

УДК 159.9

Кононов А.Н.

*Московский государственный областной университет
105005, г. Москва, ул. Радио, д. 10а, Российская Федерация*

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТРЕВОГИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей переживания состояния тревоги пациентами кардиологического отделения городской клинической больницы. Теоретическое исследование проведено на основе анализа отечественной и зарубежной психологической литературы по проблеме тревоги и тревожности как факторов, оказывающих влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, имеющих кардиологические заболевания различной этиологии и пребывающих в стационаре в рамках оперативного и консервативного лечения.

Ключевые слова: тревога, тревожность, кардиологические больные, болезни сердца, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

А. Кононов

*Moscow State Regional University
105005, Moscow, Radio street, 10a, Russian Federation*

FEATURES OF GOING THROUGH ANXIETY BY CARDIAC IN-PATIENTS

Abstract. The article presents the results of empirical research studying the way the patients of the cardiology department of a city clinical hospital go through the state of anxiety. The theoretical study is based on the analysis of domestic and foreign psychological literature on the problems of anxiety and being alarmed as factors influencing the psycho-emotional state of patients with cardiac diseases of different etiologies and staying in a hospital within the surgical and conservative treatment.
Key words: anxiety, being alarmed, craniological patients, heart diseases, ischemic heart disease, arterial hypertension.

Современный человек ежедневно оказывается под воздействием нескончаемого потока высоких психологических нагрузок и стрессов. Сердечно-сосудистая система является одной из наиболее чутко реагирующих

на подобное влияние, что в итоге делает болезни сердца среди трудоспособного населения самым частым неинфекционным заболеванием.

Федеральная служба государственной статистики России приводит следующие сведения: в 2013 г. 53 % от общего числа умерших от различных заболеваний россиян страдали болезнями сердца различной этиологии [14, с. 89].

В настоящий момент в России среди 1 тыс. человек населения 30-ти % поставлен диагноз того или иного кардиологического заболевания [14, с. 89]. Важно учитывать, что, как правило, при любом заболевании пациент испытывает тревогу, которая влияет на психологическое состояние и может отягощать течение соматического заболевания.

Ввиду вышесказанного актуальным является рассмотрение состояния тревоги вообще, а также особенностей переживания данного состояния кардиологическими больными в условиях стационара.

Р.А. Лурия термином внутренней картины болезни обозначил весь спектр переживаний больного, комплекс болевых ощущений, общего самочувствия, наблюдения за своим телом и физическим состоянием, его мысли, эмоции и представления, как о самом заболевании, так и о причинах, приведших к нему. Это весь спектр ощущений и восприятия больным относительно того, что привело его к врачу [11].

И.В. Григорьева, В.В. Евсеенко говоря об особенностях Внутренней картины болезни (ВКБ) пациентов с кардиологическими заболеваниями отмечают, что в структуру ВКБ больных с артериальной гипертензией, как правило, входит тревожное отношение к собственному заболеванию. Ими отмечается, что тревожное реагирование оказывает негативное влияние как на личный прогноз больного относительно выздоровления, так и на последующий процесс лечения пациента врачом [12].

М.Г. Артюхова указывает на то, что у более чем 1/3 пациентов с ишемической болезнью сердца и с гипертонической болезнью различной степени тяжести наблюдаются тревожные расстройства [2].

В настоящий момент в психологической науке существует многозначность в понимании тревоги как психического явления. Многие исследователи (В.М. Астапов, Р. Лазарус, А.М. Прихожан, Ч.Д. Спилбергер, З. Фрейд и др.) говорят о концептуальном различии понятий «тревоги» как состояния и «тревожности» как черты, свойства личности [3; 10; 14; 20; 22].

Е.Г. Старостина в своей статье отмечает, что знание особенностей проявления тревоги у кардиологических больных, проведение всесторонней диагностики тревожных расстройств с последующим её снижением даёт благоприятный прогноз для лечения пациентов в условиях стационара [21].

Так, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова, Ф.Б. Березин отмечают, что тревожные расстройства, выявленные у людей с ишемической болезнью сердца и арте-

риальной гипертензией, сопровождаются выраженным снижением качества жизни и требуют коррекции этих состояний психотерапевтическими и медикаментозными средствами [4].

В монографии «Психосоматическая медицина» С.Л. Соловьёвой, указывается, что у пациентов с высоким уровнем тревоги, страдающих ишемической болезнью сердца, сильнее выражено поражение коронарного русла, выше возникновение инфарктов миокарда, как следствие выше риск инвалидности в более молодом возрасте, большее число повторных госпитализаций [19].

В.В. Гафаров, И.В. Гагулин в своей работе подчёркивают, что у лиц, страдающих ишемической болезнью сердца, по сравнению со здоровыми, отмечается более высокий уровень тревоги, реактивной и личностной тревожности [5].

Б.Б. Фишман, И.Н. Кочанов, А.И. Хорошевская отмечают высокий риск развития артериальной гипертензии среди трудоспособного населения при наличии тревожных расстройств [13].

Е.И. Чазов пишет, что существует тесная связь между качеством жизни пациентов с кардиологическими заболеваниями и переживаемым ими состоянием тревоги. Кроме того, ишемическая болезнь сердца вместе с тревожными расстройствами дают низкое качество жизни и ухудшают прогноз течения заболевания [24].

Н.Е. Араkelов отмечает, что тревога – это, прежде всего, переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятного, предчувствием грозящей опасности. Пациенты с ишемической болезнью сердца имеют низкую мотивацию к лечению и склонны решать все проблемы со здоровьем приёмом лекарственных препаратов, продолжая при этом работать в прежнем режиме [1].

Так, А.А. Великанов, Ю.Л. Левашкевич, Ю.А. Матина указывают на важность скрининга среди кардиологических больных с последующим оказанием им психологической и психотерапевтической помощи [18].

В раннем исследовании, говоря о работе с тревожными состояниями у кардиологических больных, нами отмечена важность такого инструмента, как психотерапия (психологическое консультирование). Он позволяет выявить истинную причину развития тревожного состояния, разобраться в психологических факторах, которые его провоцируют. В процессе работы с психологом человек постепенно овладевает навыками контроля и управления своим психоэмоциональным состоянием. Кроме того, специальные методики позволяют снизить чувствительность к провоцирующим факторам [9].

Психологическое консультирование представляет собой определённым образом структурированное взаимодействие, которое позволяет кардиологическому больному достичь осознания самого себя и даёт ему возможность сделать позитивные шаги на пути к выздоровлению.

Несмотря на значительное количество работ в психологической литературе по проблеме состояний тревоги, вопрос особенностей данного состояния у кардиологических больных рассмотрен недостаточно.

В данном исследовании делается попытка систематизировать знания об особенностях переживания ситуационной и личностной тревоги у кардиологических больных, что определило объект, предмет, цель и задачи работы.

Объект исследования: феномен тревоги у кардиологических больных.

Предмет: особенности состояния тревоги у кардиологических больных.

Цель: выявление особенностей состояния тревоги у кардиологических больных.

Гипотеза. Уровень ситуационной тревоги у кардиохирургических больных выше, чем у больных артериальной гипертензией, что проявляется: в различном отношении к заболеванию, выраженности депрессивных состояний, высоком уровне ситуационной (реактивной) тревоги при низком уровне личностной тревожности.

Задачи исследования:

1. На основе анализа проблемы состояний тревоги выявить сущность ситуационной и личностной тревоги у кардиологических больных.

2. Провести эмпирическое исследование особенностей состояния тревоги у кардиологических больных.

3. На основе эмпирического исследования показать разницу в выраженности ситуационной и личностной тревоги у кардиологических больных.

Методы исследования. Для достижения исследовательской цели и реализации задач эмпирического исследования были использованы:

а) общенаучные методы теоретического анализа (обобщение, абстрагирование, систематизация и др.);

б) психологическая диагностика отношения к болезни ТОБОЛ [7];

в) опросник А.Т. Бека для диагностики депрессивных состояний [8];

г) шкала самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина) [23];

д) методика «Шкала тревоги Дж. Тейлора», модифицированная Т.А. Немчиным) для измерения уровня тревоги [6];

е) методы статистической обработки эмпирической информации: U-критерий Манна-Уитни [17].

База: в исследовании приняли участие пациенты кардиологического отделения городской клинической больницы № 71 г. Москвы. Общее число испытуемых – 60 человек.

Результаты эмпирического исследования особенностей состояния тревоги у кардиологических больных:

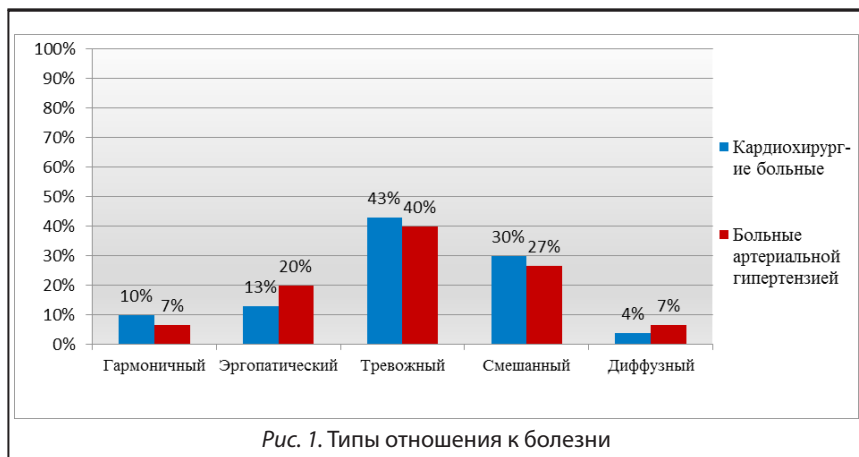


Рис. 1. Типы отношения к болезни

Результаты психологической диагностики отношения к болезни (авторы методики: А.Е. Личко и Н.Я. Иванов) представлены на рисунке 1.

На диаграмме показана разница в отношении к болезни у кардиохирургических больных и пациентов с артериальной гипертензией.

У кардиохирургических больных наблюдается большой процент – 13 человек (43 %) из 30 исследуемых, чуть менее половины от общего числа опрошенных относятся к профилю «Тревожный», в то же время среди больных артериальной гипертензией число составило 12 человек (40 %), т.е. разница составляет всего 1 человек или 3 %. По мнению автора статьи, отсутствие значимых различий объясняется тем, что кардиохирургические больные и пациенты с артериальной гипертензией испытывают высокий уровень реактивной (ситуационной) тревоги, напрямую связанной с возможным оперативным вмешательством, медицинскими манипуляциями, что вызывает опасения за здоровье и жизнь.

Среди больных артериальной гипертензией можно говорить о преобладании трёх профилей отношения к болезни: «эргопатическом», «тревожном» и «смешанном».

К «эргопатическому» и «смешанному» профилям относятся по 6 (20 %) и 8 (26,6 %) испытуемых соответственно, что в общем составляет 14 человек (46,7 %), тогда как к «тревожному» профилю относятся 12 человек (40 %).

Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что среди больных артериальной гипертензией число пациентов, испытывающих серьезные опасения относительно своего здоровья незначительно отличается от кардиохирургических больных, несмотря на хронический характер течения их болезни. Неудобства, причиняемые болезнью, носят эпизодический характер и в случае необходимости симптомы её проявления могут быть снижены с помощью фармацевтических препаратов, тем самым вызывая

более спокойное отношение к существующему заболеванию. При этом нахождение в больнице является подтверждением для самих пациентов, что болезнь на некоторое время вышла из-под контроля, что потребовало оперативного вмешательства врачей и нарушило психоэмоциональное состояние исследуемых больных кардиологического отделения.

К «диффузному» типу в обеих группах относится по 1 испытуемому среди кардиохирургических больных (4 %), 2 пациента с артериальной гипертензией (6,7 %), к «гармоничному» 3 (10 %) – среди кардиохирургических больных и 2 (6,6 %) – у больных артериальной гипертензией.

На основании полученных данных, можно говорить о том, что среди кардиологических больных вне зависимости от вида заболевания количество в профиле «гармоничный» т.е. адекватно воспринимающих своё заболевание крайне мало. Подобная ситуация складывается и в профиле «диффузный», среди тех больных, кто видит причину своей болезни в других людях и всячески спекулирует своим недугом. Тогда как большинство кардиологических больных относятся к «эргопатическому», «тревожному» и «смешанному» типу отношения к болезни.

Результаты психологической диагностики депрессивных состояний А. Бека (автор методики А.Т. Бек, 1961 г.) (рис. 2).

Результаты (рис. 2) позволяют констатировать, что среди кардиологических больных отсутствуют испытуемые, не имеющие депрессивных симптомов. Данное явление, по мнению автора статьи, является закономерным и объясняется самим фактом пребывания в стационаре, что, безусловно, оказывает отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов кардиологического отделения.

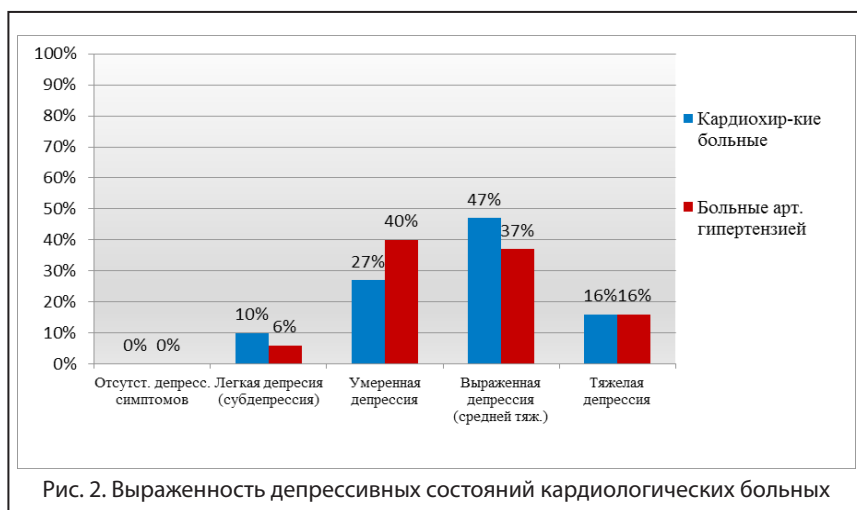


Рис. 2. Выраженность депрессивных состояний кардиологических больных

Степень выраженности «лёгкой депрессии» составляет 3 (10 %) у кардиохирургических больных и 2 (6 %) у пациентов с артериальной гипертензией.

Автор статьи обращает внимание, что к категории «умеренной депрессии» среди кардиохирургических больных относится всего 8 человек (27 %), тогда как среди пациентов с артериальной гипертензией – 12 (40 %). В тоже время с «выраженной депрессией» среди кардиохирургических больных кардиологического отделения по результатам диагностики относится 14 (47 %) человек, а среди больных артериальной гипертензией – 11 (37 %). Данные результаты могут быть свидетельством того, что изменение привычного ритма жизни, работы, отсутствие рядом родных и близких людей, совместно с предстоящим или протекающим лечением в стационаре вызывает ухудшение психоэмоционального фона больных и способствует развитию депрессивных состояний. Равное число пациентов по 5 (16 %) среди кардиохирургических и 5 (16 %) среди больных артериальной гипертензией с «тяжелой депрессией», являются дополнительным подтверждением заключения, сделанного выше. Результаты диагностики выраженности депрессивных состояний частично подтверждают гипотезу относительно более тяжелого состояния депрессии у кардиохирургических больных в отличие от пациентов с артериальной гипертензией.

На диаграммах (рис.3; рис. 4) представлены результаты самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека) – авторы Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханина.

Результаты (рис. 3) демонстрируют особенности переживания тревоги, которые обнаружили в процессе самооценки кардиологическими больными состояния реактивной (ситуационной) тревожности.

Среди кардиохирургических больных только 1 (3 %) оценил своё со-

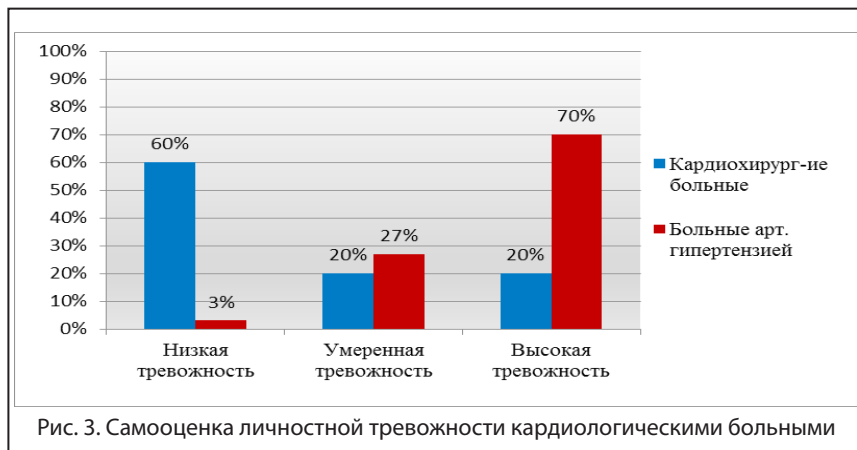


Рис. 3. Самооценка личностной тревожности кардиологическими больными

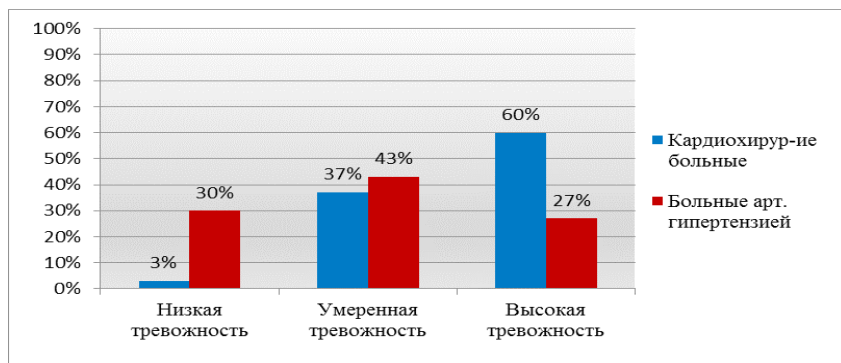


Рис. 4. Самооценка реактивной тревожности кардиологическими больными

стояние на уровне «низкой тревожности», среди пациентов с артериальной гипертензией таких 9 (30 %).

Уровень «умеренной тревожности» определили для себя 11 (37 %) кардиохирургических больных и 13 (43 %) гипертоников. Как можно заметить данные два уровня практически полностью совпадают у двух групп пациентов. Тогда как уровень «высокой тревожности» характерен для 18 (57 %) кардиохирургических больных и 8 (27 %) пациентов с артериальной гипертензией.

Данные результаты дают право говорить о том, что вне зависимости от типа кардиологического заболевания реактивная тревожность переживается больными с незначительной разницей только на «умеренном» уровне и не позволяют выявить значимого различия. Подобный результат может быть прямым следствием пребывания в больнице, различных медицинских манипуляций, оказывающих влияние на общее психоэмоциональное состояние пациента. Уровень «высокой» тревожности у кардиохирургических больных составляет 60 %, что на 33 % выше, чем у больных артериальной гипертензией. Можно говорить о том, что на переживание тревоги кардиохирургическими больными сильное влияние оказывает ожидание операции и возможных последствий хирургического вмешательства, которые без сомнения накладывают свой отпечаток на любого человека, вне зависимости от личных особенностей.

На рисунке 4 видно насколько различаются результаты, полученные в ходе исследования особенностей личностной тревожности у кардиологических больных.

Среди кардиохирургических больных «высокая» личностная тревожность оказалась характерна для 6 (20 %) пациентов, тогда как для пациентов с артериальной гипертензией она составила 21 (70 %) соответственно. Уровень «умеренной» личностной тревожности у кардиохирургических

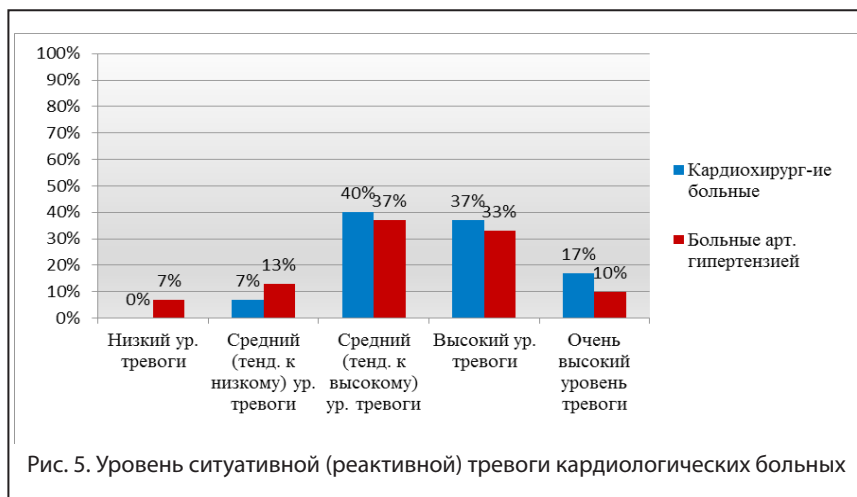
больных составил 6 (20 %), у больных гипертонией – 8 (27 %). Ситуация с практически диаметрально противоположными результатами по итогам исследования сложилась с «низкой» личностной тревожностью. Результат для кардиохирургических больных составил 18 (60 %) против 1 (3 %) среди пациентов с артериальной гипертензией.

Исходя из этого, можно говорить о том, что среди пациентов с артериальной гипертензией преобладают люди с «высоким» уровнем личностной тревожности, тогда как у кардиохирургических больных уровень личностной тревожности находится на «низком» или «умеренном» уровне. Данный результат исследования является подтверждением гипотезы, о том, что одной из особенностей переживания тревоги кардиологическими больными является более высокий уровень личностной тревожности, характерный для пациентов с артериальной гипертензией.

Результаты по методике «Шкала тревоги Дж. Тейлора», модифицированная Т.А. Немчиным (рис. 5).

Данная методика была взята автором дополнительно к результатам самооценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханиной с целью получения более достоверных данных об особенностях переживания тревоги у кардиологических больных.

По результатам теста (рис. 5) кардиохирургические больные обладают более высоким уровнем реактивной тревожности, чем пациенты с артериальной гипертензией, однако эти различия незначительны. Так, из 100 % кардиохирургических больных очень высокий уровень ситуативной тревоги характерен для 5 испытуемых (17 %), среди больных артериальной гипертензией 3 человека (10 %). Высокий уровень тревоги среди кардио-



хирургических больных имеют 11 (37 %) пациентов, среди больных артериальной гипертензией – 10 (33 %). Уровень тревоги средний с тенденцией к высокому обнаружился у 12 (40 %) кардиохирургических больных и у 11 (37 %) больных артериальной гипертензией. Средний уровень тревоги с тенденцией к низкому у 2 (7 %) кардиохирургических больных, среди пациентов с артериальной гипертензией 4 (13 %). Низкий уровень тревоги ни у кого из кардиохирургических больных не обнаружен, тогда как из 100 % пациентов с артериальной гипертензией 2 испытуемых (7 %) попали в число тех, кому характерно данное проявление ситуативной тревоги.

По мнению автора статьи, результаты данной методики являются подтверждением существования более высокого уровня реактивной (ситуационной) тревоги у кардиологических больных с более явным проявлением у кардиохирургических больных. Подобное проявление эмоциональных изменений закономерно в условиях стационара и предстоящего операционного вмешательства. Также необходимо отметить, что для больных артериальной гипертензией усиление чувства ситуационной тревоги является усугубляющим фактором, которым может осложнять проведение диагностики, течение болезни и как следствие снижать эффективность лечения.

Полученные данные дают возможность увидеть, что у кардиологических больных уровень ситуационной тревоги концентрируется в области высокого и очень высокого уровня тревоги. Среди кардиохирургических больных эта доля составляет 16 (54 %), у больных артериальной гипертензией 13 (43 %). Иными словами, практически половина кардиологических больных, принявших участие в исследовании, испытывают высокий или очень высокий уровень тревоги.

Для того чтобы исследовать значимость полученных результатов по четырём методикам среди двух групп больных (кардиохирургических пациентов и больных артериальной гипертензией), использован метод математической статистики U-критерий Манна-Уитни (табл. 1).

Таблица 1

**Результаты по U-критерию Манна-Уитни
(кардиохирургические пациенты и больные артериальной гипертензией)**

	Артериальная гипертензия	Кардиохирургические	U	p
Гармоничный Г	10.17±1.28	9.4±1.77	559	0,106
Эргопатический P	16.2±1.21	15.33±1.27	498	0,48

Продолжение таблицы 1 на стр. 11

Продолжение таблицы 1

Анозогнозический З	16.5±0.54	18.7±0.54	241,5	0,002
Тревожный Т	23.63±0.8	25.53±0.8	330,5	0,073
Ипохондрический И	12.87±0.8	13.4±1.03	419	0,646
Неврастенический Н	10.77±0.68	14.77±1.14	311,5	0,039
Меланхолический М	9.23±0.46	9.23±0.51	447	0,97
Апатический А	10.47±0.43	10.73±0.48	425	0,712
Сенситивный С	12.63±0.56	13.37±0.55	393,5	0,397
Эгоцентрический Э	10.2±0.62	9.8±0.7	501,5	0,447
Паранойяльный П	7.27±0.4	7.23±0.46	460,5	0,88
Дисфорический Д	14.73±0.75	13.87±0.91	482	0,636

В группе кардиохирургических больных выше значения анозогнозического типа ($U=241,5$; $p=0,002$) и неврастенического типа ($U=311,5$; $p=0,039$). Эти больные склонны к отрицанию серьёзности симптомов, невротическим реакциям астенического типа (жалобам, приступам хандры, тревоги). Вероятное стремление не признавать свою болезнь (полностью или частично) заставляет работать механизмы психологической защиты, что может приводить к снижению общей тревожности, но повышению риска реактивных состояний в напряжённых ситуациях.

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа по критерию U-критерий Манна-Уитни

	Артериальная гипертензия	Кардиохирургические	U	p
Уровень депрессии	23.87±1.85	26.43±2.61	423	0,695
Реактивная тревога	33.4±1.99	42.73±2.32	232	0,001
Личностная тревожность	45.2±1.18	31.7±2.69	724,5	<0,001
Тревожность (Дж. Тейлор)	24.6±2.13	28.27±2.03	368	0,228

Ситуация психологического тестирования, которое предполагает рефлексию собственного состояния и ретрофлексивную оценку последнего периода жизни вызывает у кардиохирургических больных более выраженную реактивную тревогу, чем у больных артериальной гипертензией ($U=232$; $p=0,001$). В то же время, личностная тревожность более свойственна больным с артериальной гипертензией ($U=724,5$; $p=0,001$) (табл. 6). Это свидетельствует о том,

что пациенты кардиохирургической группы могут казаться спокойнее, чем больные артериальной гипертензией, но для появления реактивной тревоги им следует просто обратить внимание на своё состояние, для чего достаточно даже психологического тестирования. Больные артериальной гипертензией не столь реактивны, но склонны к постоянному беспокойству, что является дополнительным фактором риска для их здоровья. Таким образом, основным фактором риска для больных артериальной гипертензией является их общая тревожность, постоянное чувство опасности, а для кардиохирургических больных больший риск представляют реакции в конкретных ситуациях.

Таким образом, гипотеза исследования – уровень ситуационной тревоги у кардиохирургических больных выше, чем у больных артериальной гипертензией, что проявляется в различном отношении к заболеванию, выраженности депрессивных состояний, высоком уровне ситуационной (реактивной) тревоги при низком уровне личностной тревожности – подтверждается результатами эмпирического исследования полностью. Об этом свидетельствует наличие значимых различий у пациентов в отношении к заболеванию, выраженности депрессивных состояний и уровне (ситуационной) реактивной тревожности, тогда как у больных с артериальной гипертензией уровень личностной тревожности выше, чем у кардиохирургических больных, что подтверждается методами математической статистики.

Выводы

1. Анализ результатов экспериментального исследования особенностей состояния тревоги у кардиологических больных позволяет сделать следующие выводы.

2. В результате применения методики диагностики отношения к болезни (авторы методики: А.Е. Личко и Н.Я. Иванов) можно говорить о том, что среди кардиологических больных вне зависимости от вида интервенции (консервативного или оперативного) преобладает «эргопатический», «тревожный» и «смешанный» типы отношения к болезни.

3. Результаты измерения уровня депрессивных состояний А. Бека демонстрируют, что среди кардиологических больных вне зависимости от этиологии болезни отсутствуют испытуемые, не имеющие депрессивных симптомов.

4. Результаты исследования самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека) Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина дали возможность установить, что вне зависимости от типа кардиологического заболевания реактивная тревожность переживается больными одинаково. Значимое различие не выявлено.

5. Результаты по методике «Шкала тревоги Дж. Тейлора», модифицированная Т.А. Немчиным, позволила установить, что у всех кардиологиче-

ских больных, принявших участие в исследовании, уровень ситуационной (реактивной) тревоги концентрируется в области высокого и очень высокого уровня вне зависимости от вида заболевания.

6. Сравнивая показатели по двум методикам, которые применялись для исследования ситуативной тревоги и личностной тревожности у кардиологических больных были получены следующие результаты. Исследование состояния тревоги у кардиологических больных по методике «Шкала тревоги Дж. Тейлора» не дало значимых различий. Исследование по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина выявило высокий уровень реактивной тревоги у кардиохирургических пациентов, в сравнении с больными артериальной гипертензией, находящимися на консервативном лечении ($U=232$; $p=0,001$). В то же время, личностная тревожность свойственна больным с артериальной гипертензией ($U=724,5$; $p=0,001$), тогда как редко является чертой личности кардиохирургических пациентов.

Литература:

1. Аракелов Н., Шишкова Н. Тревожность: методы ее диагностики и коррекции // Вестник Московского университета. Серия: Психология. 1998. № 1. С. 18–36.
2. Артюхова М.Г. Депрессия и тревога у кардиологических больных // Русский медицинский журнал. 2008. Т. 16. № 12. С. 1724–1727.
3. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Прикладная психология. 1999. № 1. С. 41–48.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988. 270 с.
5. Гафаров В.В., Гагулин И.В. Популяционное исследование социально-психологических факторов риска ишемической болезни сердца в мужской популяции Новосибирска // Терапевтический архив. 2000. Т. 72. № 4. С. 40–43.
6. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. 176 с.
7. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: ВЛАДОС, 2005. 385 с.
8. Когнитивная терапия депрессии / Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
9. Кононов А.Н. Исследование феномена тревоги и личностной тревожности у больных с кардиологическими заболеваниями различной этиологии // Проблема личности в контексте современной социальной ситуации развития детей, подростков и молодежи: Сборник материалов Международной научно-практической конференции. X Левитовские чтения. 22–23 апреля 2015 г. / Моск. гос. обл. ун-т. М.: ИИУ МГОУ, 2015. С. 160–164.
10. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л.: Медицина, 1970. С. 178–208.

11. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
12. Особенности внутренней картины болезни пациентов с артериальной гипертензией / Григорьева И.В., Евсеенко В.В., Григорьев В.И., Игумнов С.А. // Проблемы здоровья и экологии. 2011. № 3 (29). С. 61–65.
13. Особенности распространенности психогенных факторов риска среди больных артериальной гипертензией различных степеней по критериям доказательной медицины / Фишман Б.Б., Кочанов И.Н., Хорошевская А.И., Бобырь М.А., Шамиладзе Д.А., Фоменко Л.А., Костыркина В.В., Евстюхина Ю.О. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. Т. 10. № 2. С. 184–189.
14. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 1998. № 2. С. 11–17.
15. Распространенность депрессии и тревоги у кардиологических больных в условиях стационара скорой медицинской помощи / Заболотских Т.Б., Ремизова А.И., Запелина В.В., Скибицкий В.В., Петрова И.Н. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. Т. 7. № 6 S1. С. 141.
16. Российский статистический ежегодник. 2014 / Росстат. Р76. М., 2014. 693 с.
17. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб: Речь, 2003. 350 с.
18. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства / Великанов А.А., Левашкевич Ю.Л., Матина Ю.А., Зеленская И.А., Софронова М.Г., Демченко Е.А. // Трансляционная медицина. 2014. № 1. С. 67–72.
19. Соловьева С.Л., Менделевич В.Д. Психосоматическая медицина. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 607 с.
20. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте. М., 1983. С. 15–17.
21. Старостина Е.Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006. Т. 5. № 3. С. 111–120.
22. Фрейд З. Истерия и страх / пер. А.М. Боковой. М.: Фирма СТД, 2006. 319 с.
23. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте // Вопросы психологии. 1978. № 6. С. 94–105.
24. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения // Клинические исследования лекарственных средств в России. 2001. № 1. С. 2–4.

References:

1. Arakelov N., Shishkova N. *Trevozhnost': metody ee diagnostiki i korrektsii* [Anxiety: Methods of Diagnostics and Correction] // *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of Moscow University. Series: Psychology], 1998, no. 1, pp. 18–36.
2. Artyukhova M.G. *Depressiya i trevoga u kardiologicheskikh bol'nykh* [Depression and Anxiety of Cardiac Patients] // *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal], 2008, vol. 16, no. 12, pp. 1724–1727.

3. Astapov V.M. *Funktsional'nyi podkhod k izucheniyu sostoyaniya trevogi* [Functional Approach to the Study of Anxiety] // *Prikladnaya psikhologiya* [Psychotechnics], 1999, no. 1, pp. 41–48.

4. Berezin F.B. *Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka* [Mental and Psychophysiological Adaptation of a Person]. L., 1988. 270 p.

5. Gafarov V.V., Gagulin I.V. *Populyatsionnoe issledovanie sotsial'no-psikhologicheskikh faktorov riska ishemicheskoi bolezni serdtsa v muzhskoi populyatsii Novosibirsk* [Population-Based Study of Socio-Psychological Risk Factors of Coronary Heart Disease of Male Population in Novosibirsk] // *Terapevticheskii arkhiv* [Therapeutic Archives], 2000, vol. 72, no. 4, pp. 40–43.

6. Dermanova I.B. *Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya* [Diagnostics Emotional and Moral Development]. SPb., Rech', 2002. 176 p.

7. Kabanov M.M., Lichko A.E., Smirnov V.M. *Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korrektsii v klinike* [Methods of Psychological Diagnostics and Correction in Clinic]. M., Vldos, 2005. 385 p.

8. *Kognitivnaya terapiya depressii* [Cognitive Therapy of Depression] / Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G. SPb., Piter, 2003. 304 p.

9. Kononov A.N. *Issledovanie fenomena trevogi i lichnostnoi trevozhnosti u bol'nykh s kardiologicheskimi zabolevaniyami razlichnoi etiologii* [The Study of the Phenomenon of Anxiety and Personal Anxiety among Patients with Cardiac Diseases of Different Etiology] // *Problema lichnosti v kontekste sovremennoi sotsial'noi situatsii razvitiya detei, podrostkov i molodezhi: Sbornik materialov Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. X Levitovskie chteniya. 22–23 aprelya 2015 g. / Mosk. gos. obl. un-t* [The problem of personality in the context of the modern social situation of development of children, adolescents and youth: materials of International scientific-practical conference. X Levitskii reading. 22–23 April 2015 / Moscow State Regional University], M., 2015, pp. 160–164.

10. Lazarus R. *Teoriya stressa i psikhofiziologicheskoe issledovaniya* [The Theory of Stress and Psychophysiological Research] // *Emotsional'nyi stress / pod red. L. Levi* [Emotional Stress / ed. by L. Levi]. L., Meditsina, 1970, pp. 178–208

11. Luriya R.A. *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya* [Internal Picture of the Disease and Iatrogenic Diseases]. M., Meditsina, 1977. 112 p.

12. *Osobennosti vnutrennei kartiny bolezni patsientov s arterial'noi gipertenziei* [Features of the Clinical Picture of Patients with Arterial Hypertension], Grigor'eva I.V., Evseenko V.V., Grigor'ev V.I., Igumnov S.A. // *Problemy zdorov'ya i ekologii* [Health and Environmental Problems], 2011, no. 3 (29), pp. 61–65.

13. *Osobennosti rasprostranennosti psikhogennykh faktorov riska sredi bol'nykh arterial'noi gipertenziei razlichnykh stepeni po kriteriyam dokazatel'noi meditsiny* [Features of Psychogenic Risk Factors Prevalence among Patients with Arterial Hypertension of Different Degrees according to the Criteria of Evidence-Based Medicine] / Fishman B.B., Kochanov I.N., Khoroshevskaya A.I., Bobyr' M.A., Shamiladze D.A., Fomenko L.A., Kostyrkina V.V., Evstyukhina YU.O. // *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational Pharmacotherapy in Cardiology], 2014, vol. 10, no. 2, pp. 184–189.

14. Prikhozhan A.M. *Prichiny, profilaktika i preodolenie trevozhnosti* [Causes, Prevention and Overcoming Anxiety] // *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 1998, no. 2, pp. 11–17.

15. *Rasprostranennost' depressii i trevogi u kardiologicheskikh bol'nykh v usloviyakh stacionara skoroi meditsinskoj pomoshchi* [The Prevalence of Depression and Anxiety among Cardiac Patients in a Hospital Ambulance] / Zabolotskikh T.B., Remizova A.I., Zapevina V.V., Skibitskii V.V., Petrova I.N. // *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention], 2008, vol. 7, no. 6 S1, pp. 141.

16. *Rossiiskii statisticheskii ezhegodnik*. 2014 / Rosstat. R76 [Russian Statistical Yearbook. 2014 / Rosstat. P76]. M., 2014. 693 p.

17. Sidorenko E.V. *Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii* [Methods of Mathematical Processing in Psychology]. SPb., Rech', 2003. 350 p.

18. *Skrining kak sposob optimizatsii psikhologo-psikhoterapevticheskoi pomoshchi patsientam kardiologicheskogo stacionara do i posle kardiokhirurgicheskogo vmeshatel'stva* [Screening as a Way to Optimize Psychological and Psychotherapeutic Assistance to Cardiac Patients of a Hospital before and after Cardiac Surgery] / Velikanov A.A., Levashkevich YU.L., Matina YU.A., Zelenskaya I.A., Sofronova M.G., Demchenko E.A. // *Translyatsionnaya meditsina* [Translational Medicine], 2014, no. 1, pp. 67–72.

19. Solov'eva S.L., Mendelevich V.D. *Psichosomaticheskaya meditsina. Nevrozologiya i psichosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic Medicine. Neurotology and Psychosomatic Medicine]. M., MEDpress-inform, 2002. 607 p.

20. Spilberger CH.D. *Kontseptual'nye i metodologicheskie problemy issledovaniya trevogi* [Conceptual and Methodological Problems in the Study of Anxiety] // *Stress i trevoga v sporte* [Stress and Anxiety in Sport]. M., 1983. pp. 15–17.

21. Starostina E.G. *Trevoga i trevozhnye rasstroistva v praktike kardiologa* [Anxiety and Anxiety Disorders in the Practice of a Cardiologist] // *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention], 2006, T. 5, no. 3, pp. 111–120.

22. Freid Z. *Isteriya i strakh / per. A.M. Bokovikova* [Hysteria and fear / translated by A.M. Bokovikova]. M., Firma STD, 2006. 319 p.

23. Khanin YU.L. *Issledovanie trevogi v sporte* [A Study of Anxiety in Sport] // *Voprosy psikhologii* [Questions of Psychology], 1978, no. 6, pp. 94–105.

24. Chazov E.I. *Ishemicheskaya bolezn' serdtsa i vozmozhnosti povysheniya effektivnosti ee lecheniya* [Ischemic heart disease and the possibility of increasing the effectiveness of its treatment] // *Klinicheskie issledovaniya lekarstvennykh sredstv v Rossii* [Clinical Studies of Drugs in Russia], 2001, no. 1, pp. 2–4.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Кононов Александр Николаевич – старший преподаватель кафедры психологического консультирования Московского государственного областного университета; e-mail: alnikkon@mail.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Kononov Alexander – Senior Lecturer, Department of Counseling, Moscow State Regional University; e-mail: alnikkon@mail.ru

БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ССЫЛКА

Кононов А.Н. Особенности переживания состояния тревоги кардиологическими больными в условиях стационара // Вестник Московского государственного областного университета (электронный журнал). 2016. № 3. URL: www.evestnik-mgou.ru

BIBLIOGRAPHIC REFERENCE

Kononov A.N. Features of Going through Anxiety by Cardiac In-Patients // Bulletin of Moscow State Regional University (e-journal), 2016, no. 3. URL: www.evestnik-mgou.ru