

Таблица 3 — Количество пациентов в зависимости от уровня тревожности

Тип тревожности	Показатель тревожности	Количество человек
Ситуационная (реактивная)	Низкая	4
	Умеренная	15
	Высокая	22
Личностная	Низкая	1
	Умеренная	16
	Высокая	24

Исходя из данной таблицы, в подавляющем большинстве пациентов данной группы имеют проявления высокой степени ситуационной и личностной тревожности.

Этой же группе пациентов предлагалось пройти анкетирование на наличие вегетативных нарушений с помощью опросника Вейна. Опросник заполняется пациентом, где ему предлагается выбрать один из ответов «да», «нет». Каждому ответу присваивается определенный балл. У пациентов без признаков вегетативной дисфункции и у здоровых людей сумма баллов не должна превышать 15. Результаты анкетирования представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Количество пациентов в зависимости от баллов по опроснику Вейна

Результат	Количество человек
Отсутствие признаков вегетативной дисфункции	7
Наличие признаков вегетативной дисфункции	34

Из данной группы пациентов у 34 были выявлены проявления вегетативных нарушений.

#### **Выводы**

В ходе исследования мы убедились, что большинство пациентов с диагнозом РС имеют высокий уровень тревожности. С помощью данных о глубине тревожного состояния, можно подобрать необходимую психологическую и медицинскую помощь, выявить факторы, вызывающие повышение уровня тревоги у пациента и степень его дезадаптации в случае провоцирующей стрессовой ситуации, а так же это поможет выяснить уровень мотивации пациента к прохождению курса реабилитации.

В исследуемой группе, были так же выявлены проявления вегетативной дисфункции у подавляющего большинства пациентов, что так же необходимо учитывать при лечении и корректировать данные проявления.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Смирнов, В. С. Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канаш, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № 2. — С. 52.
2. Гребень, Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов / Н. Ф. Гребень // Современная школа. — 2007. — С. 496.
3. Романовский, Н. В. Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации / Н. В. Романовский, Е. М. Новикова // Клиническая и специальная психология. — 2017. — № 3. — С. 135–148.

УДК 616.832-004.2:616.8]-07

### **ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ СПИЛБЕРГА И ОПРОСНИКА ВЕЙНА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**

*Киселев М. А., Герцева Д. С., Гладких Н. Л.*

**Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рассеянный склероз (РС) — инвалидизирующее заболевание центральной нервной системы, поражающее, преимущественно лиц молодого возраста (15–45 лет), и прояв-

ляется полиморфной неврологической симптоматикой. Протекает волнообразно, со сменой стадий обострения и ремиссии. РС является полиэтиологичным заболеванием. В настоящее время выделяют четыре основные теории возникновения РС: генетическая, инфекционная, алиментарная, и средовая опосредованность. Патогенез заболевания заключается в иммунопатологических и патохимических реакциях, развивающихся в ЦНС, и вызывающих аутоиммунное воспаление. В связи с быстрым прогрессированием и формированием инвалидности, своевременная и правильная диагностика РС и тяжести состояния пациента является важной медико-социальной проблемой [1, 2].

#### **Цель**

Изучить и систематизировать имеющиеся в современной литературе данные о шкалах Спилберга и опросника Вейна, и их применении для оценки тяжести состояния при РС.

#### **Материал и методы исследования**

Было произведено изучение и анализ современных источников по теме применения шкал Спилберга и опросника Вейна в неврологической практике.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Шкала Спилберга является доступным и информативным методом определения у пациента уровня тревожности. При этом определяется реактивная тревожность (в данный момент), и личностная тревожность (устойчивое состояние). Уровень тревожности во многом определяет его поведение, способность к самоконтролю. У каждого человека есть свой определенный уровень тревожности, который является для него оптимальным (полезным) [3]. Реактивная тревожность отражает переживаемые эмоции в данный момент времени. Она может характеризоваться беспокойством, нервозностью, в ответ на стрессовую ситуацию. Личностная тревожность определяется как устойчивое состояние человека, предрасполагает к восприятию определенного спектра ситуаций как стрессовых, и развитию реакции тревожности в ответ на эти ситуации. Пациенты с приобретенной инвалидностью нуждающиеся в реабилитации и психолого-социальной помощи, как правило настроены на пассивную реабилитацию, и не активно включаются в реабилитационный процесс, поэтому необходимо определить уровень его мотивации, сформировать желание на оказание помощи. Для этого, можно использовать следующие методики: 1) анкета, направленная на выявление мотивации к реабилитации; 2) шкала депрессии А. Бека; 3) методика «Определение уровня тревожности» по шкале Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина; 4) шкала самооценки состояния (модификация методики Т. В. Дембо и С. Я. Рубинштейн) [4].

Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга позволяет дифференцированно определить показатели как ситуационной, так и личностной тревожности у пациента.

Пациенту предоставляется опросник, состоящий из двух частей (ситуационной и личностной тревожности), с приведенными предложениями, характеризующими его состояние и четыре варианта ответа. Необходимо выбрать наиболее подходящий вариант.

Обработка результатов:

1. Определение показателей тревожности с помощью ключа ответов.
2. Составление плана коррекции повышенной тревожности.
3. Определение средних показателей в группе пациентов и их сравнительный анализ.

По каждой шкале показатель составляет от 20 до 80 баллов. Чем он выше, тем выше уровень тревожности. До 30 баллов — низкая, 31–44 балла — умеренная; 45 и более высокая [3].

Известно, что около 25 % пациентов с общесоматической патологией имеют проявление синдрома вегетативной дистонии (СВД).

Опросник Вейна позволяет выявить СВД у пациентов с различными соматическими заболеваниями.

Опросник заполняется пациентом, где ему предлагается выбрать один из ответов «да», «нет». Каждому ответу присваивается определенный балл. У пациентов без признаков вегетативной дисфункции и у здоровых людей сумма баллов не должна превышать 15.

### **Выводы**

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что очень важно своевременно и точно определить степень тяжести состояния пациента с РС, в том числе его психоэмоциональный статус. Шкала Спилберга позволяет определить уровень тревожности пациента, повышение которого может быть напрямую связано с таким диагнозом как РС. На основании данных о тревожности пациенту может быть оказана психолого-социальная помощь, а так же это поможет выяснить уровень мотивации пациента к прохождению курса реабилитации.

Опросник Вейна не фигурирует в современной литературе как практический метод исследования пациентов с РС, но это не исключает возможность его применения для выявления СВД у таких пациентов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Смирнов, В. С.* Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канаш, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № 2. — С. 52.
2. *Бельская, Г. Н.* Использование шкалы оценки тяжести состояния больных рассеянным склерозом по Kurtzke в клинической практике: учеб.-метод. пособие / Г. Н. Бельская, И. Г. Лукашевич, Н. В. Кутепова. — М., 2008. — С. 3–4.
4. *Романовский, Н. В.* Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации / Н. В. Романовский, Е. М. Новикова // Клиническая и специальная психология. — 2017. — Т. 6. — С. 135–148.
3. *Гребень, Н. Ф.* Психологические тесты для профессионалов / Н. Ф. Гребень // Современная школа. — 2007. — С. 496.

**УДК 616.8-00-052:159.923**

## **ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Смоленчук Е. В., Колбаско И. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.Н. Усова**

**Учреждение образования**

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

### **Введение**

Внутренняя картина болезни — это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей (суждений), определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение. Внутренняя картина болезни является динамичной и содержательно изменяется в зависимости от возраста, пола, тяжести болезни или ее длительности, прогнозов в отношении болезни, интеллекта и состояния мозга, типа личности. Влияние психологического фактора на начальном этапе развития болезни особенно велико, что происходит из-за того, что познавательная активность больного начинается на этой стадии и здесь же обнаруживает личностную специфичность. На поздних этапах длительной болезни влияние личностного фактора снижается, однако внутренняя картина болезни становится поддерживающим условием больного, но может стать и дополнительным фактором в формировании аномалий личности. Содержание внутренней картины болезни само по себе может провоцировать психогенные расстройства или быть провокатором дополнительных болезненных ощущений. Существует 12 типов отношения к болезни, диагностируемых опросником в соответствии с классификацией А. Е. Личко и Н. Я. Иванова (1980, 1983): гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный,