



Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна  
Факултет Медицина, Катедра по психиатрия и медицинска психология

**Д-р Татяна Иванова Телбизова**

**СПЕЦИФИКА И ДИНАМИКА НА БОЛКОВИТЕ СИМПТОМИ И  
ПРЕЖИВЯВАНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДЕПРЕСИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

На дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“  
по научна специалност „Психиатрия“

Научно жури:

Проф. д-р Вихра Крумова Миланова, д.м.н.  
Проф. д-р Светлозар Хараланов Хараланов, д.м.н.  
Проф. Валери Стоилов Стоянов, д.пс.н.  
Проф. д-р Иван Николов Димитров, д.м.н.  
Проф. д-р Христо Василев Кожухаров, д.м.

**ВАРНА  
2021**

Дисертационният труд съдържа 179 страници, включва 77 таблици и 20 фигури. Библиографията обхваща 370 заглавия, от които 16 на кирилица и 354 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от Катедрения съвет на Катедрата по психиатрия и медицинска психология при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна.

Защитата ще се състои на 10.06.2021 г. в МУ – Варна.

Материалите по защитата са на разположение в библиотеката на МУ – Варна, както и на официалния сайт на университета.

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	6
<b>I. МЕТОДОЛОГИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ</b> .....	8
1. Цел и задачи на изследването.....	8
2. Хипотези.....	8
3. Методи.....	9
3.1. Методи за събиране на данни.....	9
3.2. Методи за анализ на данните.....	11
4. Описание на извадката.....	11
5. Организация и провеждане на изследването.....	12
6. Ограничения и рамки на изследването.....	13
<b>II. РЕЗУЛТАТИ</b>	
1. Описателни методи.....	14
2. Надеждност на използваните скали.....	22
3. Корелационен анализ.....	22
3.1. Корелационен анализ в общата група.....	22
3.2. Корелационен анализ в групата с хронична болка без депресия.....	23
3.3. Корелационен анализ в групата с хронична болка и депресия.....	24
4. Т – тест за сравнение на средните в групите.....	25
4.1. Т – тест на показателите в общата група.....	26
4.2. Т – тест на показателите в групата с хронична болка без депресия.....	26
4.3. Т – тест на показателите в групата с хронична болка и депресия.....	28
5. Регресионен анализ.....	30
5.1. Изследване влиянието на независимите променливи върху зависимата променлива през първия етап от изследването.....	31
5.2. Изследване влиянието на независимите променливи върху зависимата променлива през втория етап от изследването.....	33
5.3. Изследване влиянието на независимата променлива депресия и зависимата ситуативна тревожност.....	35
6. Контент – анализ.....	36
6.1. Контент-анализ на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“.....	37
6.2. Контент-анализ на отговорите на въпроса „Как се чувствате по време на болката?“.....	40
6.3. Контент-анализ на отговорите на въпроса „Промени ли болката начина Ви на живот?“.....	43
6.4. Контент-анализ на отговора на въпроса „Как бихте описали болките си?“.....	46
7. Изследване честотата на болката.....	47
8. Оценка на ситуацията по време на болка.....	49
<b>III. ОБСЪЖДАНЕ</b> .....	53
1. Анализ на демографските данни.....	53

2. Анализ на данните по отношение на хроничната болка: давност, брой диагностични категории и провеждано лечение.....	54
3. Анализ на данните по отношение на депресията: оценката на тежестта на депресията с HAM-D-17 и провеждане на лечение с антидепресанти.....	55
4. Анализ на данните по отношение на ситуативната тревожност.....	56
5. Анализ на данните по отношение на личностната тревожност.....	57
6. Анализ на данните по отношение на интензивността на болката.....	58
7. Корелацион анализ.....	58
8. T – тест за сравнение на средните в групите.....	60
9. Регресионен анализ.....	61
10. Контент – анализ.....	62
10.1. Анализ на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“.....	63
10.2. Анализ на отговорите на въпроса „Как се чувствате по време на болка?“.....	66
10.3. Анализ на отговорите на въпроса „Промени ли болката начина ви на живот?“.....	68
10.4. Анализ на отговорите на въпроса „Как бихте описали болката си?“.....	69
11. Анализ на резултатите относно честотата на болката.....	69
12. Анализ на резултатите относно оценката на ситуацията по време на болка.....	70
<b>IV. ИЗВОДИ.....</b>	<b>73</b>
<b>V. ПРИНОСИ.....</b>	<b>74</b>
<b>VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>75</b>
<b>ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....</b>	<b>76</b>

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

<b>МКБ-X</b>	Международна класификация на болестите – десето издание
<b>HAMD-17</b>	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
<b>MMSE</b>	<i>Mini-Mental State Examination</i>
<b>STAI</b>	<i>State – Trait Anxiety Inventory</i> ; Въпросник за оценка на тревожността на Ч. Спилбъргър
<b>VAS</b>	<i>Visual analog scale</i> , Визуално аналогова скала

## ВЪВЕДЕНИЕ

Болката е сложно, многопластово явление, с множество измерения. Тя е предмет на изучаване от философи, теолози, психолози и редица специалисти в сферата на медицината като физиолози, патофизиолози, невролози, анестезиолози, ревматолози, психиатри, фармаколози и др. Това е причина болката като понятие да се характеризира с многозначност в зависимост от контекста и ситуациите, в които се използва. Болката може да бъде усещане, симптом, жизнен показател, болест, страдание, стресор, поведение, мотивация, спомен, опитност или преживяване.

Болката е познато усещане за всички хора, с изключение на онези с вродена липса на чувствителност към болка. Острата болка има предупредителна функция. Сигнализирайки за опасност, тя играе решаваща роля за оцеляването на човека като индивид. За разлика от острата болка, хроничната е деструктивна в същността си и може да се изяви и при отсъствие на увреждащ стимул. Хроничната болка може да окаже дълбоко негативно влияние върху всички сфери от живота на човека, като променя начина, а понякога и смисъла на живота му.

Хроничната болка е сред водещите причини за инвалидност в световен мащаб и се определя като здравен проблем с глобален приоритет. Изясняването на провокиращите и поддържащите хроничната болка фактори е все още в центъра на изследователския интерес не само в общо теоретичен, а и в клиничен аспект. Ето защо въпросите, свързани с управлението на хроничната болка, целящо подобряване на цялостното функциониране, продължават да имат приоритетно място в клиничната практика.

Болката е феномен, формиращ се в резултат на сложна интеграция от сензорно-дискриминативни, афективно-мотивационни и когнитивно-оценяващи процеси. Върху тях оказват влияние разнородни в своята същност фактори: биологични, психологични, личностови, културални, етнически и социодемографски. Съществуват много доказателства в подкрепа на водещата роля на психосоциалните фактори в процесите на изява и поддържане на хроничната болка. Това са и факторите, които подлежат на промяна и могат да се управляват в посока подобряване на прогнозата и качеството на живот на пациентите.

Депресивните преживявания са сред факторите съпътстващи хроничната болка, които в норма или патология се отнасят към афективната компонента на болката. Депресивните преживявания, проявени в патология, са сред основните психологични фактори, участващи в поддържането и персистирането на хроничната болка. По тази причина, комбинацията от хронична болка с депресивен епизод е често срещана психична коморбидност. Независимо от този факт, все още липсва достатъчно системност в проучванията, доказващи общите невробиологични, психологични и феноменологични връзки между болката и депресията. Именно тези предпоставки показват сериозната значимост на изследванията, подчертаващи необходимостта двата феномена да се изследват в цялост. Практически, това би редуцирало значително случаите на клинично неразпознатата депресия сред пациентите с хронична болка. Този често срещан медицински проблем провокира нуждата от прилагането на батерия от

инструменти за клиничната оценка на болковите и афективните симптоми при пациенти с хронична болка.

Немалка част от проучванията, свързани с хроничната болка, са посветени на търсенето на факторите, които дават най-ясна представа за прогнозата на пациентите. Повечето от тях са в подкрепа, че тревожността е фактор, чиято изява и интензивност предопределят не само персистирането на болката по време на нейния остър и подостър период, а също и изявата на депресия по време на нейния хроничен период. Депресията при хронична болка влияе негативно върху цялостното функциониране на пациентите и прогнозира тяхната бъдеща инвалидност. Все още се търсят данни за влиянието на болковите симптоми (интензивност и локализация) и афективните симптоми (тревожност и депресия) върху прогнозата на пациента и неговите преживявания. Така изследването и анализът на преживяванията при пациенти с хронична болка и тяхната специфика при поява на депресия може да се пренесе в индивидуалната оценка и прогноза на отделния клиничен случай. Решение в тази посока предлага настоящия дисертационен труд за въвеждане на феноменологични подходи, даващи възможност за холистична и индивидуализирана оценка на пациентите с хронична болка и търсене на специфични преживявания с прогностична роля.

Разработването на настоящата дисертация представлява опит да се отговори на актуални въпроси, свързани с изясняване на причинно-следствените взаимовръзки между афективните и сетивни променливи на болката и тяхното влияние върху спецификата и динамиката (трансформацията) на преживяванията, асоциирани с болката и начина на възприемане на ситуацията по време на болка. За целите на разработката са съчетани количествени и качествени подходи за оценка на болката като феномен, което позволява по-задълбочено проучване на причинно-следствени връзки между изследваните променливи, предсказване на взаимоотношения помежду им и изучаване на същността на болката като преживяване. Количествените методи дават обективна оценка на феномена болка и разкриват неговата многоаспектност. Качествените подходи позволяват да се разкрие субективната (невидима) страна на болката, която е израз на нейната уникалност като преживяване. Съчетанието на тези два подхода може да допринесе не само за по-добро и задълбочено изучаване на феномена болка при пациенти с депресия, но и за идентифициране на изложени на риск лица, с цел прилагане на индивидуализирани терапевтични подходи, насочени към възстановяване на функционирането въпреки болката.

## I. МЕТОДОЛОГИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

### 1. Цел и задачи на изследването

Целта на настоящото проучване е да се изследва влиянието на тежестта на депресията и тревожността (личностна и ситуативна) върху интензивността на болката и тяхното влияние върху спецификата и динамиката на болковите симптоми и преживявания при коморбидни пациенти с хронична болка и депресия. Идентифицираните взаимовръзки и причинно-следствени отношения между ключовите показатели и преживяванията ще очертаят модел за изследване с потенциално практическо приложение в клиничната работа.

Изпълнението на заявената цел провокира решаването на следните изследователски задачи:

1. Да се изследва степента на влияние на тежестта на депресията и тревожността (личностна и ситуативна) върху интензивността на болката, като се потърсят корелации и причинно-следствени отношения между основните групи показатели.
2. Да се анализират и обобщят специфичните преживявания, асоциирани с болката, при пациенти с хронична болка и депресия.
3. Да се изследва динамиката на преживяванията, асоциирани с болката, и влиянието им от тежестта на депресията.
4. Да се изследват влиянието на депресията върху начина на възприемане на ситуацията по време на болка и характеристиките на болката (честота и описание на усещането на болката).
5. Да се концептуализира модел за изследване на коморбидни пациенти с хронична болка и депресия.

### 2. Хипотези

- 2.1. Предполагат се корелативни връзки между тежестта на депресията, ситуативната тревожност, личностната тревожност и интензивността на болката.
- 2.2. Предполага се, че тежестта на депресията, ситуативната тревожност и личностната тревожност имат различна степен на влияние върху интензивността на болката.
- 2.3. Предполага се, че депресията влияе върху изявата на специфични преживявания, асоциирани с болката и върху начина на възприемане на ситуацията по време на болка при пациенти с хронична болка.
- 2.4. Предполага се, че промяната в тежестта на депресията динамично трансформира асоциираните с болката преживявания и начина на възприемане на ситуацията по време на болка.



### 3. Методи

Проучването е одобрено от Комисията по етика на научните изследвания при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна с Протокол/Решение № 85/26.07.2019 г. Всички участници са запознати с процедурите и са подписали формуляр за информирано съгласие.

Данните, необходими за целите на проучването, са събрани следвайки описаната последователност на предвидените компоненти на изследването.

#### 3.1. Методи за събиране на данни

##### 3.1.1. Работна карта

Работната карта обхваща събиране на информация относно:

- демографски показатели: възраст, пол, семейно положение, образование, етнос, трудова заетост, трудоспособност;
- локализация, давност, диагностична категория на хроничната болка и регулярност на провежданото лечение на болката;
- соматична коморбидност и провеждано лечение;
- психична коморбидност – диагностична категория, давност на заболяването и провеждано лечение;
- рискови фактори – тютюнопушене, консумация на алкохол и наднормено тегло.

##### 3.1.2. Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-17)

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-17) е широко използвана скала за определяне тежестта на депресивните симптоми. Изследването се провежда под формата на интервю с пациента. Девет от симптомите (депресивно настроение, чувство на вина, суицид, забавеност, активност и трудова дейност, ажитираност, психична тревожност, соматична тревожност, хипохондричност) се оценяват от 0 до 4. Други осем симптоми /разстройства при заспиване, разстройства в непрекъснатостта на съня, ранно събуждане, гастроинтестинални соматични симптоми, генитални симптоми, общи соматични симптоми, загуба на тегло, съзнание за болест/ - от 0 до 2. Сборът варира от 0 до 52 точки. При сбор от 0 до 7 липсва депресия; от 8 до 16 депресията се счита за лека; от 17 до 23 – за умерена; и над 24 – за тежка депресия.

##### 3.1.3. Mini-Mental State Examination (MMSE)

Скринингов тест за бърза количествена оценка на общото когнитивно функциониране валидизиран на български от М. Райчева и съавт. (2013 г.). Съдържа 30 въпроси и задачи относно: ориентация за време и място /10 точки/; регистрация на 3 думи /3 точки/; внимание и калкулация /5 точки/; възпроизвеждане на трите думи / 3

точки/; езикови способности / 8 точки/ и копиране /1 точка/. Максималният сбор е 30 точки. Резултат от 25 до 20 т. се определя като леко когнитивно снижение; от 19 до 11 точки – умерено когнитивно снижение и под 10 точки – тежко когнитивно снижение. Тя е значително показателна в началните стадии на когнитивния дефицит при пациенти с деменция.

#### 3.1.4. Въпросник за оценка на тревожността на Ч. Спилбъргър (STAI)

STAI (State – Trait Anxiety Inventory) е самооценъчен въпросник с широко приложение. Използва се в клиничната практика и за изследователски цели. Адаптиран е за български условия от Д. Щетински и И. Паспаланов. Въпросникът се състои от две отделни скали:

- Скала (S) за ситуативна тревожност (STAI – форма Y1) – съдържа 20 твърдения и оценява как респондерът се „чувства в този момент“. S – скалата оценява емоционалното състояние и определена съвкупност от емоционални реакции, които възникват у индивида при възприемане на дадена ситуация като заплашваща го, независимо от обективната реалност. Характеризират се с лоши предчувствия, чувство за опасност, напрежение, нервност и безпокойство. Изследваните оценяват двадесетте твърдения, като описват интензивността на усещанията си в следната градация:
  1. Съвсем не
  2. В известна степен
  3. В значителна степен
  4. Напълно

Десет от твърденията се точкуват право, а останалите – обратно, чрез рекодиране. Суровият бал варира от 20 до 80 точки в посока увеличаване на тревожността.

- Скала (T) за оценка на тревожността като личностна предиспозиция (STAI – форма Y2) обхваща 20 твърдения, които оценяват как изследваното лице се „чувства изобщо“. Инструкцията на T – скалата изисква от изследваното лице да опише как изобщо се чувства, чрез оценка на честотата на своите доминиращи състояния по четиристепенна скала (ликертов тип):
  1. Почти никога
  2. Понякога
  3. Често
  4. Почти винаги

При тази скала 11 твърдения се точкуват право, а останалите девет се рекодират. Суровият бал варира от 20 до 80 точки в посока увеличаването на личностната тревожност.

#### 3.1.5. Визуално аналогова скала за количествено определяне на болката (VAS)

Визуално аналоговата скала представлява 10 – сантиметрова хоризонтална права с очертание само на началото и края на скалата. В началото на скалата липсва болка, а в

края – възможно най-силната болка, която може да си представи човек. Изследваното лице отбелязва своето усещане за болка, а изследващият измерва разстоянието от началото на скалата в сантиметри или милиметри. По този начин се дава цифров израз на интензивността на болката по време на изследването.

### 3.1.6. Полуструктурирано интервю за изследване на болкови симптоми и преживявания

Интервюто съдържа отворени и затворени въпроси относно болковите симптоми и преживявания:

- отворен въпрос относно същността на болката като преживяване;
- отворен въпрос с преживяванията по време на болка;
- отворен въпрос отнасящ се до промяната в начина на живот вследствие на хроничната болка;
- отворен въпрос свързан с описание на болката
- затворен въпрос свързани с честота на болката;
- затворен въпрос относно начина на възприемане на ситуацията по време на болка, който е с възможност за множествен избор на отговори.

Отворените въпроси са зададени за да се стимулират изследваните лица за свободно описание на преживяванията свързани с болката. Затворените въпроси са за концептуално отграничаване от типовете болка и ситуациите, в които изследваните попадат.

### 3.2. Методи за анализ на данните

- Дескриптивна (описателна) статистика;
- Корелационен анализ;
- Регресионен анализ;
- Т-тест на Стюдънт за откриване на разлики в средните стойности между променливите в различните измервания;
- Оценка на надеждността и валидността на самооценъчните методики;
- Контент анализ.

Статистическата обработка на резултатите е осъществена със статистически пакет програми „SPSS – 22 - form for expert science“.

## 4. Описание на извадката

За период от една година (от месец август 2019 г. до месец юли 2020 г.) са изследвани общо 120 лица с хронична немалигнена болка с различен произход. Обхванати са две групи участници на възраст между 24 и 75 години. Първата група включва 61 пациенти с хронична болка и депресия, а втората група (контролна група) – 59 лица с хронична болка и без клинични данни за депресия.

Подборът на участниците бе извършен според заложените критерии за включване и изключване в изследването.

#### 4.1. Критерии за включване в изследването:

- 4.1.1. Пациенти с хронична немалигнена болка и депресия с продължителност на болковата симптоматика повече от три месеца и диагностицирани с депресивен епизод според критериите на МКБ – 10;
- 4.1.2. Лица без клинични данни за депресия и с хронична немалигнена болка – контролна група;
- 4.1.3. Подписано информирано съгласие за участие в изследването.

#### 4.2. Критерии за изключване от изследването:

- 4.2.1. Пациенти под 18 годишна възраст;
- 4.2.2. Пациенти над 75 годишна възраст;
- 4.2.3. Бременни жени;
- 4.2.4. Пациенти с хронична болка от малигнен произход;
- 4.2.5. Пациенти между 65 и 75 годишна възраст с данни за когнитивен дефицит – оценка под 25 точки от изследването със скрининговата скала MMSE.

Участвалите в изследването лица с хронична болка са рандомизирани на случаен принцип. Част от тях са провели стационарно лечение в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна в следните клиники: психиатрични клиники, първа и втора клиника по нервни болести, клиника по ревматология.

#### 5. Организация и провеждане на изследването

Изследването преминава в два етапа за двете групи изследвани лица.

През първия етап лицата се изследват посредством използване на следните методики:

1. Попълване на работна карта с демографски данни, психична и соматична коморбидност, провеждано лечение, вид и локализация на хроничната болка и рискови фактори. За попълването на работната карта се използва както информация споделена от изследваните лица, така и информация съдържаща се в предоставената от тях медицинска документация.
2. Определяне на когнитивния дефицит посредством скрининговата скала MMSE за пациентите между 65 и 75 годишна възраст. За тази група пациенти изследването продължава при общ сбор на точките по скалата над 25.
3. Оценка на тежестта на депресивните симптоми чрез HAM-D-17.
4. Попълване на въпросника на Ч. Спилбъргър за оценка на тревожността. Попълват се и двете скали на въпросника: Скала (S) за ситуативна тревожност (STAI – форма Y1) и скала (T) за оценка на тревожността като личностна предиспозиция (STAI – форма Y2).
5. Количествено определяне на интензивността на болката, чрез визуално аналогова скала (VAS).
6. Извършване на полуструктурирано клинично интервю за изследване на болкови симптоми и преживявания. На изследваните лица се задават отворени въпроси

относно преживяванията на болка, чувства по време на болка, промяната начина на живот вследствие на болката, описание и давност на болката, които се записват подробно в свободен текст. Относно затворените въпроси се отбелязва съответния отговор посочен от участника.

Вторият етап от изследването се провежда три месеца след първия. Изследват се и двете групи пациенти. През този етап се използват следните методики:

1. Попълване на работна карта в случай на промяна в някои от заложените в нея данни.
2. Изследване тежестта на депресивните симптоми посредством HAM-D-17.
3. Попълване на въпросника за оценка на тревожността на Ч. Спилбъргър (STAI – форма Y1) т.е. само скалата за ситуативна тревожност. Тревожността като личностна черта (личностна тревожност) се приема, че не търпи промяна.
4. Количествено определяне на интензивността на болката, чрез визуално аналогова скала (VAS).
5. Провеждане на полуструктурирано клинично интервю за изследване на болкови симптоми и преживявания.
6. Ограничения и рамки на изследването

Изследването има ограничения по отношение на времевия период на провеждането му и характеристиките на изследваната извадка.

Инструменталната част на изследването е осъществена в рамките на една година. Общият брой на изследваните лица е 120. Всички участници са предварително запознати с процедурите на изследването и са подписали информирано съгласие за участие. Извадката е получена на базата на рандомизация и случаен принцип. Изследваните лица са от гр. Варна и Варненска област. По отношение на етническата принадлежност извадката не е балансирана спрямо основната популация. Всички тези ограничения са взети в предвид при анализа на резултатите. Изследването не претендира за епидемиологичност в сферата на търсената проблематика, а се ориентира към търсене на специфичното и доминиращото като преживявания по отношение на хроничната болка.

Изследването е проведено в два етапа и с едни и същи изследвани лица. Основна му цел е конструиране на модел за изследване и проследяване на коморбидни пациенти с хронична болка и депресия. То има концептуален характер и прави опит за създаване на дизайн на изследване на проблематиката.

Резултатите за двата етапа на изследването не се отнасят извън конкретния момент (ситуация).

Перспективите към подобен род изследвания могат да се ориентират към увеличаване броя на извадката и търсене влиянието на други латентни променливи, които биха имали отношение към проблема.

## II. РЕЗУЛТАТИ

### 1. Описателни методи.

#### 1.1. Разпределение на изследваните лица по възраст

Изследвани са общо 120 лица с хронична болка на минимална възраст до 24 години и максимална – до 76 години. Средната възраст на участниците е 51,9083 при стандартно отклонение 11,94244. В таблица 1 е представено разпределението по възраст в групата с депресия (n = 61). Видно е, че средната възраст на групата с депресия (55,6066) не се отличава значително от тази на общата група (табл. 1).

**Таблица 1**

#### Разпределение по възраст в групата с депресия

Брой (N)	61
Средно	55,6066
Стандартно отклонение	10,90608

#### 1.2. Разпределение на изследваните лица по пол

Разпределението по пол в общата група (n=120) е неравномерно. Преобладаващ е броят на изследваните жени – 98 (81,7%), спрямо този на мъжете – 22 (18,3%). Подобни са резултатите от разпределението по пол в групата с хронична болка и депресия (n = 61) (табл. 2).

**Таблица 2**

#### Разпределение по пол в групата с депресия

Пол	Честота (N)	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Мъже	5	8,2	8,2	8,2
Жени	56	91,8	91,8	91,8
Общо	61	100,0	100,0	100,0

#### 1.3. Разпределение на изследваните лица по семейно положение

От изследваните 120 лица, 60 са семейни, 21 са несемейни, 23 са вдовци, а 16 са разведени. Това разпределение позволява да се обособят две сравнително еквивалентни по брой групи – семейни (50%) и група, обхващаща лицата, които по някаква причина нямат семейство (50%).

Разпределението по семейно положение на групата с депресия е показано на таблица 3. Видно е, че е то близко до това на общата извадка и дава възможност за сравнения между две групи лица – семейни (44,3%) и без семейство (55,7%).

**Таблица 3**

**Разпределение по семейно положение в групата с депресия**

<b>Семейно положение</b>	<b>Честота (N)</b>	<b>Процент (%)</b>
Семейни	27	44,3
Без семейство	34	55,7

**1.4. Разпределение на изследваните лица по етническа принадлежност**

Общо 100 от изследваните лица са посочили, че принадлежат към българския етнос, а 17 – към турския етнос. Само двама се определят като принадлежащи към ромския етнос и един – към руския. Извадката не е балансирана по етническа принадлежност. Основните изводи ще се отнасят за българския етнос.

**1.5. Разпределение на изследваните лица по образование**

В общата извадка, 69 от изследваните лица имат завършено висше образование, 27 са със завършено средно образование и 20 са с основно образование. Лицата с начално образование и без образование са съответно по двама. Отново се обособяват две сравнително еквивалентни групи – на лица с досредно образование (51) и на лица с висше образование (69). Следвайки предложението дихотомен принцип, групата с депресия се разделя на две групи с висше образование (n=21) и без висше образование (n=40) (табл.4).

**Таблица 4**

**Разпределение по образование в групата с депресия**

<b>Образование</b>	<b>Честота (N)</b>	<b>Процент (%)</b>
С висше образование	21	34,4
Без висше образование	40	65,6

**1.6. Разпределение на изследваните лица според давността на хроничната болка**

Минималната продължителност на хроничната болка в общата извадка (n = 120) е 3 месеца, а максималната – 456 месеца. Средната продължителност на хроничната болка

е 109,0417, а стандартното отклонение – 106,90736. По този начин резултатите са значително разпръснати от средната.

Разпределението по давност на хроничната болка в групата с депресия е представено на таблица 5. Вижда се, че стандартното отклонение е по-голямо от средната 147,42299, което показва по-голямото разсейване на данните.

**Таблица 5**

**Разпределение по давност на хроничната болка в групата с депресия в месеци**

Брой (N)	61
Средно	111,3770
Стандартно отклонение	147,42299

#### 1.7. Разпределение на изследваните лица според броя диагностични категории на хроничната болка

По време на изследването са обхванати седем диагностични категории: хронично главоболие, хронична невропатна болка, хронична висцерална болка, хронична мускулно-скелетна болка, хронична постоперативна болка, хронична посттравматична болка и друга болка. Към последната се отнасят всички случаи на хронична болка, при които не е открита органична причина за болката (дисфункционална болка). В общата група (n=120), 80 от изследваните лица, са с хронична болка, отнасяща се към една диагностична категория, 33 от тях са с болки свързани с две диагностични категории, а 7 – с три диагностични категории.

Разпределението на групата с депресия според броя на диагностичните категории е представено в таблица 6. Видно е, че 32 пациенти са с хронична болка към една диагностична категория, а 29 пациенти към повече от една.

**Таблица 6**

**Разпределение по брой диагностични категории на хронична болка в групата с депресия**

Брой диагностични категории	Честота (N)	Процент (%)
1	32	52,5
2	23	37,7
3	6	9,8



#### 1.8. Разпределение на изследваната извадка според регулярността на провежданото медикаментозно лечение на болката

В зависимост от това дали изследваните лица провеждат редовно медикаментозно лечение на хроничната болка, се оформят две групи: лица, които редовно провеждат лечение и лица, които приемат медикаменти само по време на болка. В цялата извадка 30% от изследваните лица провеждат редовно поддържащо лечение на болката, а 70% приемат медикаментозно лечение само по време на болка. Подобни са резултатите и за групата с депресия – 63,93% приемат медикаменти само по време на болка, а 36,07% са на поддържащо медикаментозно лечение (табл.7).

**Таблица 7**

#### **Разпределение според регулярността на провежданото медикаментозно лечение на болката в групата с депресия**

<b>Медикаментозно лечение на болката</b>	<b>Честота (N)</b>	<b>Процент (%)</b>
Провежда редовно лечение	22	36,07
Провежда лечение само по време на болка	39	63,93

#### 1.9. Разпределение на изследваната извадка според давността на депресията

Оценката на психическото състояние е направена според критериите за депресивен епизод на МКБ – 10. За депресивен епизод се счита този с продължителност на депресивните симптоми повече от две седмици. Така общата група се разделя на две еквивалентни групи. Пациентите с депресия са 61 или 50,8% от общата извадка. Лицата без клинични данни за депресивен епизод са 59 или 49,2% от извадката. Разпределението на групата с депресия (n=61) по давност на депресията е неравномерно.

#### 1.10. Разпределение на изследваната извадка според провеждане на поддържащо лечение с антидепресанти

Разпределението на общата група според провеждано лечение с антидепресанти е представено в таблица 8. Лицата с хронична болка, които не са провеждали лечение с антидепресанти към момента на изследването и в миналото, са 64. Лицата, които в миналото са провеждали лечение с антидепресанти и по някаква причина са го преустановили са 11. Лицата, които приемат редовно поддържаща терапия с антидепресивна, са 45. Следователно значителна част от лицата в общата извадка провеждат лечение с антидепресант. Данните сочат и за лица, които са с депресивен епизод, за който не провеждат лечение (табл.8).

Таблица 8

**Разпределение на общата група според провеждането на лечение с антидепресанти**

<b>Лечение с антидепресанти</b>	<b>Честота (N)</b>	<b>Процент (%)</b>
Без лечение	64	53,3
Провеждат лечение с антидепресанти	45	37,5
Преустановено лечение с антидепресанти	11	9,2

1.11. Разпределение на изследваната извадка според тежестта на депресивните симптоми оценени по скалата на Hamilton (HAM-D-17)

Скалата е проведена успешно при всички лица с хронична болка по време на първия етап от изследването. Обобщените резултати сочат, че 59 от лицата с хронична болка, оценени с HAM-D-17 са с общ бал до 7 точки т. е. без данни за депресия. Останалите 61 лица са с общ бал над 8 точки по скалата HAM-D-17 и давността на депресивните симптоми е повече от две седмици. Същото разпределение се запазва и на втория етап от изследването.

Средните стойности на оценката по скалата HAM-D – 17 по групи за двата етапа от изследването, са показани в таблица 9.

Таблица 9

**Тежест на депресията по групи за двата етапа от изследването**

<b>Група</b>	<b>Без депресия (n=59)</b>		<b>С депресия (n=61)</b>	
	<b>I етап</b>	<b>II етап</b>	<b>I етап</b>	<b>II етап</b>
Средно	3,5424	3,8814	16,1475	13,3607
Стандартно отклонение	1,77455	2,82894	5,86753	6,95948

Видно е, че в групата без депресия има незначително повишаване средната стойност на оценката по HAM-D – 17, докато в групата с депресия тя се понижава значително – от 16,1475 на 13,3607 (табл. 9).

Разпределението на лицата с депресия според тежестта на депресивните симптоми на двата етапа от изследването е представено в таблица 10. Видно е, че на първия етап лицата с лека депресия са 54,2%, докато лицата с умерена и тежка депресия са съответно 37,8% и 8%. На втория етап се увеличават пациентите с лека депресия (62,4%) и намаляват пациентите с умерена (31,1%) и тежка депресия (6,5%) (табл. 10).

**Таблица 10**

**Разпределение на лицата в групата с депресия според тежестта на депресията**

Етап	I етап	II етап
Лека депресия (8 т. – 16 т.)	54,2%	62,4%
Умерена депресия (17 т. – 23 т.)	37,8%	31,1%
Тежка депресия (над 24 т.)	8%	6,5%

1.12. Разпределение на изследваната извадка според оценките по скалата (S) за ситуативна тревожност (STAI – форма Y1) и скала (T) за личностна тревожност (STAI – форма Y2) от въпросника на Spielberger

Скалата (S) за ситуативна тревожност на Spielberger е проведена успешно по време на първия и втория етап от изследването. В таблица 11 са представени средните стойности на ситуативната тревожност по групи за двата етапа от изследването. Вижда се, че и при двете групи се отчита понижение на ситуативната тревожност на втория етап от изследването.

**Таблица 11**

**Ситуативна тревожност по групи в двата етапа на изследването**

Група	Без депресия (n=59)		С депресия (n=61)	
	I етап	II етап	I етап	II етап
Средно	36,3559	35,4407	50,1475	49,2295
Стандартно отклонение	8,88967	8,37334	13,89944	16,03475

В таблица 12 е представено разпределението по групи според степента на ситуативната тревожност на двата етапа от изследването.

**Таблица 12**

**Степен на ситуативна тревожност по групи в двата етапа на изследването**

Група	Без депресия (n=59)		С депресия (n=61)	
	I етап	II етап	I етап	II етап
Лека степен (до 30 т.)	27,2%	39%	8,2%	6,4%
Умерена степен (31т. – 44 т.)	62,6%	52,5%	27,8%	31,1%
Висока степен (над 45 т.)	10,2%	8,5%	64%	62,5%

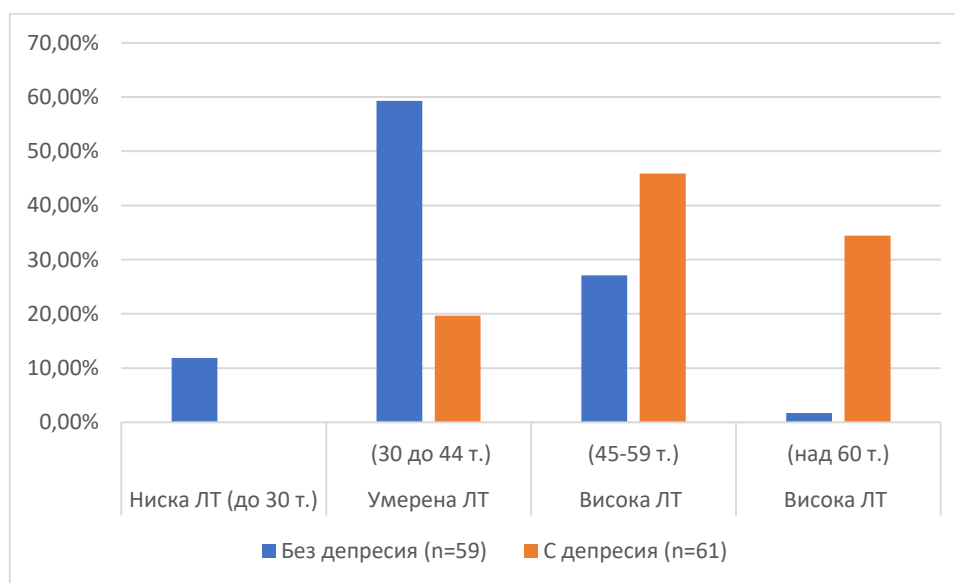
Видно е, че на първия етап в групата без депресия преобладават лицата с умерена, спрямо тези с висока и ниска степен на ситуативна тревожност. В групата с депресия преобладават пациентите с висока, спрямо тези с умерена и ниска ситуативна тревожност. Тази тенденция по групи се запазва на втория етап от изследването.

Скалата (Т) за оценка на личностната тревожност на Spielberger (STAI – форма Y2) е извършена успешно през първия етап от изследването. Тя не се прилага през втория етап, тъй като се предполага, че тревожността като личностна характеристика не търпи промяна. Разпределението по групи според степента на личностната тревожност е представено на таблица 13 и фигура 1.

**Таблица 13**

**Степен на личностна тревожност (ЛТ) по групи**

Степен на ЛТ	Ниска ЛТ (до 30 т.)		Умерена ЛТ (30 – 44 т.)		Висока ЛТ (45 – 59 т.)		Висока ЛТ (над 60 т.)	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
Без депресия (n=59)	7	11,87%	35	59,32%	16	27,11%	1	1,70%
С депресия (n=61)	0		12	19,67%	28	45,91%	21	34,42%



**Фиг. 1. Степен на личностна тревожност (ЛТ) по групи**

Видно е, че лицата в двете групи съществено се различават по степента на личностната тревожност. В групата без депресия значителна част от лицата са с умерена личностна тревожност 59,32%, спрямо лицата с ниска (11,87%) и висока (28,81%). В

групата с депресия лицата с висока личностна тревожност са 80,33%, а останалите 19,67% са с умерена личностна тревожност (табл. 13).

### 1.13. Разпределение на изследваните лица според интензивността на болката оценена чрез VAS

В таблица 14 са представени резултатите на средните стойности на интензивността на болката по групи в двата етапа на изследването. Видно е, че и в двете групи средната стойност на интензивността на болката намалява на втория етап от изследването. За лицата без депресия, тя намалява от 3,8475 на 3,1695, а за групата с депресия от 5,7705 – на 5,2623 (табл. 14).

**Таблица 14**

#### **Интензивност на болката по групи в двата етапа от изследването**

Група	Без депресия (n=59)		С депресия (n=61)	
	I етап	II етап	I етап	II етап
Средно	3,8475	3,1695	5,7705	5,2623
Стандартно отклонение	1,95478	2,16678	2,73492	2,58135

В таблица 15 е показано разпределението на изследваните лица по групи според интензивността на болката.

**Таблица 15**

#### **Разпределение на изследваните лица по интензивност на болката**

Група	Без депресия				С депресия			
	Честота (N)		Процент (%)		Честота (N)		Процент(%)	
Етап	I етап	II етап	I етап	II етап	I етап	II етап	I етап	II етап
,00	6	12	10,2	20,3	3	2	4,9	3,3
1,00	2	4	3,4	6,8	2	0	3,3	0
2,00	2	7	3,4	11,9	2	2	3,3	3,3
3,00	11	15	18,6	25,4	2	7	3,3	11,5
4,00	19	7	32,2	11,9	9	13	14,8	21,3
5,00	12	8	20,3	13,6	15	10	24,6	16,4
6,00	3	4	5,1	6,8	2	6	3,3	9,8
7,00	1	0	1,7	0	6	3	9,8	4,9
8,00	3	0	5,1	0	9	14	14,8	23,0
9,00		1		1,7	4	2	6,6	3,3
10,00		1		1,7	7	2	11,5	3,3
Общо	59	59	100,0	100,0	61	61	100,0	100,0

Видно е, че на втори етап от изследването в групата без депресия значително намалява делът на лицата, които оценяват болката с 4 и 5, а се увеличава на лицата, оценили болката си с 2 и 3. В групата с депресия намаляват пациентите, които са оценили болката с 5, 7, 9 и 10, а се увеличават тези с 3, 4, 6, 8 (табл. 15).

## 2. Надеждност на скалите използвани в изследването

Изчислен е коефициентът за надеждност на използваните методики алфа на Кронбах (Cronbach's alpha). Коефициентът не е изчислен за HAM-D – 17, тъй като не предполага нормално разпределение. От таблица 16 е видно, че скалите, използвани по време на двата етапа от изследването, са с висок коефициент за надеждност.

**Таблица 16**

### **Стойност на Cronbach's alpha на използваните скали за оценка по време на първия и втория етап от изследването**

<b>Алфа на Кронбах (Cronbach's alpha)</b>	<b>Скали</b>
Скала (S) за ситуативна тревожност – първи етап	0,845
Скала (S) за ситуативна тревожност – втори етап	0,833
Скала (T) за личностна тревожност	0,839
ВАС – първи етап	0,807
ВАС – втори етап	0,802

## 3. Корелационен анализ

С оглед търсене на корелации между основните показатели, изследвани в рамките на проучването, а именно – резултатите от скалите VAS, HAM-D-17, STAI – Y1 и STAI – Y2, е извършен корелационен анализ на Pearson.

### 3.1. Корелационен анализ в общата група

В таблица 17 са показани корелациите между скалите в общата група на първия етап от изследването. Налице са значими корелации между всички величини:

- между тежест на депресия и личностна тревожност (най-висока);
- между тежест на депресия и ситуативната тревожност;
- между личностна и ситуативна тревожност;
- между интензивност на болката и ситуативната тревожност (табл. 17).

Таблица 17

## Корелационен анализ на скалите в общата група – първи етап

Корелации	Интензивност на болката	Тежест на депресия	Ситуативна тревожност	Личностна тревожност
Интензивност на болката	1	,528**	,542**	,364**
Тежест на депресия	,528**	1	,594**	,648**
Ситуативна тревожност	,542**	,594**	1	,592**
Личностна тревожност	,364**	,648**	,592**	1

Забележка: Показани са значимите корелации:

\*\* - значими на ниво  $p < 0.01$ ; \* - значими на ниво  $p < 0.05$ .

На втория етап от изследването от корелационния анализ отпада личностната тревожност, защото е устойчива във времето характеристика и се проявява като константна величина. Резултатите от анализа са представени в таблица 18. Видно е, че свързаността между скалите е много по-висока сравнено с тази за първия етап от изследването. Налице са значими корелации между:

- между тежест на депресия и ситуативната тревожност;
- между тежест на депресия и интензивност на болката;
- между интензивност на болката и ситуативна тревожност (табл. 18).

Таблица 18

## Корелационен анализ на скалите в общата група – втори етап

Корелации	Интензивност на болката	Тежест на депресия	Ситуативна тревожност
Интензивност на болката	1	,609**	,543**
Тежест на депресия	,609**	1	,782**
Ситуативна тревожност	,543**	,782**	1

Забележка: Показани са значимите корелации:

\*\* - значими на ниво  $p < 0.01$ ; \* - значими на ниво  $p < 0.05$ .

### 3.2. Корелационен анализ в групата с хронична болка без депресия

Корелационният анализ на скалите в групата без депресия от първия и втория етап от изследването са показани съответно в таблица 19 и таблица 20.

**Таблица 19**

**Корелационен анализ на скалите в групата без депресия – първи етап**

Корелации	Интензивност на болката	Тежест на депресия	Ситуативна тревожност	Личностна тревожност
Интензивност на болката	1	-,050	,322*	-,153
Тежест на депресия	-,050	1	,182	,264*
Ситуативна тревожност	,322*	,182	1	,204
Личностна тревожност	-,153	,264*	,204	1

Забележка: Показани са значимите корелации:

\*\* - значими на ниво  $p < 0.01$ ; \* - значими на ниво  $p < 0.05$ .

**Таблица 20**

**Корелационен анализ на скалите в групата без депресия – втори етап**

Корелации	Интензивност на болката	Тежест на депресия	Ситуативна тревожност
Интензивност на болката	1	,256*	,114
Тежест на депресия	,256*	1	,587**
Ситуативна тревожност	,114	,587**	1

Забележка: Показани са значимите корелации:

\*\* - значими на ниво  $p < 0.01$ ; \* - значими на ниво  $p < 0.05$ .

За първия етап от изследването в групата без депресия, скалите са незначимо свързани по между си (табл.19) Тази тенденция се запазва и за втория етап от изследването, с изключение на идентифицираната свързаност между скалата за депресия



НАМ-D и скалата за ситуативната тревожност, но поради непотвърдена свързаност в началото, отдаваме този фактор на случайност (табл. 20).

### 3.3. Корелационен анализ в групата с хронична болка и депресия

Корелационният анализ на скалите в групата с депресия се отличава значително от този, отнасящ се за групата без депресия. За първия етап от изследването в групата с депресия са налице значими корелации между всички величини:

- между тежест на депресия и интензивност на болката (най-висока);
- между ситуативна и личностна тревожност;
- между интензивност на болката и ситуативна тревожност;
- между тежест на депресия и личностна тревожност;
- между тежест на депресия и ситуативна тревожност (табл. 21).

**Таблица 21**

#### **Корелационен анализ на скалите в групата с депресия – първи етап**

Корелации	Интензивност на болката	Тежест на депресия	Ситуативна тревожност	Личностна тревожност
Интензивност на болката	1	,538**	,491**	,356**
Тежест на депресия	,538**	1	,405**	,416**
Ситуативна тревожност	,491**	,405**	1	,516**
Личностна тревожност	,356**	,416**	,516**	1

Забележка: Показани са значимите корелации:

\*\* - значими на ниво  $p < 0.01$ ; \* - значими на ниво  $p < 0.05$ .

За втория етап от изследването в групата с депресия отново са налице значими корелации между всички величини:

- между тежест на депресия и ситуативна тревожност (най-висока);
- между тежест на депресия и интензивност на болката;
- между интензивност на болката и ситуативна тревожност (табл. 22).

Таблица 22

## Корелационен анализ на скалите в групата с депресия – втори етап

Корелации	Интензивност на болката	Тежест на депресия	Ситуативна тревожност
Интензивност на болката	1	,612**	,588**
Тежест на депресия	,612**	1	,738**
Ситуативна тревожност	,588**	,738**	1

Забележка: Показани са значимите корелации:

\*\* - значими на ниво  $p < 0.01$ ; \* - значими на ниво  $p < 0.05$ .

#### 4. Т – тест за сравнение на средните в групите

С оглед търсене на степен на различие между основните показатели (резултатите от използваните скали VAS, HAM-D-17, STAI – Y1 и STAI – Y2), изследвани в двата етапа от проучаването, е извършен Т – тест. Показателят личностна тревожност се оценява само в първият етап от изследването и по тази причина не е включен в Т – теста.

##### 4.1. Т – тест на показателите в общата група

При провеждане на Т – теста, средните стойности на резултатите от използваните скали в общата група с хронична болка ( $n=120$ ), разкриват съществени различия между стойностите на тежестта на депресията оценена чрез HAM-D-17 по време на двата етапа от изследването (HAM-D1 и HAM-D2) и между стойностите на интензивността на болката оценена чрез VAS също през двата етапа на изследването (VAS1 и VAS2). Подобна тенденция не се наблюдава за ситуативната тревожност измерена чрез STAI – Y1 през първия и втория етап от изследването (табл. 23).

Корелационните отношения, показващи степента на свързаност на величините за двата етапа на изследването за цялата извадка ( $n=120$ ), са представени в таблица 24. Всички двойки показатели имат висока степен на свързаност.

Таблица 23

## Описателна статистика при провеждане на Т-теста за общата група

	Средно	Брой (N)	Стандартно отклонение	Ср.стандартна грешка
HAM-D1	9,9500	120	7,67715	,70082
HAM-D2	8,7000	120	7,13919	,65172
ST1	43,3667	120	13,55966	1,23782
ST2	42,4500	120	14,55090	1,32831
VAS1	4,8250	120	2,56237	,23391
VAS2	4,2333	120	2,59843	,23720

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST2 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап.

Таблица 24

## Взаимовръзки между скалите в Т – теста за общата група

	Брой (N)	Коеф. на корелация (r)	Степен на значимост (p)
HAM-D1 & HAM-D2	120	,764	,000
ST1 & ST2	120	,715	,000
VAS1 & VAS2	120	,585	,000

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST2 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап.

Резултатите от Т – теста за степен на тежест и значимост на различията между показателите в общата група са представени в таблица 25. Наблюдават се статистически значими различия в резултатите на показателите тежест на депресия и интензивност на болката. При сравняване на двата показателя, по-значимо е различието при показателя интензивност на болката ( $t=2,758$ ,  $p=,007$ ) (табл. 25).

Таблица 25

Т – тест – степен на тежест и значимост на различията между скалите за общата група

	Сравнение по двойки					Степен на тежест (t)	df	Степен на значимост (p)
	Средно	Станд. отклонение	Средна станд. грешка	95% доверителен интервал на различие				
				Нисък	Висок			
HAM-D1 – HAM-D2	1,25000	5,11260	,46671	,32586	2,17414	2,678	119	,008
ST1 – ST2	,91667	10,64838	,97206	-1,00811	2,84144	,943	119	,348
VAS1 – VAS2	,59167	2,34967	,21449	,16695	1,01639	2,758	119	,007

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST2 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап;

#### 4.2. Т – тест на показателите в групата с хронична болка без депресия

Величините, включени в Т – теста за групата без депресия, са представени на таблица 26. Видно е, че по-голяма степен на различие може да се очаква само при показателя интензивност на болката.

Таблица 26

#### Описателна статистика на показателите при провеждане на Т-теста за групата без депресия

	Средно	Брой (N)	Станд. отклонение	Ср. станд. грешка
HAM-D1	3,5424	59	1,77455	,23103
HAM-D2	3,8814	59	2,82894	,36830
ST1	36,3559	59	8,88967	1,15734
ST2	35,4407	59	8,37334	1,09012
VAS1	3,8475	59	1,95478	,25449
VAS2	3,1695	59	2,16678	,28209

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST2 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап;

Корелационните отношения, показващи степента на свързаност между величините в групата без депресия (n=59), са показани на таблица 27. Степените на свързаност между двойките показатели за групата без депресия (табл. 27), не се различават от тези изчислени за цялата извадка (табл. 24).

**Таблица 27**

**Взаимовръзки между скалите в т-теста за групата без депресия**

	Брой (N)	Коеф. на корелация (r)	Степен на значимост (p)
HAM-D1&HAM-D2	59	,693	,000
ST1 & ST2	59	,541	,000
VAS1 & VAS2	59	,328	,011

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап.

Резултатите от Т – теста за степента на тежест и значимост на различията между величините в групата без депресия са представени в таблица 28. Видно е, че най-значимо понижение се отчита при показателя интензивност на болката по време на втория етап от изследването, спрямо първия етап. В тази връзка тежестта на различие (t) е най-висока за показателя интензивност на болката или  $t = 2,174$ , сравнено с това на останалите показатели (табл. 28).

**Таблица 28**

**Т – тест – степен на тежест и значимост на различията между скалите за групата без депресия**

	Сравнение по двойки					Степен на тежест (t)	df	Степен на значимост (p)
	Средно	Станд. отклонение	Средна станд. грешка	95% доверителен интервал на различие				
				Нисък	Висок			
HAM-D1 – HAMD2	-,33898	2,04779	,26660	-,87264	,19467	-1,272	58	,209
ST1 – ST2	,91525	8,28020	1,07799	-1,24258	3,07309	,849	58	,399
VAS1 – VAS2	,67797	2,39569	,31189	,05365	1,30229	2,174	58	,034

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап.

#### 4.3. T – тест на показателите в групата с хронична болка и депресия

Описателната статистика на включените в T – теста показатели е представена в таблица 29. Видно е, че абсолютната стойност на показателя тежест на депресия за първия етап от изследването (HAM-D1) е значително по-висок сравнено с тази за втория етап (HAM-D2) (табл. 29).

**Таблица 29**

#### Описателна статистика на T-теста за групата с депресия

	Средно	Брой (N)	Стандартно отклонение	Ср. стандартна грешка
HAM-D1	16,1475	61	5,86753	,75126
HAM-D2	13,3607	61	6,95948	,89107
ST1	50,1475	61	13,89944	1,77964
ST2	49,2295	61	16,03475	2,05304
VAS1	5,7705	61	2,73492	,35017
VAS2	5,2623	61	2,58135	,33051

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST2 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап.

Корелационните отношения, показващи степента на свързаност между величините през двата етапа на изследването за групата с депресия (n=61), са показани на таблица 30. Отново всички показатели (скали) са с висока степен на свързаност.

**Таблица 30**

#### Взаимовръзки между скалите в T-теста за групата с депресия

	Брой (N)	Коеф. на корелация (r)	Степен на значимост (p)
HAM-D1 & HAM-D2	61	,489	,000
ST1 & ST2	61	,654	,000
VAS1 & VAS2	61	,620	,000

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST2 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап.

Резултатите от T – теста за степента на тежест и значимост на различията между показателите в групата с депресия са представени в таблица 31. Видно е, че тежестта на различие между HAM-D1 и HAM-D2 е най-висок ( $t = 3,323$ ), спрямо тежестта на различие между ST1 и ST2 ( $t = ,569$ ) и VAS1 и VAS2 ( $t = 1,710$ ).

**Таблица 31**

**T – тест – степен на тежест и значимост на различията между скалите за групата с депресия**

	Сравнение по двойки					Степен на тежест (t)	df	Степен на значимост (p)
	Средно	Станд. отклонение	Средна станд. грешка	95% доверителен интервал на различие				
				Нисък	Висок			
HAM-D1-HAM-D2	2,78689	6,55010	,83865	1,10933	4,46444	3,323	60	,002
ST1 – ST2	,91803	12,59404	1,61250	-2,30745	4,14352	,569	60	,571
VAS1 – VAS2	,50820	2,32108	,29718	-,08626	1,10265	1,710	60	,092

Легенда: HAM-D1 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на I-ви етап; HAM-D2 – оценка на тежестта на депресията чрез HAM-D-17 на II-ви етап; ST1 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на I-ви етап; ST2 – оценка на ситуативната тревожност чрез STAI – Y1 на II-ви етап; VAS1 – оценка интензивността на болката чрез VAS на I-ви етап; VAS2 – оценка интензивността на болката чрез VAS на II-ви етап.

## 5. Регресионен анализ

С оглед търсене на причинно-следствени взаимоотношения между изследваните величини – личностна и ситуативна тревожност, тежест на депресивните симптоми и интензивност на болката, е приложен регресионен анализ. Анализът е направен само за групата с хронична болка и депресия поради естеството на заложените цели и задачи в методологията на изследването.

### 5.1. Изследване влиянието на независимите променливи върху зависимата променлива през първия етап от изследването

В анализа участват една зависима и три независими променливи. Зависима променлива е показателят интензивност на болката. Независимите променливи са: личностна тревожност (ЛТ), ситуативна тревожност (СТ) и тежест на депресията (Д) (табл. 32).

Таблица 32

**Видове променливи включени в регресионния анализ на първия етап от изследването**

Независими променливи	Зависима променлива
Личностна тревожност (ЛТ)	Болка
Ситуативна тревожност (СТ)	
Депресия (Д)	

Моделът и резултатите от анализа са представени на табл. 33 и 34.

Изследвано е влиянието на независимите променливи върху зависимата променлива (интензивност на болката) за първия етап от изследването. Резултатите показват:

- Множественият коефициент на корелация между независимите променливи и зависимата (болка) е  $R = ,616$  т. е. близо 60% от вариациите в интензивността на болката през първия етап от изследването биха могли да се обяснят с влиянието на тези три променливи: личностна тревожност, ситуативна тревожност и тежест на депресията.
- Пропорцията на вариацията в зависимата променлива, която се обяснява от независимите променливи е  $R^2 = ,379$ , което е добър резултат.

Таблица 33

**Регресионен анализ: модел за първия етап от изследването**

Модел	R	R <sup>2</sup>	Коригиран R <sup>2</sup>	Стандартна грешка
1	,616 <sup>a</sup>	,379	,347	2,21073

a. Независими променливи: ЛТ, СТ, Д.

b. Зависима променлива: интензивност на болката.

В таблица 34 са представени резултатите за тежестта и степента на влияние на независимите променливи върху зависимата.

По отношение на тежестта на влияние ( $t$ ) на независимите променливи върху зависимата (болката), резултатите показват:

- Депресията има най-голяма тежест на влияние върху болката ( $t = 3,372$ ).



- Ситуативната тревожност е следваща по тежест на влияние върху болката ( $t = 2,513$ ).
- Личностната тревожност е с незначителна тежестта на влияние на върху болката ( $t = -,484$ ).

Аналогични са резултатите за степента на значимост ( $p$ ) на независимите променливи за зависимата:

- Депресията е с най-голяма степен на значимост ( $p = ,001$ ).
- Ситуативната тревожност е следваща променлива по степен на значимост ( $p = ,015$ ).
- Личностната тревожност е с незначителна степен на значимост ( $p = ,630$ ).

**Таблица 34**

**Сила на действие на независимите променливи върху зависимата променлива през първия етап от изследването**

$R^2=.379$	$\beta$ /Стандартизирана Beta/	t	p
ЛТ	0	-,484	,630
СТ	,316	2,513	,015
Д	,399	3,372	,001

5.2. Изследване влиянието на независимите променливи върху зависимата променлива през втория етап от изследването

За целите на анализа отпада личностната тревожност като независима променлива, поради нейната устойчивост във времето. В анализа са включва влиянието на ситуативната тревожност и тежест на депресията върху интензивността на болката (табл. 35).

**Таблица 35**

**Видове променливи включени в регресионния анализ на втория етап от изследването**

Независими променливи	Зависима променлива
Ситуативна тревожност (СТ)	Болка
Депресия (Д)	

Моделът и резултатите са представени на табл. 36 и 37.

Резултатите разкриват:

- Множественият коефициент на корелация между независимите променливи и зависимата (болка) за втория етап от изследването е  $R = ,644$  и спрямо този изчислен за първия етап ( $R = ,616$ ) е с по-добър резултат.
- Пропорцията на вариацията в зависимата променлива, която се обяснява от независимите променливи е  $R^2 = ,415$ , е също добър резултат (табл.36).

**Таблица 36**

**Регресионен анализ: модел за втория етап от изследването**

Модел	R	R <sup>2</sup>	Коригиран R <sup>2</sup>	Стандартна грешка
1	,644 <sup>a</sup>	,415	,395	2,00834

a. Независими променливи: СТ, Д.

b. Зависима променлива: сила на болката.

В таблица 37 са представени резултатите от анализа на силата на действие на независимите променливи (тежест на депресия и ситуативна тревожност) върху зависимата променлива (интензивност на болката) за втория етап от изследването. Резултатите показват:

- Депресията е основна променлива, която влияе върху вариациите на интензивността на болката. Влиянието на депресията върху интензивността на болката е  $t = 2,626$ , а степента на значимост е удовлетворяваща ( $p = ,011$ ).
- Влиянието на ситуативната тревожност върху вариациите на интензивност на болката е по-слабо ( $t = 2,012$ ), а степента на значимост ниска ( $p = ,049$ ) (табл. 37).

**Таблица 37**

**Сила на действие на независимите променливи върху зависимата променлива**

<b>R<sup>2</sup>=,415</b>	<b>β</b> /Стандартизирана <b>Beta/</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>СТ</b>	,299	2,012	,049
<b>Д</b>	,391	2,626	,011

a. Независими променливи: СТ, Д.

b. Зависима променлива: сила на болката.

### 5.3. Изследване влиянието на независимата променлива депресия и зависимата ситуативна тревожност

За изясняване на тези специфични взаимоотношения се наложи отново използването на метода на регресионния анализ при независима променлива депресия (Д) и зависима променлива ситуативна тревожност (СТ) за втория етап от изследването.

В таблици 38 и 39 са показани модела и резултатите от направения регресионен анализ.

**Таблица 38**

#### Регресионен анализ: модел

Модел	R	R <sup>2</sup>	Коригиран R <sup>2</sup>	Стандартна грешка
1	,782 <sup>a</sup>	,612	,608	9,10734

a. Независими променливи: Д.

b. Зависима променлива: СТ.

**Таблица 39**

#### Сила на действие на независимата променлива върху зависимата променлива

R <sup>2</sup> = ,612	β /Нестандартизирана Beta/	Станд. грешка	β /Стандартизирана Beta/	t	p
Д	1,594	,117	,782	13,630	,000

a. Зависима променлива: СТ.

b. Независима променлива: Д.

Резултатите показват, че пропорцията на вариацията на зависимата променлива, която се обяснява от независимите променливи ( $R^2 = ,612$ ) е добър резултат. Следователно има наличие на голяма степен на обусловеност на ситуативната тревожност от депресията (табл.39).

## 6. Контент-анализ

За изследване спецификата и динамиката на преживяванията, свързани с хроничната болка при пациенти с депресия, се използва контент-анализ. Той се отнася към качествените изследователски методи за анализ на информацията. Същността на тази изследователска методика е изучаването на съдържанието на документи (текстове, аудиозаписи, видеозаписи, произведения на изкуството и др.) посредством систематично фиксиране на определени единици и категории за анализ. На тази основа се правят заключения не само за тяхното явно съдържание, а и за подлежащите психични състояния, които ги детерминират. Предмет на анализа е честотата на появяване в текста на определена единица (количествен контент-анализ) и нейният смисъл, асоцииран в текста (качествен контент-анализ). Смесови единици са отделни думи от текста или словосъчетания.

В настоящото изследване е направен контент-анализ на съдържанието на отговорите от отворените въпроси в полуструктурираното интервю по време на първия и втория етап от изследването. Анализът обхваща четири нива: 1) същност на болката като преживяване; 2) преживявания по време на болка; 3) преживявания асоциирани промяна начина на живот следствие на хроничната болка; 4) описание на болката.

Общото за цялата група е наличието на хронична болка, а различието – депресия. По този начин сравнителният анализ на преживяванията между двете групи с и без депресия, позволява определянето на специфичните преживяванията на болка при пациентите с депресия. Динамиката на преживяванията се изследва посредством сравнение на честотата и специфичността на преживяванията, регистрирани по време на първия и втори етап от изследването.

За целите на контент-анализа е нужно да се разграничат специфичните от доминиращите преживявания. Специфични са преживяванията, които са отличителни и присъщи за изследваната група. Спецификата им се определя от техния смисъл и от честота, с която се срещат в отговорите на изследваните лица. За специфична категория преживявания се счита онази, която включва близки по смисъл единици (думи или словосъчетания), които се срещат значително по-често в отговорите на изследваната група, спрямо контролната група, където са регистрирани с единични честоти. За доминираща категория преживявания се определя онази, която обхваща най-голям брой смислови единици, сравнено с останалите категории преживявания в изследваната и в контролната група.

### 6.1. Контент-анализ на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“

Резултатите се анализират въз основа на честотата и спецификата на фиксираните смислови единици. След първоначалната обработка на данните и последващото им ранжиране, се обособиха няколко категории преживявания на болка по време на първия етап от изследването. Резултатите са представени в таблица 40. Видно е, че:

- Преживяването на болката като ограничение доминира и в двете групи, но в групата без депресия е с по-голяма честота и с по-голям обхват на специфични преживявания.
- Преживяването на болката като страдание е второ като честота за двете групи. В група с депресия е по-голяма честота и с повече специфични преживявания.
- Преживяването на болката като наказание е на трето място в групата с депресия. В групата без депресия се регистрира само веднъж.
- Преживяването на болката като дискомфорт и неприятно усещане е със съпоставима честота в двете изследвани групи.
- Преживяването на болката като тревога е с близки за двете групи количествени натрупвания. Групите се различават по специфичност на преживяванията. Идентични преживявания за двете групи пациенти са преживяването на страх и ужас.
- Преживяване болката като част от живота е с най-ниска честота в групата с депресия.

Резултатите от контент-анализа на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“ при втория етап от изследването са представени в таблица 41. Видно е, че:

- Най-често срещано преживяване в групата с депресия е болката като ограничение. Тази категория е с по-голям брой и с повече специфични преживявания в групата без депресия.
- Следващо по честота е преживяването на болката като страдание. Броят на специфичните преживявания в тази категория са повече в групата без депресия.
- Преживяването на болката като тревога е трето по честота в групата с депресия. В групата без депресия броят на специфичните преживявания в тази категория е по-голям.
- Преживяването на болката като дискомфорт е на четвърто място в групата с депресия.
- Преживяването на болката като част от живота е с еднаква честота за двете групи, но в групата без депресия е с повече специфични преживявания.
- Преживяването на болката като наказание се среща най-рядко и в двете групи.

**Контент-анализ на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“ –  
първи етап от изследването**

<b>Група с хронична болка и депресия</b>	<b>Група с хронична болка без депресия</b>
<b>Болката като ограничение: 20</b> Пречка 6 Препятствие 1 Ограничение 9 Капан 2 Затвор 1 Безизходица 1	<b>Болката като ограничение: 27</b> Пречка 10 Препятствие 4 Ограничение 8 Капан 1 Зависимост 1 Контрол 1 Неизбежност 1 Непреодолимост 1
<b>Болката като страдание: 17</b> Стрдание 6 Отчаяние 3 Унижение 1 Трудност 1 Товар 1 Тежест 4 Бreme 1	<b>Болката като страдание: 15</b> Стрдание 5 Бreme 2 Тегло 1 Тежест 6 Товар 1
<b>Болката като наказание: 13</b> Наказание 8 Жестокост 1 Изпитание 1 Мъчение 1 Тормоз 1 Смърт 1	<b>Болката като наказание: 1</b> Мъчение 1
<b>Болката като дискомфорт: 12</b> Дискомфорт 10 Неприятно усещане 1 Измъчващо усещане 1	<b>Болката като дискомфорт: 13</b> Дискомфорт 10 Неприятно усещане 3
<b>Болката като тревога: 10</b> Стрес 1 Напрежение 1 Страх 3 Ужас 1 Безпокойство 1 Несигурност 1 Неспоконствие 1 Кошмар 1	<b>Болката като тревога: 9</b> Агресия 2 Притеснение 1 Страх 2 Ужас 1 Дразнител 1 Фиксира съзнанието 1 Отнема вниманието 1
<b>Болката като част от живота: 8</b> Част от живота 5 Начин на живот 1 Нещо нормално 1 Даденост 1	<b>Болката като част от живота: 12</b> Част от живота 9 Ежедневие 1 Приятел 1 Временно явление 1

Таблица 41

**Контент-анализ на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“ – втори етап  
от изследването**

<b>Група с хронична болка и депресия</b>	<b>Група с хронична болка без депресия</b>
<b>Болката като ограничение: 25</b> Пречка 7 Ограничение 7 Капан 1 Затвор 1 Безизходица 3 Непреодолимост 5 Мълчание 1	<b>Болката като ограничение: 15</b> Пречка 4 Ограничение 10 Контрол 1
<b>Болката като страдание: 19</b> Стрдание 3 Непоносимост 1 Унищожение 1 Трудност 1 Товар 3 Тегло 2 Тежест 7 Бремене 1	<b>Болката като страдание: 17</b> Стрдание 4 Непълноценност 1 Несъвместимост 1 Трудност 3 Тегло 1 Тежест 2 Товар 1 Бремене 3 Усилие 1
<b>Болката като тревога: 12</b> Напрежение 2 Притеснение 1 Страх/уплаха 7 Несигурност 1 Кошмар 1	<b>Болката като тревога: 9</b> Сигнал 1 Притеснение 1 Страх/уплаха 3 Дразнител 1 Неочаквано преживяване 1 Заплаха 1 Неизвестност 1
<b>Болката като дискомфорт: 9</b> Дискомфорт 8 Неприятно усещане 1	<b>Болката като дискомфорт: 18</b> Дискомфорт 6 Неприятно усещане 10 Неразположение 1 Неудобство 1
<b>Болката като част от живота: 8</b> Част от живота 2 Част от ежедневието 2 Нормално за възрастта 2 Ежедневие 2 Даденост 2	<b>Болката като част от живота: 8</b> Част от живота 2 Ежедневие 6
<b>Болката като наказание: 4</b> Наказание 1 Изпитание 1 Мъчение 1 Ад 1	<b>Болката като наказание: 3</b> Мъчение 2 Тормоз 1

## 6.2. Контент-анализ на отговорите на въпроса „Как се чувствате по време на болка?“

В съдържанието на отговорите на въпроса „Как се чувствате по време на болка?“ от полуструктурираното интервю се фиксираха думи и словосъчетания, които се групираха по смисъл. Изведени са следните резултатите от анализа за първия етап от изследването:

- Преживявания, асоциирани с потиснато настроение по време на болка, се споделят най-често от пациентите в групата с депресия. Преживяването за отчаяние е специфично за тази група. Много по-малко са споделените преживявания за тъга, потиснатост, угнетеност.
- Преживявания, асоциирани с тревога, страх и гняв са втори по честота, но в групата без депресия са повече като брой и специфичност. „Агресивен“, „ядосан“, „гневен“, „уплашен“, „изнервен“, „притеснен“ преобладават в отговорите на пациентите без депресия.
- Преживяванията, свързани със самотата и изолацията, са трети по честота в групата с депресия. Доминира преживяването за безпомощност, сравнено с групата без депресия. Преживявания за изолираност, затвореност, самотност са с по-малка честота.
- На четвърто място в групата с депресия се явяват преживяванията свързани с вина и понижена самооценка, които са специфични за групата.
- Следващи по честота преживявания в групата с депресия са тези, свързани с уморяемост, спад на активността и нарушено внимание. При пациентите без депресия доминира преживяването за липса на концентрация.
- Преживяванията, асоциирани с песимистично бъдеще, са на шесто място в групата с депресия, но в групата без депресия те са по-чести.
- Липсата на промяна в преживяванията по време на болка („търпя“, „без промяна“, „успявам да се справя“) са с много по-голяма честота и специфичност в групата без депресия.
- В групата с депресия се регистрират преживявания свързани със суицидни идеи. Макар и с ниска честота, тези преживявания се определят за специфични, тъй като не се отчитат в групата без депресия.
- Преживявания на дискомфорт по време на болка се отчитат само в групата без депресия (табл.42).



Таблица 42

Контент-анализ на отговорите на въпроса „Как се чувствате по време на болка?“  
– първи етап от изследването

Пациенти с хронична болка и депресия	Лица с хронична болка без депресия
<b>Преживявания за потиснато настроение 38</b> Потиснат 2    Тъжен 3 Отчаян 31    Плачлив 1    Угнетен 1	<b>Преживявания за потиснато настроение 10</b> Потиснат 6 Отчаян 4
<b>Преживявания за тревога, страх, гняв 44</b> Раздразнителен 12    Тревожен 6 Изнервен 4    Гневен 1 Неспокоен 3    Уплаха/страх 8 Напрегнат 10	<b>Преживявания за тревога, страх, гняв 65</b> Раздразнителен 19    Агресивен 2 Напрегнат 12    Ядосан 2 Тревожен 10    Притеснен 3 Изнервен 5    Уплашен 5 Гневен 5    Нетърпелив 2
<b>Преживявания за самота 22</b> Изолиран 3    Безпомощен 14 Самотен 1    Ненужен 1 Затворен 2    Неразбран 1	<b>Преживявания за самота 10</b> Неразбран 1    Безпомощен 6 Без подкрепа 1 Разочарован 2
<b>Преживявания за понижена самооценка и вина 11</b> Виновен 2    Унижен 1 Неспособен 4    Без самочувствие 2 Нищожество 1    Слаб 1	<b>Преживявания за понижена самооценка и вина 1</b> Виновен 1
<b>Преживявания за уморяемост, спад на активността и нарушено внимание 10</b> Бездеен 1    Изморен 1 Дезинтересиран 1    Немоощен 1 Отпаднал 3    Изтощен 1 Омаломощен 1    Без концентрация 1	<b>Преживявания за уморяемост, спад на активността и нарушено внимание 7</b> Безсилен 1 Без концентрация 5 Остарял 1
<b>Преживявания за песимистично бъдеще 7</b> Безперспективно 1    В неизвестност 1 Безнадеждно 1    Несигурен 1 „Вързан за синджир“ 1    Зависим 2	<b>Преживявания за песимистично бъдеще 10</b> Безполезен 5 Несигурен 1 Зависим 4
<b>Без промяна 6</b> Търпя 3 Без промяна 1 Успявам да се справя 2	<b>Без промяна 16</b> Търпя 5    Контролирам се 1 Справям се 4    Не се отчайвам 1 Не обръщам внимание 5
<b>Преживявания асоциирани със суицидни идеи 3</b> Без желание за живот 3	
	<b>Преживяване за дискомфорт 9</b> Дискомфортно 4    Неприятно 5

Таблица 43

Контент-анализ на отговорите на въпроса „Как се чувствате по време на болка?“  
– втори етап от изследването

Пациенти с хронична болка и депресия	Лица с хронична болка без депресия
<p><b>Преживявания за тревога, страх, гняв 44</b></p> <p>Раздразнителен 13      Тревожен 8 Изнервен 6              Гневен 4 Неспокоен 4              Уплаха/страх 8 Напрегнат 10              Ядосан 3</p>	<p><b>Преживявания за тревога, страх, гняв 57</b></p> <p>Раздразнителен 13      Агресивен 2 Напрегнат 11              Ядосан 1 Тревожен 11              Обезпокоен 1 Изнервен 4              Уплашен 1 Гневен 5                  Притеснен 4 Неспокоен 3              Раздиращо 1</p>
<p><b>Преживявания за потиснато настроение 36</b></p> <p>Отчаян 23      Без настроение 1 Тъжен 2      Потиснат 6</p>	<p><b>Преживявания за потиснато настроение 7</b></p> <p>Отчаян 5      Тъжен 1 Остарял 1</p>
<p><b>Преживявания за уморяемост, спад на активността и нарушено внимание 16</b></p> <p>Изморен 1                  Безсилен 5 Отпаднал 1                  Изтощен 1 Замаян 1                  Измъчен 1 Объркан 1                  Неадекватен 1 Концентриран върху болката 1 Без концентрация 1 Без желание за нищо 1</p>	<p><b>Преживявания за уморяемост, спад на активността и нарушено внимание 13</b></p> <p>Вял 1 Уморен 4 Отпаднал 3 Отегчен 1 Без концентрация 3 Обсебен 1</p>
<p><b>Преживявания за самота 15</b></p> <p>Изолиран 3              Безпомощен 8 Самотен 3              Асоциален 1</p>	<p><b>Преживявания за самота 10</b></p> <p>Неразбран 1              Безпомощен 6 Без подкрепа 1              Разочарован 2</p>
<p><b>Преживявания за песимистично бъдеще 15</b></p> <p>Нетрудоспособен 1      В безизходица 1 Безнадеждно 2              Зависим 6 Несигурен 2              Заклещен 1 Мисля песимистично 1      Наказан 1</p>	<p><b>Преживявания за песимистично бъдеще 2</b></p> <p>Несигурен 1 В капан 1</p>
<p><b>Преживявания за дискомфорт 7</b></p> <p>Дискомфортно 6              Тежко 1</p>	<p><b>Преживявания за дискомфорт 2</b></p> <p>Дискомфортно 2</p>
<p><b>Преживявания за понижена самооценка и вина 5</b></p> <p>Виновен 1                  Непълноценен 1 Неспособен 2              Непохватен 1</p>	<p><b>Преживявания за понижена самооценка и вина 5</b></p> <p>Виновен 1                  Непълноценен 2 Безполезен 2</p>
<p><b>Без промяна 2</b></p> <p>Търпя 1 Не обръщам внимание 1</p>	<p><b>Без промяна 7</b></p> <p>Търпя 1                  Мобилизирам се 1 Опитвам се да се справям 3 Свикнах с болката 2</p>
<p><b>Преживявания асоциирани със суицидни идеи 1</b></p> <p>Мисля за смъртта 1</p>	

Резултатите от анализа на преживяванията по време на болка през втория етап от изследването е представен в таблица 43:

- В групата с депресия с най-голяма честота са преживяванията, асоциирани с тревога, страх и гнява. Уплахата и страхът са специфични за пациентите с депресия, а при пациентите без депресия е агресията.
- Преживяванията, асоциирани с потиснато настроение, са втори по честота, от които преживяването на отчаяние доминира, спрямо групата без депресия.
- Следващи по честота са преживяванията, асоциирани с уморяемост, спад на активността и нарушено внимание, чиято честота е сравнима спрямо групата без депресия.
- Преживяванията за самота са следващи по честота в групата с депресия. Преживяванията за самотност и изолираност се споделят от групата с депресия.
- Преживяванията, асоциирани с песимистично бъдеще в групата с депресия, се регистрират със същата честота както преживяванията за самота. Спрямо групата без депресия, те са специфични.
- В групата с депресия се регистрират преживяванията асоциирани с физическия дискомфорт от болката и спрямо групата без депресия преобладават.
- Преживяванията за вина са следващи по честота, като в двете групи пациенти са с еднаква честота.
- Липсата на промяна на преживяванията по време на болка преобладава в групата без депресия.
- Последни по честота са преживяванията, асоциирани със суицидни идеи, които липсват в групата без депресия.

### 6.3. Контент-анализ на отговорите на въпроса „Промени ли болката начина Ви на живот?“

Регистрираните преживявания, свързани с промяна в начина на живот в групата с депресия по време на първия етап от изследването, се подреждат според честотата им както следва:

- С най-голяма честота са отговорите, свързани със спирането на ежедневните дейности (работа, ежедневни задачи и действени активности).
- Следващи по честота са преживяванията, свързани с преустановяване на социални контакти. Преживяването за изолираност е специфично за групата с депресия.
- Преживяванията, свързани с ограничения в ежедневието, са трети по честота в групата с депресия (ограничения в дейности, движения и трудности в справянето), но в групата без депресия, са с по-голяма честота и специфичност.
- Следващи по честота преживяванията са тези, свързани с контрола на болката върху живота или живот в зависимост от болката (зависимост, страх и контрол). Тази група преживявания са доминиращи.

- Промяна в начина на живот в посока на здравословен, е на последно място и е сравнимо като честота в двете групи пациенти.
- Част от пациентите без депресия съобщават за липса на промяна в начина на живот (табл.44)

Таблица 44

**Контент-анализ на отговорите на въпроса „Промени ли болката начина Ви на живот?“ – първи етап от изследването**

<b>Пациенти с хронична болка и депресия</b>	<b>Лица с хронична болка без депресия</b>
<b>Спиране на ежедневни дейности 40</b> Не работя 13 Не се движа/лежа 6 Не излизам 6 Спрях домашната работа 1 Не се справям в ежедневието 6 Не мога да се грижа за детето си 2 Заседнал начин на живот 1 Нямам желание за работа 1 Нямам желание за нищо 1 Станах ленива 1 Безполезен съм 2	<b>Спиране на ежедневни активности 10</b> Не работя 3 Спрях спорта 2 Не се натоварвам физически 1 Не съм активен 2 Заседнал начин на живот 1 Не се справям в ежедневието 1
<b>Спиране на социалните контакти 29</b> Изолирам се 23 Не общувам 1      Нямам приятели 3 Самотен съм 1      Не споделям 1	<b>Спиране на социалните контакти 2</b> Изолирам се 1 Затварям се 1
<b>Ограничения в ежедневието 19</b> Ограничих/намалих движенията 7 Ограничих действията 2 Често почивам 3 Трудно се справям в ежедневието 6	<b>Ограничения в ежедневието 27</b> Ограничих ежедневието си 5 Ограничих движенията си 11 Намалих активността си 2 Намалих работата 2 Пазя се 3 Предпазлив съм в ежедневието 2 Почивам по-често 2
<b>Живот в зависимост и контрол 14</b> Завися от болката 2 Завися от близките си 3 Съобразявам се с болката 5 Живея в страх от болката 3 Живея под контрола на болката 1	<b>Живот в зависимост и контрол 4</b> Съобразявам се с болката 1 Завися от близките си 3 Промени се целият ми живот 1
<b>Здравословен начин на живот 1</b> Промених начина си на хранене 1	<b>Здравословен начин на живот 1</b> Здравословен начин на живот 1
	<b>Без промяна в начина на живот 14</b> Без промяна 14

**Контент-анализ на отговорите на въпроса „Промени ли болката начина Ви на живот?“ – втори етап от изследването**

<b>Пациенти с хронична болка и депресия</b>	<b>Лица с хронична болка без депресия</b>
<b>Спиране на ежедневни дейности 22</b> Не излизам 5 Не извършвам тежка работа 1 Не работя 4 Напуснах работа 1 Не качвам стълби 1 Не карам кола 1 Не спортувам 2 Бездееен съм 1 Без стимул за работа 1 Не мога да работя 1      Не правя нищо 4	<b>Спиране на ежедневни активности 13</b> Не работя 3 Спрях активния начин на живот и спорта 7 Не съм физически активен 3
<b>Спиране на социалните контакти 20</b> Изолирам се 15 Стоя сам 1      Не се срещам с приятели 1 Усамотявам се 1      Не общувам 1 Спрях контактите си 1	<b>Спиране на социалните контакти 5</b> Изолирам се 3 Затварям се 1 Усамотявам се 1
<b>Ограничения в ежедневието 20</b> Ограничих дейности 2 Ограничих действия/дейности 2 Ограничено ежедневието 2 Нарушено ежедневието 1 Почивам често 3 Пазя се 1 Изморявам се 1 Работя бавно 1 Трудно се справям в ежедневието 7	<b>Ограничения в ежедневието 25</b> Ограничих ежедневието си 4 Намалих физическата си активност 6 Пазя се 3 Почивам по-често 8 Трудно се справям в ежедневието 2 Трудно подвижен съм 2
<b>Живот в зависимост и контрол 16</b> Зависим съм в ежедневието 7 Не се справям сам в ежедневието 3 Съобразявам се с болката 3 Нуждая се от помощ 2 Не съм самостоятелен 1	<b>Живот в зависимост и контрол 10</b> Съобразявам се с болката 10
<b>Без промяна в начина на живот 5</b> Без промяна 3 Успявам да се справя 2	<b>Без промяна в начина на живот 17</b> Без промяна 15 Върша всичко както преди 1 Продължавам въпреки болката 1
<b>Здравословен начин на живот 2</b> Водя здравословен начин на живот 2	<b>Водя здравословен начин на живот 2</b> Водя здравословен начин на живот 1 Отделям повече време за здравето си 1

На втория етап от изследването преживяванията, отнасящи се до промяна в начина на живот в групата с депресия, се подреждат по честота както следва:

- Преживявания, свързани със спиране на ежедневните дейности (различни действени активности), са доминиращи, спрямо групата без депресия.
- Следващи по честота са преживяванията, свързани с ограничения в ежедневието следствие на болката, но броят им е по-голям в групата без депресия.
- Със същата честота се срещат преживяванията, асоциирани със спиране на социалните контакти. Те са доминиращи спрямо групата без депресия.
- На трето място са преживяванията, свързани със зависимост и контрол на болката, които са с по-голям брой и специфичност, спрямо групата без депресия.
- На четвърто място се отчитат отговори за липса на промяна в начина на живот, като в групата без депресия преобладават.
- Най-малко от са отговорите за здравословен начин на живот. Тяхната честота е съпоставима с тази в групата без депресия (табл.45).

#### 6.4. Контент-анализ на отговора на въпроса „Как бихте описали болките си?“

Резултатите от анализа за първия и втория етап от изследването са представени съответно в таблица 46 и таблица 47.

Таблица 46

#### Описание на болката на първи етап от изследването

Пациенти с хронична болка и депресия	Лица с хронична болка без депресия
<p><b>Остра болка 38</b></p> <p>Остра епизодична болка 10                      Остра постоянна болка 17                      Остра поносима болка 3                      Остра болка 8</p>	<p><b>Остра болка 32</b></p> <p>Остра епизодична болка 18                      Остра постоянна болка 2                      Остра болка 11</p>
<p><b>Тъпа болка 17</b></p> <p>Тъпа постоянна болка 8                      Тъпа поносима/търпима болка 6                      Тъпа болка 3</p>	<p><b>Тъпа болка 24</b></p> <p>Тъпа постоянна болка 14                      Тъпа поносима болка 3                      Тъпа епизодична болка 7</p>
<b>Постоянна търпима болка 2</b>	<b>Постоянна търпима болка 1</b>
<b>Променлива по сила болка 3</b>	<b>Хронична невропатна болка 1</b>
<b>Непрекъснат дискомфорт 1</b>	<b>Постоянен дискомфорт 1</b>

## Описание на болката на втория етап от изследването

Пациенти с хронична болка и депресия	Лица с хронична болка без депресия
<p><b>Остра болка 31</b></p> <p>Остра епизодична болка 9 Остра постоянна болка 7 Остра поносима болка 2 Остра болка 13</p>	<p><b>Остра болка 18</b></p> <p>Остра епизодична болка 8 Остра болка 10</p>
<p><b>Тъпа болка 25</b></p> <p>Тъпа постоянна болка 8 Тъпа поносима/търпима болка 10 Тъпа епизодична болка 4 Тъпа болка 3</p>	<p><b>Тъпа болка 39</b></p> <p>Тъпа постоянна болка 14 Тъпа поносима болка 15 Тъпа епизодична болка 5 Тъпа болка 5</p>
<b>Постоянна търпима болка 2</b>	<b>Постоянна търпима болка 1</b>
<b>Променлива по сила болка 2</b>	<b>Хронична невропатна болка 1</b>
<b>Дискомфорт 1</b>	

За първия етап от изследването резултатите сочат, че:

- В групата с депресия най-често се споделя за остра болка. Описанието на остра и постоянна болка доминира в отговорите, спрямо това за остра и епизодична болка. Следващо по честота в групата с депресия, е описанието за тъпа и постоянна болка.
- В групата без депресия по-често се споделя описание за остра и епизодична болка, тъпа и епизодична и тъпа и постоянна болка (табл. 46).

За втория етап от изследването резултатите сочат, че:

- Групата с депресия отново най-често споделят описание за остра болка, която доминира спрямо групата без депресия.
- Описанието за тъпа болка преобладава в групата без депресия (табл. 47).

## 7. Изследване честотата на болката

Изследването на честотата на болката е чрез въпроса „Колко често имате болки?“ от полуструктурираното интервю, с възможен избор на един отговор.

Резултатите от разпределението на групата без депресия според честотата на болката в двата етапа от изследването са представени в таблица 48. С най-голям дял са лицата с ежедневна болка и на двата етапа от изследването. На втория етап се отчита известна динамика – намаляват лицата с ежедневна болка, а се увеличават лицата с болка няколко пъти в седмицата. Не се отчита промяна в резултатите по отношение на болката няколко пъти в месеца.

Резултатите от разпределението на групата с депресия според честотата на болката са представени в таблица 49. Отново с най-голям дял са пациентите с ежедневна болка, следвани от тези с болка няколко пъти в седмицата. С най-малък дял са пациентите с болки няколко пъти в месеца. На втория етап от изследването се увеличават пациентите с болки няколко пъти в месеца, а намаляват – с ежедневна болка (табл.49). В групата с депресия е по-голям дялът на пациентите с ежедневна болка, спрямо групата без депресия (табл.48 и 49).

**Таблица 48**

**Честота на болката в групата без депресия на двата етапа от изследването**

Група	Хронична болка без депресия			
	Честота (N)		Процент (%)	
Етап	I етап	II етап	I етап	II етап
Ежедневно	27	25	45,80	41,4
Няколко пъти в седмицата	19	22	32,20	36,6
Няколко пъти в месеца	13	14	22	22
Общо	59	59	100,0	100,0

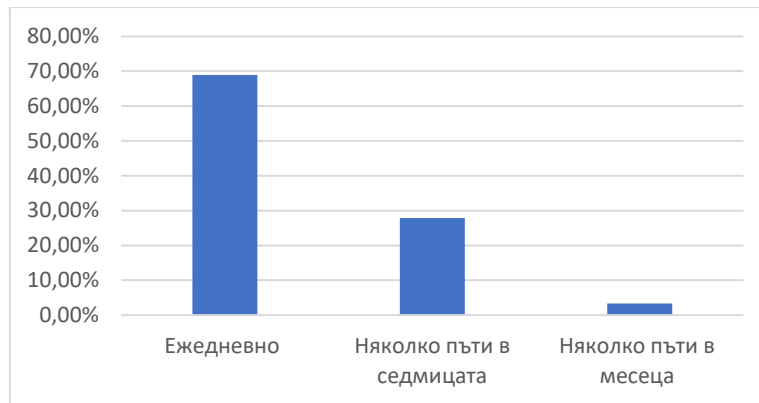
**Таблица 49**

**Честота на болката в групата с депресия на двата етапа от изследването**

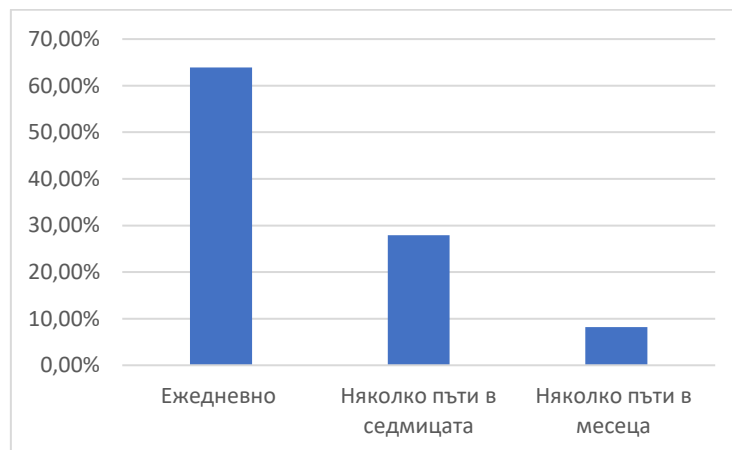
Група	Хронична болка и депресия			
	Честота (N)		Процент (%)	
Етап	I етап	II етап	I етап	II етап
Ежедневно	42	39	68,9	63,9
Няколко пъти в седмицата	17	17	27,9	27,9
Няколко пъти в месеца	2	5	3,20	8,20
Общо	61	61	100,0	100,0

Графичните изображения на разпределението на честотата на болката в групата с депресия на първия и на втория етап от изследването са представени съответно на фигура 2 и фигура 3.





**Фиг. 2. Честота на болката в групата с депресия на първи етап от изследването**



**Фиг. 3. Честота на болката в групата с депресия на втори етап от изследването**

## 8. Оценка на ситуацията по време на болка

За оценката на ситуацията по време на болка е използван модел, предложен от И. Александров (2015) за изследване на средовите условия и произтичащите от тях ситуации в болнична обстановка. В полуструктурираното интервю са заложили четири типа ситуации с възможен множествен отговор на въпроса „Когато изпитвате болка в каква ситуация се поставяте?“. Предложени са следните ситуации по време на болка: рискована ситуация, ситуация на неопределеност, уникална ситуация и рутинна ситуация.

Резултатите от оценката на ситуацията по време на болка в групата без депресия на двата етапа от изследването са представени в таблица 51. Видно е, че повече от половината от лицата възприемат ситуацията по време на болка като рутинна (I етап – 62,70% и II етап – 68,80%).

Таблица 51

## Оценка на ситуацията по време на болка в групата без депресия

Група	Хронична болка без депресия			
	Честота (N)		Процент (%)	
Етап	I етап	II етап	I етап	II етап
Рискова	5	3	8,50	5,10
Рискова и рутинна	8	4	13,60	6,80
Неопределеност	4	4	6,80	6,80
Неопределеност, рутинна	2	6	3,40	9,10
Уникална	3	1	5,00	1,70
Рутинна	37	40	62,70	68,80
Неопределеност и уникална		1		1,7
Общо	59	59	100,0	100,0

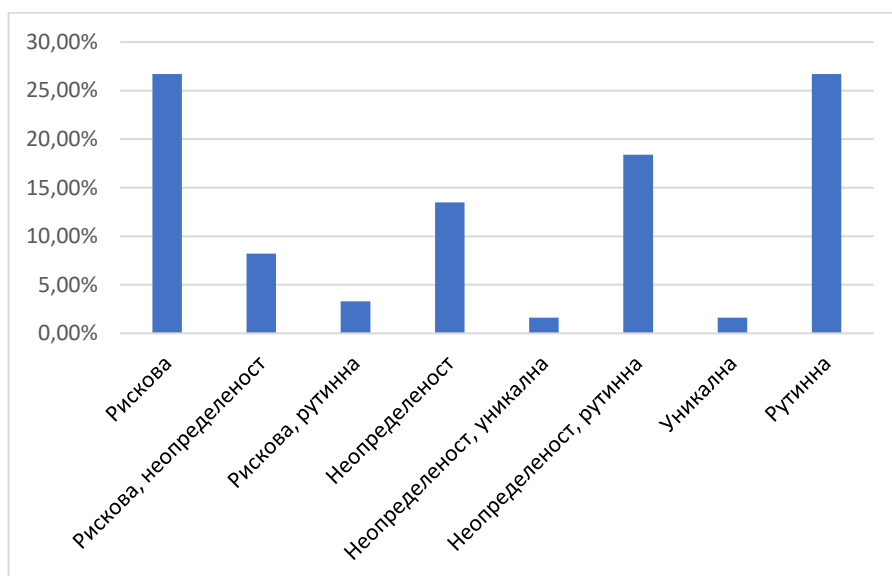
Резултатите от оценката на ситуацията в групата с депресия на двата етапа от изследването са представени в таблица 52.

Таблица 52

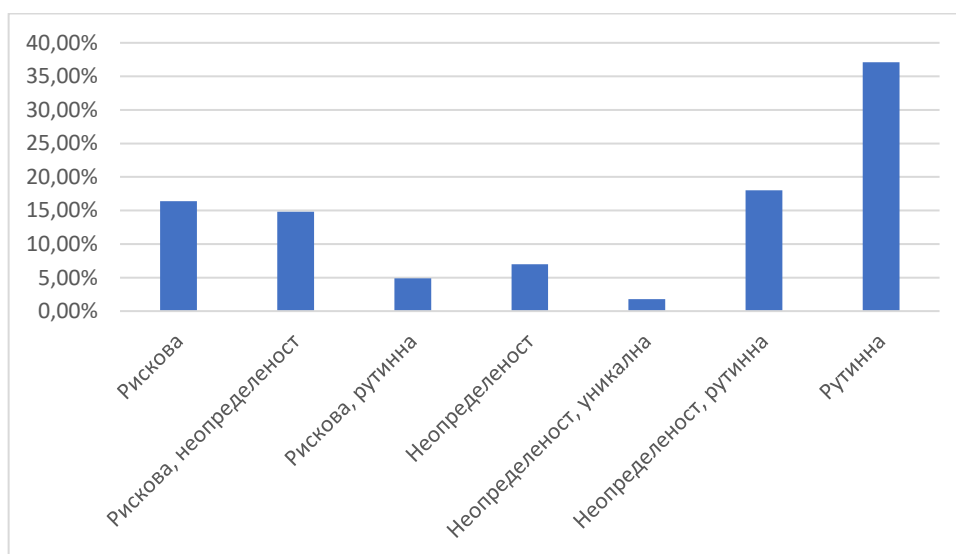
## Оценка на ситуацията по време на болка в групата с депресия

Група	Хронична болка с депресия			
	Честота (N)		Процент (%)	
Етап	I етап	II етап	I етап	II етап
Рискова	16	10	26,70	16,40
Рискова, неопределеност	5	9	8,20	14,80
Рискова, рутинна	2	3	3,30	4,90
Неопределеност	8	4	13,50	7,00
Неопределеност, уникална	1	1	1,60	1,80
Неопределеност, рутинна	12	11	18,40	18
Рутинна	16	23	26,70	37,10
Уникална	1		1,60	
Общо	61	61	100,0	100,0

Графичните изображения на резултатите от оценката на ситуацията по време на болка в групата с депресия за първия и втория етап от изследването са представени съответно на фигура 4 и фигура 5.



**Фиг. 4. Оценка на ситуацията по време на болка в групата с депресия на първи етап от изследването**



**Фиг. 5. Оценка на ситуацията по време на болка в групата с депресия на втори етап от изследването**

На първия етап от изследването еднаква част от лицата с хронична болка и депресия възприемат ситуацията по време на болка като рутинна (26,70%) и рискова (26,70%). Делът на лицата, които я определят като ситуация на неопределеност е 13,50%, а като комбинация от неопределеност и рутинна – 18,40%. Най-малък е делът на лицата, които

я оценяват като уникална ситуация (1,60%) и като комбинация от уникална и ситуация на неопределеност (1,60%) (табл.52) (фиг.4).

На втория етап от изследването 37,10% от лицата с депресия определят ситуацията по време на болка като рутинна, следвани от онези, които я определят като съчетание от ситуация на неопределеност и рутинна ситуация (18%). Делът на лицата, които възприемат ситуацията по време на болка като рискова е 16,40%, а на лицата, които я оценяват като комбинация от рискова и ситуация на неопределеност е 14,80 % (табл. 52) (фиг.5).

Всяка ситуация съдържа конкретни и точно подредени материални, психологически и социални компоненти в определен момент от времето. По тази причина ситуацияите, респ. оценката на ситуацията по време на болка се променя динамично във всеки един момент. Представените резултатите не се отнасят извън конкретния момент на оценка, което очертава определена рамка на изследването.

### III. ОБСЪЖДАНЕ

#### 1. Анализ на демографските данни

Участвалите в изследването лица с хронична болка са общо 120 със средна възраст 51,9083. Минималната и максимална възраст на участниците е съответно 24 и 76 години. Най-голям е броят на лицата на възраст между 40 и 64 години. Стандартното отклонение 11,94244 показва, че разпределението по възраст на изследваната извадка е близко до нормалното. Така анализите и тенденциите, свързани с изследваната извадка, биха били релевантни спрямо генералната съвкупност, но със степен на условност пропорционална на извадката. Тези резултати потвърждават данните от литературата за широката разпространеност на хроничната болка сред възрастното население след 40 годишна възраст.

Разпределението по възраст в групата с депресия ( $n = 61$ ) не се различава съществено от това на общата извадка. Средната възраст е 55,6066, а стандартното отклонение – 10,90608, от където следва, че по-голямата част от лицата с хронична болка и депресия са на възраст между 45 и 66 години. Възрастта е рисков фактор не само за изявата на хронична болка, но също и за съчетанието ѝ с депресия. Данните от литературата разкриват, че с нарастването на възрастта се увеличава разпространението на хроничната болка сред населението, а с увеличаване на възрастта с една година рискът за появата на болка при пациенти с депресия, се увеличава с 2%. Следователно възрастта е рисков фактор не само за изявата на хроничната болка, но и за съчетанието ѝ с депресия.

Разпределението по пол на лицата в общата извадка е неравномерно. В общата група преобладаващ е броят на жените – 98, спрямо този на мъжете – 22, което, изразено в процентни отношения, е 81,7% жени, спрямо 18,3% мъже. Тези резултати са в подкрепа на данните, разкриващи по-голямата честота на разпространение на хроничната болка сред жените, особено след 40 годишна възраст. Една от причините, свързана с половите различия по отношение разпространението на хроничната болка, е по-високата чувствителност към болка, респ. по-ниския праг на болката при жените. Друга обсъждана причина би могла да бъде и вероятността мъжете по-рядко да търсят медицинска помощ при наличие на оплакване от болка.

В групата изследвани лица с депресия и хронична болка делът на жените отново е по-голям от този на мъжете – съответно 91,8% и 8,2%. Като се има в предвид, че депресивното разстройство и хроничната болка, изолирани едно от друго, се срещат по-често сред жените, би могло да се приеме, че жените са по-уязвимият пол към изявата им като коморбидност. Тези данни се потвърждават и от други автори, според който симптоми на депресия и тревожност са по-често срещани сред жени с хронична болка.

Анализът на разпределението по семейно положение на изследваната извадка показва равномерно присъствие на семейните лица спрямо тези, които по някаква причина нямат семейство. Семейните лица са 60 на брой или 50% от извадката. Останалите 50% обхващат лица, които са вдовци (19,2%), несемейни (17,5%) и разведени (13,3%).

Разпределението по семейно положение в групата с хронична болка и депресия е близко до това на общата извадка. Делът на семейните лица с депресия е 44,3%, спрямо този на лицата без семейство – 55,7%. Такова разпределение дава възможност за сравнения между двете групи лица – семейни и без семейство.

Изследваната извадка е неравномерно разпределена по етническа принадлежност. Лицата, които са посочили че принадлежат към българския етнос са 83,3%. Лицата с принадлежност към турския етнос са 14,2%, а към ромския и руски етнос съответно 1,7% и 0,8%. По тази причина основните изводи, свързани с настоящото изследване, ще се отнасят за българския етнос. Културалните и етнически фактори имат отношение към начина на възприемане на болката като здравен проблем, което влияе върху преживяванията и поведението свързано с болката. Сравнителен анализ, отнасящ се до отделните етнически групи и обсъждане на техните културални различия, не е предвиден в изследването.

Данните от разпределението по образование в общата група показват, че делът на лицата с висше образование е 57,5%, а на лицата без висше образование – 43,5%. В групата на лицата без висше образование са включени лицата със средно образование (22,5%), с основно образование (16,7%), с начално образование (1,7%) и без образование (1,7%).

Разпределението на изследваните лица с хронична болка и депресия според образованието по предложени дихотомен модел показва, че делът на лицата с висше образование е 34,4%, а на тези без висше образование – 65,6%. Следователно в групата с депресия преобладават лицата без висше образование.

Данните от литературата предлагат обяснение за връзките между хроничната болка, депресията и ниската степен на образование. Лицата с хронична болка и с по-ниско ниво на образование са склонни да използват пасивни и дезадаптивни стратегии за справяне с болката и да мислят катастрофално, които се оказват главни медиатори за бъдеща изява на инвалидност. Доказано е, че нивото на образование няма връзка с интензивността на болката и тежестта на депресивните симптоми, а има обратнопропорционална зависимост с инвалидността.

## 2. Анализ на данните по отношение на хроничната болка: давност, брой диагностични категории и провеждано лечение

Резултатите за разпределението на извадката според давността на хроничната болка, изчислено в месеци, са разпръснати от средната. Минималната продължителност на хроничната болка в общата извадка е 3 месеца, а максималната – 456 месеца.

Резултатите от разпределението на лицата с хронична болка и депресия по давност на хроничната болка в месеци показва, че средната (111,3770) е по-ниска от стандартното отклонение (147,42299). Голямото разсейване на данните не позволява извършването сравнителни анализи по критерия давност на хроничната болка в месеци.

Разпределението на извадката според броя на диагностичните категории на болката показва, че лицата с хронична болка, свързана с една диагностична категория са 66,7%, 27,5% са с хронична болка, свързана с две диагностични категории, и 5,8% – с три.

Разпределението на групата с хронична болка и депресия според броя на диагностичните категории на болката показва, че 52,5% са с хронична болка, отнасяща се към една, 37,7% – към две и 9,8% – към три диагностични категории. Следователно в групата с депресия делът на лицата с повече от една диагностична категория на хронична болка е по-голям (47,5%), сравнено с общата група (33,3%).

Наличието на повече от една диагностична категория се свързва с повече от една локализация на болката. Данните от литературата сочат, че остра болка с повече от една локализации, прогнозира бъдеща изява на хронична с тежка степен на изразеност, а с увеличаване на броя на локализациите на хроничната болка, се увеличава рискът от поява на депресия.

По отношение на редовното провеждане на лечение на болката, по-голямата част от изследваните лица (70%) не приемат поддържащо медикаментозно лечение, а провеждат лечение само по време на нейното обостряне. Останалите 30% имат назначена поддържаща медикаментозна терапия. Нуждата от поддържащо медикаментозно лечение на хроничната болка се определя от диагностичната категория на болката и нейната тежест и продължителност.

### 3. Анализ на данните по отношение на депресията: оценката на тежестта на депресията с HAM-D-17 и провеждане на лечение с антидепресанти

Всички изследвани лица са оценени за клинично изявиени симптоми на депресия съобразно критериите за депресивен епизод на МКБ – 10. Тежестта на депресията е оценена със скалата HAM-D-17. Резултатите от първия етап на изследването показват, че 59 лица от извадката са без симптоми на депресия, а останалите 61 – са с депресия. Така общата група се разделя на две еквивалентни извадки, респ. групи:

1) 50,8% от общата извадка включва пациенти с клинични данни за депресия, с давност на депресивните симптоми повече от две седмици и общ бал по HAM-D – 17 над 8 точки;

2) 49,2% от извадката обхваща лица без симптоми на депресия, които не отговарят на критериите за депресивен епизод на МКБ – 10 и с общ бал по HAM-D – 17 под 7 точки.

Разпределението на групата с депресия според давността на депресивното разстройство е неравномерно и без възможност за обособяване на отделни подгрупи за оценка и анализ.

Повече от половината лица от общата извадка не провеждат лечение с антидепресанти (53,3%). Това са 64 изследвани лица, три от които са оценени с депресивен епизод и не са провели лечение с антидепресанти по време на изследването. Лицата, провеждащи редовно поддържащо лечение с антидепресанти поради установено депресивно разстройство преди и след включване в изследването, са 45, респ. 37,5% от извадката. Лицата, които възобновяват прекъснатото си лечение с антидепресанти по време на изследването, са 11 или 9,2% от извадката. Редовното приемане на поддържащо лечение с антидепресанти би довело до подобряване на психическото състояние, свързано с намаляване тежестта на депресивния епизод или

постигане на ремисия и респ. до повлияване на болковите симптоми и подобряване на функционирането.

Средните стойности на тежестта на депресията на двете групи изследвани лица показват различна динамика в резултатите между двата етапа от изследването. В групата без депресия се отчита незначително повишаване средната стойност на тежестта на депресията. Докато в групата с депресия средната стойност на показателя тежест на депресия значително намалява – от 16,1475 на 13,3607. Следователно в групата с депресия се отчита подобрене на депресивните симптоми, изводимо от редовното приемане на поддържащо лечение с антидепресанти.

Тази динамика на резултатите в групата с депресия се демонстрира и при разпределението на пациентите според тежестта на депресията. На първия етап от изследването най-голям е дялът на лицата с лека депресия – 54,2%. Следващ по големина е дялът на лицата с умерена депресия – 37,8%, а най-малък е на лицата с тежка депресия – 8%. На втория етап от изследването се отчита подобрене на тежестта на депресията. Увеличават се пациентите с лека степен на депресия (62,4%), намаляват пациентите с умерена депресия (31,1%), както и тези с тежка депресия (6,5%).

Представените резултати провокират обсъждане в три посоки. Първо, редовното провеждане на поддържащо лечение с антидепресанти в групата с депресия за периода от три месеца, е довело до подобрене на депресивната симптоматика. Второ, незначителното нарастване на средната стойност на тежестта на депресията в групата без депресия, би могло да прогнозира бъдеща клинична изява на депресия. Трето, регистрират се както пациенти с хронична болка и доказана депресия прекъснали антидепресивното си лечение, така и пациенти с новодиагностицирана с депресия.

Данните от литературата относно разпространението на симптоми на депресия сред пациенти с хронична болка показват различни тенденции, които зависят от размера и характеристиките на изследваните извадки. Резултатите на някои изследвания показват и за наличие на клинично изявени, но неразпознати симптоми на депресия сред пациенти с хронична болка. Въпреки различията в данните от литературата и настоящото изследване за разпространението на депресията сред пациентите с хронична болка, се разкрива нуждата от системно мониториране на психическото им състояние, с оглед на активно търсене на симптоми на депресия и преценка на антидепресивната терапия.

#### 4. Анализ на данните по отношение на ситуативната тревожност

Оценката на ситуативната тревожност е извършена чрез скалата S (STAI – форма Y1) по методиката на Spielberger на двата етапа на изследването. На първия етап от изследването минималната и максималната оценка на ситуативната тревожност, измерени в общата извадка са съответно 20 и 80, а средната е 43,3667. Стандартното отклонение е 13,55966, което показва че основната част от лицата са със ситуативна тревожност разпределена в границите между 29 и 56 т.е. между умерените и високите стойности. Много малка част от лицата в общата група са оценени с лека степен на ситуативна тревожност под 29.

На втория етап от изследването максималната оценка по скалата S в общата извадка е 79, а минималната оценка – 20. Измерена е по-ниска средна стойност (42,4500) и по-



високо стандартното отклонение (14,55090). Така по-голямата част от лицата са разпределени в границите между 27 и 57, обхващащи леките и високи степени на ситуативна тревожност. Следователно на втория етап от изследването за цялата извадка се отчита понижаване на показателите тежест на депресия и ситуативна тревожност.

Тази тенденция се наблюдава и при изследване на средната стойност на ситуативната тревожност по групи. И при двете групи се отчита понижаване на ситуативната тревожност на втория етап от изследването.

Впечатление прави разпределението на двете групи изследвани лица според степента на изразеност на ситуативната тревожност. Значителна част от лицата в групата без депресия са с лека и умерена ситуативна тревожност. Докато в групата с депресия преобладават лицата с умерена и тежка ситуативна тревожност. Тази тенденция се запазва и на втория етап от изследването. Следователно симптоми на тревожност съпътстват депресивния епизод в изследваната извадка с хронична болка. Те се проявяват с напрежение, безпокойство и лоши предчувствия за предстояща опасност.

Представените резултати, свързани с наличието на симптоми на тревожност в клиничната картина на депресията в изследваната извадка, се потвърждават и от данните в литературата. Според някои автори симптомите на тревожност се срещат по-често при пациенти с хронична болка и депресия, отколкото без депресия. Даже леко изразени симптоми на тревожност влияят върху хода на депресивния епизод и определят неговото по-тежко протичане. Доказано е, че съчетанието на симптоми на тревожност и депресия влошават състоянието на пациентите с хронична болка повече, отколкото изяви самостоятелно.

##### 5. Анализ на данните по отношение на личностната тревожност

Личностната тревожност е изследвана посредством скала Т (STAI – форма Y2) по методиката на Spielberger само по време на първия етап от изследването, тъй като е личностна характеристика и не търпи промяна. Минималната и максималната оценка на личностната тревожност в изследваната извадка са съответно 27 и 76. Средната стойност на личностната тревожност за извадката е 47,5500 при стандартно отклонение 12,35188. Следователно по-голямата част от изследваната извадка е разпределена в диапазона между 35 и 59 т. е. обхванати са средните и високите нива на личностна тревожност.

Разпределението на изследваните лица в двете групи по отношение на степента на личностната тревожност показва, че лицата с висока личностна тревожност са концентрирани предимно в групата с депресия – 80,33%, сравнено с групата без депресия, където са 28,81%. Делът на лицата с умерена личностна тревожност е по-голям в групата без депресия (59,32%), спрямо този в групата с депресия (19,67%). Лицата с ниска личностна тревожност са с много малък дял в групата без депресия (11,87%), а в групата с депресия не регистрират такива. Резултатите сочат, че високата степен на личностна тревожност в изследваната извадка би могла да се отнесе към факторите, предразполагащи изявата на депресия при пациенти с хронична болка.

Подобни резултати се намират и в други изследвания, в които се отчитат висока средна стойност на личностната тревожност за цялата група с хронична болка. Вероятно високите и умерени степени на личностна тревожност е фактор, допринасящ за

уязвимостта на личността към изявата на хроничната болка. Тези възгледи се подкрепят от авторите, които считат невротизма за една от чертите на личността, предразполагащи изявата на хроничната болка. Невротичността се свързва с продължителни във времето състояния на безпокойство, напрегнатост, тревожност и склонност към катастрофално мислене. Счита се, че склонността към катастрофално мислене при болка влияе върху изявата на ситуативна тревожност и понижават толеранса към болката.

Следователно значителен дял от пациентите с хронична болка и депресия са с висока личностна тревожност и висока ситуативна тревожност, като последната се запазва висока на втория етап от изследването. По принцип, хората с висока личностна тревожност са по-склонни да тълкуват широк спектър от ситуации като опасни и заплашителни. Ситуативната тревожност може да варира във времето и да флукутира като функция от количеството стрес, влияещ върху човека в конкретния момент, респ. ситуация. Най-голямо влияние върху стойността на ситуативната тревожност има не толкова реалната опасност свързана със ситуацията, а начинът, по който човек възприема ситуацията. Доказано е, че индивиди с висока личностна тревожност съобщават повече симптоми на тревожност и по-интензивна болка, сравнено с тези с ниска личностна тревожност. Степените на личностната и ситуативната тревожност имат кумулативен ефект върху субективното усещане на болката. Някои автори определят ситуативната тревожност като прогностичен фактор за изявата на болка и свързаната с нея инвалидност.

#### 6. Анализ на данните по отношение на интензивността на болката

Интензивността на болката е изследвана посредством VAS. Наблюдава се тенденция за понижение на средната стойност на силата на болката на втория етап от изследването в цялата извадка и в двете изследвани групи. В групата с депресия се отичат по-високи средни стойности на интензивност на болката в двата етапа от изследването, спрямо групата без депресия. На първия етап средната стойност на интензивността на болката в групата с депресия е 5,7705, а в групата без депресия е 3,8475. На втория етап средните стойности намаляват и в двете групи, съответно в групата с депресия става 5,2623, а в групата без депресия – 3,1695.

Следователно в групата с хронична болка и депресия се отича понижение на средните стойности на изследваните показателни – тежест на депресия, ситуативна тревожност и сила на болката. Подобна динамика на изследваните показали представят и други автори, които намират зависимост между облекчението на болката и подобрението на тревожността и потиснатото настроение. Доказано е, че афективната компонента (депресия и тревожност) има значителна положителна корелация с тежестта на болката, което подчертава необходимостта тези показатели да се изследват съвместно при оценката на състоянието на пациенти с хронична болка.

#### 7. Корелационен анализ

Корелационният анализ на изследваните величини е направен с цел показване свързаността между тях. Наличието на корелация между променливите е съществен

фактор, без който данните следва да се отдадат на случайността. В рамките на настоящото изследване, корелации се наблюдават между всички променливи, което позволява да се правят логически обосновани твърдения за взаимоотношенията между тях. Използваният коефициент на корелация на Pearson е съобразен с характеристиките на скалите.

На първия етап от изследването в общата група се установяват значими корелации между всички величини. Корелициите между резултатите от използваните скали VAS, HAM-D-17, STAI – Y1 и STAI – Y2 са подредени по степен на значимост както следва: 1) между тежест на депресия и личностна тревожност; 2) между тежест на депресия и ситуативната тревожност; 3) между личностна и ситуативна тревожност; 4) между интензивност на болката и ситуативната тревожност.

На втория етап от изследването свързаността между изследваните величини респ. скали в общата група, е много по-висока, в сравнение с първия етап. Корелациите на втория етап подредени по степен на значимост са: 1) между тежест на депресия и ситуативната тревожност; 2) между тежест на депресия и интензивност на болката и 3) между интензивност на болката и ситуативна тревожност. В корелационния анализ от втория етап на изследването отпада личностната тревожност, защото е устойчива във времето характеристика и се проявява като константна величина.

Тези резултати доказват, че подбраните скали не са изолирани от цялостната концепция и се държат свързано, проявявайки качества на тестова батерия за оценка на афективната и сетивна компонента на болката. Тези твърдения бяха заложили като хипотеза в теоретичния модел, но емпиричната им проверка категорично потвърди първоначалните предположения.

Корелационният анализ на величините в групата без депресия показва незначително свързване между скалите и при двата етапа от изследването. Намира се една корелация между тежест на депресия и ситуативната тревожност, която се отдава на случайността, поради неустановена свързаност при първия етап. Приложените методики за оценка на сетивната и на афективната компонента (депресия и тревожност), се предлагат за изследване на коморбидни пациенти с хронична болка и депресия, което обяснява незначителното свързване на скалите в групата без депресия.

Корелационният анализ на изследваните величини за групата с депресия се отличава значително от този за групата без депресия. Установяват се значими корелации между всички величини през двата етапа от изследването. За първия етап подреждането на корелациите по степен на значимост е следното: 1) между тежест на депресия и интензивност на болката; 2) между ситуативна и личностна тревожност; 3) между интензивност на болката и ситуативна тревожност; 4) между тежест на депресия и личностна тревожност и 5) между тежест на депресия и ситуативна тревожност. За втория етап от изследването подреждането на корелациите по степен на значимост е както следва: 1) между тежест на депресия и ситуативна тревожност; 2) между тежест на депресия и интензивност на болката и 3) интензивност на болката и ситуативна тревожност. Личностната тревожност отпада от анализа на втория етап.

Съществуването на корелации между променливите не доказва наличието на причинно-следствени (каузални) връзки между тях. Корелацията показва само, че вариациите в едната променлива са съпроводени с вариации в другата променлива.

Каузалните връзки между променливите в настоящото изследване ще се докажат посредством регресионен анализ. Видно е, че корелациите между тежестта на депресията и интензивността на болката за двата етапа на изследването в групата с депресия, са с висока степен на значимост. Свързаността между трите променливи – депресия, тревожност и интензивност на болката, е доказана и от други автори, независимо от вида на използваните скали за оценка.

Резултатите от корелационните анализи дават възможност за формулиране на изводи в три посоки. Първо, избраните и теоретично обосновани скали отговарят на общ модел при изследване на пациенти с хроничната болка и свързаната с нея емоционална (афективна) симптоматика. Второ, избраните скали проявяват характер на батерия от тестове за изследване на пациенти с болка и клинично изявена депресия. Трето, скалите проявяват чувствителност и могат да се използват за проследяване на динамиката в симптоматиката на лекуваните пациенти с депресия.

#### 8. T – тест за сравнение на средните в групите

С цел търсене на различие между основните величини, изследвани посредством заложените в проучването скали (VAS, HAM-D-17, STAI – Y1 и STAI – Y2), е извършен T – тест. Показателят личностна тревожност не участва в анализа, тъй като не се изследва на втория етап.

Данните от средните стойности на изследваните величини в T – теста за цялата извадка, разкрива съществени различия между стойностите на тежестта на депресията оценена чрез HAM-D-17 по време на първия (HAM-D1) и втория (HAM-D2) етап от изследването. Подобна е тенденция се разкрива и за стойностите на интензивността на болката оценена чрез VAS също през двата етапа на изследването (VAS1 и VAS2), но не и по отношение стойностите на ситуативната тревожност измерена чрез STAI – Y1 през първия (ST1) и втория етап (ST2) от изследването. При изследване степените на тежест и различие между величините в общата група, се наблюдават статистически значими различия в резултатите на показателите тежест на депресия и интензивност на болката, като при показателя интензивност на болката различието е по-значимо ( $t = 2,758$ ,  $sig. = ,007$ ).

Данните от T – теста за групата без депресия показват, че степен на различие може да се очаква само по отношение на интензивност на болката. Степента на различие между двойките показатели HAM-D1 и HAM-D2, ST1 и ST2 и VAS1 и VAS2, не се различават от тези изчислени за цялата извадка. Тези данни са в подкрепа, че използваната батерия от тестове е предложена за оценка на състоянието на пациенти с хронична болка и депресия. Тежестта на различието ( $t$ ) е най-висок за показателя интензивност на болката ( $t = 2,174$ ).

Данните от T – теста за групата с депресия сочат, че абсолютната стойност на показателя тежест на депресията за първия етап от изследването (HAM-D1) е значително по-висока сравнено с тази за втория етап (HAM-D2). Тенденцията за показателите ситуативна тревожност и интензивност на болката е подобна, но не с такава степен на различие, както при показателя тежест на депресия. Тежестта на различие между HAM-D1 и HAM-D2 е най-висок. Следователно може да се предположи, че болката, освен

пряка, може да е и латентна променлива в уравнението спрямо клиничната изразеност на депресивните преживявания. Проверката на тези хипотези би представлявало интерес за следващи изследвания.

Резултатите от Т – теста дават възможност за изводи в две насоки. Първо, степента на различие между двойките показатели HAM-D1 и HAM-D2, ST1 и ST2 и VAS1 и VAS2 е висока както в общата група, така и в групите с и без депресия, което показва възможността предложените скали да се приложат за изследване на пациенти с хронична болка и депресия. Второ, разкрива се перспектива за бъдещо изследване, което да докаже вероятността интензивността на болката да бъде латентна променлива спрямо степента на изразеност на депресивната симптоматика.

## 9. Регресионен анализ

Регресионният анализ е извършен с цел да се намерят причинно-следствени взаимоотношения между изследваните величини в групата с хронична болка и депресия. Оценено е влиянието на три независими променливи: личностна тревожност, ситуативна тревожност и тежест на депресията върху зависимата променлива – интензивност на болката.

За първия етап от изследването близо 60% от вариациите в интензивността на болката може да се обяснят с комбинираното влияние на трите променливи: личностна тревожност, ситуативна тревожност и тежест на депресията. Най-голямо влияние върху интензивността на болката има тежестта на депресията, следвана от това на ситуативната тревожност. Личностната тревожност е с незначително влияние.

Тази тенденция се запазва и за втория етап от изследването. В анализа не участва показателят личностна тревожност. Множественият коефициент на корелация между независимите променливи и зависимата за втория етап от изследването е с по-добър резултат сравнено с този, изчислен за първия етап. Следователно комбинираното влияние на тежестта на депресията и ситуативната тревожност в голяма степен обясняват вариациите в интензивността на болката. Тежестта на депресията е основната променлива, влияеща върху вариациите в интензивността на болката. Ситуативната тревожност има незначително влияние.

На втория етап от изследването се отчете понижение на средната стойност на тежестта на депресията, респ. подобрение на депресивната симптоматика, както и понижение на средната стойност на ситуативната тревожност в групата с депресия. За изясняване на тези взаимоотношения допълнително се приложи регресионен анализ с независима променлива тежест на депресия и зависима променлива ситуативна тревожност. Анализът показва, че степента на ситуативната тревожност се определя от тежестта на депресията. Следователно подобрението на депресивната симптоматика обуславя понижението на ситуативната тревожност, с което се намалява степента ѝ на влияние върху интензивността на болката.

От направените регресионни анализи се извеждат няколко причинно-следствени отношения. Най-силно влияние върху интензивността на болката има тежестта на депресията, спрямо ситуативната тревожност, която има по-слабо влияние. Личностната тревожност има незначително влияние върху интензивността на болката. Комбинацията

на тези три променливи – тежест на депресията, ситуативна тревожност и личностна тревожност обяснява близо 60% от вариациите в интензивността на болката. Степента на влияние на ситуативната тревожност върху интензивността на болката се определя от тежестта на депресията. Следователно основна променлива, която влияе върху интензивността на болката, е тежестта на депресията.

В литературата се откриват и други доказателства за влиянието на фактора депресия върху интензивността на болката. Наличието на депресия при хронична болка се асоциира с по-голяма интензивност на болката или тежестта на депресията е силен предиктор за тежестта на болката Някои автори доказват обратна на установената от нас зависимост, а именно, че степените на тревожност (ситуативната и личностна) оказват влияние върху тежестта на депресията. Следователно причинно-следствените взаимоотношения между болката и депресията биха могли да се определят като двупосочни.

В настоящото изследване депресията е основен фактор, влияещ върху интензивността на болката при коморбидни пациенти с хронична болка и депресия. От една страна, изолираното влияние на ситуативната тревожност върху силата на болката е по-слабо, но в комбинация с фактора депресия оказват значително влияние. От друга страна, депресията влияе върху фактора ситуативна тревожност. Следователно лечението на депресията при пациенти с хронична болка и подобрението на депресивните симптоми би довело до понижаване степента на ситуативната тревожност и интензивността на болката. Резултатите са в подкрепа на доказателствата, че подобряването на афективните нарушения при хронична болката, ще повлияе сетивната компонента на болката. Симптомите на депресия и тревожност при пациенти с хроничната болка не трябва да се разглеждат изолирано, тъй като са част общо състояние, влияещо върху болковите усещания.

## 10. Контент – анализ

За изследване специфичността на преживяванията свързани с болката и тяхната динамика при коморбидни пациенти с хронична болка и депресия, се извърши контент – анализ на отговорите на отворените въпроси от полуструктурираното интервю дадени от изследваните лица:

1. „Какво е болката за вас?“;
2. „Как се чувствате по време на болка?“;
3. „Промени ли болката начина ви на живот?“;
4. „Как бихте описали болката си?“.

По този начин се извърши качествен анализ на четири нива:

1. Същност на болката като преживяване;
2. Преживявания по време на болка;
3. Преживявания свързани с начина на живот вследствие на хроничната болка, даващи качествена оценка на функционирането;
4. Описание на усещането на болката.

За изпълнението на поставените задачи свързани с настоящото изследване, анализът на преживяванията се извърши на две нива:

1) За определяне специфичността на преживяванията свързани с болката при пациенти с депресия, се направи сравнителен анализ между преживяванията на лицата с хронична болка без депресия и на лицата с хронична болка и депресия.

2) За определяне динамиката на преживяванията, свързани с болката при пациенти с депресия, се направи сравнителен анализ както на спецификата, така и на честотата на преживяванията по време на първия етап от изследването, спрямо тези по време на втория етап от изследването в групата с депресия.

Проблемите свързани с проучване на преживяванията, следва да бъдат изучавани при изяснени основни понятия, още повече, че в тази област разнообразието на идеи е почти необхватно. В някои случаи, едно и също понятие се използва за формулирането на различни концепции, а в други различни определения служат за представянето на една и съща идея.

Дефинирането на понятията – специфични и доминиращи преживявания в настоящото изследване е съобразено със следните положения:

1. Специфични са преживяванията, които са отличителни и присъщи за изследваната група. Спецификата им се определя от техния смисъл и от честотата, с която се срещат в отговорите на изследваните лица. За специфична категория преживявания се счита онази, която включва близки по смисъл единици (думи или словосъчетания), които се срещат значително по-често в отговорите на изследваната група спрямо контролната група, където са регистрирани с единични честоти.
2. За доминираща категория преживявания се определя онази, която обхваща най-голям брой смислови единици сравнено с останалите категории преживявания в изследваната и в контролната група.

#### 10.1. Анализ на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“

Значимостта на едно преживяване се определя от личната концепция на всеки човек за него, която се намира в отговора на въпроса „Какво означава преживяването за мен?“. Същността на болката като преживяване се крие в индивидуалните отговори за нея в конкретна ситуация.

Повечето качествени изследвания на преживявания свързани с хроничната болка се извършват посредством интерпретативен феноменологичен анализ. При този метод изследователят се стреми на основата на подробни описания, получени чрез интервю, да интерпретира казаното от изследваното лице и така да вникне в смисъла на преживяванията. По-рядко се използва контент-анализ, при който в описанията на преживяванията се фиксират определени единици и категории, на базата на които се правят заключения както за техния смисъл, така и за подлежащите психични феномени. За контент-анализът е от значение освен определяне смисъла на фиксираните в текста единици, а също и честотата, с която се регистрират. Тези отличителни страни на

анализа подчертават предимствата му при определяне на специфичните и доминиращи преживявания.

При анализа на отговорите на въпроса „Какво е болката за вас?“, се формираха няколко категории преживявания, които се срещат и в двете групи изследвани лица, но с различна честота и специфичност.

По време на първия етап от изследването, най-често болката се преживява като ограничение и от двете групи изследвани лица. В групата без депресия се среща много по-често и с повече специфични преживявания („пречка“, „препятствие“, „капан“, „зависимост“, „контрол“, „неизбежност“, „непреодолимост“). Болката ограничава движенията, действията, активността на пациентите и се превръща в пречка (препятствие) за извършване на една или друга задача в ежедневието им. Така хроничната болка прави човека зависим от помощта на околните. Ограничението и зависимостта се свързват със загуба на автономност и способност за контрол над живота.

Ограниченията вследствие на хроничната болка биха могли да се разглеждат в няколко аспекта: времеви, физически и психологични. Времевите аспекти са резултат от ограниченията, свързани с поставянето на бъдещи житейски цели, което налага промяна на приоритетите. Физическите аспекти на ограничението при хронична болка се отнасят до физическата неспособност за справяне в ежедневието, която поставя индивида в ограничена рамка на функциониране. Психологичните аспекти на ограничението произтичат от психологичните фактори, поддържащи постоянната болка като страха от обостряне на болката и използването на неефективни стратегии за справяне.

Следващо по честота е преживяването на болката като страдание, което за групата с депресия е по-често и с по-голям брой специфични преживявания като: „страдание“, „отчаяние“, „унижение“, „трудност“, „товар“, „тежест“, „бреме“. Някои автори определят страданието като мъчително преживяване, оказващо дълбоко влияние на психофизиологично и екзистенциално ниво. Преживяването на хроничната болка като страдание предопределя значими промени във възприятията за себе си и за света.

В литературата са представени качествени изследвания за болката като страдание и за факторите, които го определят. Основните детерминанти за страданието при хронична болка се явяват преживяванията за самота, страха от несигурното бъдеще и пренебрежителното отношение на здравните служители.

Преживяването на болката като дискомфорт се среща с еднаква честота и специфичност за двете групи изследвани лица. То е израз на сетивните аспекти на болката като неприятно усещане. Някои автори определят неприемането на болката и фокусирането върху нейните физически аспекти като най-значимите предизвикателства при нейното управление.

Преживяването на болката като тревога е със сравнима честота за двете групи. Преживявания като „страх“ и „ужас“ се срещат и в двете групи лица. Преживявания на „стрес“, „напрежение“, „неспокойствие“ и „кошмар“ са характерни за групата с депресия, а за групата без депресия – „дразнител“, „притеснение“, „агресия“, „отнема вниманието“ или „фиксира съзнанието“.

В литературата се намира обяснение за преживяването на болката като тревога. Редица изследвания доказват, че лицата, преживяващи болка, често я оценяват като



заплаха. Заплахата от поява на болка може прекъсне повечето текущи задачи и да провокира изявата на тревожност и страх от бъдещи негативни последици.

Болката като наказание е специфично преживяване за групата с депресия. В групата без депресия се среща само при едно от изследваните лица. Наказанието се дефинира като възмездие за извършено престъпление или виновност. Концепцията за болката като наказание е заложена семантично в старогръцката дума „poínē“, от която произхожда английската дума “rain”, означаваща не само болка, а и санкция, наказание, изкупление. Болката би могла да се преживява като страдание, което може да не е следствие на заслужено наказание. При част от пациентите с хронична болка и депресия преживяната физическа болка се възприема за наказание, изводимо от чувството на вина, асоциирано с депресията. Болката при депресия се възприема от пациентите като наказание за допуснати грешки или грехове в живота. При депресия пациентите се фиксират върху дребни и незначителни грешки, като ги надценяват, приемайки формата на свръхценни мисли за вина. Специфични преживявания към тази категория са: „наказание“, „жестокост“, „мъчение“, „тормоз“, „изпитание“, „смърт“, „наказание свише“.

Връзките между вината, преживяването за наказанието и болката се намират в литературата. Някои автори считат, че несъзнаваната вина има изключително мощна сила в човешкото развитие и поведение и играе важна роля в психопатологията, проявявайки се с неочаквани и разнообразни форми. Несъзнаваната вина е свързана с несъзнаваните ирационални вярвания за заслуженото наказание в отговор на нанесена значителна вреда.

Болката като преживяване, което е част от живота се среща и в двете изследвани групи. В групата без депресия по-често преживяват болката като „ежедневие“, „временно явление“ или „като приятел, който напомня да се обърне внимание на здравето“. Това са лицата, които са приели болката в живота си, което прогнозира адаптивно справяне с нея и демонстрира оптимистична перспектива за живота .

На втория етап от изследването, с намаляване тежестта на депресивната симптоматика в групата с депресия и намаляване интензивността на болката в двете групи изследвани лица, се отчита следната динамика в същността на преживяването на болка:

- В групата с депресия значително намалява честота на преживяването на болката като наказание, а се увеличава честотата на преживяването ѝ като ограничение. Незначително се увеличават честотата на болката като страдание и дискомфорт и преживяване на болката като тревога.
- В групата без депресия се отчита съществено нарастване на преживяването на болката като дискомфорт и в по-малка степен на болката като страдание и наказание. Значително е намалена честотата на преживяването на болката като ограничение и в по-малка степен като начин на живот.

Следователно за пациентите с хронична болка и депресия специфично е преживяването на болката като наказание, свързано с чувството на вина и възмездие за извършени грешки. С подобряването на депресивната симптоматика се променят динамично преживяванията в посока преживяване на болката като ограничение. Последното е по-характерно за изследваните лица без депресия. На втория етап от изследването, с нарастване на месеците преживени в болка, в групата без депресия се

отчита известно нарастване на честотата на преживяванията на дискомфорт, страдание и наказание. Следователно би могло да се предположи, че времето преживяно в болка прогнозира изявата на бъдеща депресия.

## 10.2. Анализ на отговорите на въпроса „Как се чувствате по време на болка?“

Анализът на преживяванията по време на болка се сведе до обособяване на няколко категории, които се срещат и в двете групи изследвани лица отново с различна честота и специфичност.

По време на първия етап от изследването най-често споделени преживявания по време на болка за групата с депресия, са за тревога, гняв и страх. Тези отговори се срещат повече в групата без депресия. Отговори като: „тревожен“, „напрегнат“, „неспокоен“, „изнервен“, „раздразнителен“, „уплашен“, се срещат и в двете групи изследвани лица. В групата без депресия специфични преживявания са: „гневен“, „агресивен“, „ядосан“, „нетърпелив“.

Изследвания доказват, че преживяването на болката като страх и тревога се свързва с несигурността от бъдещето и с промяната в чувството за идентичност. Някои автори приемат, че гневът е сред значимите емоционални корелати при хронична болка. В други изследвания изявата на гняв и раздразнителност е следствие на преживяването на болката като социална несправедливост.

В групата с депресия следващи по честота са преживяванията за потиснатото настроение, от които специфично е преживяването за отчаяние. По-рядко се срещат „тъжен“, „потиснат“, „угнетен“, „плачлив“. Данните от литературата сочат, че колебанията между преживяванията на отчаяние и надежда зависят от преживяванията на тревога и страх от бъдещето, несигурността и социалните условия на живот.

Следващи по честота са преживяванията за самота, от които доминира безпомощността. Преживяванията на вина, гняв и безпомощност са сред факторите, свързани със суицидният риск при пациенти с хронична болка и депресия. Други преживявания от тази група са преживяването за изолираност, затвореност, самотност, неразбиране и ненужност. Доказано е, че негативните ежедневни събития следствие на стреса от болката и влошените междуличностни взаимоотношения са причина за хроничните и преходни периоди на самота при пациенти с хронична болка.

Преживявания, асоциирани с понижена самооценка и вина, се срещат основно в групата с депресия („виновен“, „неспособен“, „унижен“, „нищожество“, „без самочувствие“) и могат да се определят като специфични.

Данните от литературата разкриват и други качествени изследвания на пациенти с хронична болка, чиито основни теми на проучване са: съмнението в собствените способности за справяне, преживявания за срам и безсилие, трудности в поддържането на самоуважение и достойнство. Установено е, че преживяването на вина при пациенти с хронична болка е резултат както от липсата на способност за контрол над болката и за изпълнение на социалните си роли, така и от липсата на органична причина за нея. Приемането на болката е важна медиаторна променлива между болката и преживяването на вината.

Преживяванията за уморемост, спад на активността и нарушено внимание се срещат и в двете групи, но в групата с депресия са повече като брой и специфика: „изморен“, „немошен“, „изтощен“, „дезинтересиран“, „бездеен“, „омаломощен“, „без концентрация“. В групата без депресия преобладават преживяванията за загуба на способност за концентрация по време на болка.

Данни от литературата сочат, че с нарастване тежестта на хроничната болка, нараства вероятността за изява на потиснато настроение и хронична умора. Изследваните от тях показатели болка и потиснатото настроение могат да допринесат независимо един от друг за изявата на хронична умора. Следователно при пациентите с хронична болка и депресия, умората и липсата на енергия се изявят в много по-голяма степен, спрямо тези без депресия.

Друга група преживявания са тези, асоциирани с песимистично бъдеще, които се срещат по-често сред отговорите на лицата без депресия, но при пациентите с депресия са с по-голяма специфичност („зависим“, „неизвестно“, „безперспективност“, „несигурен“, „вързан за синджир“). Тази категория преживявания засягат бъдещите перспективи, които заедно с преживяванията за безпомощност и безнадеждност могат да прераснат до идеи и планове за самоубийство. В групата с депресия се споделят и преживявания, свързани със суицидни идеи („чувствам се без желание за живот“), каквито липсват в групата без депресия.

За групата без депресия са характерни преживяванията за дискомфорт („чувствам се дискомфортно, неприятно“), които не се споделят в групата с депресия. Отчитат се и отговори без промяна на преживяванията и за двете групи, но са преобладаващи в групата без депресия, където са с повече на брой специфични отговори („търпя“, „без промяна“, „успявам да се справя“, „контролирам се“, „не се отчайвам“, „не обръщам внимание“). Литературните данни сочат, че пациентите с високи нива на оптимизъм функционират по-добре в ежедневието си, имат положително ежедневно настроение, преживяват по-малко ограничения, свързани с болката и са удовлетворени от живота си.

Следователно специфични преживявания по време на болка за пациентите с депресия са асоциираните с отчаяние, понижена самооценка, вина и суицидни идеи, чиято честота намалява с подобрене на тежестта на депресията. Доминиращи по време на болка са преживяванията за самота, от които най-често споделяно е преживяването за безпомощност.

На втория етап от изследването с понижение тежестта на депресията се отчита следната динамика на преживяванията по време на болка в групата с депресия: 1) липсва промяна в честотата на преживяванията за тревога, страх, гняв; 2) намалява честотата на преживяванията за отчаяние; 3) намалява честотата на преживяванията за: самота, понижена самооценка, вина и на асоциираните със суицидни идеи преживявания; 4) без динамика са отговорите отнасящи се за липса на промяна в преживяванията; 5) увеличава се честотата на преживяванията за песимистично бъдеще и тези асоциирани с уморемост, спад на активността и нарушено внимание; и 6) в групата с депресия се появява преживяването за дискомфорт.

На втория етап от изследването в групата без депресия се отчитат следната динамика в преживяванията по време на болка: 1) увеличава се честотата на преживяванията за понижена самооценка и вина и тези за уморемост, спад на активността и нарушено

внимание; 2) редуцира се честотата на отговорите свързани с липса на промяна в сферата на чувствата, преживяванията за дискомфорт и за песимистично бъдеще. Незначителна е динамиката за останалите категории преживявания. Подобна динамика на преживяванията по време на болка би могла да прогнозира бъдеща клинична изява на депресия.

### 10.3. Анализ на отговорите на въпроса „Промени ли болката начина ви на живот?“

При анализа на отговорите свързани с промяна в начина живот (ежедневното функциониране) следствие на хроничната болка, се обособиха няколко категории отново с различна честота и специфичност за двете изследвани групи.

В групата с депресия доминират отговорите, свързани със спиране извършването на ежедневни дейности: „не работя“, „не мога да се грижа за детето си“, „не излизам“, „не се справям в ежедневието си“. Впечатление правят отговорите „нямам желание за нищо“, „безполезен съм“, изводими от депресията, свързани с липсата на желание и инициативност (хипобулия), преживяванията за малоценност и анхедония. Отговорите, свързани със спиране на социалните контакти са специфични за групата с депресия. Преобладава отговорът „изолирам се“. По-рядко се отичат отговори като „не общувам“, „нямам приятели“, „самотен съм“ и „не споделям“.

Литературните данни сочат за други качествени изследвания, чиито основни теми са социалната изолация, загубата на социални контакти и самотата. Описана е и двупосочната връзка между хроничната болка и социална изолация – социалната изолация и самотата могат да обострят болката и обратно хроничната болка провокира тяхната поява. Възрастта, депресията, професионалната заетост и физическата активност са фактори, асоциирани със социалната изолация и самотата.

Доминиращи за групата с депресия са преживяванията, свързани с зависимостта от болката и нейния контрол над живота: „завися от болката“, „съобразявам се с болката“, „живея в страх от болката“. Тези преживявания се свързват с влошаване качество на живот.

Отговорите, разкриващи ограничения в ежедневното функциониране вследствие на хроничната болка, са по-чести при лицата без депресия и са по-специфични. Ограничаващата роля на болката в ежедневието е описана и в други качествени изследвания, в които са отчетени влиянието на психологичните фактори депресия и страх от болката върху преживяванията

Отговори, свързани с липсата на промяна в начина на живот, са отчетени само в групата без депресия.

На втория етап от изследването в групата с депресия се отчита намаляване на отговорите, свързани със спирането на ежедневни дейности и социалните контакти, докато в групата без депресия се увеличават. В групата с депресия се увеличават отговорите, свързани с ограниченото функциониране и се отчитат такива за справяне в ежедневието.

Следователно от анализа на отговорите на въпроса „Промени ли болката начина ви на живот?“ се извеждат изводи в две насоки. Доминиращите преживявания за групата с депресия са свързани със спирането на ежедневни дейности и за живот в зависимост и

под контрола на болката. Специфични преживявания са тези, свързани със спиране на социални контакти. Динамиката на преживяванията, изводима от намаляването тежестта на депресията, е в посока на увеличаване преживяванията за ограничено функциониране и редуция на тези, свързани със спиране на ежедневни дейности и социални контакти т. е. отчита се подобрене в ежедневното функциониране.

#### 10.4. Анализ на отговорите на въпроса „Как бихте описали болката си?“

При извършения контент-анализ се сформираха няколко групи отговори, описващи болката. По време на първия етап от изследването преобладаващо за двете групи е описанието за остра болка, като тази с постоянен характер доминира в групата с депресия, а с епизодичен – в групата без депресия.

Следващо по честота описание на болката за двете групи е за усещане на тъпа болка. То е доминиращо за групата без депресия, в която най-често се споделя усещане на тъпа и постоянна болка, сравнено с групата с депресия. По време на втория етап от изследването и в двете групи изследвани лица намаляват отговорите за усещане на остра болка, за сметка на усещането на тъпа болка. В групата с депресия се увеличат отговорите за „тъпа поносима“ и „тъпа търпима“ болка.

В литературните данни се намират доказателства за връзката между силната и постоянна болка и депресията. Установено е, че пациентите с постоянна и силна болка са с по-тежко изразени симптоми на депресия.

Следователно за групата с депресия доминират отговорите за остра болка, като с подобряване тежестта на депресията се увеличават отговорите за усещане на тъпа болка. Тази динамика корелира с намалението на средната стойност на интензивността на болката измерена с VAS по време на втория етап от изследването, както и с данните от регресионния анализ, че депресията е основна променлива влияеща върху интензивността на болката.

#### 11. Анализ на резултатите относно честотата на болката

По време на първия етап от изследването с най-голяма честота се откроява наличието на ежедневна болка. В групата с депресия тази честота достига 68,9%. За болка, явяваща се няколко пъти в седмицата съобщават близо 1/3 от лицата в изследваните групи. Най-голяма част от пациентите, споделящи за болка няколко пъти в месеца са в групата без депресия (22%), спрямо групата с депресия (3,20%).

На втория етап от изследването се отчита понижение на ежедневната честота на болката в двете групи. В групата с депресия намалява с 5% делът на пациентите, които усещат ежедневна болка, за сметка на нарастване делът на споделящите за болка няколко пъти в месеца.

Следователно ежедневната болка характерна и за двете изследвани групи, но преобладава повече сред коморбидните с депресия пациенти. Подобряването тежестта на депресията може да се свърже с известно намаляване честотата на ежедневната болка, за сметка на усещането за болка няколко пъти в месеца.

## 12. Анализ на резултатите относно оценката на ситуацията по време на болка

Болката като източник на преживяване се проявява в конкретна ситуация. Оценката на ситуацията е съществен компонент при определяне стойността (значимостта) на преживяването за личността. Тя представлява част от когнитивните аспекти на преживяването и определя индивидуалните отговори към болката.

В настоящото изследване за оценката на ситуацията по време на болка е използван модел, предложен от И. Александров (2015) за изследване на средовите условия и произтичащите от тях ситуации в болнична обстановка. В полуструктурираното интервю са заложили четири типа ситуации с възможен множествен отговор на въпроса „Когато изпитвате болка, в каква ситуация се поставяте?“.

По време на първия етап от изследването в общата група 44,40% от изследваните лица възприемат ситуацията по време на болка като рутинна. Рутината се свързва с изградена опитност, обичайност и шаблонност на ситуацията т.е. ситуация, с която лицето е свикнало и е приело. Като рискова ситуация я оценяват 17,50% от лицата т. е. ситуация свързана с реална заплаха за здравето и живота или потенциална вреда. Думата „риск“ произлиза от италианския глагол „rischiare“ – „попадам на опасност“ или „бивам застрашен“. В случая рискът се свързва с появата на конкретна, потенциална заплаха. Лицата, които определят ситуацията по време на болка като неопределеност, са 9,20% от извадката. Неопределеността се свързва с опасност от появата на събитие с неблагоприятен краен изход. Заплахата и неопределеността се свързват с тревожността, която се асоциира с преживявания за несигурност, безпомощност и склонност към катастрофизирание, свръхбдителност и страх от болката. Само 1,7 % от извадката определят ситуацията по време на болка като уникална, случваща се за първи път, което е обяснимо с факта, че хроничната болка е персистираща във времето и по-рядко би се възприела като временно явление.

В групата без депресия, 62,70% от изследваните лица възприемат ситуацията по време на болка като рутинна, 8,50% – като рискова, 6,80% – като ситуация на неопределеност, 5,00% – като уникална ситуация, 13,60% – едновременно като рутинна и рискова, а 3,40% – като рутинна и неопределеност. Следователно лицата с хронична болка и без депресия възприемат ситуацията по време на болка повече като рутинна.

В групата с депресия, 26,70% от пациентите възприемат ситуацията по време на болка като рискова, 8,20% – като рискова и неопределеност, 3,20% – като рискова и рутинна, 13,50% – като ситуация на неопределеност, 26,70% – като рутинна и 18,40% – като рутинна и неопределеност. Видно е, че повече от ¼ от пациентите с депресия възприемат ситуацията по време на болка като рискова или като ситуация на заплаха за здравето и живота.

На втория етап от изследването в изследваните групи се увеличава дялът на лицата, които възприемат ситуацията по време на болка като рутинна. Тази динамика е най-отчетлива в групата с депресия, където близо с 10% се увеличава броят на пациентите, които оценяват ситуацията като рутинна и намаляват онези, които я оценяват като рискова. Не се установява съществена динамика във възприемането на ситуацията по време на болка като неопределеност в изследваните групи.

Анализът на резултатите от оценката на ситуацията по време на болка дава възможност да се заключи, че пациентите с депресия и хронична болка са по-склонни да оценяват ситуацията по време на болка като рискова, спрямо тези без депресия. Това корелира с данните, че пациентите с депресия са с висока личностна тревожност (80,33%), която предопределя склонността им да тълкуват по-широк кръг ситуации като опасни и заплашващи с поява на ситуативна тревожност. Влияние върху тази зависимост оказва не толкова реалната опасност на ситуацията, а възприемането ѝ като заплаха от индивида. Основни когнитивни медиатори на тревожността при хронична болка е склонността към катастрофално мислене и оценката на ситуацията като предизвикващи страх, които понижават толеранса към болката.

Според регресионния анализ на втория етап от изследването подобрието на тежестта на депресията, обуславя понижението на ситуативната тревожност. С тази зависимост може да се обясни защо с подобрието на тежестта на депресията възприемането на ситуацията по време на болка е повече като рутинна, отколкото като рискова.

\* \* \*

Представеното изследване съчетава количествени и качествени методи, целящи задълбочено проучване на сетивните, афективните и феноменологични аспекти на хроничната болка при пациенти с депресия. Причинно-следствените (каузални) взаимовръзки и корелации между изследваните променливи – интензивност на болката, тежест на депресия, ситуативна и личностна тревожност, са изследвани посредством количествени респ. статистически методи. Резултатите доказват наличието на значими корелации между изследваните променливи и определят тежестта на депресията като основен афективен фактор, влияещ върху вариациите на усещане на болката. Използваните скали за оценка на променливите проявяват характер на тестова батерия за изследване на пациенти с хронична болка и депресия. Количествените измервания на променливите и тяхната динамика способстват за интерпретацията и анализа на резултатите от качествените методи т. е. как промяната в тежестта на променливите се отразява на преживяванията, свързани с болката.

Като качествен метод за анализ на преживяванията се използва контентен-анализ, чрез който се изследва техния смисъл и честота. Тези предимства на метода позволяват извеждането на специфичните и доминиращи преживявания и тяхната динамиката в изследваната група с хронична болка и депресия. Преживяванията, свързани с болката, се изследваха в няколко аспекта, което определя извършения анализ за многомерен. Заложените въпроси в полуструктурираното интервю целят изследване на преживяването на болка в няколко оси: 1) сетивна ос (описание и честота на болката); 2) ос на преживявания по време на болка; 3) ситуационна ос (оценка на ситуацията по време на болка) и 4) ос, свързана с промяна в начина на живот (ниво на функциониране). Централно място в представения модел заема същността на болката като преживяване, чието формиране се влияе от изследваните четири оси. По този начин се концептуализира модел за изследване на преживяванията асоциирани с хроничната

болка в посока на тяхното декомпозиране до по-ниско йерархично ниво за описание и анализ. Обобщените анализи на индивидуалните преживявания дадоха възможност за намиране на специфичните и доминиращи преживявания характерни за общата група пациенти с хронична болка и депресия. Данните от количествените методи подкрепят и обясняват тенденциите (динамиката) на преживяванията в общата група. По този начин комплексното използване на качествени и количествени методи даде възможност за задълбочено изследване същността на болката като преживяване при пациенти с депресия.



## IV. ИЗВОДИ

На базата на анализа на резултатите получени от подбраните количествени и качествени методи за изследване на пациенти с хронична болка и депресия, могат да бъдат изведени следните изводи, имащи отношение към поставените цели и задачи на настоящото изследване:

1. Тестовите методики, включени в предложената батерия – HAM-D – 17, въпросника на Spilbereger за оценка на тревожността STAI – форма Y1 и STAI – форма Y2 и VAS, са взаимосвързани, проявяват висока чувствителност и могат да се използват за изследване и динамично проследяване на болковите и афективни симптоми при пациенти с хронична болка и депресия.
2. Резултатите от проведеното изследване определят тежестта на депресията за основна променлива, влияеща върху интензивността на болката при коморбидни пациенти с хронична болка и депресия.
3. Ситуативната тревожност оказва, по-слабо влияние върху интензивността на болката, тъй като нейната степен на изява зависи от тежестта на депресията.
4. Личностната тревожност е с незначително влияние върху интензивността на болката, но има отношение към изявата на депресивен епизод при пациенти с хронична болка.
5. Комбинираното влияние на трите променливи – тежест на депресия, ситуативна тревожност и личностна тревожност обяснява в голяма степен вариациите в интензивността на болката при пациенти с хронична болка и депресия.
6. Специфично преживяване за пациентите с депресия е болката като наказание.
7. По време на болка, преживяванията за отчаяние, понижена самооценка, вина и суицидни идеи, са специфични за пациентите с депресия. Доминиращо е преживяването за безпомощност.
8. Специфично преживяване, свързано с начина в живот, е спирането на социалните контакти. Преживяванията за „живот в зависимост и контрол“ от болката и за спиране на дейности от ежедневието, са доминиращи.
9. Депресията влияе върху начина на възприемане на ситуацията по време на болка. Пациентите с депресия и хронична болка са по-склонни да оценяват ситуацията по време на болка като рискова или като ситуация на неопределеност, спрямо тези без депресия. Тези данни корелират с отчетените високи нива на личностна и ситуативна тревожност.
10. Острата, постоянна и ежедневна болка е характерна за коморбидните пациенти с хронична болка и депресия.
11. Динамиката на преживяванията се влияе от тежестта на депресията. Подобренето на депресията променя специфичните и доминиращите преживявания, като приемат честота и съдържание, характерно за групата без депресия:
  - Болката се преживява повече като ограничение, успоредно с нарастване честотата на преживяванията за ограничено функциониране.
  - Отчита се намаляване честотата на преживяванията по време на болка за самота, понижена самооценка, вина и суицидни идеи.
  - Динамика се отича и по отношение на начина на възприемане на ситуацията по време на болка, като нараства склонността да се оценява като рутинна.
  - Ежедневната болка остава преобладаваща, но нараства честотата на тъпата болка.

## **V. ПРИНОСИ**

1. Концептуализация и изграждане на модел за изследване на пациенти с хронична болка и депресия, съчетаващ качествени и количествени методи.
2. Предлагане на комплект от тестови методики за оценка и динамично проследяване на болковите и афективни симптоми при пациенти с хронична болка и депресия.
3. Концептуализация и операционализация на преживяванията, свързани с болката при пациенти с хронична болка и депресия в посока на тяхното декомпозиране до по-ниско йерархично ниво за описание и анализ.

## VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Депресията при хронична болка може да бъде разглеждана на три равнища: като епизод, като променлива и като източник на специфични преживявания. Пациентите с хронична болка и депресивен епизод се отличават с висока личностна тревожност. Депресията е основната променлива, оказваща влияние върху интензивността на болката и степента на ситуативната тревожност. С намаляване тежестта на депресията се отчита редукция на тревожността и силата на болката. Депресията се явява източник на специфични при болка преживявания за наказание, вина, отчаяние, малоценност, суицидни идеи и изолация. Тя влияе и върху оценката на ситуацията по време на болка повече като риск и неопределеност. Лечението на депресията намалява специфичното в преживяванията и увеличава рутинността като начин на възприемане на ситуацията. Следователно търсенето на симптоми на депресия и тяхното лечение се явява централна концепция в индивидуализираните подходи на управление на хроничната болка.

## ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

### Пълнотекстови публикации:

1. Телбизова Т, Кожухаров Хр. Нива на асоциация между хроничната болка и депресията. Българско списание за психиатрия. 2019; 4 (4): 40-47.
2. Telbizova T, Aleksandrov I, Arnaoudova M. Common physiological aspects and interconnections between stress and pain. Varna Medical Forum. 2020; 9 (2): 130-138.
3. Telbizova T, Arnaoudova M. The (In)Visible Site of Pain: A Review of Qualitative Research. J of IMAV. 2020 Jul-Sep;26(3):3323-3327.  
DOI: <https://doi.org/10.5272/jimab.2020263.3323>.

### Научни съобщения:

1. Telbizova T, Arnaoudova M, Dinkova A. Chronic pain and depression – arbitrariness or consecution of the patient's diagnostic and treatment route. 30-th Annual Assembly of IMAV. 19 Oct 2020. Online forum.