

# Причины обращения за психологической помощью в стационаре скорой помощи

## **Рахманина А.А.**

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)*

## **Гамзатова А.С.**

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1018-6204>, e-mail: [nastena\\_nikulcheva@mail.ru](mailto:nastena_nikulcheva@mail.ru)*

## **Цейтлина М.Д.**

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4564-5734>, e-mail: [mariatseitlina@gmail.com](mailto:mariatseitlina@gmail.com)*

## **Королева А.В.**

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2391-4169>, e-mail: [anastasia-contact@yandex.ru](mailto:anastasia-contact@yandex.ru)*

---

Актуальность изучения психологической помощи пациентам экстренного многопрофильного стационара обусловлена растущим пониманием роли психических расстройств и эмоциональной дезадаптации в формировании внутренней картины болезни и приверженности лечению, эффективности лечения в целом. Поскольку ситуация госпитализации представляет собой стрессовый фактор и способствует развитию тревожно-депрессивной симптоматики, то психологическое сопровождение пациентов и зачастую их близких является неотъемлемой частью лечебного процесса. Тем не менее, исследования эмоционального состояния пациентов на момент госпитализации немногочисленны и во многом нацелены на исследование уровня актуального стресса. При этом пациенты, попадающие на лечение в стационар, часто могут испытывать симптомы эмоциональной дезадаптации задолго до госпитализации, что может оказывать существенное влияние на процесс адаптации к больнице и лечение в целом. В данной статье представлен анализ причин обращаемости за психологической помощью в рамках госпитализации в стационар неотложной помощи и их взаимосвязи с уровнем эмоциональной дезадаптации. Анализ основных проблем проводился на основании кодировки каждого случая

в зависимости от того, какая проблема выходила на первый план. Всего были проанализированы 379 консультаций, на основании чего были выделены проблемы, связанные с психологическим неблагополучием. Выборку составили 122 мужчины и 257 женщин, средний возраст — 50 лет. Также часть пациентов заполнила госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (30 мужчин, 50 женщин). Результаты проведенного исследования показали, что одной из самых распространенных проблем, с которой обращаются за психологической помощью, является ситуативная реакция на стресс. При этом большинство пациентов данной группы не имели повышенных показателей по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Помимо этого, большой процент (37% от всех вызовов) пациентов был направлен на консультацию к психологу в связи с эмоциональными проблемами, которые пациенты наблюдали еще до госпитализации. Важно отметить, что представители этой группы чаще всего встречались среди пациентов, имеющих клинически значимые показатели тревоги и депрессии. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что основной причиной ухудшения эмоционального состояния на момент нахождения в стационаре является не госпитализация сама по себе, а проблемы, возникшие у пациента вне стен больницы.

**Ключевые слова:** стресс, госпитализация, психологическая помощь, неотложная помощь, тревога, депрессия.

**Для цитаты:** Рахманина А.А., Гамзатова А.С., Цейтлина М.Д., Королева А.В. Причины обращения за психологической помощью в стационаре скорой помощи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2024. Том 13. № 2. С. 61–75. DOI: 10.17759/cpse.2024130204

---

# Reasons of Requests for Psychological Help in an Emergency Hospital

## **Anastasiya A. Rakhmanina**

*N.V. Sklifosovskiy Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia*  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

## **Anastasiya S. Gamzatova**

*N.V. Sklifosovskiy Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia*  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1018-6204>, e-mail: [nastena\\_nikulcheva@mail.ru](mailto:nastena_nikulcheva@mail.ru)

## **Mariya D. Tseitlina**

*N.V. Sklifosovskiy Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia*  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4564-5734>, e-mail: [mariatseitlina@gmail.com](mailto:mariatseitlina@gmail.com)

## **Anastasiya V. Koroleva**

*N.V. Sklifosovskiy Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia*  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2391-4169>, e-mail: [Anastasia-contact@yandex.ru](mailto:Anastasia-contact@yandex.ru)

---

Psychological assistance to patients in an emergency multidisciplinary hospital is increasingly relevant due to the influence of mental disorders and emotional maladjustment on treatment, the patient's internal perception of their illness, and adherence to treatment. Since hospitalization is inherently a stressful factor that can contribute to the development of anxiety and depressive symptoms, psychological support for patients and often their loved ones is an integral part of the treatment process. However, studies on the emotional state of patients at the time of hospitalization are limited and primarily focus on assessing the level of current stress. Patients admitted to the hospital often experience symptoms of emotional maladjustment long before hospitalization, which can significantly impact their adaptation to the hospital environment and the treatment process as a whole. This article analyzes the reasons for seeking psychological help during hospitalization in an emergency hospital and examines the relationship between these reasons and the level of emotional maladjustment. The analysis of primary issues was conducted by coding each case according to the most prominent problem presented. A total of 379 consultations were analyzed, identifying problems associated with psychological distress. The sample consisted of 122 men and 257 women, with an average age of 50 years. Also, some patients completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), including 30 men and 50 women. The results of the study showed that one of the most common reasons for seeking psychological help was related to situational reactions to stress. However, the majority of patients in this group did not have elevated scores on the Hospital Anxiety and Depression Scale. In addition, a significant percentage (37% of all consultations) of patients were referred for psychological consultation due to emotional problems that had been present before hospitalization. Notably, patients in this group were most often among those with clinically significant levels of anxiety and depression. The data obtained may indicate that the main reason for the deterioration of the emotional state at the time of hospitalization is not hospitalization itself, but problems that the patient has encountered outside the hospital walls.

**Keywords:** stress, hospitalization, psychological care, emergency care, anxiety, depression.

**For citation:** Rakhmanina A.A., Gamzatova A.S., Tseitlina M.D., Koroleva A.V. Reasons of Requests for Psychological Help in an Emergency Hospital. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2024. Vol. 13, no. 2, pp. 61–75. DOI: 10.17759/cpse.2024130204 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

## Введение

Оказание психологической и психотерапевтической помощи пациентам экстренного многопрофильного стационара отвечает многим современным запросам в области усовершенствования медицинской помощи и системы здравоохранения в целом [1; 3]. В частности, речь также идет о повышении качества лечебно-диагностического процесса на всех этапах пребывания пациентов в отделениях учреждения скорой медицинской помощи.

Содержание деятельности и задачи медицинских психологов в рамках работы в многопрофильном экстренном стационаре разнообразны и включают в себя такие направления работы как нейро- и патопсихологическая диагностика, консультирование,

проведение психокоррекционных, психотерапевтических и реабилитационных мероприятий, психологической профилактики. Отдельным, но не менее важным направлением деятельности, традиционным для клинических психологов, работающих в соматических больницах, выступает психологическое сопровождение родственников и близких хронически больных пациентов, а также пациентов, находящихся в тяжелом состоянии [2].

Госпитализация сама по себе может выступать в качестве фактора субъективного дистресса и дальнейшего развития симптомов тревожных, связанных со стрессом и депрессивных расстройств, являясь причиной эмоциональной дезадаптации пациентов во время проводимого лечения [5]. Таким образом, психологическое сопровождение пациентов и их близких в условиях скоромощного стационара может способствовать восстановлению психологического здоровья больных, улучшению адаптации и преодолению когнитивных, психоэмоциональных, поведенческих и личностно-обусловленных нарушений.

Современные зарубежные исследования акцентируют внимание на необходимости скрининга, поддержания и восстановления психического здоровья пациентов, поступающих в отделения неотложной помощи, указывая на возможные неблагоприятные последствия недоучета влияния психических расстройств и эмоциональной дезадаптации на лечение, внутреннюю картину болезни пациента, комплаенс и выстраивание диалога с медицинским персоналом [11; 12]. Также исследования указывают на то, что наличие аффективных расстройств может влиять на возникновение осложнений после лечения и послеоперационное восстановление [10]. Помимо этого, имеются данные о том, что наличие у пациента депрессивного расстройства значительно влияет на стоимость лечения независимо от возраста и коморбидных заболеваний [9].

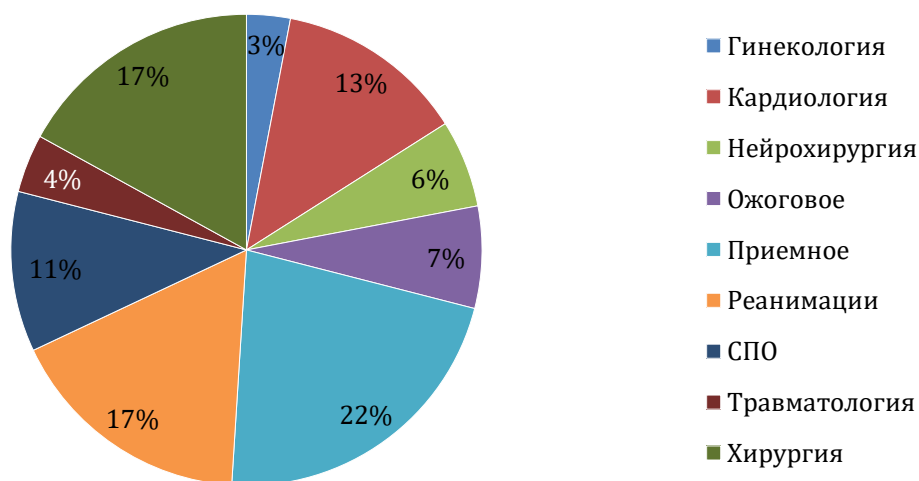
Отечественные исследования психологического сопровождения пациентов экстренных стационаров малочисленны ввиду небольшого количества существующих служб оказания психологической помощи, функционирующих на базе скоромощных больниц. Данная статья представляет собой результат работы отделения медицинской психологии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (далее — Институт, НИИ) за первый квартал 2024 года. Целью представленного исследования является анализ причин для обращения за психологической помощью пациентами многопрофильного стационара неотложной помощи и выявление уровня их эмоциональной дезадаптации во время пребывания в госпитале.

## **Материалы и методы**

На первом этапе был проведен анализ первичных консультаций психологической службы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за трехмесячный период с января по март 2024 года. Отделение медицинской психологии оказывает психологическую помощь пациентам и их родственникам во всех отделениях Института. Зачастую консультация инициируется лечащим врачом, который принимает решение о ее необходимости на основе субъективного мнения или на основе показаний к назначению, предложенных психологами НИИ (плач, тревога, конфликты и т.д.), а также самим психологом, пациентом, родственником или иным персоналом больницы. В рамках данного исследования адресанты запроса были представлены следующим образом: 2%

консультаций были инициированы пациентом, 6% психологом, 1% прочим персоналом. Оценка процента консультаций относительно общего количества пациентов больницы представляется невозможной, так как данные о поступлении и выписке не находятся в ведении сотрудников отделения медицинской психологии. Пациенты приемного отделения получают консультацию в течение 15 минут после вызова врача, в среднем через час после госпитализации, когда будут проведены первичные медицинские исследования, а в других отделениях — в течение суток. Если психолог посчитает необходимым продолжить работу с пациентом и получит от него устное согласие, то будет назначена повторная консультация. Количество повторных консультаций может быть ограничено только выпиской пациента из стационара, его желанием контактировать со специалистом, соматическим состоянием и зависит от того, как быстро удовлетворяется запрос обратившегося. В рамках данной работы, 16% пациентов было назначено от 1 до 5 повторных сессий.

Распределение госпитализированных пациентов по клиническим отделениям представлено на рис. 1.



**Рис. 1.** Распределение пациентов по клиническим отделениям

Стоит отметить, что официальное название отделений несколько отличается от представленного на рис. 1, так как они были сгруппированы по своему основному направлению. Приемное отделение состоит из двух отделений, где пациенты получают первичную помощь и могут находиться до суток, после чего переводятся в профильные отделения при необходимости. В группу СПО входят пациенты соматопсихиатрического и токсикологического отделений, которые были госпитализированы в связи с суицидальным и самоповреждающим поведением. Хирургия представлена рядом хирургических отделений, где осуществляются оперативные вмешательства. Остальные группы состоят из одноименных отделений, которые отличаются исключительно номером (например, травматологические отделения номер 1 и номер 2).

Проанализированные данные о пациентах включали в себя пол, возраст, изначальный запрос лечащего врача и проблему, выходящую на первый план в результате консультации.

Анализ основных проблем проводился на основании кодировки каждого случая в зависимости от того, какая проблема выходила на первый план (всего 379 консультаций). Обозначение основной проблемы проводилось после обсуждения случая тремя специалистами.

Кодировка включала в себя следующие пункты:

- боль и истощение от длительной болезни;
- переживание утраты, горевание.
- реакция на острый стресс (пациенты, поступающие в результате пожаров, ЧС, с ранениями);
- хронический стресс (проблемы на работе, дома, финансовые трудности, которые существенно влияют на качество жизни пациента);
- ситуативная реакция на госпитализацию;
- симптомы аффективных нарушений, которые пациент отмечал и до госпитализации (симптомы депрессии и тревоги, не связанные с госпитализацией, наличие диагноза, установленного психиатром);
- особенности личностного реагирования, дезадаптивные черты личности;
- когнитивное снижение (снижение критики, необходимость проведения диагностики);

Состав выборки пациентов по полу и возрасту представлен в таблице 1.

Таблица 1

**Состав выборки пациентов по полу и возрасту (N=379)**

Возраст	Женщины (N=257)	Мужчины (N=122)	Всего (N=379)
	N (%)	N (%)	N (%)
18–30	38 (15%)	26 (21%)	64 (17%)
31–45	52 (20%)	25 (20%)	77 (20%)
46–60	61 (24%)	27 (22%)	88 (23%)
61–75	61 (24%)	36 (30%)	97 (26%)
Старше 75	44 (17%)	8 (7%)	52 (14%)

Как видно из табл. 1, врачи направляли женщин на консультацию к психологу в 2 раза чаще, что может быть обусловлено рядом факторов. Распределение по возрасту в группах примерно одинаковое, однако группа женщин молодого возраста меньше, чем группа мужчин. При этом в женской выборке заметный процент, отличный от мужской выборки, занимают женщины старческого возраста. 22% консультаций были инициированы с целью проведения диагностики когнитивных функций или эмоционального состояния пациента, 14% были связаны с конфликтностью, а 64% — с изменением эмоционального фона (жалобами на тревогу или снижение настроения). 46% пациентов не имело когнитивных нарушений, 43% имели легкие когнитивные нарушения, результаты 5% пациентов соответствовали показателям деменции легкой степени, 6% имели показатели деменции умеренной и тяжелой степени по шкале MMSE. Оценка когнитивных функций по шкале MMSE проводится всем пациентам в обязательном порядке, однако не является предметом анализа в рамках данного исследования.

Часть пациентов заполнила госпитальную шкалу тревоги и депрессии (N=80, 50 женщин, 30 мужчин). Медианный возраст пациентов — 51 год (Q1=33, Q3=67). Важно отметить, что пациенты, заполнявшие шкалу, не были специально отобраны. В данную группу вошли пациенты, которым было предложено заполнить данную шкалу из-за выявленных в результате клинической беседы симптомов тревоги, депрессии, в том числе соматизированного характера. Одним из ограничений данного отбора является опора на субъективное экспертное мнение клинициста и недостаточная репрезентация пациентов, что, однако, не мешает проанализировать основные запросы в данной подгруппе.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS [14], русскоязычная адаптация [5]) 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 [5].

Обработка данных осуществлялась с помощью статистического пакета IBM SPSS Statistics 27.0. Для анализа полученных результатов были использованы методы описательной статистики. Для сравнения сопоставимости выборок мужчин и женщин по возрасту был использован точный критерий Фишера. Для сравнения показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии по полу был использован критерий Манна-Уитни. Для сравнения показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии у разных возрастных групп был использован критерий Краскела-Уоллиса. Исследование различий групп пациентов по степени выраженности симптомов тревоги и депрессии проводилось с помощью одновыборочного критерия хи-квадрат.

## Результаты

На рис. 2 видно, что почти четверть пациентов получили консультацию психолога в связи с тревогой или снижением эмоционального фона, связанного со стрессом из-за госпитализации. 14% пациентов получили консультацию психолога в связи с тем, что длительное время наблюдают у себя симптомы тревоги и депрессии, с которыми не могут совладать самостоятельно, либо уже имеют диагноз, установленный врачом-психиатром. Важно отметить, что врач инициировал консультацию в связи с тем, что данные симптомы мешают процессу лечения и выздоровления пациента или его адаптации в отделении. То же касается и 13% пациентов, у которых отмечались трудности адаптации в отделении, нарушение комплаенса и нарушение эмоциональной регуляции ввиду особенностей личностного реагирования. Также хотелось бы обратить внимание на то, что часть пациентов находилась в отделении острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств после суицидальной попытки. 10% пациентов отмечали хронический стресс в связи с проблемами в семье, на работе, общей неустроенностью, что также послужило одной из причин ухудшения соматического состояния. 8% пациентов получили консультацию психолога ввиду переживания реакции на острый стресс. В основном данные пациенты поступали в больницу

вследствие пожара, осколочного или пулевого ранения, физического насилия. У 7% пациентов на первый план выступило переживание горя, утраты, 5% пациентов получили консультацию в связи с жалобами на истощение из-за длительной болезни, болевой синдром.

Большой процент пациентов с когнитивным снижением был обусловлен особенностями возрастных групп и связан с необходимостью проведения диагностики когнитивных функций, что соответствовало основному запросу лечащего врача.



**Рис. 2.** Распределение пациентов, направленных на консультацию медицинского психолога, по основным проблемам

Часть пациентов заполняла госпитальную шкалу клинической тревоги и депрессии, результаты которой представлены ниже.

Таблица 2

**Распределение пациентов по выраженности симптомов тревоги и депрессии согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии (N=80)**

Выраженность симптомов	Отсутствие симптомов депрессии	Субклинически выраженные симптомы депрессии	Клинически выраженные симптомы депрессии
Отсутствие симптомов тревоги	38%	4%	5%
Субклинически выраженные симптомы тревоги	5%	1%	2%
Клинически выраженные симптомы тревоги	17%	14%	14%



Как видно из таблицы 2, почти у трети пациентов не наблюдалось симптомов тревоги и депрессии. Всего 10% отмечали субклинические симптомы тревоги и депрессии. При этом больше половины респондентов имели клинически выраженные симптомы тревоги или депрессии, а 14% пациентов демонстрировали высокие показатели по обеим подшкалам госпитальной шкалы.

Были проанализированы половые и возрастные различия в уровне тревоги и депрессии. Предварительно, мы провели сравнение выборок мужчин и женщин по возрасту, которое показало, что выборки являются сопоставимыми и между ними нет возрастных различий ( $F=0.695$ ;  $p=0.977$ ).

Таблица 3

**Различия по госпитальной шкале тревоги и депрессии между мужчинами и женщинами**

	Женщины (N = 50) Me [Q1; Q3]	Мужчины (N = 30) Me [Q1; Q3]	U Манна-Уитни	Уровень значимости
Тревога	11 [5; 14]	5 [2; 11.5]	449.000	0.005
Депрессия	6.5 [4; 10]	5 [2; 10]	607.500	0.230

При оценке различий по шкале госпитальной тревоги и депрессии между мужчинами и женщинами показано, что женщины испытывают больший уровень тревоги, чем мужчины, но не отличаются по уровню депрессии (табл. 3).

Значимых различий между возрастными группами не было получено ни по уровню тревоги ( $H=0.218$ ;  $p=0.975$ ), ни по уровню депрессии ( $H=5.349$ ;  $p=0.130$ ).

Далее мы проанализировали различия между тремя группами пациентов, разделенными на основании выраженности симптомов тревоги и депрессии по основным проблемам, выходящим на первый план. Полученные данные представлены в табл. 4.

Как видно из таблицы 4, симптомы тревоги и депрессии отсутствовали преимущественно в случаях ситуативной реакции на стресс. В целом, группа пациентов, не имеющих повышенных показателей тревоги и депрессии, представлена случаями с разными трудностями, потребовавшими консультацию психолога. Пациенты, имеющие субклинические симптомы тревоги и депрессии, в основном имели трудности, связанные с недавно пережитым острым стрессом. Важно обратить внимание на многочисленную группу пациентов, имеющих клинически выраженные симптомы тревоги и/или депрессии. В основном эта группа представлена пациентами, у которых симптомы аффективных нарушений наблюдались и в преморбиде (что соответствует жалобам пациентов в процессе клинической беседы).

Значимые различия по выраженности тревоги и депрессии были получены в группе пациентов с ситуативной реакцией на стресс, где большинство пациентов имели нормативные показатели по шкале HADS, а также в группе пациентов, где основная проблема заключалась в наличии симптомов аффективных нарушений, где преобладали пациенты с клинически выраженными показателями тревоги и депрессии.

Таблица 4

**Сопоставление проблем, выступающих на первый план в процессе консультации психолога, с тревожно-депрессивной симптоматикой у пациентов стационаре неотложной помощи (N=80)**

Основная проблема	Отсутствие симптомов тревоги и депрессии	Субклинические симптомы тревоги и/или депрессии	Клинические симптомы тревоги и/или депрессии	$\chi^2$	Уровень значимости
Боль и истощение	2.5%	1.3%	5%	3.000	0.223
Переживание утраты	4%	1.3%	4%	1.143	0.565
Острая реакция на стресс	—	—	1.3%	—	—
Хронический стресс	4%	2.5%	1.3%	2.000	0.368
Ситуативная реакция на стресс	17.5%	4%	6%	9.364	0.009
Симптомы аффективных нарушений	1.3%	—	28%	19.174	0.000
Особенности личности	5%	1.3%	5%	2.000	0.368
Когнитивное снижение	2.5%	—	4%	0.200	0.655

**Обсуждение результатов**

Результаты обработки заключений пациентов указывают на то, что основной причиной для вызова медицинского психолога на консультацию является стресс, связанный с госпитализацией. При этом большинство пациентов из этой группы не отмечало у себя повышенных показателей тревоги и депрессии. Важно отметить, что в исследованиях стресса, обусловленного госпитализацией, данная причина часто не изолируется от остальных трудностей, вызывающих у пациента эмоциональную дезадаптацию в больнице [7]. Однако стресс ввиду госпитализации стоит рассматривать как комплексную проблему и нормальную реакцию человека на экстремальные для него обстоятельства, которая включает в себя физическую уязвимость пациента и повышение его общей чувствительности, условия в больнице, ощущение изоляции и проблемы, имеющиеся в жизни пациента за пределами больницы [7]. Попытка разделить данные проблемы с целью изучения их вклада в изменение эмоционального состояния пациентов в больнице показала, что большой процент пациентов, получивших консультацию психолога, отмечали симптомы тревоги и депрессии еще до госпитализации. Также большой процент вызовов психолога был обусловлен особенностями личностного реагирования, сформированными в преморбиде. Это может свидетельствовать о том, что сама по себе госпитализация не вызывает такой эмоциональной дезадаптации, как проблемы, возникшие до нее. В связи с этим работа психолога должна быть направлена на своевременную диагностику эмоционального неблагополучия у пациентов, поступающих в стационар и профилактику возможных

трудностей, которые могут возникнуть на этапе госпитализации. Данные анализа литературы указывают на то, что наличие у пациентов симптомов эмоциональной дезадаптации может значительно влиять на процесс выздоровления, а также приводить к послеоперационным осложнениям [6; 10]. Помимо прочего, это накладывает и большие финансовые затраты как на самого пациента, так и на систему здравоохранения в целом [9]. Также пациенты, имеющие клинические показатели тревоги и депрессии, чаще не удовлетворены полученной медицинской помощью [8]. В связи с этим, профилактика эмоциональных нарушений у пациентов должна быть одной из важных задач здравоохранения, а психологическая помощь должна быть включена во все звенья оказания медицинских услуг.

Полученные результаты также указывают на то, что женщины чаще нуждаются в консультации медицинского психолога и демонстрируют статистически более высокий уровень тревоги, чем мужчины. Это может быть объяснено, с одной стороны, социокультурными запретами на выражение своих чувств и стремлением к самостоятельному преодолению трудностей у мужчин. С другой стороны, врачи могут быть более внимательны к эмоциональному состоянию женщин, воспринимать их как более нуждающуюся в психологической помощи группу. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейших исследований, посвященных данной проблеме.

*Ограничения и перспективы исследования.* Данное исследование носит пилотный характер и является попыткой систематизировать данные об основных запросах на психологическое консультирование в стационаре скорой помощи и эмоциональном состоянии пациентов, которые получают необходимые консультации. Одним из ограничений данного исследования является недоступность сплошного обследования всех пациентов. Так как основное решение о необходимости вызова психолога принимает лечащий врач, который может иметь субъективное представление об эмоциональном состоянии пациента и психологической помощи в целом, реальная картина потребности в психологической помощи может искажаться. Еще одним ограничением данного исследования является выборочное заполнение шкалы госпитальной тревоги и депрессии. Можно предположить, что часть пациентов, ее заполнивших, имели более выраженные симптомы тревоги и депрессии, которые были выявлены в результате клинической беседы, а значит, отличались от остальной группы пациентов. Несмотря на то, что шкалу заполнила только часть общей выборки, данные показатели требуют особого внимания, так как представленные пациенты могут иметь большие трудности в процессе адаптации к лечебному процессу и более высокий риск дальнейших осложнений. В связи с тем, что данное исследование затрагивает только часть пациентов, которые не всегда сопоставлены по основным трудностям, выходящим на первый план в процессе консультации, важно провести расширенное исследование, затрагивающее различные группы респондентов в зависимости от возникающих трудностей с целью статистического анализа различий по уровням тревоги и депрессии.

Помимо этого, дальнейшие перспективы работы могут быть связаны со сплошным исследованием эмоционального состояния всех пациентов, поступающих на лечение, а не только тех, кто получил консультацию. Также необходимо провести анализ представлений врачей о психологической помощи и стандартизировать критерии для вызова медицинского психолога.

## Выводы

1. Основной причиной для психологической консультации в стационаре скорой помощи является стресс, вызванный госпитализацией. Однако эмоциональное неблагополучие и особенности личностного реагирования, негативно влияющие на адаптацию личности, также часто являются темой психологической консультации в стационаре неотложной помощи, что может свидетельствовать о необходимости учета данных проблем, сформированных до госпитализации, в процессе лечения и реабилитации пациента.
2. Более половины обследованных пациентов имеют показатели, соответствующие клиническим значениям тревоги и/или депрессии.
3. Женщины чаще нуждаются в консультации психолога, чем мужчины. Также они чаще демонстрируют больший уровень госпитальной тревоги, чем мужчины, при схожих показателях госпитальной депрессии.
4. Возраст пациентов не влияет на выраженность симптомов тревоги и депрессии.
5. Пациенты, у которых на первый план выходила острая реакция на госпитализацию, значимо чаще имели нормативные показатели по шкале тревоги и депрессии. При этом пациенты, у которых основная проблема заключалась в аффективных нарушениях, сформированных в преморбиде, значимо чаще имели клинические показатели тревоги депрессии.

## Литература

1. Абросимов И.Н., Заоева З.О., Втюрина М.Б., Суркова И.М. Роль психолога в системе здравоохранения: анализ мнения врачей // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. Том 8. № 3. С. 22–33. DOI: 10.33029/2411-8621-2022-8-3-22-33
2. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Том 103. №5. С. 11–18.
3. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Дубинина Е.А. и др. Роль медицинского психолога в современной системе здравоохранения // Национальное здравоохранение. 2023. Том 4. № 1. С. 12–22. DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.1.12-22
4. Доклад о психическом здоровье в мире: Охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Краткий обзор [Электронный ресурс]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (Дата обращения: 10.04.2024).
5. Кукушина А.А., Котельникова А.В., Рассулова М.А., Дайлидович В.С. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 1–24. DOI: 10.17759/cpse.2023120201

6. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Рахманина А.А. и др. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2019. Том 8. № 4. С. 384–390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390
7. Abar B., Holub A., Lee J. et al. Depression and anxiety among emergency department patients: Utilization and barriers to care // Academic Emergency Medicine. 2017. Vol. 24. № 10. P. 1286–1289. DOI: 10.1111/acem.13261
8. Chang B.P. Can hospitalization be hazardous to your health? A nosocomial based stress model for hospitalization // General Hospital Psychiatry. 2019. Vol. 60. P. 83–89. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2019.07.014
9. Ekwall A., Gerdtz M., Manias E. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: Perspectives of accompanying persons // Journal of Clinical Nursing. 2009. Vol. 18. P. 3489–3497. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02873.x
10. Konig H., Konig H.-H., Konnopka A. The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] // Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020. Vol. 29. P. e30. DOI: 10.1017/S2045796019000180
11. Lunati M.P., Wilson J.M., Farley K.X. et al. Preoperative depression is a risk factor for complication and increased health care utilization following total shoulder arthroplasty // Journal of Shoulder Elbow Surgery. 2021. Vol. 30. № 1. P. 89–96. DOI: 10.1016/j.jse.2020.04.015
12. Navas C., Wells L., Bartels S.A., Walker M. Patient and provider perspectives on emergency department care experiences among people with mental health concerns // Healthcare. 2022. Vol. 10. P. 1297. DOI: 10.3390/healthcare10071297
13. Singh G. Surveillance of mental health patients in the emergency department // Malaysian Journal of Medical Research. 2023. Vol. 7. № 1. P. 30–33. DOI: 10.31674/mjmr.2023.v07i01.007
14. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67. № 6. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

## References

1. Abrosimov I.N., Zaoeva Z.O., Vtyurina M.B., Surkova I.M. Rol' psikhologa v sisteme zdravookhraneniya: analiz mneniya vrachei [The role of a psychologist in the health care system: analysis of doctors' opinions]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ = HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*, 2022. Vol. 8, no. 3, pp. 22–33. DOI: 10.33029/2411-8621-2022-8-3-22-33 (In Russ., abstr. in Engl.)
2. Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovol'skii A.V. Sravnitel'naya otsenka shkal CES-D, BDI i HADS(d) v diagnostike depressii v obshchemeditsinskoi praktike [A comparative validation of the scale CES-D, BDI, and HADS(d) in diagnosis of depressive disorders in general practice]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2003. Vol. 103, no. 5, pp. 11–18. (In Russ.)
3. Bocharov V.V., Shishkova A.M., Dubinina E.A. et al. Rol' meditsinskogo psikhologa v sovremennoi sisteme zdravookhraneniya [The role of clinical psychologist in modern healthcare system]. *Natsional'noe zdravookhranenie = National Health Care (Russia)*, 2023. Vol. 4, no. 1, pp. 12–22. DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.1.12-22 (In Russ., abstr. in Engl.)

4. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (accessed: 10.04.2024)
5. Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Rassulova M.A., Dailidovich V.S. Issledovanie psikhometricheskikh svoystv «Gospital'noi shkaly trevogi i depressii» (HADS), rekomendovannoi dlya vrachei obshchesomatoicheskoi praktiki, na vyborke patsientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsii [Investigation of the Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Recommended for General Medical Practitioners, on a Sample of Patients with Impaired Motor Functions]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2023. Vol. 12, no. 2, pp. 1–24. DOI: 10.17759/cpse.2023120201 (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Kholmogorova A.B., Subotich M.I., Rakhmanina A.A. et al. Ispytyvaemyi uroven' stressa i trevogi u patsientov mnogoprofil'nogo meditsinskogo tsentra [The Experienced Level of Stress and Anxiety in Patients of a Multidisciplinary Medical Center]. *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo "Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'" = Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*, 2019. Vol. 8, no. 4, pp. 384–390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390
7. Abar B., Holub A., Lee J. et al. Depression and anxiety among emergency department patients: Utilization and barriers to care. *Academic Emergency Medicine*, 2017. Vol. 24, no. 10, pp. 1286–1289. DOI: 10.1111/acem.13261
8. Chang B.P. Can hospitalization be hazardous to your health? A nosocomial based stress model for hospitalization. *General Hospital Psychiatry*, 2019. Vol. 60, pp. 83–89. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2019.07.014
9. Ekwall A., Gerdtz M., Manias E. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: Perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing*, 2009. Vol. 18, pp. 3489–3497. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02873.x
10. Konig H., Konig H.-H., Konnopka A. The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020. Vol. 29, e30. DOI: 10.1017/S2045796019000180
11. Lunati M.P., Wilson J.M., Farley K.X. et al. Preoperative depression is a risk factor for complication and increased health care utilization following total shoulder arthroplasty. *Journal of Shoulder Elbow Surgery*, 2021. Vol. 30, no. 1, pp. 89–96. DOI: 10.1016/j.jse.2020.04.015
12. Navas C., Wells L., Bartels S.A., Walker M. Patient and provider perspectives on emergency department care experiences among people with mental health concerns. *Healthcare*, 2022. Vol. 10, p. 1297. DOI: 10.3390/healthcare10071297
13. Singh G. Surveillance of mental health patients in the emergency department. *Malaysian Journal of Medical Research*, 2023. Vol. 7, no. 1, pp. 30–33. DOI: 10.31674/mjmr.2023.v07i01.007
14. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983. Vol. 67, no. 6, pp. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

*Рахманина А.А., Гамзатова А.С.,  
Цейтлина М.Д., Королева А.В.*  
Причины обращения за психологической  
помощью в стационаре скорой помощи.  
Клиническая и специальная психология.  
2024. Том 13. № 2. С. 61–75.

*Rakhmanina A.A., Gamzatova A.S.,  
Tseitlina M.D., Koroleva A.V.*  
Reasons of Requests for Psychological  
Help in an Emergency Hospital.  
Clinical Psychology and Special Education.  
2024, vol. 13, no. 2, pp. 61–75.

## **Информация об авторах**

*Рахманина Анастасия Алексеевна*, старший медицинский психолог, младший научный сотрудник, ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н.В.Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

*Гамзатова Анастасия Сергеевна*, медицинский психолог, ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н.В.Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1018-6204>, e-mail: [nastena\\_nikulcheva@mail.ru](mailto:nastena_nikulcheva@mail.ru)

*Цейтлина Мария Дмитриевна*, медицинский психолог, ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н.В.Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4564-5734>, e-mail: [mariatseitlina@gmail.com](mailto:mariatseitlina@gmail.com)

*Королева Анастасия Владиславовна*, медицинский психолог, ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н.В.Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2391-4169>, e-mail: [anastasia-contact@yandex.ru](mailto:anastasia-contact@yandex.ru)

## **Information about the authors**

*Anastasiya A. Rakhmanina*, senior medical psychologist, junior researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

*Anastasiya S. Gamzatova*, medical psychologist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1018-6204>, e-mail: [nastena\\_nikulcheva@mail.ru](mailto:nastena_nikulcheva@mail.ru)

*Maria D. Tseitlina*, medical psychologist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4564-5734>, e-mail: [mariatseitlina@gmail.com](mailto:mariatseitlina@gmail.com)

*Anastasiya V. Koroleva*, medical psychologist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2391-4169>, e-mail: [anastasia-contact@yandex.ru](mailto:anastasia-contact@yandex.ru)

*Получена 15.04.2024*

*Received 15.04.2024*

*Принята в печать 30.06.2024*

*Accepted 30.06.2024*