заболевания (более месяца) и возникает в период после ОСР и на протяжении шести месяцев после окончания действия травмирующего фактора.

ОСР и ПТСР могут не сопровождаться тревогой, но иметь проявления дисфории, ангедонии, диссоциации, агрессии.

Для ПТСР характерны навязчивые воспоминания о пережитых травмирующих событиях, переживание чувства страха, ужаса, вины, беспомощности, защита от них с помощью стратегии избегания, негативные изменения в протекании когнитивных процессов, в частности в повышенной реактивности и в способности к концентрации, ощущение отчуждения от социума, отвращение к себе, неспособность испытывать положительные эмоции, аутоагрессия.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) диагностируется в случае преобладания состояния сильной тревоги и существенного беспокойства по поводу складывающихся жизненных ситуаций (работа, семья, финансовое благополучие, здоровье, безопасность и т. д.) в более, чем половине дней на протяжении шести месяцев и более длительного времени. Может сопровождаться депрессией, специфическими и социальными фобиями, паническими расстройствами, употреблением психо-активных веществ. Проявляется в трудностях контроля волнения, двигательном беспокойстве и эмоциональной возбужденности, раздражительности, нарушениях сна, трудностях концентрации внимания, гипертонусе мышц.

Вероятно, в редких случаях и при наличии генетической отягощенности могут вследствие перенесенного стресса проявляться панические атаки — повторяющиеся несколько раз в год приступы страха, тревоги, сопровождаемые соматической симптоматикой (озноб, усиленное сердцебиение, потоотделение, ощущение удушья и др.) и существенными снижением когнитивных функций, например, в ответ на нахождение в замкнутом ограниченном пространстве (агорафобия, клаустрофобия) и т. п.

Паническое расстройство диагностируется при часто следующих друг за другом панических атаках (несколько в течение месяца), при наличии тревоги ожидания, стойкого страха потерять контроль над собой в момент панической атаки, при дезадаптивном поведении — в том числе избегании социума для предотвращения развития панической атаки. В задачи лечения входит помощь в распознавании и своевременном контроле симптомов.

Диссоциативное расстройство также является реакцией на непереносимый длительный стресс, позволяет психике существовать вне травмирующих воспоминаний, отделяясь от них, однако данное расстройство приводит к потере личностной идентичности, отказу от привычных убеждений и ценностей, уходу в новую, защищающую, среду, образ мыслей, идею и др.

Отложенным последствием нового уклада жизни в период пандемии у внушаемых личностей, прежде всего у пожилых людей и женщин, может стать вторичная агорафобия, развивающаяся на фоне ПТСР, — боязнь находиться в скоплении людей, страх открытого пространства, выхода из дома, нередко сочетающаяся с паническими атаками, резкими всплесками тревоги.

Как следствие пережитой длительно воздействовавшей травмирующей ситуации возможно проявление дисфории — патологически пониженного настроения, общей раздражительности, неудовлетворенности качеством жизни, социумом, неспособности испытывать положительные эмоции.

В данной ситуации важны стратегии совладания, психологические защиты, копинг-стратегии, актуализировавшиеся в помощь психике очевидцев пандемии.

Данные проявления могут быть выявлены у респондентов с использованием батареи психологических опросников и тестов, в их числе: тест «совладающего поведения» (копинг-стратегий) Р. Лазаруса (WCC), тест диагностики психологических защит личности Г. Келлермана – Р. Плутчика (LSI), тест изучения агрессии и враждебности А. Басса – А. Дарки (BDHI), «Шкала оценки влияния травматического события — пересмотренная» (ШОВТС — IES-R).

Сложнее диагностировать расстройства, связанные со стрессом, в том числе ОСР (острое стрессовое расстройство) и ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство), ГТР (генерализованное тревожное расстройство), приступы паники и их протекание, обсессивно-компульсивное расстройство, тревожное расстройство.

Можно отметить, что в контексте рассматриваемой нами темы наиболее распространенной психологической защитой населения была защита по типу рационализации (в этом случае особенно важно, кто является источником передаваемой населению информации, кто — с каким наполнением — является копируемым, тиражируемым образцом для поведения в период паники, какие структуры позиционируются как обладающие достоверной информацией и каково доверие к ним со стороны населения, кем оно может расшатываться, подвергаться сомнению, а также наличие альтернативных источников информации, вносящих неуверенность в достоверности основного источника информации).

Паника в данном контексте должна рассматриваться с позиций политических и социальных последствий, причин и регуляторов.

Рассмотрим копинг-стратегии, а также психологические защиты, применяемые для реализации совладающего со стрессом поведения, возможные и использовавшиеся для снижения тревожности населением в период пандемии (в «пандемическом фронтире»). Также обсудим наиболее часто присутствовавшие в информационном пространстве формы проявления агрессивного поведения. Метод выявления — наблюдение, констатация наличия признаков копинг-стратегии, психологической защиты, форм агрессии.

Наиболее конфликтогенный конфронтационный копинг проявляется в активных, «агрессивных» усилиях, используемых для изменения ситуации, сопровождается наличием у использующего его лица в разной степени проявляющейся враждебности и готовности к риску. Он активно реализовывался пользователями в период пандемии в социальных сетях, а также был использован в интернет-контенте альтернативных видеоканалов Ю-туб, протестных электронных СМИ. Его проявление связано было с недоверием официальной статистике по COVID-19, с критикой ограничительных действий федеральных и

региональных органов власти, неудовлетворенностью и критикой медицинской помощи, организацией работы медицинских учреждений в период пандемии [29].

При использовании копинга «дистанцирование» когнитивные усилия применяющего его лица направлены на исключение себя из ситуации, на уменьшение значимости травмирующей ситуации. Данный вид копинга был присущ населению, находящемуся на самоизоляции, что проявилось в высокой заинтересованности развлекательными видеоканалами, кинофильмами, классической и современной музыкой, чтением, развитием кулинарного мастерства. В период пандемии в социальных сетях вошли в обиход образы-мемы, не связанные с пандемией.

Наиболее социально ценным в период пандемии (но провоцирующим, возможно, в отдаленной перспективе, как следствие, рост психологического напряжения и формирование симптомов ПТСР у использовавших его лиц) следует признать копинг-стратегию «самоконтроль», связанную с приложением существенных усилий со стороны населения по регулированию эмоциональных проявлений и поведения. Распространению данной модели копинга способствовали меры государственного регулирования социального и общественного взаимодействия в регионах, использовавших наиболее «жесткие» модели профилактики распространения COVID-19 [51–52, 101–102]. А именно: своевременное оформление электронных пропусков для перемещения с использованием личного и общественного транспорта, регулирование пешего перемещения по неотложным нуждам, соблюдение требований в части использования средств индивидуальной защиты [101]. Распространенность данной копинг-стратегии можно было проследить, опираясь на ежедневно обновляемый «индекс самоизоляции» по регионам.

В связи с длительной самоизоляцией и как следствие — одиночеством или ростом психоэмоциональных проблем в изолированных в пространстве квартиры семьях, возросшая активность общения в социальных сетях и мессенджерах доказывает востребованность копинг-стратегии «поиск социальной поддержки». Данная стратегия совладания была особенно востребована для пациентов с COVID-19, проходивших лечение в стационаре (как больничных учреждениях, так и в мобильных временных госпиталях в Москве и Санкт-Петербурге), в домашних условиях (с установкой системы «социального мониторинга» для контроля передвижения лица), а также для контактных лиц, находящихся во временных обсерваторах в связи с обязательным 14-дневным карантином). Данную стратегию использовали представители медицинского сообщества, прежде всего при наличии проблем в учреждении или в связи с эмоциональным выгоранием в связи с повышенной профессиональной и эмоциональной нагрузкой. Данный копинг предполагает поиск информационной, эмоциональной и деятельной (как в случае с волонтерскими, курьерскими службами) поддержки.

Копинг «принятие ответственности» был присущ, прежде всего, лицам, не подвергшимся самоизоляции, в работающих учреждениях и службах. Он был связан с принятием ответственности за риск, а также с выстраиванием рациональной модели поведения с учетом методов эффективной профилактики COVID-19. Также данный вид копинга был присущ лицам с диагностированным COVID-19, прежде всего, имеющим семьи с престарелыми родителями, а также представителям врачебного сообщества, органов власти, не покинувшим рабочее место, например, использовавшим самоизоляцию на рабочем месте и т. п.

Копинг «бегство-избегание» оказался, вероятно, наиболее социально-опасным (опасным как для общественного здоровья, так и для жизни и здоровья личности). Он

использовался COVID-диссидентами, а также частично реализовывался в работе служб и специалистов, не приостанавливавших работу и мало изменивших ее режим в период пандемии. Данный копинг связан с существенными мыслительными и поведенческими усилиями, направленными на избегание проблемы и уход от любых информационных ресурсов, связанных с психологической травмой (отказ от информирования в части COVID-19 и др.).

Наиболее эффективный, прежде всего в случае его использования в ситуации жизнеугрожающих ситуаций лицами, отвечающими за функционирование социума и общественное здоровье, копинг «планирование решения проблемы» применялся как органами федеральной и региональной власти [2, 46, 51–52, 75], так и гражданами. Он предполагает аналитический подход, разработку стратегий и действий, приложение проблемно-фокусированных усилий, направленных на изменение ситуации и решение проблемы. Склонность должностных лиц к данному копингу была свойственна прежде всего регионам, где наиболее успешно оказалась выстроена работа по предупреждению пандемии, прежде всего — в Москве (Официальный сайт Мэра Москвы, 2020).

Копинг-стратегия «положительная переоценка» была присуща семьям с детьми и сфере творческой интеллигенции, а также людям, склонным к саморазвитию, так как условия самоизоляции были восприняты ими как уникальная возможность больше времени проводить с детьми, иметь условия заниматься саморазвитием или получить возможность удаленной работы без необходимости затрат времени на пребывание в пути, в учреждении и т.п.

Рассмотрим механизмы психологической защиты (выделенные согласно методике Life Style Index (LSI) на основе психоэволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman, согласно наблюдениям, проведенным в период пандемии, использовавшиеся населением. Это отрицание, вытеснение, замещение, компенсация, реактивные образования («гиперкомпенсация»), проекция, рационализация (интеллектуализация) и регрессия. При этом наиболее конструктивными могут считаться компенсация и рационализация, деструктивными – прежде всего проекция и вытеснение. Использование конструктивных защит может, вероятно, снизить риск возникновения ПТСР в критической ситуации. Важно, насколько используемая защита помогает снизить беспокойство и разрешить травмирующую ситуацию. А также то, насколько умеет лицо использовать не одну, а комплекс конструктивных защит в случае стресса. При выборе преимущественно одного типа психологической защиты в ситуации стресса, нужно говорить о «напряженности» защиты для лица (склонности к ее использованию по сравнению с другими приемами снятия тревожности и устранения стресса). При тестировании считается, что напряженность защиты выше 50% по сравнению с другими используемыми приемам, свидетельствует о неспособности лица справиться с неразрешимыми внешними и внутренними конфликтами. В данном случае речь идет и вероятном формировании психопатологических симптомов, ОСР, ПТСР и др.

Психологическая защита через «вытеснение» предусматривает перевод осознаваемых, но травмирующих, психических переживаний в сферу бессознательного и удерживание их там. в положение бессознательное или же удерживание его в бессознательном положении. Например, это способность лица забыть о травмирующем событии и его обстоятельствах. Во время пандемии такими событиями для многих была гибель друзей, близких и других значимых лиц [6], а также постоянно переживаемое чувство витального страха, вытесняемое

в бессознательное, в том числе и при помощи обращения к ежедневным рутинным делам [103–109].

Психологическая защита через «реактивное образование», представляющее сосредоточение сознания и когнитивных усилий лица на идее, виде деятельности, чувстве, противоположном травмирующей эмоции витального страха, проявилась в повышении интереса к социальной помогающей — волонтерской деятельности, повышенной заботе о детях и пожилых близких, компульсивный интерес к рецептуре санитайзеров и их скупка, увлечение коллекционированием масок, респираторов различных конструкций, перчаток и их тестирование и др.

Психологическая защита «проекция» выражалась, например, в попытках общественного мониторинга мест заражения COVID-19 в городах, составлении интерактивных карт данных очагов, отслеживании личных данных переносящих заболевание граждан как угрозы жизни и здоровью соседей и т.п., в обсуждении санкций, которые мировая общественность должна предъявить спровоцировавшему пандемию Китаю и др.

Психологическая защита «замещение» (переход страха с более угрожающего объекта на менее угрожающий) проявилась в активно обсуждавшихся в социальных сетях и «экспертами» в СМИ концепциях природы и перерастания COVID-19 в сезонное вирусное заболевание.

Наиболее распространен был путь психологической защиты «рационализация» — совладание с тревогой через познание. Например, дискуссии о происхождении вируса, ознакомление с медицинскими рекомендациями о профилактике и лечении, ознакомление с работой в эпоху пандемии системы здравоохранения различных стран, повседневным бытом соотечественников за рубежом и особенностями организации карантина и самоизоляции в различных странах мира [91–93, 110–111]. В данном случае необходимо учитывать, что в период паники критичность к воспринимаемой информации резко падает, так как оказывается ослабленным контроль сознания, в силу чего информация, полученная из непроверенных источников в интернет-пространстве, нередко наносила вред. Иногда с помощью получаемой через знание аргументации, однако, следующее затем иррациональное поведение оправдывается человеком в период паники как разумное (например, болезненная гипотеза о соотнесенности коронавируса с «чипированием» или связью 5G, попытка проводить профилактику коронавирусной инфекции с помощью имбиря, уверенность в большей защищенности от COVID-19 детей и юношества).

Защита «регрессия» (поведенческая и эмоциональная инфантилизация, снятие с себя ответственности, выученная беспомощность) актуализировалась в период пандемии автоматически в силу ситуации, когда контроль за общественным здоровьем и соблюдением санитарно-эпидемиологического режима на себя возлагали органы государственного управления, а населению для сохранения здоровья и жизни необходимо было максимально соблюдать предписания. Проявления регрессии также включают несдержанность, агрессию, противодействие авторитетам, нарушение запретов, что вполне проявилось в социуме в период пандемии [112].

В силу уникальности и быстроты развертывания ситуации, а также в силу невысокого уровня заболеваемости в целом по стране (для средней полосы России) для многих актуальной психологической защитой было «отрицание» — то есть отказ признавать, что произошли некие меняющие привычный уклад жизни события, отрицание возможности заболеть (по принципу «Этого со мной не случится»).

Защита в форме «компенсация» предполагала реализацию в режиме самоизоляции и карантина какой-либо ранее игнорируемой способности или потребности лица, в том числе в ущерб невозможных или утраченных других (например, увеличение употребления психоактивных веществ в период пандемии, увеличение контактов в соцсетях, количество просмотров видеофильмов, возросший интерес к творческой активности, домашней кулинарии, семейным взаимоотношениям).

Если защиты и копинг-стратегии не срабатывали и не давали результата (не помогали устранить стресс), психика не выдерживала напряжения, происходил рост ситуационной тревожности. Она может быть диагностирована, в частности, с помощью методики Ч. Д. Спилбергера и Л. Ханина. Тревога рассматривается как эмоциональное состояние, чувство сильного волнения, беспокойства, в том числе без наличия объективного существенного повода. Состояние тревоги может формироваться и в норме. О патологической тревоге говорят в том случае, если данная реакция дезорганизует деятельность человека. Тревожность (и ситуативная — связанная с внешними условиями, и личностная, постоянно проявляющееся свойство личности) при этом склонность лица к переживанию тревоги, при низком пороге возникновения данной реакции.

Наиболее известными и широко применяемыми методами диагностики уровня тревожности являются тесты как Ч. Д. Спилберга и Ханина, так и методика Дж. Тейлора. Были также ранее разработаны и адаптированы тесты оценки депрессивных состояний [50], методики диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации (Холмса и Раге), уровня социальной фрустрированности [24], уровня субъективного контроля [113], шкала депрессии Бека и др. Обычно используется комплекс психодиагностических методов — как основанных на самооценке состояний, так и проективных методик. В ситуации пандемии часть материала данных методик оказывается в силу своего содержания неинформативна. Так, например, отвечать на вопросы об обычной жизни лицу, находящемуся в травмирующей ситуации, оказывается сложно, они нерепрезентативны для определения уровня тревоги (тревожности).

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, адаптации к ситуации. Определенный адаптивный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность человека, необходимо только диагностировать ее дезадаптивное усиление, сопровождающее критические травмирующие ситуации. Существует при этом оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Низкая тревожность может снижать чувство ответственности. Иногда очень низкая тревога является результатом активного вытеснения личностью высокой степени тревоги в ответ на травмирующую ситуацию.

Как повышение тревожности с помощью информации, так и ее снижение, является опасным для социума в период пандемии. Психологические опросники не всегда могут дать достоверное представление об уровне тревоги, несмотря на наличие так называемой шкалы лжи, обнаруживающей склонность лица к социально-одобряемым ответам. При высоких показателях по шкале лжи (то есть неискренности опрашиваемого) в опроснике Дж. Тейлора в адаптации Т. А. Немчинова, например, диагностируемый уровень тревоги будет недостоверным.

Опросник депрессии Бека может быть полезен в период острой психической травмы, пандемии, несмотря на нерелевантность вопросов опросника, предназначенных для обычной

жизни, для обнаружения лиц, которым может быть рекомендовано обращение за помощью в сфере поведенческого и эмоционального здоровья к специалистам (уровень депрессии — выше 19 и особенно — выше 24 баллов).

Агрессия (иначе — «конфронтационный копинг») как защитный механизм и реакция на психическую травму и тревогу в период пандемии, заслуживает особого внимания, так как агрессия единиц мгновенно индуцируется, трансформирует этические нормы и может быстро превращаться в массовую реакцию. Не случайно в периоды исторических катаклизмов, войн и революций, стихийных природных и техногенных катастроф констатируется ее нарастание, вплоть до мародерства и открытого, в том числе массового, противоправного поведения. В ситуации пандемии данная защитная реакция была особенно востребованной, так как не мог реализовываться в силу особенностей данной экстремальной ситуации важнейший этап состояния паники, приносящий облегчение от стресса и снимающий угрозу, — бегство. В физиологической природе человека, как известно, заложены два ответа на травмирующую и жизнеугрожающую ситуацию — бегство или агрессия (т. е. столкновение с угрозой и физическое сопротивление ей).

Агрессия в ситуации воздействия на лицо длительного травмирующего стимула обладает накопительным эффектом, но может длительно же проявляться в латентной форме. Для ее проявления вовне нужен провоцирующий триггер. Определить ее формы и предупредить агрессивное поведение, в том числе его перерастание в массовую реакцию [97], можно, наблюдая за проявлениями видов, способов выражения агрессии и реакций враждебности.

Валидизированной и эффективной в психодиагностике считается методика дифференциации проявлений агрессии и враждебности по А. Басс и А. Дарки, основывающаяся на выделении восьми основных реакций, способов выражения враждебности и агрессии (физическая и косвенная агрессия, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины).

Рассмотрим, как данные способы реализовывались в период пандемии, предположительно спрогнозировав шкалу ее распространенности в социуме по очередности и распространенности, описав ее конкретные проявления на примерах, в том числе тиражировавшихся в информационном пространстве.

В силу специфики развертывания пандемии и информационного вакуума на первых ее этапах, начальной реакцией социума стала «подозрительность» — как реакция враждебности и агрессии, проявляющаяся в диапазоне от недоверия к источникам и к достоверности информации, до формирования конспирологических версий, сопровождающихся формированием фобий, о нанесении вреда.

Как защита от неопределенности будущего и витального страха появилась «косвенная агрессия», изживающая данный страх, направленная на предположительных «виновников» снижения качества жизни, прежде всего, на органы власти, вводящие и поддерживающие контроль за режимом самоизоляции, использованием СИЗ и др., на близких, находящихся в момент самоизоляции в ограниченном пространстве дома, сослуживцев и др., а также не имеющая направленности агрессия, проявляющаяся в интересе к криминальным сводкам, фильмам ужасов, сведениям о смертности и др.

На следующем этапе и по сей день реакцией психики стал «негативизм» — оппозиционность в поведении в части неприятия установленных на период пандемии социальных норм — от пассивного сопротивления им, до активной борьбы против них (COVID-диссиденты, оппозиционные лидеры и СМИ).

Пиковым проявлением «негативизма» стала вербальная агрессия, выраженная на личных страницах пользователей в социальных сетях, в многочисленных публикациях альтернативной прессы, в репортажах Ю-туб каналов, а также в живом общении как с близкими, так и с представителями органов власти, полиции и т.п. Высшая степень реализации данной формы агрессии обнаружилась в Российской Федерации в скандируемых слоганах и содержании плакатов участников запрещенных на период пандемии протестных массовых мероприятий.

Для переживших потерю близких, а также перенесших заболевание и выживших, для медицинского персонала одним из способов выражения аутоагрессии стало чувство вины, усугубляющееся в случае гибели близких от COVID-19, смертей пациентов и т.п., выражающееся в сентенциях о себе: я не спас, я являюсь плохим человеком, я не достоин жить и др. [103–109], обида — зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.

Обладая кумулятивным эффектом, латентная агрессия привела за несколько месяцев к формированию «раздражения» как формы враждебности и готовности к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении и наличии повода (вспыльчивость, грубость). Вовлечение в реакцию раздражения привело к многочисленным протестным видеовыступлениям и публикациям в интернет-пространстве, а также к конфронтующим действиям [114] по субъективно-эмоционально значимым для лица или имеющим ценностный социальный смысл поводам [29], в том числе к запрещенным массовым акциям в отдельных регионах.

Результатом и апогеем кумуляции агрессии стал высокий уровень «физической агрессии» — как со стороны населения, так и со стороны органов охраны правопорядка по всему миру, вылившийся в погромы, нанесение тяжких телесных повреждений, в убийства — в том числе с особой жестокостью (прежде всего в США, а также летальные случаи домашнего насилия и преступлений в Российской).

Необходимо помнить об уникальности пандемии как экстремальной ситуации. Она провоцирует панику, однако бегство как реакция невозможно. В силу чего массовая агрессия может стать закономерным этапом паники и массовой травмирующей ситуации.

Как отмечает Ольшанский, сравнивая две реакции, паника — «это эмоциональная реакция на пугающий стимул, связанная прежде всего со страхом и желанием избежать столкновения с источником страха. В отличие от паники, агрессия — это действенная реакция на эмоциональное переживание непреодолимости каких-то барьеров, мешающих достижению цели. Если паника — способ пассивной самозащиты, то агрессия, напротив, представляет собой средство нападения. Паническая толпа озабочена прежде всего самоуспокоением. Агрессивная толпа озабочена достижением своих целей и «наказанием» тех, кто стоит, по ее мнению, на пути их достижения. Часто одни и те же внешние обстоятельства могут порождать как паническое, так и агрессивное поведение. Это определяется особенностями психологического состояния, в котором находятся в данный момент люди» [49].

Для массовой агрессии специфическими особенностями будут следующие [49] она стихийна, имеет «циркуляторный характер» (эффект кружения, повторения, репликации), не подчиняется рациональным оценкам происходящего и поведенческим нормам, имеет повышенный динамизм и высокий эмоциональный накал (эмоции негативного комплекса — гнев, враждебность, ненависть и др.), характеризуется анонимностью (а значит, безнаказанностью) участников, на раннем этапе имеет лидера-зачинщика (по мере роста

импульсивности и накала теряющего свою роль и влияние на толпу), ее причиной становится внутреннее эмоциональное состояние в связи с переживанием непреодолимости ситуации, блокированием потребностей, дефинируется как «массовые враждебные действия, направленные на причинение страдания, физического или психологического вреда или ущерба либо даже на уничтожение данной массой (толпой) других людей или общностей» [53]. Как отмечает исследователь массовой психологии и идеологии террора Ольшанский, «если войны обычно вели организованные армии, то восстания и революции совершали именно агрессивные толпы <...> Если же агрессия блокирована, спираль ее принимает еще более крутую форму, взрыв насилия происходит по причинам прежде всего психологическим, приобретая подчас экстатический характер, когда восстание становится для его участников самоцелью» [49].

Условиями возникновения массовой агрессии являются: физиологические (например, использование психо-активных веществ), психологические (общее ощущение фрустрации, а также конкретный повод, подчеркивающий ощущение безнадежности), ситуационные (наличие лидеров, поддерживающих ощущение безнадежности, и указывающих на виновных в ней, а также наличие инструментов проявления агрессии), наличие объекта агрессии (символа властного института, угнетателя и т. п.), а также провокационные действия, продуцирующие агрессию [49].

Различаются по особенностям поведения экспрессивная (устрашающе-агрессивное поведение), импульсивно-волнообразная (спровоцированная случайным фактором, внезапная, функционирующая в виде «приливов» и «отливов»), аффективная («агрессивный ажиотаж», не имеющий повода и целей, но с установкой на обилие жертв), враждебная (целенаправленно-осознанное нанесение вреда другому, замаскированное под стихийное поведение толпы) и инструментальная (как способ достижения нейтральной по содержанию цели, замаскирована под стихийное поведение толпы) массовая агрессия [49].

Результаты исследования. Анализ контента

Рассмотрим образцы интернет-контента апреля – июля 2020 года и его соответствие требованиям информационной безопасности, а также его возможное влияние на состояние социума.

Важнейшей целью информационных ресурсов в части воздействия на социум в период пандемии должно было быть сохранение рационального типа реакций и поведения. Информационный контент мог как наращивать панику, так и быть сформированным в русле поддержки одного из типа психологической защиты, копинг-стратегии, в том числе ориентированных на формирование враждебности и агрессии.

Одним из очевидных способов поддержания стабильности социума стало использование и на личном, и на государственном уровне стратегий рационализации: с экстремальной ситуацией и наносимой ею травмой проще справиться, если обладать исчерпывающей непротиворечивой информацией о протекающих процессах и их динамике, отсюда — наблюдаемый в первые месяцы пандемии и самоизоляции повышенный интерес к информационным передачам и контенту о COVID-19. Стратегию рационализации поддерживали как государственные федеральные информационные ресурсы [52, 102, 115–116], некоторых журналистов. Помимо информации о самом вирусе и динамике пандемии, ключевой для государства в части сохранения здоровья населения была стратегия формирования образцов поведения, обеспечивающих выживание. Данную повестку поддерживали как федеральные и региональные ресурсы. Данные трансляции в период

карантинов и вынужденного пребывания огромной части граждан в замкнутом пространстве дома обладали психотерапевтической функцией и набирали большое число просмотров. Посредством данных трансляций преодолевалось культурное и психологическое отчуждение, являющееся в том числе одним из психопатологических симптомов ОСР и ПТСР, а также других расстройств, возникающих под влиянием психической травмы. Данная модель общения с пользователями была подхвачена и российскими блогерами [114], однако в отличие от соотечественников-экспатриантов, создававших нейтральные информационные репортажи, отечественный контент имел конфронтационный протестный оттенок: часто в нем использовалась установка на демонстрацию неповиновения введенным ограничительным мерам или на эмоциональную, не аргументированную констатацию абсурдности данных мер, звучала обценная лексика и т. п.

Части населения была присуща стратегия избегания информации, отрицания пандемии. Ее поддерживали и некоторые региональные информационные ресурсы, стараясь снизить панику, используя прием замалчивания.

Большая часть отечественного негосударственного контента и источников информации была, к сожалению, ориентирована, в том числе в силу отсутствия понимания личных и массовых психологических реакций в экстремальной ситуации, на поддержание конфронтационного копинга, а именно — поддержку в социуме реакций враждебности и агрессии, обиды [29]. Вместо разработки и передачи населению информации о наиболее эффективных образцах поведения, профилактических мерах, многими протестными ресурсами реализовывалась стратегия «поиска виноватого», конкретно — население, подверженное ежедневной массивированной информационной атаке, снабжалось информацией о ненадлежащем, угрожающем жизни граждан, поведении отдельных представителей и целых органов власти, медицинских работников и учреждений [30]. Данная установка во многом формировала третий путь развития паники — ее преломление в социальный протест. За рубежом агрессия, усиленная с помощью информационных ресурсов, вылилась в том числе в волнения и погромы. В Российской Федерации реакция враждебности была адресована прежде всего органам субъектов Федерации, введивших меры ограничения социальных контактов и функционирования бизнеса, медицинским организациям [30].

Наблюдение над информационной повесткой и контентом средств массовой информации в условиях пандемии (март-апрель 2020 г., русскоязычные интернет-ресурсы) дает возможность определить основные стратегии СМИ, ведущие к формированию паники и психо-эмоциональных расстройств, а также методы и приемы, позволяющие избежать данного эффекта, а также повысить комплаенс социума по отношению к медицинским рекомендациям, снизить число жертв пандемии и негативные социальные последствия.

Было выявлено два подхода, ведущих к формированию психо-эмоциональных расстройств и протестной активности:

- 1) утаивание (копинг избегания) — дает рост конспирологических теорий, повышает тревогу в связи с неопределенностью будущего;
- 2) создание инфоповодов и сенсаций в связи с пандемией (проекция, конфронтационный копинг) — негативная эмоциональная повестка, аналитические программы с негативными комментариями.

Вместе с тем, определены и подходы, позволяющие снизить уровень паники, а именно:

- 1) видеорепортажи блогеров-очевидцев (соотечественники, проживающие за рубежом, в очагах пандемии, например: в США (Нью-Йорк), Италия (Милан, Комо и др.) [55–69, 91–94, 110–113, 117–121],

2) текстовые интернет-дневники пациентов-очевидцев (в том числе в Российской Федерации), переживающих заболевание [24];

3) текстовые материалы — свидетельства врачей / репортажи журналистов по итогам работы врачей (зарубежных и отечественных) о течении пандемии и о случаях заболевания, а также о стратегии выживания [22, 103, 109].

4) специальный видеоконтент врачебного сообщества, включающий ответы на вопросы о течении заболевания и мерах профилактики, сопровождающийся направленным психотерапевтическим воздействием для нормализации психоэмоционального состояния населения [115–116, 122–123].

5) документальные фильмы о пандемиях прошлого, позволяющие неспециалисту увидеть процесс развития и исхода пандемий и тем самым снизить неопределенность будущего [119–120].

Необходимо отметить, что реакция на те же информационные источники, которые были значимы в период действия строгих ограничительных мер и после их завершения, менялась. Так, информационная значимость контента (и потребность в защите от травмирующей ситуации через рационализацию) для зрителей и читателей снизилась. Репортажи блогеров, врачей и журналистов о COVID-19 стали менее востребованными. На первый план выступили экономические последствия произошедшего, а также необходимость наращивания в условиях постпандемического кризиса ежедневной деловой активности.

По мере формирования ПТСР место первичного ажитированного испуга и паники как реакции на экстремальную ситуацию заняли ангедония, дисфория, апатия, анархические настроения, COVID-диссидентство.

Психика существенной части населения «вытеснила», ликвидировала тяжелые воспоминания.

Барьер чувствительности к витальной угрозе повысился, тенденция ежедневно переживать напряжение, витальный страх в социуме снизилась. Данные факты являются угрожающими: в случае наступления экстремальной ситуации в будущем мобилизация населения с целью выполнения предписаний, обеспечивающих безопасность, не будет такой активной.

Витальный страх сменился менее сильным, но значимым страхом финансовой нестабильности (связанной с разрушением бизнеса и др.), мотивом «поиска виновного» в пережитых испытаниях, что привело к росту социальной напряженности.

Тональность репортажей блогеров-экспатов сменилась с тревожно-эмотивной на критически-недоверчивую: если ранее материалом для репортажей были сюжеты о необходимости соблюдения диктуемых властями требований профилактики заболевания, то в июне-июле основным мотивом стало отрицание заболевания и угрозы повторения опасной эпидемиологической ситуации.

Переживание витального страха, паники (и как следствие — ОСР) заняло около 2 месяцев, сменившись агрессией и враждебностью (с мотивами конфронтации: поиск ответственных за снижение доходов, разрушение бизнеса и др.).

В протестных информационных источниках место разжигающих страх репортажей о неблагополучии в системе здравоохранения, о летальных случаях заняли сюжеты о пандемии как политическом инструменте, также ориентирующие на конфронтационный копинг и репликацию реакции враждебности.

Результатом активно используемой на частных Ю-туб каналах и в негосударственных СМИ конфронтационной повестки, а также следствием повышения психологического

барьера к переживанию витального страха после многодневного воздействия травмирующей ситуации стал опасный эффект «анархического» не восприятия норм и запретов, принятых на государственном и региональном уровне в период пандемии. К концу июля 2020 года нормативные образцы поведения, обеспечивающие выживание, а также ограничительные меры, регулирующие экономическую и социальную жизнь отдельных регионов Российской Федерации, в массовом порядке перестали соблюдаться гражданами. Данный эффект сопровождался ростом в социуме активных проявлений враждебности. На момент завершения работы над статьей в связи с этим в отдельных регионах Российской Федерации были введены меры усиления контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, прежде всего в общественных пространствах и организациях.

Выводы

Содержание информационного контента и установка на определенный тип совладающего поведения, психологической защиты (как и знание механизмов развертывания массовой паники при экстремальных ситуациях) со стороны информационного источника, таким образом, может существенно влиять на состояние социума как в период пандемии, так и после нее (отложенные последствия и психопатологические проявления).

1. Для снижения уровня напряженности в социуме в связи с пандемией являются актуальными роли Очевидца (участника событий) и Эксперта (специалиста в проблеме по существу) и диктуемые ими образцы здоровьесберегающего поведения. При этом обе роли должны исполняться не Сторонним наблюдателем — представителем журналистского сообщества или ученым, а прежде всего участником событий в роли рядового врача или пациента.

2. Можно предположить, что аналитические программы повышают уровень тревожности населения, предлагая противоречивую или избыточную информацию о пандемии, но не предлагая образцов поведения и норм, предотвращающих панику. Данный информационный жанр не может вызвать комплаенс представителей социума по отношению к рекомендациям врача или предписанию государственной власти.

3. Астенизированный читатель и зритель в период паники нуждается как в официальных квалифицированных медицинских рекомендациях, так и в юморе, в том числе со стороны представителей врачебного сообщества.

4. В отсутствие распространяемых официально медицинских рекомендаций данную лакуну занимают в информационном пространстве малоинформативные бытовые рекомендации и рецепты из сферы «нетрадиционной медицины», существенно снижающие комплаенс населения по отношению к установкам врачебного сообщества и ухудшающие эпидемиологическую обстановку.

5. Причиной паники часто оказывается низкий уровень медицинских знаний населения, а также установка на ложный авторитет. Этот факт вызывает отсутствие комплаенса к рекомендациям государственной власти и врачебного сообщества.

6. Наиболее опасным в период экстремальной ситуации является используемый источниками информации конфронтационный копинг, с высокой долей вероятности обеспечивающий перерастание паники в массовое враждебное и агрессивное поведение.

7. Наиболее успешными для снятия паники в период пандемии были репортажи блогеров-очевидцев (экспатов – соотечественников, живущих в США или Европе), интернет-блоги врача и тележурналиста доктора Комаровского, блог и видеоконтент доктора Проценко,

а также информационный интернет-контент, своевременно размещавшийся на платформах Правительства Москвы.

8. На момент пандемии в Российской Федерации отсутствовали электронные ресурсы, методические рекомендации, популярные и научно-популярные издания, позволяющие населению, находящемуся в самоизоляции, самостоятельно справляться со стрессом и психической травмой. Телефон горячей линии по вопросам пандемии был малоэффективен в части психологической помощи и снятия паники, так как специалисты горячей линии решали более сложные и первоочередные вопросы. Как прообраз методических рекомендаций для населения в период пандемии для совладания с травмой и стрессом можно рассматривать популярные издания из серии «психологическая помощь» для не врачебного сообщества, зачастую — переводные, посвященные стратегиям совладания, снятия тревожности, работе с паникой и травмой, в 2000-е годы активно выходившие в свет массовыми тиражами в популярных издательствах. Данная практика должна быть востребована и реализовываться на платформе Интернета в период экстремальных ситуаций, какой стала пандемия COVID-19, но рекомендации для населения по работе с травмой и стрессом должны быть подготовлены силами отечественных специалистов в области психического и поведенческого здоровья, ОСР и ПТСР, в том числе на основе уже существующих в Российской Федерации для обучения специалистов-психологов и прошедших проверку временем справочников и учебных пособий в области психологической защиты в период экстремальных ситуаций. Своевременное информирование населения о специфике механизмов паники и постстрессового поведения, предположительно, снизит эффективность манипулятивных технологий, применяемых по отношению к населению заинтересованными лицами, а также предотвратит неконтролируемое распространение конфронтационного копинга, поможет противостоять перерастанию массовой паники в массовую агрессию.

Статья подготовлена в рамках Государственного задания ЦИПБ РАН на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годы (НИР 0006-2020-0001).

Список литературы:

1. Аверков О., Барчук А., Боде И., Киселев Ю., Мацкеплишвили С., Напалков Д., Охотин А., Пахомов Я., Родионов А., Талибов О., Трошанский Д., Эрлих А. Резолюция совета экспертов: актуальные вопросы пандемии COVID-19 в РФ. 2020. <https://clck.ru/QoFYH>
2. Менделевич В. Д. Психотравма, личность и неврозогенез (антиципационный подход) // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. №2. С. 114-118.
3. Ротштейн В. Г. Посттравматический стрессовый синдром. М., 1999. С. 517-526.
4. Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Маруняк С. В. Психология катастроф. М.: Аспект Пресс, 2008.
5. Смирнов А. В. Последствия тревожного стресса у лиц, потерявших близких // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. СПб., 1999. С. 161-169.
6. Смирнов В. К., Нечипоренко В. В., Рудой И. С., Шамрей В. К., Рыбалко И. В. Психиатрия катастроф // Военно-медицинский журнал. 1990. №4. С. 49-56.
7. Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса. М.: Медицина, 1981.

8. Сукиасян С. Г. Особенности посттравматических стрессовых нарушений после землетрясения в Армении // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1993. №1. С. 61-70.
9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
10. Тихонова Я. Г. Психологические особенности экстремальных ситуаций. М.: Флинта, 2015.
11. Тукаев Р. Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. №1. С. 151-163.
12. Агамамедова И. Н. Комбинированная терапия панического расстройства и агорафобии: фармакотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
13. Агасарян Э. Г. Интегративная психотерапия в комплексном лечении панических расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
14. Адамов А. К., Ломов Ю. М., Малеев В. В. Холера в СССР в период VII пандемии. М.: Медицина, 2000.
15. Александровский, Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.
16. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. Ростов-на-Дону, 1997.
17. Александровский Ю. А. Посттравматическое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний // Российский психиатрический журнал. 2005. №1. С. 4-12.
18. Александровский Ю. А., Лобастов О. С. Спивак Л. И. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991.
19. Атаманов А. А. Генерализованное тревожное и паническое расстройства: Динамика, типология, коррекция, профилактика. М., 2014.
20. Ахмедова Х. Б. Фанатизм и идея мести у лиц, имеющих посттравматические стрессовые расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. №2. С. 24-32.
21. Бакалейник М. М. Клинические и социальные особенности комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством, совершивших противоправные действия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2005.
22. Баранова А. Коронавирус. Инструкция по выживанию. М.: Изд-во АСТ, 2020.
23. Барденштейн Л. М., Копытин В. А., Молодецких В. А., Курашов А. С. К истории учения о посттравматическом стрессовом расстройстве // Российский медицинский журнал. 2007. №4. С. 51-53.
24. Богано А. Пневмония. Больничный дневник журналистки «Медиазоны». 2020. <https://clck.ru/QoG9s>
25. Бойко Ю. П. Особенности антистрессовой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и их последствиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. №2. С. 60-67.
26. Брэнтли Дж. Успокойте свой встревоженный ум: Как осознанность и сострадание могут избавить вас от тревоги, страха и паники. СПб., 2019.
27. Бундало Н. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия). автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2008.

28. Бундало Н. Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. Красноярск, 2009.
29. Васильева А. «Альянс врачей». <https://clck.ru/QoHKt>
30. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство: Феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии. М.: Анахарсис, 2005.
31. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии): автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2004.
32. Волошин В. М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. Т. 104. №1. С. 17-23.
33. Волошин В. М. Феноменологические аспекты посттравматического стрессового расстройства // Российский медицинский журнал. 2006. №4. С. 16-21.
34. Вулф Н. Смертельный шторм: эпоха новых пандемий. М.: АСТ, 2013.
35. Гарнов В. М. Распространенность нервно-психических расстройств в условиях стихийных бедствий (Обзор) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1988. №8. С. 125-130.
36. Гарнов В. М. Формирование психопатологии в рамках посттравматического стрессового расстройства у лиц, переживших землетрясение. автореф. дис. ... д-ра. мед. наук.. М., 2002.
37. Дмитриева Т. Б., Воложин А. И. Социальный стресс и психическое здоровье. М., 2001.
38. Дмитриева Т. Б. Посттравматическое стрессовое расстройство. М., 2005.
39. Епанчинцова Е. М., Семке В. Я., Гарганьева Н. П. К оценке психогенных факторов в генезе посттравматических стрессовых расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000. №1. С. 14-16.
40. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): Состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. СПб: Речь, 2012.
41. Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Ситуационные факторы регуляции посттравматических стрессовых состояний // Механизмы стресса в экстремальных условиях. М., 2004. С. 17-20.
42. Лебедева Т. В. Интегративная групповая психотерапия панических расстройств на стационарном этапе. автореф. ... канд. мед. наук. М., 2012.
43. Михайлов Л. А. Психологическая защита в чрезвычайных ситуациях. СПб.: Питер, 2009.
44. Орлова С. Н. Психология экстремальных ситуаций. Красноярск, 2005.
45. Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А. Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: Диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М., 2000.
46. Рогачева Т. В., Залевский Г. В., Левицкая Т. Е. Психология экстремальных ситуаций и состояний. Томск, 2015.
47. Губочев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д., Разумов С. А., Стабровский С. М. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л.: Медицина, 1976.
48. Дмитриева Т. Б., Василевский В. Г. Фастовцов Г. А. Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (судебно-психиатрический аспект) // Российский психиатрический журнал, 2003. №3. С. 38-41.

49. Ольшанский Д. В. Психология масс. СПб: Питер, 2001.
50. Горенков Д. В., Хантимирова Л. М., Шевцов В. А., Рукавишников А. В., Меркулов В. А., Олефир Ю. В. Вспышка нового инфекционного заболевания COVID-19: Р-коронавирусы как угроза глобальному здравоохранению // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2020. Т. 20. №1. С. 6-20. <https://doi.org/10.30895/2221-996X-2020-20-1-6-20>
51. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). <https://clck.ru/QoJnS>
52. Коронавирус – симптомы признаки, общая информация, ответы на вопросы. <https://covid19.rosminzdrav.ru/>
53. Никифоров В. В., Суранова Т. Г., Чернобровкина Т. Я., Янковская Я. Д., Бурова С. В. Новая коронавирусная инфекция (COVID – 19): Клинико-эпидемиологические аспекты // Архивъ внутренней медицины. 2020. №2. С. 87-93. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2020-10-2-87-93>
54. Прокопенко И. С. Коронавирус. Вирус-убийца. Расширенное и дополненное издание. М.: Эксмо, 2020.
55. Shiina A., Niitsu T., Kobori O., Idemoto K., Hashimoto T., Sasaki T., ... Iyo M. Perception of and anxiety about COVID-19 infection and risk behaviors for spreading infection: An international comparison // bioRxiv. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.07.30.228643>
56. Atalan A. Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective // Annals of Medicine and Surgery. 2020. V. 56. P. 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.06.010>
57. Chakraborty I., Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention // Science of the Total Environment. 2020. P. 138882. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138882>
58. Esparza J. Lessons From History: What Can We Learn From 300 Years of Pandemic Flu That Could Inform the Response to COVID-19? // American journal of public health. 2020. V. 110. №8. P. 1160-1161. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305761>
59. Fontanesi L., Marchetti D., Mazza C., Di Giandomenico S., Roma P., Verrocchio M. C. The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000672>
60. Galea S., Merchant R. M., Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention // JAMA internal medicine. 2020. V. 180. №6. P. 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
61. Horesh D., Brown A. D. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020. V. 12. №4. P. 331. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000592>
62. Kanzler K. E., Ogbeide S. Addressing trauma and stress in the COVID-19 pandemic: Challenges and the promise of integrated primary care // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020. V. 12. №S1. P. S177. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000761>
63. Koushik N. S. A population mental health perspective on the impact of COVID-19 // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020. <https://doi.org/10.1037/tra0000737>
64. Mazza C. et al. A nationwide survey of psychological distress among italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors // International

Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. V. 17. №9. P. 3165.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>

65. Nicola M., Alsafi Z., Sohrabi C., Kerwan A., Al-Jabir A., Iosifidis C., ... Agha R. The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review // International Journal of Surgery. 2020.

66. Qiu J. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations // General psychiatry. 2020. V. 33. №2. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

67. Roden-Foreman J. W. et al. Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians // Cognitive Behaviour Therapy. 2017. V. 46. №6. P. 522-532.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1315612>

68. Watkins L. E., Sprang K. R., Rothbaum B. O. Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions // Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2018. V. 12. P. 258.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>

69. Wheaton M. G. et al. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic // Cognitive Therapy and Research. 2012. V. 36. №3. P. 210-218.
<https://doi.org/10.1007/s10608-011-9353-3>

70. Деева Э. Г. Грипп. На пороге пандемии: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

71. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. 2005. Боевая психическая травма. Руководство для врачей. М.

72. Сафуанов Ф. С. Психология криминальной агрессии. М.: Смысл, 2003.

73. Семке В. Я., Епанчинцева Е. М. Душевные кризисы и их преодоление. Томск, 2005.

74. Фастовцов Г. А. Исключительное состояние по типу патологического просоночного, возникшее на фоне посттравматического стрессового расстройства // Практика судебно-психиатрической экспертизы. 2003. №41. С. 194-203.

75. Малашенко О. И. Клинико-неврологические, психопатологические и психологические особенности посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов. автореф. ... канд. мед. наук. М., 2008.

76. Семке В. Я., Епанчинцева Е. М. Типология и динамика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Российский психиатрический журнал. 2001. №5. С. 19-23.

77. Семке В. Я., Погосова И.А., Погосов А. В. Панические расстройства=Panic disorders: (Клиника, факторы риска, лечение). Томск, 2003.

78. Смирнова Л. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2003.

79. Дадаева А. А. Актуальные аспекты противодействия пандемиям гриппа. Новосибирск: Информ-Экспресс, 2009.

80. Дэвис М. Птичий грипп. Глобальная угроза новой пандемии. М., 2006.

81. Киселев О. И. Пандемии начала XXI века: Грипп птиц и пандемия «свиного» гриппа H1N1 2009 года. СПб: Фолиант, 2016.

82. Миронов А. Н. Экспериментально-клиническое обоснование выбора стратегии профилактики гриппозной инфекции в период подготовки к пандемии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009.

83. Павлова М. С. Посттравматическое стрессовое расстройство. Острые и отставленные реакции на травму: Научный обзор // Российский психиатрический журнал. 1999. №1. С. 46-49.
84. Друмова М. В. Клинико-психологические особенности комбатантного посттравматического стрессового расстройства: автореф. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2003.
85. Ефанов А. А. Моральные паники как фактор социальных изменений: автореф. ... канд. мед. наук. Саранск. 2016.
86. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. 1998. №3. С. 50-56.
87. Краля А. А. Полиmodalная психотерапия панического расстройства. : автореф. ... канд. мед. наук. М., 2016.
88. Тарабрина Н. В. Посттравматический стресс: междисциплинарные аспекты изучения // Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы конференции. М., 2003. С. 55-66.
89. Шадрина И. В., Дедова К. Н. Пугачев А. Н. Нейрофизиологические особенности работы головного мозга (по результатам анализа показателей ЭЭГ) и их влияние на психологические характеристики у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». 2011. №25. С. 84-87.
90. Дедова К. Н. Роль посттравматического стрессового расстройства в патогенезе органических эмоционально-личностных нарушений у комбатантов в периоде отдаленных последствий боевой психической травмы. автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2012.
91. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Canada is under quarantine. Life during the Toronto epidemic. <https://clck.ru/QoLdy>
92. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Canada is under quarantine. Life during the Toronto epidemic. <https://clck.ru/QoLs5>
93. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. France You Don't Know And Sweden Against The Rules. <https://clck.ru/QoLtx>
94. Smart Beauty. Coronavirus in Italy. <https://clck.ru/QoNuF>
95. Линдауэр Р. Й. Л., Карльер И. В. Е. Герсонс БПР Нейробиология посттравматического стрессового расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. №1. С. 146-150.
96. Маккей М., Скин М., Фаннинг П. Когнитивно-поведенческая терапия для преодоления тревожности, страха, беспокойства и паники. СПб: Весь, 2018.
97. Назаретян А. П. Психология стихийного массового поведения: толпа, слухи, политические и рекламные кампании. М.: Academia, 2005.
98. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия. М.: Психотерапия, 2008.
99. Ракитская Н. Ю. Паническое расстройство, ассоциированное с депрессивными нарушениями: Клинико-динамический, клинико-прогностический и реабилитационный аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2009.
100. Хеллэм Р. Консультирование по проблемам тревожности = Counselling for anxiety problems. М, 2009.
101. Официальный сайт Мэра Москвы <https://clck.ru/QoK5A>
102. Стопкоронавирус. Официальная информация о коронавирусе в России. stopcoronavirus.rf

103. Красовский А. COVID-19 — опасно для молодых! <https://clck.ru/QoJ7q>
104. Красовский А. Борьба с коронавирусом в России. Коммунарка и Денис Проценко. <https://clck.ru/QoJCz>
105. Красовский А. Как выжить после ИВЛ. <https://clck.ru/QoJDh>
106. Красовский А. Как нековидная больница в Петербурге работает с COVID-19. <https://clck.ru/QoJEL>
107. Красовский А. Не выжившие. <https://clck.ru/QoJFF>
108. Красовский А. Почему коронавирус в Дагестане стал катастрофой? <https://clck.ru/QoJGS>
109. Красовский А. Пять главврачей в «Эпидемии» с Антоном Красовским. <https://clck.ru/QoJHH>
110. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Amsterdam You Won't Recognize: Queues at a coffee shop without masks. 2020. <https://clck.ru/QoLcg>
111. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Japan is under quarantine. Why is it wrong with us? <https://clck.ru/QoLvk>
112. Samsebeskazar D. Life during an epidemic. <https://clck.ru/QoNrp>
113. Publions. COVID-19 related publications. <https://clck.ru/QoMhc>
114. Егоров И. Пропускной режим в Москве. <https://clck.ru/QoHsE>
115. Доктор Комаровский Коронавирус. События и комментарии. <https://clck.ru/QoHkP>
116. Доктор Комаровский Коронавирус: Обзор нового и актуального. <https://clck.ru/N7VfJ>
117. BBC News - Русская служба (2020). «Испанка». Грипп, унесший 50 миллионов
118. Doherty P. C. Pandemics: What Everyone Needs to Know®. Oxford University Press, 2013.
119. Loony History of Medicine. <https://clck.ru/QoMKg>
120. Loony Spanish Flu Patient Zero. <https://clck.ru/QoMNX>
121. The Rolling Stones. Living in a Ghost Town. <https://clck.ru/QoNwh>
122. Документальный фильм об эпидемии чумы в средневековой Европе. <https://clck.ru/QoHoG>
123. Доктор Мясников Сухой кашель, бессимптомный COVID-19, обязательные лекарства во время эпидемии. <https://clck.ru/QoHnV>

References:

1. Averkov, O., Barchuk, A., Bode, I., Kiselev, Yu., Matskeplishvili, S., Napalkov, D., Okhotin, A., Pakhomov, Ya., Rodionov, A., Talibov, O., Troshchanskii, D. & Erlikh, A. Rezolyutsiya soveta ekspertov: aktual'nye voprosy pandemii COVID-19 v RF. 2020. <https://clck.ru/QoFYH>
2. Mendeleevich, V. D. (1995). Psikhotravma, lichnost' i nevrozogenez (antitsipatsionnyi podkhod). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, (2). 114-118. (in Russian).
3. Rotshtein, V. G. (1999). Posttravmaticheskii stressovyi sindrom. Moscow. 517-526. (in Russian).
4. Sidorov, P. I., Mosyagin, I. G., & Marunyak, S. V. (2008). Psikhologiya katastrof. Moscow. (in Russian).
5. Smirnov, A. B. (1999). Posledstviya trevozhnogo stressa u lits, poteryavshikh blizkikh. *In Aktual'nye voprosy klinicheskoi i sotsial'noi psikhatrii*, St. Petersburg. 161-169. (in Russian).

6. Smirnov, V. K., Nechiporenko, V. V., Rudoi, I. S., Shamrei, V. K., & Rybalko, I. V. (1990). Psikhatriya katastrof. *Voенно -meditsinskii zhurnal*, (4). 49-56. (in Russian).
7. Sudakov, K. V. (1981). Sistemnye mekhanizmy emotsional'nogo stressa. Moscow. (in Russian).
8. Sukiasyan, S. G. (1993). Osobennosti posttravmaticheskikh stressovykh narushenii posle zemletryaseniya v Armenii. *Obozrenie psikhatrii i meditsinskoi psikhologii*, (1). 61-70. (in Russian).
9. Tarabrina, N. V. (2001). Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. St. Petersburg. (in Russian).
10. Tikhonova, Ya. G. (2015). Psikhologicheskie osobennosti ekstremal'nykh situatsii. Moscow. (in Russian).
11. Tukaev, R. D. (2003). Psikhicheskaya travma i suitsidal'noe povedenie: analiticheskii obzor literatury s 1986 po 2001 godu. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 13(1). 151-163. (in Russian).
12. Agamamedova, I. N. (2008). Kombinirovannaya terapiya panicheskogo rasstroistva i agorafobii: farmakoterapiya i kognitivno-povedencheskaya psikhoterapiya: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
13. Agasaryan, E. G. (2010). Integrativnaya psikhoterapiya v kompleksnom lechenii panicheskikh rasstroistv: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
14. Adamov, A. K., Lomov, Yu. M., & Maleev, V. V. (2000). Kholera v SSSR v period VII pandemii. Moscow. (in Russian).
15. Aleksandrovskii, Yu. A. (1996). Pogranichnaya psikhatriya i sovremennye sotsial'nye problemy. Rostov-na-Donu. (in Russian).
16. Aleksandrovskii, Yu. A. (1997). Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva. Rostov-na-Donu.
17. Aleksandrovskii, Yu. A. (2005). Posttravmaticheskoe rasstroistvo i obshchie voprosy razvitiya psikhogennykh zabolevaniy. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, (1). 4-12. (in Russian).
18. Aleksandrovskii, Yu. A., Lobastov, O. S. & Spivak, L. I. (1991). Psikhogenii v ekstremal'nykh usloviyakh. Moscow. (in Russian).
19. Atamanov, A. A. (2014). Generalizovannoe trevozhnoe i panicheskoe rasstroistva: Dinamika, tipologiya, korrektsiya, profilaktika. Moscow. (in Russian).
20. Akhmedova, Kh. B. (2003). Fanatizm i ideya mesti u lits, imeyushchikh posttravmaticheskie stressovye rasstroistva. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 13(2). 24-32. (in Russian).
21. Bakaleinik, M. M. (2005). Klinicheskie i sotsial'nye osobennosti kombatanov s posttravmaticheskimi stressovymi rasstroistvami, sovershivshikh protivopravnye deistviya: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
22. Baranova, A. (2020). Koronavirus. Instruktsiya po vyzhivaniyu. Moscow. (in Russian).
23. Bardenshtein, L. M., Kopytin, V. A., Molodetskikh, V. A., & Kurashov, A. S. (2007). K istorii ucheniya o posttravmaticheskom stressovom rasstroistve. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*, (4). 51-53.
24. Bogano A. Pnevmoniya. Bol'nichnyi dnevnik zhurnalistki Mediazony. <https://clck.ru/QoG9s>
25. Boiko Yu. P. (2003). Osobennosti antistressovoi meditsinskoi pomoshchi pri chrezvychaynykh situatsiyakh i ikh posledstviyakh. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 13(2). 60-67. (in Russian).

26. Brentli, Dzh. (2019). Uspokoite svoi vstrevozhennyyi um: Kak osoznannost' i sostradanie mogut izbavit' vas ot trevogi, strakha i paniki. St. Petersburg. (in Russian).
27. Bundalo, H. Ji. 2008. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo (klinika, dinamika, faktory riska, psikhoterapiya). avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk. Moscow. (in Russian).
28. Bundalo, N. L. (2009). Khronicheskoe posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo. Krasnoyarsk. (in Russian).
29. Vasileva A. Al'yans vrachei. <https://clck.ru/QoHKt>
30. Voloshin, V. M. (2005). Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: Fenomenologiya, klinika, sistematika, dinamika i sovremennyye podkhody k psikhofarmakoterapii. Moscow. (in Russian).
31. Voloshin, V. M. (2004). Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo (klinika, dinamika, techenie i sovremennyye podkhody k psikhofarmakoterapii): avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk. Moscow. (in Russian).
32. Voloshin, V. M. (2004). Tipologiya khronicheskogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*, 104(1). 17-23. (in Russian).
33. Voloshin, V. M. (2006). Fenomenologicheskie aspekty posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*, (4). 16-21. (in Russian).
34. Vulf, N. (2013). Smertel'nyi shtorm: epokha novykh pandemii. Moscow. (in Russian).
35. Garnov, V. M. (1988). Rasprostranennost' nervno-psikhicheskikh rasstroistv v usloviyakh stikhiinykh bedstviy (Obzor). *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*, (8). 125-130. (in Russian).
36. Garnov, V. M. (2002). Formirovanie psikhopatologii v ramkakh posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva u lits, perezhivshikh zemletryasenie. avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk.. Moscow. (in Russian).
37. Dmitrieva, T. B., & Volozhin, A. I. (2001). Sotsial'nyi stress i psikhicheskoe zdorov'e. Moscow. (in Russian).
38. Dmitrieva, T. B. (2005). Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo. Moscow. (in Russian).
39. Epanchintsova, E. M., Semke, V. Ya., Gargan'eva, N. P. (2000). K otsenke psikhogennykh faktorov v geneze posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii*, (1). 14-16. (in Russian).
40. Kadyrov, R. V. (2012). Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo (PTSD): Sostoyanie problemy, psikhodiagnostika i psikhologicheskaya pomoshch'. St. Petersburg. (in Russian).
41. Lazebnaya, E. O., & Zelenova, M. E. (2004). Situatsionnye faktory regulyatsii posttravmaticheskikh stressovykh sostoyanii. In *Mekhanizmy stressa v ekstremal'nykh usloviyakh*. Moscow. 17-20. (in Russian).
42. Lebedeva, T. V. (2012). Integrativnaya gruppovaya psikhoterapiya panicheskikh rasstroistv na statsionarnom etape. avtoref. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
43. Mikhailov, L. A. (2009). Psikhologicheskaya zashchita v chrezvychnykh situatsiyakh. St. Petersburg. (in Russian).
44. Orlova, S. N. (2005). Psikhologiya ekstremal'nykh situatsii. Krasnoyarsk. (in Russian).
45. Pushkarev, A. L., Domoratskii, V. A. & Gordeeva, E. G. (2000). Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: Diagnostika, psikhofarmakoterapiya, psikhoterapiya. Moscow. (in Russian).
46. Rogacheva, T. V., Zalevskii, G. V., & Levitskaya, T. E. (2015). Psikhologiya ekstremal'nykh situatsii i sostoyanii. Tomsk. (in Russian).

47. Gubochev, Yu. M., Iovlev, B. V., Karvasarskii, B. D., Razumov, S. A., & Stabrovskii, S. M. (1976). Emotsional'nyi stress v usloviyakh normy i patologii cheloveka. Leningrad. (in Russian).
48. Dmitrieva, T. B., Vasilevskii, V. G., & Fastovtsov, G. A. (2003). Tranzitornye psikhoticheskie sostoyaniya u kombatanov, stradayushchikh posttravmaticheskim stressovym rasstroistvom (sudebno-psikhiatricheskii aspekt). *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, (3). 38-41. (in Russian).
49. Olshanskii, D. V. (2001). Psikhologiya mass. St. Petersburg. (in Russian).
50. Gorenkov, D. V., Khantimirova, L. M., Shevtsov, V. A., Rukavishnikov, A. V., Merkulov, V. A., & Olefir, Yu. V. (2020). Vspyshka novogo infektsionnogo zabolevaniya COVID-19: P-koronavirusy kak ugroza global'nomu zdravookhraneniyu. *BIOpreparaty. Profilaktika, diagnostika, lechenie*, 20(1). 6-20. (in Russian). <https://doi.org/10.30895/2221-996X-2020-20-1-6-20>
51. Vremennye metodicheskie rekomendatsii. Profilaktika, diagnostika i lechenie novoi koronavirusnoi infektsii (COVID-19). <https://clck.ru/QoJnS>
52. Koronavirus – simptomiy priznaki, obshchaya informatsiya, otvety na voprosy. <https://covid19.rosminzdrav.ru/>
53. Nikiforov, V. V., Suranova, T. G., Chernobrovkina, T. Ya., Yankovskaya, Ya. D., & Burova, S. V. (2020). Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID – 19): Kliniko-epidemiologicheskie aspekty. *Arkhiv" vnutrennei meditsiny*, (2). 87-93. (in Russian). <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2020-10-2-87-93>.
54. Prokopenko, I. S. (2020). Koronavirus. Virus-ubiitsa. Rasshirennoe i dopolnennoe izdanie. Moscow. (in Russian).
55. Shiina, A., Niitsu, T., Kobori, O., Idemoto, K., Hashimoto, T., Sasaki, T., ... & Iyo, M. (2020). Perception of and anxiety about COVID-19 infection and risk behaviors for spreading infection: An international comparison. *bioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.30.228643>
56. Atalan, A. (2020). Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective. *Annals of Medicine and Surgery*, 56, 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.06.010>
57. Chakraborty, I., & Maity, P. (2020). COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Science of the Total Environment*, 138882. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138882>
58. Esparza, J. (2020). Lessons From History: What Can We Learn From 300 Years of Pandemic Flu That Could Inform the Response to COVID-19?. *American journal of public health*, 110(8), 1160-1161. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305761>
59. Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000672>
60. Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*, 180(6), 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
61. Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000592>
62. Kanzler, K. E., & Ogbeide, S. (2020). Addressing trauma and stress in the COVID-19 pandemic: Challenges and the promise of integrated primary care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S177. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000761>

63. Koushik, N. S. (2020). A population mental health perspective on the impact of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
<https://doi.org/10.1037/tra0000737>
64. Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
65. Nicola, M., Alsaifi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., ... & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *International Journal of Surgery*.
66. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
67. Roden-Foreman, J. W., Bennett, M. M., Rainey, E. E., Garrett, J. S., Powers, M. B., & Warren, A. M. (2017). Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 522-532. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1315612>
68. Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
69. Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, 36(3), 210-218. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9353-3>
70. Deeva, E. G. (2008). Gripp. Na poroge pandemii: Rukovodstvo dlya vrachei. Moscow. (in Russian).
71. Litvintsev, C. B., Snedkov, E. V., & Reznik, A. M. (2005). Boevaya psikhicheskaya travma. Rukovodstvo dlya vrachei. Moscow. (in Russian).
72. Safuanov, F. S. (2003). Psikhologiya kriminal'noi agressii. Moscow. (in Russian).
73. Semke, V. Ya., & Epanchintseva, E. M. (2005). Dushevnye krizisy i ikh preodolenie. Tomsk. (in Russian).
74. Fastovtsov, G. A. (2003). Isklyuchitel'noe sostoyanie po tipu patologicheskogo prosonochnogo, vznikshee na fone posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva. *Praktika sudebno-psikhiatricheskoi ekspertizy*, (41). 194-203. (in Russian).
75. Malashenko, O. I. (2008). Kliniko-nevrologicheskie, psikhopatologicheskie i psikhologicheskie osobennosti posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv u kombatanov. avtoref. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
76. Semke, V. Ya., & Epanchintseva, E. M. (2001). Tipologiya i dinamika posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv u kombatanov. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, (5). 19-23. (in Russian).
77. Semke, V. Ya., Pogosova, I.A., & Pogosov, A. V. (2003). Panicheskie rasstroistva=Panic disorders: (Klinika, faktory riska, lechenie). Tomsk. (in Russian).

78. Smirnova, L. V. (2003). Posttravmaticheskie stressovye rasstroistva u voennosluzhashchikh (klinika, komorbidnye sostoyaniya, terapiya): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tomsk. (in Russian).
79. Dadaeva, A. A. (2009). Aktual'nye aspekty protivodeistviya pandemiyam gripa. Novosibirsk. (in Russian).
80. Devis, M. (2006). Ptichii gripp. Global'naya ugroza novoi pandemii. Moscow. (in Russian).
81. Kiselev, O. I. (2016). Pandemii nachala XXI veka: Gripp ptits i pandemiya «svinogo» gripa H1N1 2009 goda. St. Petersburg. (in Russian).
82. Mironov, A. N. (2009). Eksperimental'no-klinicheskoe obosnovanie vybora strategii profilaktiki grippoznoi infektsii v period podgotovki k pandemii: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Moscow. (in Russian).
83. Pavlova, M. S. (1999). Postgravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo. Ostrye i otstavlennye reaktsii na travmu: Nauchnyi obzor. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, (1). 46-49. (in Russian).
84. Drumova, M. V. (2003). Kliniko-psikhologicheskie osobennosti kombatanogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva: avtoref. ... kand. med. nauk. Novosibirsk. (in Russian).
85. Efanov, A. A. (2016). Moral'nye paniki kak faktor sotsial'nykh izmenenii: avtoref. ... kand. med. nauk. Saransk. (in Russian).
86. Enikolopov, S. N. (1998). Psikhoterapiya pri posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistvakh. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, (3). 50-56. (in Russian).
87. Kralya, A. A. (2016). Polimodal'naya psikhoterapiya panicheskogo rasstroistva. : avtoref. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
88. Tarabrina, N. V. (2003). Posttravmaticheskii stress: mezhdistsiplinarnye aspekty izucheniya. *Psikhologiya: sovremennye napravleniya mezhdistsiplinarnykh issledovaniy: Materialy konferentsii*. Moscow. 55-66. (in Russian).
89. Shadrina, I. V., Dedova, K. N. & Pugachev, A. N. (2011). Neurofiziologicheskie osobennosti raboty golovnoy mozga (po rezul'tatam analiza pokazatelei EEG) i ikh vliyanie na psikhologicheskie kharakteristiki u patsientov s posttravmaticheskimi stressovymi rasstroistvami. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Obrazovanie, zdravookhraneniye, fizicheskaya kul'tura*, (25). 84-87. (in Russian).
90. Dedova, K. N. (2012). Rol' posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva v patogeneze organicheskikh emotsional'no-lichnostnykh narusheniy u kombatanov v periode otdalennykh posledstviy boevoy psikhicheskoy travmy. avtoref. dis. ... kand. med. nauk. St. Petersburg. (in Russian).
91. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Canada is under quarantine. Life during the Toronto epidemic. <https://clck.ru/QoLdy>
92. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Canada is under quarantine. Life during the Toronto epidemic. <https://clck.ru/QoLs5>
93. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. France You Don't Know And Sweden Against The Rules. <https://clck.ru/QoLtx>
94. Smart Beauty. Coronavirus in Italy. <https://clck.ru/QoNuF>

95. Lindauer, R. I. L., & Karl'er, I. V. E. (2003). Gersons BPR Neurobiologiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya*, 13(1). 146-150. (in Russian).
96. Makkei, M., Skin, M., & Fanning, P. (2018). Kognitivno-povedencheskaya terapiya dlya preodoleniya trevozhnosti, strakha, bespokoistva i paniki. St. Petersburg. (in Russian).
97. Nazaretyan, A. P. (2005). Psikhologiya stikhiinogo massovogo povedeniya: tolpa, slukhi, politicheskie i reklamnye kampanii. Moscow. (in Russian).
98. Nardone, Dzh. (2008). Strakh, panika, fobiya: Kratkosrochnaya terapiya. Moscow. (in Russian).
99. Rakitskaya, N. Yu. (2009). Panicheskoe rasstroistvo, assotsiirovannoe s depressivnymi narusheniyami: Kliniko-dinamicheskii, kliniko-prognosticheskii i reabilitatsionnyi aspekty: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tomsk. (in Russian).
100. Khellem, R. (2009). Konsul'tirovanie po problemam trevozhnosti = Counselling for anxiety problems. Moscow. (in Russian).
101. Ofitsial'nyi sait Mera Moskvyy <https://clck.ru/QoK5A>
102. Stopkoronavirus. Ofitsial'naya informatsiya o koronavirusе v Rossii. stopkoronavirus.rf
103. Krasovskii, A. COVID-19 — opasno dlya molodykh! <https://clck.ru/QoJ7q>
104. Krasovskii, A. Bor'ba s koronavirusom v Rossii. Kommunarka i Denis Protsenko. <https://clck.ru/QoJCz>
105. Krasovskii, A. Kak vyzhit' posle IVL. <https://clck.ru/QoJDh>
106. Krasovskii, A. Kak nekovidnaya bol'nitsa v Peterburge rabotaet s COVID-19. <https://clck.ru/QoJEL>
107. Krasovskii, A. Ne vyzhivshie. <https://clck.ru/QoJFF>
108. Krasovskii, A. Pochemu koronavirus v Dagestane stal katastrofoi? <https://clck.ru/QoJGS>
109. Krasovskii, A. Pyat' glavvrachei v Epidemii s Antonom Krasovskim. <https://clck.ru/QoJHH>
110. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Amsterdam You Won't Recognize: Queues at a coffee shop without masks. 2020. <https://clck.ru/QoLcg>
111. Burenok A. Expats: Life During an Epidemic. Japan is under quarantine. Why is it wrong with us? <https://clck.ru/QoLvk>
112. Samsebeskazal D. Life during an epidemic. <https://clck.ru/QoNrp>
113. Publions. COVID-19 related publications. <https://clck.ru/QoMhc>
114. Egorov, I. Propusknoi rezhim v Moskve. <https://clck.ru/QoHsE>
115. Doktor Komarovskii Koronavirus. Sobytiya i kommentarii. <https://clck.ru/QoHkP>
116. Doktor Komarovskii Koronavirus: Obzor novogo i aktual'nogo. <https://clck.ru/N7VfJ>
117. BBC News - Russkaya sluzhba (2020). «Ispanka». Gripp, unesshii 50 millionov zhiznei. <https://clck.ru/QoLWv>
118. Doherty, P. C. (2013). *Pandemics: What Everyone Needs to Know*®. Oxford University Press.
119. Loony History of Medicine. <https://clck.ru/QoMKg>
120. Loony Spanish Flu Patient Zero. <https://clck.ru/QoMNX>
121. The Rolling Stones. Living in a Ghost Town. <https://clck.ru/QoNwh>

122. Dokumental'nyi fil'm ob epidemii chumy v srednevekovoï Evrope. <https://clck.ru/QoHoG>

123. Doktor Myasnikov Sukhoi kashel', bessimptomnyi COVID-19, obyazatel'nye lekarstva vo vremya epidemii. <https://clck.ru/QoHnV>

*Работа поступила
в редакцию 02.08.2020 г.*

*Принята к публикации
07.08.2020 г.*

Ссылка для цитирования:

Кузина Н. В. Информационная безопасность в условиях пандемии: методы стабилизации состояния социума в электронных СМИ и Интернете // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6. №9. С. 356-394. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/58/38>

Cite as (APA):

Kuzina, N. (2020). Information Security in the Context of Pandemic: Methods for Stabilizing Society in Terms of Electronic Media and Internet. *Bulletin of Science and Practice*, 6(9), 356-394. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/58/38>