

Высокий уровень личностной тревожности	13 (44,8 %)	1 (0,01 %)	0 (0 %)
--	-------------	------------	---------

### **Выводы**

1. Способность к адаптации тесно связана с уровнем личностной тревожности.
2. При диагностике уровня адаптационных способностей и нервно-психической устойчивости необходимо обязательно измерять уровень личностной тревожности, что зачастую не проводится при отборе молодого пополнения в военных комиссариатах.
3. Проведенные исследования показали целесообразность разработки и внедрения методов оценки скрытых дезадаптационных состояний у призывников.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Абдурахманов, Р. Военная психология / Р. Абдурахманов. — М.: Вече, 1998. — 267 с.
2. Антипов, В. В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В. В. Антипов. — М.: Владос Пресс, 2002. — 138 с.
3. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2009. — 213 с.

## **УДК 616.89-008.454:616.8-009.7-036.12 УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Полторан А. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Шилова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дает следующее определение боли: Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения. Хронический болевой синдром часто наблюдается в практике врача-терапевта и невролога. В соответствии с клиническими критериями к хроническому болевому синдрому относят боли, которые длятся 3 месяца по данным IASP, или 6 месяцев по данным DSM-IV. По данным многочисленных исследований, хроническая боль, несомненно, связана с уровнем тревоги и депрессии [1, 2]. Связь хронической боли и депрессии может иметь различные причинно-следственные отношения. Хроническая боль вызывает постоянные страдания, может ограничивать работоспособность человека, нарушать его планы, ухудшать качество жизни и тем самым вызывать вторичную депрессию. С другой стороны, первопричиной возникновения болей или их хронификации может являться депрессия. Например, атипичные депрессии часто проявляют себя под «маской» хронической боли. Формирование порочного круга хроническая боль — депрессия объясняется и общими звеньями патогенеза: недостаточность серотонинергических систем мозга [3–5]. В терапевтической и неврологической практике хронический болевой синдром часто проявляется жалобами на хронические боли в спине. При этом интенсивность боли не имеет четкую связь с выраженностью и характером морфологических изменений. В порочный круг также встраивается локальный или обширный мышечный спазм. Хроническая боль в спине часто локализуется в пояснице и носит ~~хронический~~ **хронический** характер.

Оценить уровень депрессии и тревоги среди неврологических больных с хроническим болевым синдромом.

### **Материалы и методы исследования**

Было проанкетировано 33 пациента с хроническим болевым синдромом, находя-

щихся на стационарном лечении в различных неврологических отделениях г. Гомеля. Основным диагнозом пациентов был: вертеброгенная люмбалгия. Средний возраст в выборке составил 44 года и колебался от 25 до 59 лет. Также нами было проанкетировано 35 курсантов военного факультета, которые имели первую группу здоровья и прошли профессиональный психологический отбор, они составили контрольную группу.

Нами было использовано два психологических теста:

1. Шкала самооценки уровня тревожности (Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина).
2. Шкала депрессии Бека (BDI).

Личностная тревожность относительно стабильна и не связана с ситуацией, поскольку является свойством личности. Реактивная тревожность, наоборот, бывает вызвана какой-либо конкретной ситуацией. В нашем исследовании мы оценивали только личностную тревожность, так как она является малоизменяемым фактором, что более важно для оценки хронических состояний. Результаты оцениваются в градациях: до 30 баллов — низкая тревожность, 31–45 баллов — средняя, 46 и более — высокая тревожность. При анализе уровня личностной тревожности у пациентов с хроническим болевым синдромом у большей части выборки (67 %) выявили высокий уровень тревожности. Средний и низкий уровень тревожности наблюдался соответственно у 27 и 6 % проанкетированных. При оценке уровня тревожности по выборке в целом: медиана составила 49, что соответствует высокому уровню тревожности. Доверительный интервал (95 %) 45–52. В контрольной группе уровень личностной тревожности распределился следующим образом: высокий уровень тревожности имели лишь 6 %, средний уровень 77 % и низкий уровень 17 % проанкетированных курсантов. Медиана составила 35, что соответствует среднему уровню личностной тревожности. Доверительный интервал (95 %) 32–38. Этот опросник включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям: 0–9 — отсутствие депрессивных симптомов, 10–15 — легкая депрессия (субдепрессия), 16–19 — умеренная депрессия, 20–29 — выраженная депрессия (средней тяжести), 30–63 — тяжелая депрессия. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Statistica» 7.0 и MS Exel 2007.

### **Результаты исследования**

Уровень личностной тревожности был достоверно выше в выборке пациентов с хроническим болевым синдромом чем выборке курсантов ( $p = 0,000001$ , тест Манна-Уитни). Результаты по уровню депрессии в таблице 1.

Таблица 1 — Анализ результатов по шкале уровня депрессии Бека

BDI	Пациенты с хроническим болевым синдромом, n – 33	Курсанты с первой группой здоровья, n – 35
Нет депрессии	13 (39 %)	33 (94 %)
Субдепрессия	11 (33 %)	2 (6 %)
Умеренная депрессия	5 (15 %)	0
Выраженная депрессия	1 (3 %)	0
Медиана	12	2
Доверительный интервал (95 %)	8–14	2–3

Уровень депрессии в опытной группе достоверно выше чем в контрольной ( $p = 0,0000001$ , тест Манна-Уитни). Следовательно проанализировав данные исследования можно сделать вывод, что соматическое состояние пациентов и повышенный уровень тревоги и депрессии взаимоотягощают течение друг друга.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мюррей, Дж. Психические расстройства. В кн.: Неврология / Дж. Мюррей; под ред. М. Самуэльса. — М., 1997. — С. 276–292.
2. Мосолов, С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С. Н. Мосолов. — СПб., 1995. — С. 565.
3. Fuller, R. W. Serotonin uptake inhibitor / R. W. Fuller // Prog. Drug. Res. — 1995. — Vol. 45. — P. 167–204.
4. 5-Hydroxytryptamin Mechanisms in Primary Headaches. Ed J Olesen, PR Saxena // Raven Press. — 1992. — С. 384.