

<https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390>

Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра

А.Б. Холмогорова¹, М.И. Суботич^{2*}, А.А. Рахманина², Е.В. Борисоник^{1,2}, А.П. Рой², Ю.С. Лысенко², С.С. Петриков²

Приемно-диагностическое отделение

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Российская Федерация, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29

² ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Российская Федерация, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3

* Контактная информация: Суботич Мария Игоревна, медицинский психолог приемно-диагностического отделения ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». E-mail: SubotichMI@sklif.mos.ru

РЕЗЮМЕ

На современном этапе развития медицины оказание психологической помощи является важным компонентом системного биопсихосоциального подхода. Безусловно, пациенты и сопровождающие их лица испытывают тревогу во время госпитализации в связи с тем, что само обращение в больницу и события, предшествующие этому, являются стрессовой ситуацией. В свою очередь многие проводимые ранее исследования показывают, что стресс может оказывать как мобилизующее (эустресс), так и негативное воздействие (дистресс) на эмоциональное состояние и адаптационные процессы человека.

Задачей данного исследования является изучение уровня стресса и тревоги у пациентов ($n=83$) в момент госпитализации и пребывания в стационаре. Исследование проводилось с помощью трех шкал самоотчета (термометр дистресса, шкала тревоги А. Бэка и госпитальная шкала тревоги и депрессии *HADS*).

Результаты исследования показали, что большинство пациентов (58%) испытывали повышенный уровень дистресса. Дистресс чаще всего сопровождался следующими эмоциональными реакциями: беспокойством (51%), страхом (25%), грустью (21%) и одиночеством (21%). Исследование эмоционального состояния показало, что 22% респондентов имели высокий уровень тревоги (по опроснику *HADS*), а 5% – клинически выраженные симптомы тревоги (по шкале А. Бэка).

Симптомы депрессии встречаются реже. В группе пациентов с выраженным уровнем дистресса большее количество пациентов отмечало высокие показатели госпитальной тревоги и депрессии. Помимо этого, авторы исследовали эмоциональное состояние пациентов после психологической помощи, полученной в рамках стационара. Результаты показывают, что уровень дистресса снизился почти в 2 раза.

Пилотное исследование группы пациентов, находящихся на лечении в клинических отделениях скорой помощи стационара, позволяет сделать предварительный вывод о позитивном влиянии курса психокоррекционных занятий на эмоциональное состояние пациента и уровень переживаемого дистресса, то есть это помогает пациенту разрешить определенные внутренние конфликты, связанные с внезапным изменением жизненной ситуации, успокоиться и позитивно настроиться на лечение.

Ключевые слова: психологический стресс, дистресс, госпитализация, тревога, депрессия, эмоциональные реакции

Для цитирования Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Рахманина А.А., Борисоник Е.В. и др. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2019;8(4):384–390. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390>

Конфликт интересов Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарности Исследование не имеет спонсорской поддержки

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития медицины оказание медицинской помощи проводится на основе системного биопсихосоциального подхода, то есть организация помощи в регионах и конкретных лечебных учреждениях (социальные факторы) подразумевает учет как соматических аспектов здоровья (биологические факторы), так и психологических факторов. Высокий уровень стресса и, как следствие, аффективные нарушения не только снижают качество жизни больного, но могут значительно затруднить процесс выздоровления пациента [1]. Поэтому психологическая помощь является одним из важных аспектов оказания

медицинской помощи в момент госпитализации и пребывания в стационаре [2]. Большинство пациентов и сопровождающих их лиц испытывают сильную тревогу, обусловленную самим заболеванием и последующей госпитализацией, а также высоким уровнем неопределенности на начальном этапе пребывания больного в медицинском учреждении в процессе первичного обследования и постановки диагноза [3]. События, предшествующие госпитализации (аварии, внезапное обострение или первый острый приступ заболевания), могут быть сами по себе психотравмирующими и оказывать дополнительное негативное влия-

яние на ход лечения пациента. Стоит отметить, что по мере пребывания больных на стадии первичной диагностики, многие из них отмечают возрастание уровня стресса, который сопровождается различными психологическими (чувство тревоги, негативные прогнозы и навязчивое мысленное возвращение к пережитым неприятным событиям) и физиологическими (учащенное сердцебиение, потливость, чувство слабости и головокружение) симптомами. Многие пациенты считают основными причинами стресса само пребывание в больнице, переживание за состояние своего здоровья, а также необходимость проведения медицинских вмешательств [4, 5].

Еще одним фактором стресса может выступать профессиональное выгорание и дефицит психологической подготовки в образовании врачей [6]. Вместе с тем отмечается важность эффективной коммуникации между пациентом и персоналом медицинского учреждения, без чего уровень стресса увеличивается [7–11].

В настоящее время существует множество исследований, описывающих негативное влияние стресса на соматическое здоровье пациента. Стресс рассматривается как многомерный процесс взаимодействия личности и ситуации, а также реакция личности на данную ситуацию [12]. Реакция стресса является адекватной и нормальной для человека, однако, в определенных ситуациях стресс может стать психической травмой, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере, по аналогии с физическими нарушениями [13]. В этом случае нарушается эмоциональное состояние и когнитивные функции, что, в свою очередь, негативно сказывается на процессе восстановления, адаптации человека к новым жизненным условиям, в том числе и к ситуации, связанной с госпитализацией. Так, доказано, что фрустрирующие события в повседневной жизни плохо сказываются на самочувствии и ощущаются как угрожающие, оскорбительные, связанные с потерями [14]. Повышенная мобилизация внутренних ресурсов в стрессовых ситуациях, их перенапряжение могут приводить к сбоям в процессах психологической адаптации и, как следствие, нарушениям психического и соматического здоровья [15]. Неоднократно было доказано воздействие стресса на ухудшение физического состояния ввиду манифестации негативных аффективных состояний (тревоги, депрессии), влияющих на биологические процессы и поведенческие паттерны, на процесс болезни и лечения [16, 17].

Однако ситуация госпитализации как фактор стресса пока недостаточно изучена, что затрудняет разработку мероприятий по улучшению психологического состояния пациентов, поступающих в приемное отделение и находящихся на лечении в клинических отделениях. Между тем, характер совладания с такого рода стрессом может оказывать влияние и на весь процесс лечения, определяя пессимистические или, напротив, конструктивные установки пациентов по отношению к лечению, а также их внутреннюю картину болезни в целом как важнейший фактор адаптации к лечению [18]. Исследователи в области клинической психологии и психологии здоровья (*“health care psychology”*) относительно недавно обозначили данную проблему с целью ее дальнейшего изучения [19].

Уровень стресса пациентов во время постановки диагноза и лечения в отделениях больницы является важным аспектом адаптации и профилактики наруше-

ний эмоционального фона вплоть до возникновения клинических форм депрессивных и тревожных расстройств [20]. Развитие навыков эффективного преодоления стрессовых ситуаций оказывает положительное влияние на эмоциональное состояние пациента, его взаимодействие с врачом и приверженность лечению [13, 21]. При этом важно учитывать индивидуальный опыт и личностные особенности больных, их психическое состояние, характер когнитивных процессов, а также выработанные стратегии совладания со стрессом [22, 23].

Сотрудниками психологической службы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было проведено пилотное исследование группы пациентов и их родственников в условиях многопрофильного стационара института.

Цель исследования: выявить уровень стресса и тревоги у пациентов в момент госпитализации и пребывания в стационаре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 83 пациента, находящиеся на этапе диагностики в приемном либо клиническом отделениях: приемном ($n=15$), токсикологическом ($n=15$), травматологическом ($n=12$), хирургическом ($n=12$), кардиологическом ($n=9$), нейрохирургическом ($n=9$), психосоматическом ($n=6$), ожоговом ($n=2$), неврологическом ($n=2$) и реанимационных ($n=2$). Психолог предложил свою помощь 8% пациентов, самостоятельно обратились к врачу-психологу 10% респондентов, остальным больным (82%) консультация психолога была назначена лечащим врачом. Этим же комплексом методик повторно после проведения с ними серии психокоррекционных сеансов во время их пребывания в стационаре были обследованы 19 человек из выборки. Количество сеансов зависело от тяжести состояния больного и длительности его пребывания в стационаре и колебалось от 3 до 10.

Для оценки эмоционального состояния пациентов использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии *HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale, A.S. Zigmond, R.P. Snaith)*. Данная шкала является скрининговым инструментом, состоящим из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: тревоги и депрессии. Шкала позволяет выявить и оценить тяжесть депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Преимущества данной шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов [24]; Шкалу тревоги А. Бека, которая состоит из 21 пункта, каждый из которых включает в себя один из типичных симптомов тревоги: телесных или психических. Данная шкала позволяет оценить степень выраженности тревожных симптомов [13].

Для оценки уровня испытываемого стресса использовали термометр дистресса — разработанный *J. Holland* скрининговый инструмент для оценки эмоционального дискомфорта и выявления основных зон, вносящих вклад в дистресс. В инструкции пациенту предлагается оценить уровень испытываемого дистресса по 10-балльной шкале, где 0 обозначает его полное отсутствие, а 10 — его наиболее высокий уровень. Также испытуемому предлагается отметить в списке переживаний те из них, которые он испытывает в связи с нахождением

в медицинском учреждении [25]. Важно отметить, что сам по себе стресс может оказывать как негативное и разрушительное воздействие на организм — дистресс, так и мобилизующее и активирующее воздействие — эустресс. В связи с тем, что данное исследование направлено на изучение негативного влияния стресса, далее мы будем использовать понятие дистресс.

В статье приводится описательная статистика, направленная на исследование частоты встречаемости дистресса, симптомов тревоги и депрессии у пациентов, проходящих обследование и лечение в стационаре. Частичная обработка данных проводилась с помощью статистического пакета *IBM SPSS Statistics 23.0*. Для исследования взаимосвязи показателей дистресса, тревоги и депрессии был использован непараметрический метод ранговых корреляций Спирмена. Изучение различий эмоционального состояния пациентов до и после психокоррекционных мероприятий проводилось с помощью непараметрического критерия Уилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство пациентов испытывали повышенный уровень дистресса (26% — высокий и 36% — средний). Помимо общей оценки уровня дистресса по шкале от 1 до 10 пациентам предлагали отметить, какие из видов переживаний они наблюдают у себя во время пребывания в медицинском учреждении. Важно отметить, что в рамках данной шкалы повышенными показателями считаются 4 и более баллов (при том, что показатели 8–10 баллов обозначают очень высокий дистресс).

Дистресс чаще всего сопровождался следующими эмоциональными реакциями: беспокойством (51%), страхом (25%), грустью (21%) и одиночеством (21%) (рис. 1).

Несмотря на то, что довольно большое количество пациентов отмечали повышенный уровень дистресса, клинически выраженные симптомы тревоги и депрессии присутствовали лишь у части. Стоит отметить, что 22% опрошенных имели высокий уровень тревоги (по опроснику *HADS*), а 5% — клинически выраженные симптомы тревоги (по Шкале тревоги Бека) (по этой шкале, низкий уровень тревоги отмечается у респондентов, набравших до 21 балла, субклинический (средний) уровень — у набравших 22–35 баллов, а клинический — 35 баллов и более). Симптомы депрессии встречаются реже (табл. 1).

В процессе проведения корреляционного анализа показателей дистресса с выраженностью симптомов тревоги и депрессии (количество баллов по шкалам) были получены статистически значимые положительные связи между уровнями дистресса, тревоги ($r=0,290$; $p<0,01$, $n=83$) и депрессии ($r=0,200$; $p<0,05$; $n=83$) по шкале *HADS*. Однако так как полученная нами сила связи оказалась слабой, данный результат нуждается в дополнительной проверке в процессе дальнейших исследований с расширенной выборкой.

Ниже рассмотрены варианты сочетания выраженности уровня дистресса с наличием клинических симптомов тревоги и депрессии. При повышении уровня дистресса, соответственно, увеличивается количество пациентов, испытывающих высокий уровень госпитальной тревоги и госпитальной депрессии (рис. 2, 3). Для интерпретации результатов опросника *HADS* необходимо суммировать каждую подшкалу (тревоги и депрессии) отдельно. Сумма баллов в каждой подшкале говорит о следующем: 0–7 баллов свидетель-

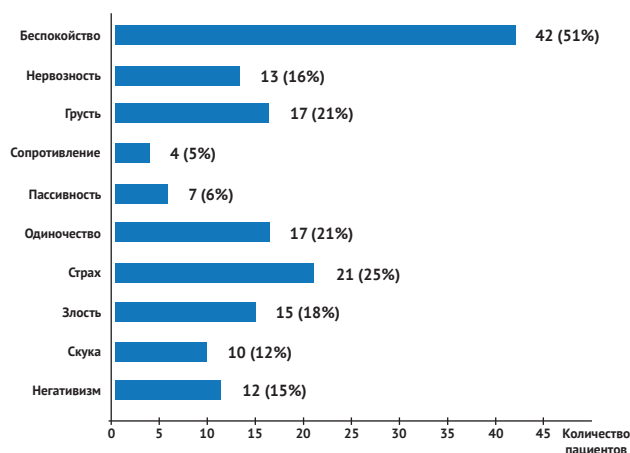


Рис. 1. Факторы дистресса у обследованных пациентов ($n=83$)
Fig. 1. Distress factors in examined patients ($n=83$)

Таблица 1

Выраженность симптомов тревоги и депрессии у обследованных пациентов ($n=83$)

Table 1

The severity of symptoms of anxiety and depression in examined patients ($n=83$)

Выраженность симптомов тревоги и депрессии	Шкалы тревоги и депрессии					
	Шкала тревоги А. Бека		Шкала <i>HADS</i>			
			Тревога		Депрессия	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Низкий уровень	67	81	55	66	69	83
Средний уровень	12	14	10	12	6	7
Высокий уровень	4	5	18	22	8	10

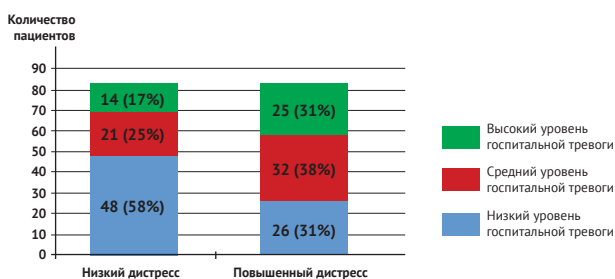


Рис. 2. Количество пациентов с разной степенью выраженности госпитальной тревоги по шкале *HADS* в зависимости от уровня испытываемого дистресса ($n=83$)
Fig. 2. The number of patients with varying severity of anxiety according to *HADS* depending on the level of experienced distress ($n=83$)

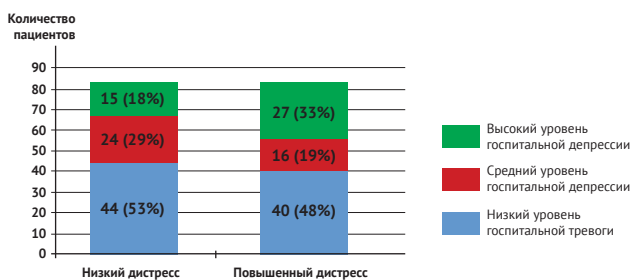


Рис. 3. Количество пациентов с разной степенью выраженности симптомов госпитальной депрессии по шкале *HADS* в зависимости от уровня испытываемого дистресса ($n=83$)
Fig. 3. The number of patients with varying severity of symptoms of depression according to *HADS* depending on the level of experienced distress ($n=83$)

ствуют о низком уровне госпитальной тревоги (депрессии), 8–10 баллов о среднем (субклиническом) уровне, 11 и более баллов — о высоком (клиническом) уровне исследуемых показателей.

Тем не менее, выявлена группа пациентов с повышенным уровнем дистресса и отсутствием клинически выраженных симптомов госпитальной тревоги и госпитальной депрессии, что может говорить о различных эмоциональных реакциях на дистресс у разных пациентов. Так как в исследовании были использованы методики самоотчета, это может быть как следствием адекватной реакции человека на ситуацию госпитализации в форме мобилизации ресурсов, так и следствием механизмов отрицания или алекситимии, то есть неспособности осознавать свои эмоции и их последующей соматизации в форме вегетативных симптомов дистресса. В последнем случае больные могут принимать вегетативные симптомы тревоги и депрессии за свидетельства ухудшения своего соматического состояния и угрозу здоровью вопреки объективным медицинским показателям. Такие больные, как правило, становятся «трудными» для окружающих — как близких, так и врачей, так как часто обращаются с различными необоснованными соматическими жалобами. Вероятность самостоятельного обращения пациентов за помощью такого рода не высока, однако риск присоединения тревожных расстройств (например, панических атак), а также депрессивных состояний у пациентов соматических стационаров с алекситимией достаточно высок [26]. Такое реципрокное соотношение психологических и соматических симптомов тревоги было описано в качестве одного из законов эмоциональной жизни [27, 28]. Это делает особенно важной психологическую диагностику, работу дежурного психолога и внимательное отношение врачей к эмоциональному фону пациентов в приемном, клинических и реанимационных отделениях. Однако, как правило, высокий уровень дистресса сопровождается повышением уровня тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов, что является надежным индикатором риска дезадаптации и указывает на потребность в психологической помощи.

При высоком уровне дистресса почти в 2 раза повышается количество пациентов с высокими показателями депрессии по сравнению с пациентами с низким уровнем дистресса (см. рис. 3). На основании консультаций с пациентами выявлены следующие причины симптомов тревоги и депрессии. Помимо самой ситуации госпитализации и ухудшения соматического состояния стрессогенным фактором также является острота жизненной ситуации в момент получения травмы (проблемы в семье, на работе, запланированные поездки и т.п.). Тревога по поводу этих проблем может значительно снижать мотивацию к лечению. В таких случаях общение с психологом помогает пациенту разрешить определенные внутренние конфликты, выстроить план лечения, принять его необходимость, также как и необходимость пребывания в медицинском учреждении в соответствии с рекомендациями врача.

Это подтверждается данными о значительном снижении уровня дистресса у группы пациентов ($n=19$), получивших курс психологической поддержки во время пребывания в стационаре. До оказания психологической помощи уровень дистресса составил $6,4 \pm 2,65$ балла, а после нее — $4,2 \pm 2,46$ балла. Статистически значи-

мое снижение показателя дистресса также было установлено с помощью непараметрического критерия Уилкоксона ($W=-3,153$; $p=0,002$; $n=83$). Данный параметр используется для изучения статистически значимых различий в связанных выборках (например, группы родственников, показатели «до и после»). Если показатель W имеет отрицательное значение, значит, показатели из второй выборки ниже, чем в первой (в нашем случае, показатели «после» ниже показателей «до»).

Мишенями помощи помимо обсуждения перспектив лечения и выработки оптимистичного настроя на будущее являлись переработка травматических событий, предшествовавших госпитализации, в случае, если они вызывали беспокойство и приводили к симптоматике посттравматического стресса в виде навязчивых воспоминаний, а также возможные меры по разрешению проблем в семье и на работе, возникших в связи с госпитализацией.

Роль фактора психологической помощи в такой динамике еще предстоит выявить в дальнейших исследованиях путем сравнения этих данных с данными контрольной группы пациентов, не получавших психологической помощи, со сходными диагнозами и тяжестью основного заболевания.

Выводы

1. Госпитализация в стационар выступает как фактор дистресса и часто приводит к эмоциональной дезадаптации больных. Более половины пациентов по субъективному самоотчету испытывают повышение уровня дистресса, что чаще всего выражается в увеличении уровня беспокойства (51%), страха (25%), грусти (21%) и чувства одиночества (21%).

2. Большинство обследованных пациентов испытывают повышенный уровень дистресса (26% — высокий и 36% — средний). У подавляющего большинства пациентов с высоким уровнем дистресса отмечаются клинически выраженные симптомы тревоги и депрессии, что является надежным указанием на потребность в психологической помощи. Однако у части пациентов с повышенным уровнем дистресса тревожная и депрессивная симптоматика не выражена (31% и 48% соответственно), что может косвенно свидетельствовать о высоком уровне алекситимии и соматизации тревоги.

3. Пилотное исследование группы пациентов, находящихся на лечении в клинических отделениях стационара, позволяет сделать предварительный вывод о позитивном влиянии курса психокоррекционных занятий на эмоциональное состояние пациента и уровень переживаемого дистресса, то есть помогает пациенту разрешить определенные внутренние конфликты, связанные с внезапным изменением жизненной ситуации, успокоиться и позитивно настроиться на лечение.

4. Выявленный высокий уровень симптомов тревоги и депрессии у многих пациентов при поступлении в приемное отделение и нахождении в клинических отделениях учреждений скорой медицинской помощи свидетельствует о важности такого звена лечебного процесса, как психологическая помощь, которая позволяет не только улучшить их эмоциональное состояние, но и позитивно настроить на лечение и взаимодействие с медицинским персоналом. Наличие медицинских психологов позволяет организовать работу учреждений скорой медицинской помощи на основе современных биопсихосоциальных моделей.

ЛИТЕРАТУРА

- Захарченко Д.А., Петриков С.С. Возможности применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции депрессивных и тревожных нарушений после инсульта. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018;26(1):95–111. <https://doi.org/10.17759/cpp.2018260107>
- Williams AM, Irurita VF. Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Appl Nurs Res*. 2005;18(1):22–28. PMID:15812732 <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.11.001>
- Рахманина А.А., Рой А.П., Суботич М.И., Холмогорова А.Б., Матюшкина Е.Я. Эмоциональное состояние и запрос на психологическую помощь сопровождающих лиц и пациентов, поступивших в приемное отделение государственного многофункционального медицинского центра. В сб.: *Актуальные вопросы неотложной помощи: материалы науч.-практ. конф.*, (Москва, 19 апреля 2018 г.). Москва; 2018:73–74.
- Endrighi R, Waters AJ, Gottlieb SS, Harris KM, Wawrzyniak AJ, Bekkouche NS, et al. Psychological stress and short-term hospitalizations or death in patients with heart failure. *Heart*. 2016;102(22):1820–1825. PMID: 27357124 <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309154>
- Krzyszczka R, Goniewicz M, Goniewicz K, Pawłowski W, Wańkiewicz P. Meta-analysis of pain and stress in emergency department patients. *Pol J Public Health*. 2016;126(4):165–169. <https://doi.org/10.1515/pjph-2016-0034>
- Матюшкина Е.Я. Факторы профессионального выгорания специалистов (на примере работников контактного центра). *Консультативная психология и психотерапия*. 2017;25(4):42–58. <https://doi.org/10.17759/cpp.2017250404>
- Bilgin TE, Altun T, Saylam B, Erdem E. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. *Turkish J Urol*. 2012;38(2):91–94. <https://doi.org/10.5152/tud.2012.021>
- Kate C, Taneal W. Essential nursing care in the ED: part one. *Adv Emerg Nurs J*. 2008;11:49–53. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.004>
- Michael AJ, Krishnaswamy S, Muthusamy TS, Yusuf K, Mohamed J. Anxiety, Depression and Psychosocial Stress in Patients with Cardiac Events. *Malays J Med Sci*. 2005;12(1):57–63. PMID: 22605948
- Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Nouri J, Shokrollahi F. Effect of nurse-patient communication on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. *Iran J Crit Care Nurs Spring*. 2010;3(1):7–12.
- Medinas-Amorós M, Montaño-Moreno JJ, Centeno-Flores MJ, Ferrer-Pérez V, Renom-Sotorra F, Martín-López B, et al. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. *Multidiscip Respir Med*. 2012;7(1):51. PMID: 23227860 <https://doi.org/10.1186/2049-6958-7-51>
- Трифонов Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2012;145:96–107.
- Тарабрина Н.В. *Психология посттравматического стресса. Теория и практика*. Москва: Институт психологии РАН, 2009.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г., Москва М.В., Войцех В.Ф., Семикин Г.И. Предэкзамениционный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007;17(2):38–42.
- Матюшкина Е.Я. Учебный стресс у студентов при разных формах обучения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016;24(2):47–63. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240204>
- Cummings EM, Greene AL, Karraker KH. (eds.) *Life-span Developmental Psychology: Perspectives on Stress and Coping*. Psychology Press; 2014.
- Cohen S, Gianaros P, Manuck SB. A Stage Model of Stress and Disease. *Perspect Psychol Sci*. 2016;11(4):456–463. PMID:27474134 <https://doi.org/10.1177/1745691616646305>
- Ялтонский В.М. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение при заболеваниях внутренних органов: новый теоретический подход. В сб.: Аксентфельд Р.Г. (ред.). *Актуальные вопросы диагностики и лечения психосоматических заболеваний*. Ярославль; 2011:115–122.
- Kotrotsiou E, Theodosopoulou H, Papatathanasiou I, Dafogianna Gr, Raftopoulos V, Konstantinou E. How do patients experience stress caused by hospitalization and how do nurses perceive this stress experienced by patients. *A comparative study. ICU Nurs Web J*. 2001. Electronic resource Available at: https://www.researchgate.net/publication/215477754_How_do_patients_experience_stress_caused_by_hospitalization_and_how_do_nurses_perceive_this_stress_experienced_by_patients_A_comparative_study [Accessed Oct 22, 2019].
- Довженко Т.В., Семилазова М.В., Краснов В.Н. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011;21(4):5–13.
- Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонская А.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *Медицинская психология в России*. 2014;6(1):1–14.
- Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. *Психологические исследования*. 2017;10(51):1–19.
- Сирота Н.А., Московченко Д.В. Метакогнитивные убеждения и беспокойство о прогрессировании у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *Российский психологический журнал*. 2016;13(1):147–157.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–370. PMID: 6880820 <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Хаин А.Е. Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. *Консультативная психология и психотерапия*. 2017;25(2):94–114. <https://doi.org/10.17759/cpp.2017250206>
- Довженко Т.В., Краснов В.Н., Семилазова М.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Терапия расстройств депрессивного спектра у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2008;4(51):62–65.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств. *Московский психотерапевтический журнал*. 1996;3(13):141–163.
- Холмогорова А.Б. *Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра*. Москва: Медпрактика-М; 2011.

REFERENCES

- Zakharchenko DA, Petrikov SS. Possibilities of Using Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Depression and Anxiety after Stroke. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2018;26(1):95–111. <https://doi.org/10.17759/cpp.2018260107> (In Russ.)
- Williams AM, Irurita VF. Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Appl Nurs Res*. 2005;18(1):22–28. PMID: 15812732 <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.11.001>
- Rakhmanina AA, Roy AP, Subotich MI, Kholmogorova AB, Matyushkina EYa. Emotsional'noe sostoyanie i zapros na psikhologicheskuyu pomoshch' soprovozhdayushchikh lits i patsientov, postupivshikh v priemnoe otdelenie gosudarstvennogo mnogofunktsional'nogo meditsinskogo tsentra. In: *Aktual'nye voprosy неотложной помощи: материалы научно-практической конференции (Москва, 19 апреля 2018 г.)*. Moscow; 2018. p. 73–74. (In Russ.)
- Endrighi R, Waters AJ, Gottlieb SS, Harris KM, Wawrzyniak AJ, Bekkouche NS, et al. Psychological stress and short-term hospitalizations or death in patients with heart failure. *Heart*. 2016;102(22):1820–1825. PMID: 27357124 <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309154>
- Krzyszczka R, Goniewicz M, Goniewicz K, Pawłowski W, Wańkiewicz P. Meta-analysis of pain and stress in emergency department patients. *Pol J Public Health*. 2016;126(4):165–169. <https://doi.org/10.1515/pjph-2016-0034>
- Matyushkina EYa. Factors of Professional Burnout of Specialists (on the Example of Employees of the Contact Center). *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2017;25(4):42–58. <https://doi.org/10.17759/cpp.2017250404> (In Russ.)
- Bilgin TE, Altun T, Saylam B, Erdem E. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. *Turkish J Urol*. 2012;38(2):91–94. <https://doi.org/10.5152/tud.2012.021>
- Kate C, Taneal W. Essential nursing care in the ED: part one. *Adv Emerg Nurs J*. 2008;11:49–53. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.004>
- Michael AJ, Krishnaswamy S, Muthusamy TS, Yusuf K, Mohamed J. Anxiety, Depression and Psychosocial Stress in Patients with Cardiac Events. *Malays J Med Sci*. 2005;12(1):57–63. PMID: 22605948
- Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Nouri J, Shokrollahi F. Effect of nurse-patient communication on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. *Iran J Crit Care Nurs Spring*. 2010;3(1):7–12.
- Medinas-Amorós M, Montaño-Moreno JJ, Centeno-Flores MJ, Ferrer-Pérez V, Renom-Sotorra F, Martín-López B, et al. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. *Multidiscip Respir Med*. 2012;7(1):51. PMID: 23227860 <https://doi.org/10.1186/2049-6958-7-51>
- Trifonova EA. Coping Strategies and Physical Health: Theoretical Approaches and Empirical Studies. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 2012;145:96–107. (In Russ.)
- Tarabrina NV. *Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa. Teoriya i praktika*. Moscow: Institut psikhologii RAN Publ., 2009. (In Russ.)
- Garanyan NG, Kholmogorova AB, Evdokimova YaG, Moskova MV, Voytsekh VF, Semikin GI. Stress caused by exams and emotional maladjustment in junior university students. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatrya*. 2007;17(2):38–42. (In Russ.)

15. Matyushkina EYa. Academic stress of students with different forms of learning. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016;24(2):47–63. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240204> (In Russ.)
16. Cummings EM, Greene AL, Karraker KH. (eds.) *Life-span Developmental Psychology: Perspectives on Stress and Coping*. Psychology Press; 2014.
17. Cohen S, Gianaros P, Manuck SB. A Stage Model of Stress and Disease. *Perspect Psychol Sci*. 2016;11(4):456–463. PMID: 27474134 <https://doi.org/10.1177/1745691616646305>
18. Yaltonskiy VM. Vnutrennyaya kartina bolezni i sovadayushchee povedenie pri zabolevaniyakh vnutrennikh organov: novyy teoreticheskiy podkhod. In: Aksenfel'd RG (red.). *Aktual'nye voprosy diagnostiki i lecheniya psikhosomaticheskikh zabolevaniy*. Yaroslavl'; 2011:115–122. (In Russ.)
19. Kotrotsiou E, Theodosopoulou H, Papathanasiou I, Dafogianna Gr, Raftopoulos V, Konstantinou E. How do patients experience stress caused by hospitalization and how do nurses perceive this stress experienced by patients. *A comparative study. ICU Nurs Web J*. 2001. Electronic resource Available at: https://www.researchgate.net/publication/215477754_How_do_patients_experience_stress_caused_by_hospitalization_and_how_do_nurses_perceive_this_stress_experienced_by_patients_A_comparative_study [Accessed Oct 22, 2019].
20. Dovzhenko TV, Semiglazova MV, Krasnov VN. Anxiety-depressive spectrum disorders and the cardiac pain syndrome in cardiovascular disorders (clinical-psychopathological aspects). *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya*. 2011;21(4):5–13. (In Russ.)
21. Sirota NA, Moskovchenko DV, Yaltonskaya AV. Coping behavior of women suffered from cancer of reproductive system. *Med psihol Ross*. 2014;6(1):1–14. (In Russ.)
22. Yaltonskiy VM, Yaltonskaya AV, Sirota NA, Moskovchenko DV. Psychometric properties of the Russian version of Brief Illness Perception Questionnaire. *Psikhologicheskie Issledovaniya*. 2017;10(51):1–19. (In Russ.)
23. Sirota NA, Moskovchenko DV. Metacognitive Beliefs and Concern about Progression in Women with Cancer of the Reproductive System. *Russian Psychological Journal*. 2016;13(1):147–157. (In Russ.)
24. Zigmund AS., Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–370. PMID: 6880820 <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
25. Khain AE. Psychological Adjustment To Hematopoietic Stem Cell Transplantation In Adolescents: Individual And Family Factors. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2017;25(2):94–114. <https://doi.org/10.17759/cpp.2017250206> (In Russ.)
26. Dovzhenko TV, Krasnov VN, Semiglazova MV, Vasyuk YuA, Lebedev AV. Therapy of Depressive Disorders in Patients with Different Cardiovascular Diseases. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2008;4(51):62–65. (In Russ.)
27. Kholmogorova AB, Garanyan NG. Integratsiya kognitivnogo i psikhodinamicheskogo podkhodov na primere psixoterapii somatoformnykh rasstroystv. *Moskovskiy psixoterapevticheskiy zhurnal*. 1996;3(13):141–163. (In Russ.)
28. Kholmogorova A.B. *Integrativnaya psixoterapiya rasstroystv affektivnogo spektra*. Moscow: Medpraktika-M Publ.; 2011. (In Russ.)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Холмогорова Алла Борисовна

доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии, ФГБОУ ВО МГППУ; заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Суботич Мария Игоревна

медицинский психолог ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>

Рахманина Анастасия Алексеевна

медицинский психолог ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Борисоник Евгения Владимировна

медицинский психолог ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ, <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>

Рой Анита Пранабовна

медицинский психолог ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Лысенко Юлия Сергеевна

медицинский психолог ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Петриков Сергей Сергеевич

член-корр. РАН, доктор медицинских наук, директор ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>

Received on 20.02.2019

Accepted on 06.10.2019

Поступила в редакцию 20.02.2019

Принята к печати 06.10.2019

The Experienced Level of Stress and Anxiety in Patients of a Multidisciplinary Medical Center

A.B. Kholmogorova¹, M.I. Subotich^{2*}, A.A. Rakhmanina², E.V. Borisonik^{1,2}, A.P. Roy², Y.S. Lysenko², S.S. Petrikov²

Emergency Room

¹ Moscow State University of Psychology and Pedagogocs
29 Sretenka St., Moscow 127051, Russian Federation

² N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department
3 Bolshaya Sukharevskaya Square, Moscow 129090, Russian Federation

* **Contacts:** Maria I. Subotich, Medical Psychologist, Head of the Psychological Service of N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine. E-mail: SubotichMI@sklif.mos.ru

BACKGROUND At the present stage of development of medicine, the delivery of psychological assistance is an important component of a systemic biopsychosocial approach. Patients and persons accompanying them undoubtedly experience anxiety during hospitalization due to the fact that the very appeal to the hospital and the preceding events are stressful. In turn, many previous studies show that stress can have both mobilizing (eustress) and negative effects (distress) on the emotional state and adaptive processes of a person.

The objective of this study is to study the level of stress and anxiety in patients (n=83) at the time of hospitalization and hospital stay. The study was conducted using three self-reporting scales (the Distress Thermometer, A. Beck Anxiety Inventory, and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)).

The results of the study showed that most patients (58%) experienced an increased level of distress. Distress was most often accompanied by the following emotional reactions: anxiety (51%), fear (25%), sadness (21%), and loneliness (21%). The study of emotional state showed that 22% of respondents had a high level of anxiety (according to HADS), and 5% had clinically significant symptoms of anxiety (according to Beck Inventory). Symptoms of depression are less common. In the group of patients with a significant level of distress, a greater number of patients noted high rates of hospital anxiety and depression. In addition, the authors investigated the emotional state of patients after psychological assistance received in the hospital. The results show that the level of distress was almost twice reduced.

A pilot study of a group of patients being treated in the clinical departments of an emergency hospital allows us to draw a preliminary conclusion about the positive effect of the course of psychocorrective classes on the patient's emotional state and the level of distress experienced, i.e. helps the patient resolve certain internal conflicts associated with a sudden change in life, calm down and positively set oneself up for treatment.

Keywords: psychological stress, distress, hospitalization, anxiety, depression, emotional reactions

For citation Kholmogorova AB, Subotich MI, Rakhmanina AA, Borisonik EV, et al. The Experienced Level of Stress and Anxiety in Patients of a Multidisciplinary Medical Center. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2019;8(4):384–390. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship

Affiliations

Alla B. Kholmogorova	Doctor of Psychology, Professor, Head of the Faculty Advisory and Clinical Psychology, Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology and Pedagogocs; Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of V.P. Serbsky NMRCPN of the Ministry of Health of Russian Federation
Maria I. Subotich	Medical Psychologist, Head of the Psychological Service of N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine https://orcid.org/0000-0002-5138-3107
Anastasia A. Rakhmanina	Medical Psychologist N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine
Yevgenia V. Borisonik	Medical Psychologist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Lecturer, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State Pedagogical University, https://orcid.org/0000-0002-4643-239X
Anita P. Roy	Medical Psychologist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine
Yulia S. Lysenko	Medical Psychologist N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine
Sergey S. Petrikov	Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences. Director N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, https://orcid.org/0000-0003-3292-8789