



ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ „НЕОФИТ РИЛСКИ” – БЛАГОЕВГРАД
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ПСИХОЛОГИЯ”

АВТОРЕФЕРАТ

**На дисертация за присъждане на образователна и научна
степен „доктор“ по Педагогическа и възрастова психология“**

НА ТЕМА:

**АЛЕКСИТИМИЯ, ДЕПРЕСИВНОСТ И ТЕМПЕРАМЕНТОВИ
ОСОБЕНОСТИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНО БОЛНИ**

Докторант:

Ина Александрова Тодореева

Научен ръководител:

проф.д-р Ив. Асенова

Благоевград, 2022

Дисертационният труд е обсъден и насрочен за защита на заседание на Философски Факултет на ЮЗУ „Неофит Рилски“, Благоевград на 13.07.2022 г.

Дисертацията съдържа 129 страници, съдържателно обособени в увод, три глави, дискусия, изводи, присноси, библиография и приложения. Разработката е онагледена с 29 таблици и 2 графики. Библиографията съдържа 174 заглавия, от които 18 на кирилица и 156 на латиница.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 05.09.2022г. от 12.00 часа в зала 1210 А, първи корпус на ЮЗУ „Неофит Рилски“ – Благоевград пред научно жури.

Материалите за защитата са на разположение в канцеларията на катедра „Психология“ на трети етаж, Първи корпус на ЮЗУ „Неофит Рилски“ – Благоевград.

УВОД

Психосоматичните заболявания са прояви на физически дисбаланс, при който емоционалният компонент оказва силно влияние. Редица изследвания показват, че необичайната активация на автономната нервна система, ендокринната система и имунната система биха могли да се дължат на силно емоционално претоварване и дистрес, водещи до органна дисфункция, а понякога дори до чиста физическа увреда. Въпреки, че за всички заболявания в някаква степен е налице психологическият фактор, в дисертацията ще бъдат разгледани само описаните от Франц Александър седем класически психосоматични заболявания – бронхиална астма, хипертония, пептична язва, язвен колит, тиреотоксикоза, ревматоиден артрит, невродермит и особеностите, свързани с тези състояния (Alexander, 1952).

През последните десетилетия се правят опити към обяснението за психосоматиката да бъде добавен и един нов описателен неаналитичен конструкт – *алекситимия* – постулиран от Сифнеъс и Немия през 70-те години на XX век. Буквално преведен той означава „без думи за чувства“. Посочените емоционални затруднения имат когнитивен и афективен аспект. Според някои автори алекситимията засяга около 10% от световната популация (Thompson & Vanissy, 2016). Съвременните изследвания сочат, че това състояние е от критично значение за ангажираността и изхода от психотерапия, както и за развитието на различни психиатрични и психосоматични заболявания, което затвърждава неговата актуалност и значимост.

Алекситимията в голяма част се припокрива с „психосоматичното функциониране“, което се свързва с френската традиция в психоанализата и по-специално споменатия вече Парижки институт за психосоматика. Според изследователите при психосоматичните болни се наблюдава и специфичен вид депресия – есенциална или още наречена „бяла депресия“ (Marty & De M'Uzan, 1963).

Повечето автори смятат, че алекситимията е относително стабилна черта на личността, каквато е и темпераментът (Taylor, Bagby & Parker, 1997; Morie et al., 2016). Той обхваща телесните особености, заучените поведенчески отговори и базисните емоции, биологично обусловен е и свързан с наследствеността.

Изложените данни ни навеждат на идеята, че съществуват връзки между дефицитарната способност за преработка на емоциите (алекситимия), пониженото

настроение (депресивност или клинична депресия) и биологичната основа на личността (темперамента). Сложната взаимосвързаност между тези три конструкта и липсата на достатъчно изследвания, посветени на нея, аргументират и очертават фокуса на настоящия дисертационен труд.

I. Възникване и развитие на конструктите алекситимия, депресивност и темперамент

1.1. Конструктът алекситимия

През последните десетилетия терминът алекситимия се наложи като важен конструкт от областта на клиничната психология, психиатрия и като цяло медицината, тъй като дефицитите в емоционалната преработка, с които той най-често се свързва, са предиктор за отключване на различни психични и физически симптоми и синдроми. Този конструкт дава едно алтернативно обяснение за патогенезата и подпомага прогнозата и мултидимензионалната терапия на различни психиатрични и соматични заболявания (Бозгунов и сътр., 2016; Димитрова, 2017).

Дефицитите в афективната и когнитивна преработка на емоциите, наблюдавани при алекситимията, я правят близка до други теоретични концепти – ниска емоционална интелигентност, неспособност за психологическо мислене (Gilbert, 2011; Taylor, 1995) и липса на склонност за ментализация (Bronstein, 2016; Fonagy & Allison, 2014; Lecours et al., 2009), но в настоящата разработка предимно ще бъде използван терминът алекситимия.

Алекситимията се разглежда като клъстер от специфични дефицити в способността за преработка и регулация на емоционалните преживявания, което включва: трудности в идентифицирането и диференциацията между чувства и телесни усещания; трудности в изразяването и описването на емоционалните преживявания; ограничена способност за фантазиране и специфичен стил на мислене, който не отчита вътрешните преживявания, а е изцяло ориентиран към външни събития и факти (Aigner & Bach, 2001; Arora, 2021; Bankier, Larsen et al., 2003; Maijer-Degen & Lanssen, 2006; McDougall, 1982; Panaite & Bultman, 2012; Sivik, 1993; Taylor, Bagby & Parker, 1997; Тодореева, 2021). Въпреки че не влизат в дефинирането на конструкта, съществуват няколко други характеристики, типични за високо алекситимичните личности: липса на социални умения, склонност към конформизъм, тенденция към избягване на конфликти и минимизиране на лицевата

експресия, стегната и „дървена“ поза, липса на интуиция, нисък толеранс към фрустрация, липса на чувство за хумор, егоизъм (Bollinger, & Howe, 2011; Willemsen, 2008).

Дефицитарната способност да се осъзнават вътрешните преживявания е тежка загуба за ежедневно функциониране. В опит да компенсира тази липса личността се опитва да се съсредоточи във външния свят и впоследствие вътрешните преживявания се интерпретират като външни за субекта (Димитрова, 2017). Той говори за събитията от живота си, правейки впечатление на човек, който изброява факти. По този начин индивидът изглежда по-скоро като външен наблюдател на собствения си живот. Келман нарича това явление *екстернализиран начин на живот* (Kelman, 1952, цит. по Бозгунов и сътр., 2016).

В началото на 70-те години на XX век Питър Сифнеъс предлага въвеждането на термина *алекситимия*. Според автора това е относително широк термин, свързващ се със специфичното личностово функциониране на психосоматично болните пациенти, който включва различни характеристики като механичното мислене и обеднената фантазна дейност. Освен това лицата с високо алекситимични черти имат склонност да реагират поведенчески на конфликтни събития, притежават ограничен емоционален фонд, не могат да разграничат успешно различните нюанси на емоциите и изпитват трудности и обърканост при намирането на думи за емоционалните си преживявания (Sifneos, 1973). Точно тези трудности в назоваването на афективните преживявания се приемат като централен индикатор и обуславят формирането на термина алекситимия. Обобщено тя се определя като група когнитивни и афективни дефицити, свързани с трудности в идентифицирането и диференциацията между емоции и телесни усещания, трудности в назоваването на чувствата и дефицити в афективната регулация (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Съществува известен спор в литературата по отношение на същността на конструкта алекситимия. Според някои автори алекситимията е специфично психосоматично разстройство, а не отделна диагностична категория (Leweke et al., 2012). Други изследователи гледат на алекситимията като на трайна личностова черта (Bollinger, & Howe, 2011; Martinez-Sanchez, Ato-Garcia & Ortiz-Soria, 2003, цит. по Mikolajczak & Luminet, 2006; Tolmunen et al., 2003). Трети смятат, че алекситимията е нещо като защитна формация срещу преживян психичен стрес, депресия или тревожност. Тази защитна

функция се свързва и с една обща уязвимост на психичния апарат (Бозгунов и сътр., 2016., Cummings & MacMurray, 1988, цит. по Mikolajczak & Luminet, 2006).

Терминът алекситимия първоначално се свързва с психосоматичните заболявания, но впоследствие интересът към нея нараства и проучванията се разширяват. Много изследователи се насочват към анализиране на връзките ѝ с различни психиатрични разстройства и други заболявания, като откриват сходни специфики във функционирането на лица, диагностицирани с депресия (Acklin & Bernat, 1987; Honkalampi et al., 2000; Marchesi, C., 2015; Vanheule, Desmet & Verhaeghe, 2007;), антисоциално личностово разстройство (Keltikangas, 1982), посттравматично стресово разстройство (Krystal, 1968), шизофрения (Chen et al., 2011), зависимости към психоактивни вещества (Krystal & Raskin, 1970; Pinard, et al., 1996), соматоформни разстройства (Waller & Scheidt, 2004), паническо разстройство и обесивно-компулсивно разстройство (Bankier, Aigner & Bach, 2001), аутизъм (Poquerusse et al. 2018), хранителни разстройства (de Groot, et al. 1995; Bruch, 1973, цит. по Taylor, Bagby & Parker, 1997), еректилна дисфункция (Bollinger, & Howe, 2011) и дерматологични заболявания като псориазис, atopичен дерматит, витилиго, уртикария и др. (Willesmen, et al., 2008).

През последните десетилетия на алекситимията се гледа не само като на предиктор за отключване на различни психиатрични и психосоматични заболявания, но и като на индикатор за ангажираността и изхода от психотерапия (Krystal, 1982; Sifneos, 1975). Много автори споделят, че високите стойности на алекситимията влияят неблагоприятно върху терапевтичния процес (McDougall, 1980; Sifneos, 1973) и водят до релапс при зависимите пациенти година след приключване на терапията (Morie, 2016). Според тях динамичните терапии, ползващи интерпретативни техники не са особено ефективни при лечението на високо алекситимични индивиди, тъй като могат да породят тревожност и депресия и да влошат симптоматиката, за разлика от груповата терапия, особено при пациенти с кардиологични заболявания. Изследвания показват, че алекситимичните личности със сърдечни заболявания могат да се възползват от специфичен тип групова терапия, насочена към осъзнаване на емоционалните преживявания (Willemsen, 2008).

На база на проведени изследвания се установяват две форми: първична и вторична алекситимия. Първичната се обяснява като стабилна личностова диспозиция, обусловена от ранни травмиращи събития. Вторичната алекситимия е по-скоро временен отговор на

фрустриращи събития в един по-късен етап от живота. Следователно за първичната алекситимия се смята, че е фактор за развитието на различни психиатрични и соматични заболявания, докато вторичната алекситимия се разглежда като регресирание, т.е. тяхно следствие (de Vante, Kamphuis & Emmelkamp, 2006; Marchesi, 2015). В литературата се среща още един специфичен тип алекситимия – органична, която се наблюдава при пациенти с органични лезии в мозъчните структури, отговорни за когнитивната преработка на емоционалните преживявания - лимбичната система и езиковите центрове на неокортекса (Messina, Beadle & Paradiso, 2014).

Невробиологични изследвания дават допълнителна информация за евентуални връзки на алекситимията с други увреди. Тя се свързва с промени в активацията на симпатиковата система, имунитета и мозъчната активност в интактния мозък (Willemsen, 2008). Намален капацитет за изразяване на емоции се наблюдава и при деца и възрастни с увреди в дясната хемисфера (Weintraub & Mesulam, 1983). Съобщава се също за наблюдавана връзка между алекситимия и доминантна лява хемисфера при здрави индивиди (Taylor, 1992). Други мозъчни структури, свързани с прояви на алекситимия са: амигдалата, инсулата, фронталният лоб, корпус калозум и малкият мозък (Breiter, 1996; Jessimer, 1997; Larsen et al., 2003).

1.2. Изследвания на връзките между алекситимията и други конструкти

Съществува дискусия върху връзката между алекситимия и депресия, която се опира на въпроса дали алекситимията е стабилна личностова диспозиция, независеща от депресията или психично състояние, причинено от нея. Лонгитюдни изследвания потвърждават стабилността на алекситимията, независимо от флукуациите на депресивната симптоматика (Luminet, Bagby & Taylor, 2001).

Друго изследване потвърждава тяхната свързаност. Клиничните наблюдения показват, че високо алекситимичните пациенти с депресия представляват обособена група. Те имат в по-голяма степен суицидни намерения, повече соматични симптоми и се повлияват по-малко от лечение с антидепресанти, отколкото неалекситимичните пациенти. Прави се и друго разделение на база на вида на депресията – установява се, че високоалекситимичните личности с есенциална (бяла) депресия в по-малка степен са склонни да символизират преживяванията си, използват маханично и фактологично езика и инвестират по-бедно обкръжаващата ги среда в сравнение с високоалекситимичните

личности, при които депресията е психоневротична, т.е. личността на пациентите е от ключово значение както за връзката между алекситимията и депресията, така и за проявата на симптомите на самата депресия, стила на боледуване и повлияването от фармакотерапията (Vanheule, Desmet & Verhaeghe, 2007).

Вземайки предвид, че алекситимията се свързва с екстернализиран начин на живот, са проследени връзките между алекситимията и локуса на контрол. В изследването е ползвана една от най-популярните скали за установяване на локуса на контрол, тази на Левенсън. В проучването участват 132-ма здрави субекти с високи нива на алекситимия и резултатите показват, че алекситимията корелира негативно с Вътрешен локус ($r = -0,18$) (Loas, Gayant & Fremaux, 1996).

Тъй като високо алекситимичните личности са склонни да разтоварват напрежението чрез поведенчески актове, се предполага и връзката на алекситимията с импулсивността. Изследването е проведено върху здрави индивиди с високо алекситимични черти. За целта са използвани скалата за алекситимия TAS 20 и тестът за импулсивност на Айзенк и Пиърсън. Оказва се, че алекситимията и импулсивността корелират позитивно помежду си (Zimmermann, Rossier, de Stadelhofen & Gaillard, 2005).

Изследване сред 67 пациенти в психиатрична клиника показва значими корелации между високите нива на алекситимия, измерени с TAS 20 и високите нива по Panic and Agoraphobia Scale (PAS). В допълнение се наблюдават и средно силни корелации между високите нива на PAS и някои от дименсиите на Темпераментовия и характеров въпросник на Клонингър, като скалата Търсене на новости и Предпазливост (Izci et al., 2000).

Друго изследване, разглеждащо алекситимията като устойчива личностова диспозиция използва тестова батерия от TCI, BDI и TAS 20 е проведено сред 81 пациенти с депресия и 51 здрави контроли в турска психиатрична клиника. Резултатите показват негативна корелация между алекситимията и скалата Зависимост от възнаграждения от теста на Клонингър. Сред групата от лица с депресия, около 33% демонстрират високи нива на алекситимия и нивата на депресия са по-високи при лицата с високи стойности по TAS 20 (Cloninger et al., 2010).

1.3. Психоаналитичен поглед върху алекситимията

Налице са специфични особености в междуличностните отношения на лицата с алекситимия. Клиничните наблюдения потвърждават, че високо алекситимичните личности са склонни да създават зависими взаимоотношения, които са свързани с голяма заменяемост на партньорите и другите лица с които общуват, създаване на хаотични връзки, но въпреки това като цяло те предпочитат да бъдат сами (Krystal, 1988; McDougall, 1980).

Алекситимията загатва за дефицит в капацитета за символизация и фантазиране (Chen et al, 2011). Терминът „символизация“ в психоаналитичната парадигма и в разработката се използва в смисъла на капацитета за свързване на емоциите с различни когнитивни репрезентации и обекти, да създава връзки между тях, за да построи схема, в която те всички са свързани или дали казаното има някакво различно значение от това, което представлява в действителност (Dupont-Leclerc et al. 2018).

Според Александър символизацията при хистеричните и психосоматичните симптоми е различна, нещо повече - вероятно той е имал предвид същите феномени, които се наблюдават при психосоматичните организации. В днешно време се говори за алекситимична и бедна символична активност на психосоматичната личност (склонна да развива множество относително тежки психосоматични и психиатрични заболявания, с хроничен характер). Опирайки се на виждането на Александър, можем да заключим, че психосоматичната конверзия не изразява фантазматична активност, както е при хистерията. Соматичният симптом е резултат от неспособността за преработка на афекта и следователно води до нарушение на вегетативната нервна система (Alexander et. al., 1951).

Виждайки връзката между определени емоционални състояния и някои вегетативни функции, Александър въвежда идеята за специфичността. Според него определени личностови типове са предразположени към отключването на съответни психосоматични заболявания. Тук симптомите се разглеждат като символично изражение на несъзнателен психичен конфликт, макар психичната организация да не е невротична. Тежестта на заболяването обаче, както и прогнозата зависят от типа личност и характерното психично функциониране.

Често клиницистите описват невротичите като пациенти, които са наясно с тяхната вътрешна конфликтна ситуация, дори да не осъзнават напълно какво представлява тя в действителност. За разлика от тях психосоматичните пациенти не си дават никаква сметка

за това, че техните симптоми имат връзка с емоционалността и преживяванията им. Изглежда така, сякаш тези пациенти предпочитат да бъдат тежко болни физически, но не искат да допуснат никой да се бърка във вътрешния им свят. По този начин психосоматичният симптом представлява се явява своеобразна защита срещу осъзнаването на психическата болка, като го проявява по единствения възможен път – чрез тялото и заболяването (Smith, 1990).

Централно място в изследването на алекситимични пациенти при МакДугъл заемат обектните отношения. Тя говори за афективни нарушения и проблеми в символизацията като за масивна защита срещу емоционалността и срещу вид психотична тревожност и страха от разпад на личността. Такива индивиди вътрешно унищожават всякакви афективни връзки между емоциите и техните фантазии, мисли и отношения с околните, като създават една стерилна среда, лишена от чувства и либидинален пълнеж (McDougall, 1980). По този начин отношенията с околните се превръщат в нещо празно и без смисъл и стойност. Според МакДугъл тези личности имат „роботизирана характерова структура” (McDougall, 1980, p. 225). Техните емоционални връзки с хората са важни единствено заради функциите, които хората изпълняват, а не заради тяхната индивидуалност.

МакДугъл споделя за прилика в организацията на високо алекситимичните личности, т.нар. нормопати, пациентите ѝ със сексуални перверзии, различен тип зависимости и личностови разстройства. Един неин пациент мотивирал своя алкохолизъм по следния начин: „Често не зная дали съм гладен, тревожен или искам да правя секс – и точно тогава започвам да пия” (McDougall, 1984, p. 389). Нейният принос в разбирането на алекситимията се опира на мнението ѝ, че тези нарушения се коренят в ранното детство и неспособността на майката несъзнателно да развенчае идеята за магическо сливане.

Друго обяснение за развитие на способността да се изпитват и осъзнават емоции дава Бион (1962) и неговата теория за контейнера. За да обясни как функционира той, Бион използва въведения от Клайн механизъм на проективна идентификация. При него малкото дете проецира или отдава своите страхове в майката (добрата гърда), където те биват съхранени, трансформирани в по-приемлив вид и интроецирани обратно в него. Посредством контейнера страхът не се превръща в нещо коренно различно като чувство, но той бива преработен и осмислен, така че върнат обратно към субекта, става поносим и разбираем. Т.е. преработените от контейнера β елементи се трансформират в α елементи.

(Това води до развитие, растеж на личността, която се учи да оцелява, да не се разпада в условия на фрустрация.) Тази трансформация се случва благодарение на определена способност на контейнера или т.нар. α функция. В случая с бебето и майката, то зависи от майката (нейната α функция). Постепенно тази функция се интроецира и детето е способно само да я осъществява. Ако обаче способността на контейнера (майката) да трансформира β елементите в α елементи е нарушена, то върнатите обратно елементи (патологично трансформирани) придобиват нова форма – Бион ги нарича странни обекти (Bion, 1962). Провалът в работата на контейнера и интегрирането на α -функцията довежда до дефицит в афективната регулация и следователно до алекситимични тенденции (Graham, 1988).

В психиатрията отдавна е познат синдромът на Котар, който се проявява при някои видове депресия. При него болният смята, че самият той изчезва или в тялото му настъпват странни органични промени, напр. гниене или изчезване на органи, които понякога се свързват с намесата на външни демонични сили. Възможно е пациентът да смята, че започва да става безсмъртен. Според Андре Грийн (1993) това отричане на съществуващи органи води до състояние, близко до мегаломания. Авторът вижда пряка връзка между развитието на психосоматично заболяване и отричането, постановяването на негативното (Green, 1993). Той твърди, че алекситимията в някаква степен представлява именно синдром на Котар, но в много по-лека форма, тъй като се изразява в невъзможност да се осъзнае афективния заряд на емоциите, т.е. има превръщане на позитивното в негативно.

В по-късните си трудове МакДугъл допуска прилики в психичното функциониране на психосоматично болните и на психотиците. Тази прилика не се ограничава само до динамичната сила на несъзнаваното, което прави опит за контакт с външните обекти и което може да нанесе щети заради афективния заряд на емоциите. Външната реалност и отношенията с обектите и при двата контингента биват лишени от своето значение. При психозите се наблюдава психотична продукция най-често в мисловната сфера, докато при психосоматиката, тя сякаш е вградена в тялото (McDougall, 1991).

Подобно е виждането и на Бион. Според него, когато емоционалните преживявания не са преработени и превърнати в символни репрезентации, те трябва да бъдат евакуирани. Един от евентуалните начини, по които това може да се случи, е чрез

развитието на психосоматично заболяване. Той твърди, че някои симптоми не могат да бъдат разбрани, ако не се вземе предвид наличието на едно по-архаично мислене при психосоматичните пациенти. В *A memoir of the future (1991)* той пише за „сома-психоза“, което е обърнатото на „психо-соматика“ (Bion, 1962; Meltzer, 1986; Ogden, 2009, цит. по Bronstein, 2011).

1.4. Психосоматичното функциониране през призмата на Френската школа

Важен принос към развитието на идеите за алекситимията има Парижката психоаналитична школа и по-специално Парижкият институт за психосоматика. В края на 60-те години на миналия век Пиер Марти, Мишел де М'Юзан, Кристиан Дейвид и Мишел Фейн разработват задълбочена теория за психосоматиката, която се опира на клиничния им опит. Разглеждайки патогенните механизми и етиологичните фактори, те описват основните клинични характеристики на психосоматично болните, а те са пет – т.нар. операторско мислене, есенциалната депресия, много възискателен и тираничен Идеал на Аза, сериозни проблеми в ментализацията и т.нар. проективна редупликация (Marty & de M'Uzan, 1963).

Типично за проективната редупликация е неспособността на субекта да бъде отделен и независим като обект. Това е форма на примитивна нарцистична идентификация, в която субектът проектира себе си изцяло или отчасти в желания обект, като се наблюдава заличаване на различността на обекта. Този механизъм е много близък до проективната идентификация (Aisenstein & Smadja, 2010).

За разлика от медицинския подход, който се стреми да обясни симптомите чрез самото заболяване, представителите на Парижката школа по психосоматика започват да търсят връзка между соматизацията и вътрешния свят на психосоматичните пациенти. На соматизацията се гледа като на верига от вътрешни преживявания, които довеждат до отключване на психосоматично заболяване. Разглеждат се два вида соматизации – чрез регресия (връщане към по-примитивно състояние, в случая – психична организация) или чрез разплитане на нагоните (*Двата нагона Ерос и Танатос имат различни цели, но за постигането им, те се опират/вплитат един в друг, ползвайки единни същи източник на енергия. Според психоанализата, причината за повечето психопатологии е именно тяхното разделяне или т.нар. разплитане, при което двата нагона започват да търсят*

самостоятелно своите цели.) (Лапланш & Понталис, 2014; Aisenstein & Smadja, 2010; Rodin, 1991).

Соматизацията чрез регресия обикновено се среща сред личности с невротична организация и нейните прояви са леки и обратими. Обикновено тези хора страдат от астматични пристъпи, хипертония, колити или мигрена. Тяхната ментализация е на едно задоволително ниво. Соматизациите се случват заради изменение в психичното функциониране. Дори леки промени във функционирането, които са обичайни и обратими, могат да повлияят така, че да предизвикат появата на психосоматични симптоми. Тези изменения променят функционирането на предсъзнателно ниво, като изменят достъпа до репрезентациите. Едновременно с това регресията променя и възможностите на Аза за ефективна защита. Измененията могат да се проявят като характерови черти, определено поведение или соматизация. Процесът на соматизация чрез регресия може да донесе временно облекчение от претоварването с вътрешни преживявания.

Соматизацията чрез разплитане на нагоните обикновено води до прогресивни и тежки заболявания, които могат да доведат до смърт. Типични представители са автоимунните заболявания и ракът. При всички тези случаи е налице сериозна нарцистична загуба, която отваря пътя към провал на ментализацията. Пациентите имат организация, различна от невротичната, най-често тя е нарцистична (психосоматична). За тези хора са характерни някои от проявленията, които се свързват с алекситимичното функциониране (Aisenstein & Smadja, 2010).

На психично ниво няколко симптома са групирани под термина операторско или механично живеене. То се характеризира от определен тип депресия, която Пиер Марти нарича „безобектна“, а по-късно есенциална депресия и специфичен тип мислене – операторско мислене. Операторското мислене служи като „мисловен контейнер“ на мястото на достатъчно добър вътрешен обект, откъдето произтича и безобектната депресия (Marty & de M' Uzan, 1963).

Есенциалната депресия е много трудна за диагностициране, тъй като при нея липсват основните симптоми, свързани с тъга, чувство за вина и меланхолични черти. Такива пациенти просто описват себе си като празни, неспособни за каквито и да било

емоции, мечти или фантазии, но те не се оплакват от своето състояние. При този вид депресия се наблюдава основно понижение на тонуса, без икономическа компенсация.

Механичното функциониране, описано от Марти е лишено от всякаква метафора. Езикът и мисленето на такива пациенти нямат връзка с фантазматична активност или символизация. Тъй като нямат и връзка с нагоните, те по-скоро са пример за анти-мислене и анти-репрезентации. Това е начин да се опишат фактите, като се заобиколят всякакви пътища за достигане до афективния заряд (Aisenstein & Smadja, 2010).

Изследователите от Парижкия институт за психосоматика констатират, че техните пациенти са неспособни да чувстват, налице е липса, недостатъчен капацитет на психичния апарат. За разлика от тях други психоаналитични течения определят психосоматиката като израз на конфликт с подлежащи несъзнавани фантазии (Aisenstein, 2006; Bronstein, 2016).

Според Мишел де М'Юзан има разлика между функционалните психосоматични и органичните заболявания. При първите се наблюдава процес на регресиране, докато при вторите става дума за особен тип функциониране на психиката. Според него симптомите при истински тежките психосоматични заболявания не са проява на символично задоволяване на конфликти, както при хистерията, а са резултат от провал на работата на Аза. Симптомите от този вид са икономически примитивни, без символично значение и без ясна връзка с историята на пациента. Функционалната психосоматична организация се определя от ресексуализация на функциите на Аз-а. Съществува привидна сходност между операторското мислене и анализните елементи при невротичното функциониране, като натрапливите мисли и рационализации. Но тъй като при психосоматичните организации не става дума за битка със сексуалността, а опасност от загуба на реалността, респективно разпад и дезинтеграция, тази прилика е само привидна (Scarfone, 2007).

Както Бион и МакДугъл, той търси връзка между психосоматичното и психотичното функциониране, обръщайки внимание на преминаването от психосоматични симптоми към психотични декомпенсации. Увеличаването на психотичните елементи може да доведе до „оздравяване“, т.е. психозата се явява като цена за подобряване на физическото здраве. Това е разбираемо от гледна точка на „репсихизацията“, която прави възможна по-богата палитра от защити, а не само разтоварване на напрежението в тялото. Идентитетът при соматичните пациенти също е

нарушен, няма ясна граница между Аз и Не-Аз, а една транзитна зона, наречена „спектър на идентитета“.

1.5. Психична организация според психоаналитичната парадигма

Въпросът за нивото на психично функциониране е ядрен за психологичната наука. Психоаналитичната перспектива разглежда основно три нива на психична организация – невротична, гранична и психотична.

Характерно за невротичната организация е използването предимно на зрели защитни механизми, доминантно изтласкване, сублимация и др. Ментализацията е на едно добро ниво. Основният конфликт е между Аз и То. Азът е относително стабилен. Обектът по правило е цялостен и страхът е от загубата на любовта на обекта. Личностите с невротична организация инвестират в различни обекти и дейности. Те са най-здрави и най-често страдат от неврози – хистерия или натраплива невроза (Атанасов, 2009; Лапланш и Понталис, 2014).

При граничната организация се наблюдават предимно незрели защитни механизми – разцепване и отказ, проективна идентификация, соматизация и др. Ментализацията е увредена. Основните конфликти са между Аза и Реалността и Аза и Свъръхаза. Азът е нестабилен и слаб. Обектът в повечето случаи е частичен. Основният страх е страхът от загуба на обекта. Инвестирането също е нетрайно и страда. Личностите с гранична организация най-често се диагностицират с личностови разстройства, биполярно афективно разстройство (БАР), посттравматично стресово разстройство и др.

Психотичната организация е най-архаичната. Защитните механизми по правило също са архаични – проективна идентификация, разцепване и отказ, инкорпорация и др. Ментализацията е силно засегната, дори невъзможна. Основният конфликт е между Аза и Реалността. Обектът е частичен. Типичен за тази психична организация е страхът от разпад. Инвестирането е силно увредено или масирано. Тези личности обикновено страдат от тежки психични болести – шизофрения, параноя и др.

Важно е да се отбележи, че психичната организация е трайна категория, но въпреки това дори личности с изградена невротична организация, могат да преминат към функциониране на по-ниско ниво в условия на прекомерен стрес (Kernberg, 1967).

2. Депресия

Депресията е тежко психично заболяване, класифицирано като афективно разстройство, от което страда голяма част от световната популация. Историците на психиатрията твърдят, че депресията е създадена като диагностична категория през втората половина на XX в. Съгласно доклад на Световната Здравна Организация (WHO) средно 5-5,7% от световното население страда от това заболяване, което прави около 280 000 000 души. В статистиката са включени пациенти с първи депресивен епизод, рекурентно депресивно разстройство и биполарно разстройство (Blatt, 1998; Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange, 2021; Kessler & Bromet, 2013).

Съществуват няколко типа депресия – депресия без психотични симптоми, психотична депресия, следродилна депресия, дистимия, но обикновено заболяването е хронично. Различията между тези типове депресия варират в зависимост от тежестта и честотата на симптомите, но те остават относително константни.

Симптомите включват непрестанно чувство на тъга, анхедония, временни нарушения в концентрацията на вниманието и паметта, забавени движения, тъжен лицеизраз, безнадеждност, песимизъм, липса на енергия и мотивация, загуба на интерес към хобита, липса на апетит или прекомерно хранене, липса на сексуален интерес и активност, безсъние или хиперсомния, мисли и/или опити за самонараняване и самоубийство. Често са налице болки в главата или гърба, стомашни проблеми (Aarons, 1990; Blatt, 1998; Munro & Milne, 2020; Pinto, 1999; PDM, 2006; Stavrou, 2018; Takahashi, 2001).

Депресията е социално значимо заболяване, нарежда се на второ място след сърдечно-съдовите заболявания като причина за инвалидизация. Това е и заболяването, на което се дължат повече от половината самоубийства в световен мащаб. Диагнозата депресия може да съществува самостоятелно или коморбидно, на фона на: шизофрения, личностови разстройства, зависимости от психоактивни вещества, тревожни и соматоформни разстройства, синдром на хиперактивност и дефицит на вниманието (СХДВ) и др. По отношение на коморбидността със соматични заболявания, депресията често корелира с някои психосоматични заболявания като бронхиална астма и ревматоиден артрит; метаболитен синдром, кардиоваскуларна болест и хроничен болков синдром (Cohen et al., 2007; Kapfhammer, 2006; McEwen & Kalia, 2010; Slavich & Auerbach, 2018;)

През 2016г. диагностицирани с депресия в само в САЩ са около 16 милиона възрастни, което е 7% от населението ѝ. За сравнение, през 1950г. диагностицираните с депресия са били едва 0,5 % от популацията. Това поражда въпроса – какво се е променило през последните 70 години. Дали само икономическият прогрес не води до социално дистанциране или в днешно време медицинската помощ може да регистрира заболяването при страдащите от цялото население, докато преди години много от случаите са оставали недиагностицирани и нелекувани? Или става дума за свръхдиагностициране, както твърдят скептиците (Boland et al., 1996).

Съществува и противоположната теза, че голяма част от случаите на депресия остават недиагностицирани и следователно нелекувани, особено що се касае до деца и младежи на възраст от 5-6 до 16 години (Faisal-Cury et al., 2022; Sigalas & Barkla, 2014;). При депресията в около 50% от случаите има фамилна обремененост. Индийско изследване констатира, че приемът на достатъчно витамин Д в ранното детство може да намали риска от развитие на депресия в зряла възраст (Bhowmik et al, 2012). Психоаналитични изследвания дават данни за това, че адекватното обгрижване и формирането на сигурна привързаност понижават риска от депресия (Атанасов, 2009; Bowlby, 1980).

При психотичната (ендогенна) депресия има психотични симптоми, като чуване на гласове (често обвиняващи), натрапчиви мисли за обедняване, убеждения, че в тялото настъпват странни промени, като гниене или изчезване на органи (споменатият по-горе в изложението синдром на Котар) и др. Заболяването е с определени различия при различните пациенти в зависимост от личностовите им особености и евентуалното наличие на други соматични или психични болести, възрастта, пола, социалния им и семеен статус, наличието или отсъствието на подкрепяща среда и др. По отношение на половите различия, жените са по-заstrasени от развитие на депресия в сравнение с мъжете (Aarons, 1990; Bhowmik et al., 2012; Blatt, 1998; Iyer & Khan, 2012; Johnson, 2014; Slavich & Auerbach, 2018; PDM, 2006; Pinto, 1999; Takahashi, 2001).

2.1.Различия между меланхолната депресия и скръбта

Според Фройд между меланхолната депресия и скръбта има определена разлика. Скръбта често е рекация на загубата на любим човек или идеал. Въпреки това на скръбта се гледа като на нормалпсихологично явление, защото не е нарушена връзката с

реалността. Меланхолията от своя страна е дълбоко, болезнено емоционално разстройство, липса на интерес към външния свят, загуба на способността за любов, намаляване на работоспособността и понижаване на самооценката, която понякога достига до омраза към себе си. Разликата между двете състояния е и в осъзнатостта – докато при скръбта загубата е осъзната и реална, то при меланхолията е несъзнавана, съчетана с регрес на либидото към нарцистичната орална фаза. По този начин агресивните импулси се интернализират и омразата се насочва срещу собственото Аз (Фройд, 1917; Abraham, 1927; Milrod, 1998;).

Съществува определен спор в литературата относно особеностите на личността на страдащите от депресия и депресивно личностово разстройство (Ончев, 2001; Furukawa, Nakanishi & Hamaoka, 1997; Kimura et al., 2000). Според някои автори преморбидната личност на болния от меланхолична/ендогенна депресия обикновено е тъжен, педантичен, свръхсъзнателен, нетърпим към амбивалентност, необщителен и песимистичен човек или т.нар. *Typus melancholicus*. Въпреки това повечето автори се обединяват около идеята, че данните от изследванията отричат корелация между меланхоличния тип по Теленбах и депресивното личностово разстройство (Bertelli & Raballo, 2006; Oudart, Hanak & Ammendola, 2020; Tellenbach, 1961;).

Депресията има специфични биологични маркери и е характерна за всички човешки общества. Симптоматиката се причинява от химичен дисбаланс в мозъка. Така биологичните състояния се интерпретират като понижено настроение и негативни емоции (Лийдър, 2016; Kapfhammer, 2006; PDM, 2006).

Лечението на депресията е комплексно. След поставянето на диагнозата обикновено се назначава терапия с антидепресанти, препоръчителна е и психотерапията. В определени случаи се използва и електроконвулсивна терапия, сънната депривация и светотерапията. В последните години навлиза и трансраниалната магнитна стимулация. Алтернативни терапии са: хипноза, акупунктура, релаксация, масаж, йога, лечение с билкови продукти (Iyer & Khan, 2012; Sanchez-Villegas & Martinez-Gonzales, 2013).

3. Темпераментови особености и невробиологични разбирания

Темпераментът представлява най-дълбоката биологична основа на човешката личност. Той характеризира личността количествено, т.е. откъм динамиката на психологичните процеси, тяхната бързина, откъм силата на реакциите и откъм диапазона

на личността към поносимост и издръжливост. Въпросите, свързани с темперамента са обект на изучаване още от дълбока древност.

3.1. Теория на Хипократ

Още Хипократ описва четири типа темперамент, като тяхното наименование е запазено и до днес. Тезата му е, че темпераментът се определя от пропорцията на телесните течности. При сангвиничния темперамент процентният дял на кръвта е най-голям и за него са характерни високата енергичност и работоспособност. Сангвиникът е ведра натура, с подвижен ум и с подчертан интерес към новостите. Отличава се с искреност и възторженост, но понякога прави впечатление на повърхностен. Въпреки това е много социален и симпатичен за обкръжението си най-вече заради своята харизматичност (Ashton, 2018).

При флегматичния най-голям дял има лимфата. Типични за този тип темперамент са бавните движения и слабата емоционалност и сензитивност. Той рядко проявява гняв и агресия и остава хладнокръвен. Флегматикът е доволен от настоящето и не обича промените, защото те го фрустрират. Спокоен, емоционално обран и надежден. Симпатичен е за околните и има много приятели (Kalachanis & Tsagkaris, 2020).

При холеричния темперамент най-голяма част е за зелената жлъчка и той се откроява с неуравновесеност, но устойчивост на интересите. Типични за него са гневът, яростта и агресията. Въпреки това холерикът е усърден в начинанията си и пълен с енергия, много е амбициозен. Постигането на възложената цел е най-важна и холерикът често не се съобразява с чувствата на останалите хора.

При меланхоличния преобладава черната жлъчка и за него са характерни повишената сензитивност и минорната окраска на настроението. Песимизмът на меланхолика е пословичен и той често е склонен да изпада в депресивни настроения. Той вижда опасност навсякъде, затова предпочита да се усамотява и да избягва шумни компании. Има склонност към перфекционизъм и педантичност (Kalachanis, & Michailidis, 2015).

3.2. Теория на Айзенк

Теорията за личността на Ханс Айзенк също е биологична. Авторът се опитва да сведе психологичните концепти и генерализации до невропсихологични. Четирите основни дименсии според Айзенк са: екстраверсия; интроверсия; невротизъм; психотизъм.

Той е последовател на бихейвиоризма, и остро критикува психоаналитичната теория. Според него различията между личностите са предимно следствие от генетичното наследство. Неговата основа служи за модел на много изследователи, които следват и доразвиват тази теория (Noaparast, 1995).

3.3. Теория на Клонингър

Робърт Клонингър създава теория за структурата на личността, опитвайки да осветли различията между пациенти със соматизационно растройство и такива с генерализирана тревожност. Той открива, че пациентите, страдащи от соматизационно растройство имат импулсивни и агресивни черти на личността, докато тези с генерализирана тревожност имат obsесивно-компулсивни черти. Отричайки теорията за личността на Айзенк, постепенно Клонингър развива своя, в която има два ключови компонента – дименсии на темперамента и характера (Kose, 2003).

Темпераментът се определя от тези елементи на личността, които са наследствени, устойчиви от индивидуалното развитие и свързани с емоциите (Goldsmith & Buss, 1987; цит. по Cloninger, 1994). Ако темпераментът е правилно определен, то другите аспекти на личността биха могли да се предскажат с голяма точност. Опирайки се на тези базисни предиспозиции, Клонингър се опитва да опише темперамента във връзка с автоматичните отговори на прости емоционални стимули, които детерминират различия в поведението и емоционалните отговори като страх, яд и възмущение. Неговият модел е психобиологичен (Fruyt et al., 2000). Той предполага, че следвайки просто модел на развитие, личността е епигенетична конструкция, свързана с емоционалните подтици, произтичащи от темперамента (Zuckerman & Aluja, 2015).

Теорията на Клонингър описва темперамента като модел, показващ различията между личностите, изразяващ се в това, което те съзнателно изпитват емоционално. С други думи темпераментът показва това, което привлича вниманието на личността и колко интензивно отговаря тя на тези стимули. Тези категории не са променливи във времето. Темпераментовите дименсии се оказват стабилни в развитието – те се променят твърде малко с възрастта, с психотерапия или фармакотерапия. Освен това темпераментовите дименсии са свързани с развитието на личностови разстройства и уязвимостта към афективни разстройства. Те сами по себе си не показват дали личността е абнормна или не, но ако приемем, че личността страда от личностово разстройство,

темпераментът има връзка с вида на разстройството (Cloninger, 1994). Осемте типа темперамент са: Необщителен/авантюристичен; Хистрионен/позьорски; Пасивно-агресивен; Маниакален; Граничен/експлозивен; Шизоиден; Циклотимичен/сензитивен; Пасивно-зависим (Cloninger, 2004; Kitamura & Cloninger, 2011; Fruyt et. al. 2000; Zuckerman & Aluja, 2015; Kose, 2003).

4.1. Бронхиална астма

Бронхиалната астма е психосоматично неинфекциозно заболяване, чиито симптоми включват: кашлица, недостиг на въздух, усещане за натиск върху гърдите, затруднено вдишване или издишване. Заболяването е хронично и засяга около 10% от децата и 5% от възрастните, като при голяма част от тях е налице алергична компонента – от прах, полени, косми на домашни животни, мухъл, плесени, мъгла, дим, хлебарки и други вредители, различни консерванти в храните и др.

По-голям риск от развитие на бронхиална астма има в големите градове, където индустрията е по-развита и съответно въздухът е по-замърсен. Често при бронхиалната астма се наблюдава фамилна обремененост. Психо-социалните фактори оказват влияние върху честотата на пристъпите, както и тежестта на симптоматиката. Лечението на заболяването е предимно фармакологично с кортикостероиди, но се препоръчва и умерена физическа активност, спиране на тютюнопушенето, редуциране на теглото, избягване на алергени, избягване на стресови ситуации и фамилна психотерапия (Ukena, Fishman & Niebling, 2008).

Според психоаналитичната теория в етиологията на бронхиалната астма участват два компонента: биологичен и психичен, като в повечето случаи те работят едновременно с различна сила. Психичния фактор е свързан с раннодетски фантазми, в които деструктивността е потисната и на нейно място възникват чувства на вина и страх. В последствие възрастният астматично болен пациент неминуемо попада в ситуации, които активират потиснатите фантазми и чувствата, свързани с тях и недостатъчно добрата способност за преработка на емоционалните стимули, довежда до използването на неадаптивни защитни механизми като разцепване и соматизация, оттам и развитието на астматичен пристъп (Alexander, 1952; Knapp et al. 1970; Mezaros, 2009).

4.2 Хипертонична болест

Хипертонията е хронично заболяване, при което се наблюдава повишение на артериалното налягане. По правило заболяването се диагностицира късно, тъй като в началото симптомите на повишено артериално налягане са леки и незабележими. По този начин нелекуваната хипертония нанася трайни и тежки увреждания на организма. Повишеното артериално налягане уврежда кръвоносните съдове и така повишава риска от инсулт, инфаркт, бъбречна недостатъчност, болест на сърцето и др. (Mendowitz, 1979).

При 85% от пациентите с есенциална хипертония произходът на заболяването остава неясен. Генетичните фактори са от голямо значение, както и културните, спазваният режим на хранене и други фактори на средата (Dahl, 1977; Freis, 1976).

Съгласно психоаналитичната теория и практика, хипертоничната болест е типична за онези личности, които следват тенденцията да попадат в зависимост от други лица и/или имат твърде амбициозни и агресивни нагласи. Тези пациенти не съумяват адекватно да изразят агресивните импулси навън, потискат ги несъзнавано, което от своя страна довежда до преживяването на прекомерен стрес, негативни емоции и използването на соматизацията като защитен механизъм. Потискането на агресивните импулси довежда до влошаване на здравословното им състояние, като повлиява вегетативната нервна система, която повишава тяхното кръвното налягане (Alexander, 1939; Wittkower, 1957).

4.3 Пептична язва

Пептичната язва е още едно хронично психосоматично заболяване, което се характеризира с епигастрална болка, придружена от чувство за пълнота в корема, подуване, гадене, повръщане, липса на апетит, немотивирана загуба на тегло и др. В повечето случаи заболяването е предизвикано от инфекция или злоупотреба с определени медикаменти, включително болкоуспокояващи. В основата на патогенезата стои дисбалансът между агресивните стомашни фактори и пепсин, и мукозната бариера. Факторите на средата, които увеличават стомашната секреция са: тютюнопушеше, злоупотреба с алкохол, нестероидни противовъзпалителни средства, прекомерен стрес и други негативни емоции. При изброените симптоми суспектни за пептична язва са пациенти над 60г, но заболяването се среща и сред по-млади (Ahmed, 2019; Nabeeb et al., 2016).

Александър разглежда пептичната язва като резултат от недоброволно преждевременно навлизане в зрелостта, в следствие от неблагоприятни житейски събития.

По този начин личността, която е склонна към зависимост от други хора и склонна към приемане и пасивност, потиска тези стремежи и започва да изпитва вина и срам, и да соматизира. Пациентите, страдащи от пептична язва се определят като орално-фиксиранни, но отричащи пасивността и нуждата от зависимост от другите, хиперкомпенсирайки в активна и борбена натура, свободно проявяваща агресивност и независимост (Alexander, 1947; Mezaros, 2009).

4.4 Язвен колит

Язвеният колит е възпалително психосоматично заболяване с хронично протичане и прогресивен ход, което започва в ректума и се разпространява по отделителната система. Едва 10-15 % от болните имат близки роднини със същото заболяване, така че начинът на живот превалира пред генетичните фактори. За улцерозния колит са характерни периоди на рецидиви – изостряне на симптоматиката и периоди на пълно отсъствие на симптоми за определено време (ремисия).

Според психоаналитичната парадигма болните от улцерозен колит имат особена личностова структура. Интензивността на нагоните при тях е засилена, като е налице недостатъчно здрав психичен апарат и възможност за преработка на афекта. Раннидетските фантазмите се отличават с нарцистична окраска, подобно на другите психосоматично болни и тези пациенти не съумяват да видят обекта цялостен, той е винаги или твърде близо и застрашаващ или твърде далечен. Болните от улцерозен колит използват незрели защитни механизми, като разцепване, в следствие на което е налице дисоциация между тяло и психика. При евентуален травматизъм, лошата преработка на афекта довежда до соматизация и директно увреждане на органите (Lefebvre, 1988).

4.5. Тиреотоксикоза

Тиреотоксикозата е хронично психосоматично автоимунно заболяване, при което има повишена концентрация на тироидните хормони в кръвта. Вследствие на заболяването всички системи в организма работят на максимална скорост. Един от типичните симптоми на тиреотоксикозата е немотивираната загуба на тегло. Поради ускорения метаболизъм, организъмът топи калории много бързо. Много често пациентите се оплакват от повишен апетит, но дори пациентите да приемат по-голямо количество храна, то не е достатъчно, за да се покрият нуждите. Други характерни симптоми са: раздразнителност, прояви на вербална агресия, липса на концентрация, тревожност, загуба

на памет и неспособност за планиране на ежедневните дейности. В редки случаи пациентите имат гърчове, миоклонии, хорей и кататония. Етиологията на заболяването не е докрай изяснена. Рисков фактор за отключването ѝ е повишеният прием на йод, екстремн стрес и др (Hershman & Leung, 2014; Mittra et.al, 2008).

Около 10 % от пациентите преживяват психотичен епизод. Болните от хипертироидизъм са с повишен риск от хоспитализация в психиатрично отделение, дори да са на терапия от антипсихотици и анксиолитици. Често наред с тиреотоксикозата, се поставя и диагноза за биполярно афективно разстройство или тревожно разстройство. Жените са по-податливи на заболяването от мъжете, с честота 4:1. Лечението на заболяването е препоръчително освен с медикаменти, потискащи жлезата, да бъде придружено от психотерапия (Uribe, 2017).

Много изследователи подчертават връзката между хипертироидизма и негативните емоционалните състояния (Alexander et al, 1951; Uribe, 2017; Wittkower, 1957). Тироидните кризи се свързват с фрустрация и травматизъм. Според психоаналитичната теория симптомите на болестта могат да бъдат разбрани като резултат, отговор на тялото на ранни травматизми, преживяни в момент, в който психичният апарат е недостатъчно укрепнал, за да преработи адекватно заливащите го стимули от външната среда. Типична личностова черта на голяма част от болните с тиреотоксикоза е враждебността, която бидейки потисната, влошава симптоматиката на заболяването (Lyketsos, 1987). Александър споменава, че основният страх на болните от хипертиреоидизъм е страхът от унищожение на селфа (цялостната личност) (Alexander, 1952).

4.6. Ревматоиден артрит

Ревматоидният артрит е хронично възпалително психосоматично заболяване, при което премоорбидното състояние има характерни симптоми като : обща отпаднаост, лесна уморяемост, леко повишена или много висока температура – над 39 градуса с втрисане и изпотяване, ставни, мускулни, сухожилни болки, липса на апетит и намаляване на теллото, психичека напрегнатост и раздразнителност. При лабораторни изследвания може да се установят изразена анемия и начало на възпалителен процес. Началото на заболяването започва с болки, подуване, леко затопляне и зачервяване на ставите, сутрешна скованост, ставни деформации като възпалението обхваща не само ставите, но

и близкоразположените тъкани и органи. Болките са по-силни през втората половина на нощта и нерядко будят болния от сън (Lefter, 1972; Lindberg et al., 1996).

Психоаналитичната парадигма разглежда ревматоидния артрит, подобно на предходните психосоматични заболявания, като реакция на преживени ранни травмиращи събития, които са изтласкани, потиснати и в зряла възраст биват отключени от повторно преживени събития, напомнящи тези от детството. Личността на болните се отличава с незрялост, неспособност за изразяване на агресивните импулси, нисък фрустрационен толеранс и неспособност за преработка на афективните преживявания, затова и често соматизира (Mezaros, 2009).

4.7. Невродермит

Невродермитът е хронично психосоматично заболяване, което започва като сърбящ участък от кожата. Разчесването на този участък допълнително раздразнява кожата, тъй като чесането засяга нервните окончания и влошава сърбежа. По този начин сърбежът и последвалото го разчесване прави кожата по-груба и удебелена. Обикновено се развиват няколко сърбящи петна по лицето, шията, китките, предмишницата, краката или аналната област. Заболяването не е животозастрашаващо и заразно, но в по-тежките случаи нарушава качеството на живот, съня и сексуалната функция. Тъй като невродермитът е хронично заболяване, то обикновено остава до края на живота и облекчаването на симптомите се свързва най-вече с противопоставяне на желанието за чесане на засегнатата кожа и употребата на медикаменти от антихистаминовата група (Steven, 2021).

Симптомите на заболяването са: сърбеж на участък или участъци от кожата, груба и люспеста структура на засегнатите участъци, повдигнати, твърди петна, имащи червеникав или по-тъмен цвят. Медикаментозното лечение само може да облекчи симптомите на невродермит. Етиологията остава недокрай изяснена (Ayyar & Bagadia, 1986).

Невродермитът е често срещано заболяване, смята се, че в световен мащаб то обхваща около 12% от населението, като засяга жените в по-голяма степен (Nagarale et al., 2017).

Невродерматичните пациенти, като част от психосоматичната група се отличават с някои характеристики на личностовата структура като: задържане, потискане, модулиране и преработка на афектите, неспособност за толериране на фрустрация, уязвимост към

травматизъм; твърде зависими са от външни обстоятелства. Много често началото на заболяването започва след загуба на близък човек, развод на родителите и т.н. Преживяването на екстремен стрес е ключово за влошаването на симптоматиката и употребата на медикаменти за облекчаването ѝ не са достатъчни, тъй като освен физическия дискомфорт, страдащите от невродермит имат и понижено самочувствие. Установено е, че преморбидната личност на болните от невродермит често имат обесивни и тревожни черти на личността, както и изпитват страх и ужас от физическа или психическа болка. Психотерапевтичната работа с такива пациенти е ключова за подобряване на качеството им на живот (Аууар & Bagadia, 1986; Wittkower, 1957).

II. Методика и дизайн на емпиричното изследване

2.1. Цел, задачи, обект и хипотези на емпиричното изследване

Потребността от изследване на алекситимията, депресивността и темпераментовите особености при психосоматично болни, подсказва **целта** на настоящото изследване: Проучване на взаимовръзките между депресивността, темпераментовите дименсии и алекситимията при болни от психосоматични заболявания и при здрави лица без поставена диагноза за психосоматично заболяване или депресия.

Кореспондирайки си с целта, основните **задачи** на емпиричното изследване са:

1. Да се подберат подходящи въпросници, адаптирани или стандартизирани за българска популация, измерващи нивата на алекситимия, депресивност и темпераментовите особености при избраната извадка;
2. Да се съберат данни по следните променливи при лица с психосоматични заболявания и здрави индивиди на възраст от 26 до 60 години: нива на алекситимия, депресивност и темпераментови особености;
3. Да се изберат подходящи за целта статистически процедури, чрез които:
 - 3.1 . Да се разкрие характера на връзките между алекситимията и темпераментовите особености;
 - 3.2. Да се изследват връзките между високите нива на алекситимия и депресивността;
 - 3.3. Да се разкрият връзките между депресивността и Предпазливостта като темпераментова дименсия;

4. Да се направи междугрупово сравнение по отношение на темпераментовите особености при здрави и болни лица;
5. Да се направи междугрупово сравнение между изследваните лица на база на нивото на депресивност;
6. Да се направи междугрупово сравнение на база на нивото на алекситимия;
7. Да бъде изготвен задълбочен анализ на получените данни от проверката на хипотезите и извършените статистически процедури;
8. Резултатите от настоящото изследване да бъдат сравнени с данните от други проведени изследвания;

На базата на изходните теоретични постановки, в емпиричното изследване се издигат следните хипотези:

Първа хипотеза: Има корелационна връзка между високите нива на алекситимия и високите нива по подskalата Предпазливост (НА) от темпераментовия въпросник на Клонингър. Тя се основава на вродеността както на темпераментовите особености и на спецификите на вегетативната нервна система и влиянието на патологията на ранните обектни отношения върху структурирането на защитна „броня” и специфична личностова организация, така и на защитна и дефицитарна емоционална нечувствителност – алекситимия.

Втора хипотеза: Психосоматично болните лица ще демонстрират по-високи стойности на алекситимия в сравнение със здравите лица. Тази хипотеза се базира на теорията на Пиер Марти и Мишел де М'юзан (1963) за функционирането на психосоматично болните индивиди, при които са налице операторско мислене, есенциална депресия, тираничен Идеал на Аза и проективна редупликация, които се свързват с проявите на алекситимията.

Трета хипотеза: Няма да се наблюдават различия в нивата на депресия сред здравите и психосоматично болните лица, тъй като при високоалекситимичните личности депресията би трябвало да е есенциална, т.е. да липсват основните симптоми на депресия, които се изследват със скалата на Бек.

Четвърта хипотеза: Психосоматично болните лица ще демонстрират по-високи стойности по скалата Предпазливост. Лицата с психосоматична болест ще са по-ригидни в сравнение с другите. В контекста на психоанализата ригидността се свързва с прекомерното използване на анални защити, които се свързват с предпсихотични

състояния. Това допускане се опира и на изследването на Изци и сътр. (Izci et al., 2000), което показва средно високи стойности на корелация между TAS 20 и скалата Предпазливост от ТСИ.

Пета хипотеза: Психосоматично болните с астма ще демонстрират по-ниски нива на алекситимия в сравнение с болните от тиреотоксикоза. Това допускане се базира на различията в организацията, за които говори Пиер Марти (1963), а именно, че при болните от астма организацията често е невротична и соматизацията се извършва чрез регресия, докато при болните от автоимунни заболявания соматизацията е чрез разплитане на нагоните и тяхната организация не е невротична.

Шеста хипотеза: Високите нива на депресия ще корелират позитивно с високите стойности по скалата Предпазливост. Допускаме това, тъй като личностните характеристики, заложи в скалата Предпазливост предполагат податливост на депресивна симптоматика.

Седма хипотеза: Изследваните лица, болни от хипертония, ще демонстрират по-ниски нива на алекситимия в сравнение с болните от ревматоиден артрит. Допускаме това, опирайки се на теорията на Пиер Марти (1963) за функционирането при страдащите от различни психосоматични заболявания. Организацията при болните от хипертония би следвало да е невротична, съответно да не са с алекситимия, докато при страдащите от ревматоиден артрит се очаква тя да е психосоматична и да имат алекситимия.

Осма хипотеза: Жените ще имат по-ниски нива на алекситимия в сравнение с мъжете. Предполагаме това, тъй като жените по правило са по-емоционални, съответно би следвало да осъзнават и изразяват емоциите си в по-голяма степен от мъжете.

Девета хипотеза: Жените ще демонстрират по-високи нива на депресивност от мъжете. Това предположение се основава на факта, че жените като цяло са по-депресивни и по-емоционално експресивни в сравнение с мъжете.

2.2. Обект и предмет на изследването

Обект на изследването са две групи изследвани лица: (1) Лица, диагностицирани със следните заболявания: бронхиална астма, хипертония, язвен колит, пептична язва, тиреотоксикоза, ревматоиден артрит, невродермит; психосоматично болните лица са без поставена диагноза за депресия; (2) Здрави лица, без поставена диагноза за психосоматично заболяване и депресия.

Предмет на изследването са темпераментовите особености, депресивността и нивата на алекситимия при психосоматично болни.

2.3. Описание на извадката

В изследването са включени общо 272 лица, мъже и жени на възраст от 26г. до 60г. Поради некоректно попълване на тестовата батерия при първичната обработка на резултатите са изключени 9 лица. Отпадат още 3 лица, които имат поставена диагноза за повече от едно психосоматично заболяване и ИЛ, които влизат в проучването са общо 260. Експерименталната група се състои от 130 лица с класическите психосоматични заболявания, а контролната – също 130 лица, които нямат поставена диагноза за психосоматична болест или депресия.

От контролната група мъжете са 77, а жените 53. От изследваните лица с поставена диагноза за психосоматично заболяване 69 са мъже, а 61 – жени.

Таблица1. Разпределение на ИЛ по пол и здравен статус

		Пол		Общо
		Мъж	Жена	
Статус	Здрави	77	53	130
	Психосоматично болни	69	61	130
Общо		146	114	260

Разбивката на експерименталната група от изследвани лица с диагноза за различните психосоматични заболявания е представена в таблица 2. Най-много лица страдат от хипертония, последвани от тези с бронхиална астма и най-малко от ревматоиден артрит и невродермит.

Таблица 2. Разпределение на психосоматично болните лица по различните заболявания

Здравен статус	Брой ИЛ
Здрави	130
Психосоматично болни	130
Бронхиална астма	22
Хипертония	35
Пептична язва	14
Язвен колит	16

Тиреотоксикоза	18
Ревматоиден артрит	12
Невродермит	13

Разбивката на изследваните лица по отношение на завършеното образование са следните: от групата на лицата без диагноза за психосоматично заболяване, 76 лица са със средно, а 54 са с висше образование. При психосоматично болните – 81 лица са със средно и 49 с висше образование. Най-младите от изследваните лица са на 26г, а най-възрастните на 60г. Средната възраст на участниците е 40г.

Таблица 3. Разпределение на изследваните лица на база образование

		Образование		
		Средно	Висше	Общо
Статус	Здрави	76	54	130
	Психосоматично болни	81	49	130
Общо		157	103	260

2.4. Организация и провеждане на емпиричното изследване

Емпиричното изследване се проведе в периода от 10.04.2020г. до 03.03.2021г. Първоначално изследваните лица попълваха анкета, в която да посочат страдат или не от някое от седемте психосоматични заболявания, след което им бе изпращана тестовата батерия от въпросника за алекситимия TAS 20, въпросника на Бек за депресия и темпераментовите скали от темпераментовия и характеров въпросник на Клонингър TCI. След изследването на психосоматично болните лица, бяха изследвани и точно толкова лица без поставена диагноза за психосоматично заболяване или депресия. Всички ИЛ са активно работещи в системата на Овергаз. Поради наложената епидемична обстановка заради COVID-19, всички лица попълваха въпросниците индивидуално. Попълването на въпросниците отнема време около 40-45 минути. Изследваните лица попълваха въпросниците доброволно, анонимно и не бяха заблуждавани за целта на изследването.

2.5. Методи на изследването

Дизайнът на изследването е **междугрупов**. Всички ИЛ попълваха еднократно изброените самооценъчни методики, чрез които беше събрана необходимата информация с оглед на поставените от емпиричното изследване цели и задачи.

- Стандартизиран самооценъчен въпросник за изследване на темпераментови дименсии на Клонингър TCI.

- Стандартизиран самооценъчен въпросник на Бек за депресивност (Beck's depressive inventory);

- Самооценъчна скала за алекситимия TAS 20 на Тайлър, Багби и Паркър;

Описание на използваните самооценъчни въпросници:

TCI - Темпераментови скали от темпераментовия и характеров въпросник на Клонингър. Авторът на въпросника е д-р Робърт Клонингър. Стандартизацията за българската популация е направена през 2003-2004г. От проф. К. Калинов. Темпераментовите дименсии се състоят от 107 дихотомни айтема, попълва се самостоятелно и е изведен като следствие от био-социалния модел на Клонингър (Калинов, 2005). Условието за разпределение в един от осемте типа темперамент са представени в таблица 4.

Четири типа темпераментови дименсии са: Търсене на новости (Novelty Seeking) NS, Предпазливост (Harm Avoidance) HA, Зависимост от възнаграждения (Reward Dependence) RD и Настойчивост (Persistence) P.

Осемте типа темперамент, които се формират са съответно:

Таблица 4. Разпределение на типа темперамент по Клонингър

Тип темперамент	Определение
Необщителен/авантюристичен	NS>17 и HA≤16 и RD≤14
Позьорски/хистрионен	NS>17 и HA≤16 и RD>14
Пасивно-агресивен/предпазлив	NS>17 и HA>16 и RD>14
Раздразнителен/граничен	NS>17 и HA>16 и RD<14
Маниакален/обсесивен	NS<17 и HA>16 и RD≤14
Шизоиден/независим	NS<17 и HA≤16 и RD≤14
Циклотимичен/сензитивен	NS<17 и HA≤16 и RD>14
Пасивно зависим	NS<17 и HA>16 и RD>14

Beck Depressive Inventory – Въпросник на Бек за разпознаване на депресия. Депресивната скала е създадена през 1961г. Версията се състои от 21 симптома, като всеки от тях е предложен в четири варианта. Като цяло всички симптоми отразяват депресивността в различните ѝ проявления. По такъв начин се избягва алтернативното дихотомно отговаряне с „Да” и „Не”. Описаните симптоми са преживявания, чувства, емоции и поведения, отнасящи се до тъга, неуспех, неудоволствие, наказание, разочарование, самонараняване и т.н. Изчисляването на резултатите се базира на простото събиране на точките на отбелязаните степени за всеки айтем, като скалата за отчитане на резултатите е 5-степенна, започваща от Липса на депресивни симптоми до Тежка депресия. Условиата за резултат, попадащ в една от петте степени са показани в таблица 5. Скалата на Бек за депресия е стандартизирана от доц. д-р Ж. Балев.

Таблица 5. Нива на депресия по Бек

Точки	Ниво на депресия
0-9	I. Липса на депресивни симптоми
10-15	II. Леко депресия (потискане)
16-19	III. Умерена депресия
20-29	IV. Тежка депресия (умерена тежест)
30-63	V. Тежка депресия

TAS 20 – Скалата се състои от 20 айтема и е разработена като ревизия на по-ранната версия, която има 26 айтема. Отговорите се дават по 5 степенна ликертова скала. *TAS 20* има трифакторна структура – F1 – трудности в идентифицирането на чувства; F2 – трудности в описването на чувства и F3 – ориентирано навън мислене. На база на резултатите, изследваните лица попадат в една от три категории: Лица без алекситимия, лица с предполагаема алекситимия и лица с високи нива на алекситимия. Условиата за попадане в една от трите степени на скалата е представена в таблица 6.

Таблица 6. Нива на алекситимия по *TAS 20*

Точки	Нива на алекситимия
≤51	Няма алекситимия
52-60	Вероятна алекситимия
≥61	Високи нива на алекситимия

Скалата демонстрира добра конвергентна и дискриминативна валидност. Въпреки това авторите призовават тя да не бъде използвана самостоятелно, а в синхрон с други методи, изучаващи алекситимичните тенденции. Призната е като най-надеждния и валиден инструмент за регистриране на нивата на алекситимия. За изследването е използвана преведената и адаптирана от Български Институт по Зависимости скала TAS 20.

2.6. Статистически методи

За обработката на получените данни е използвана програмата SPSS на IBM, вариант 21.0. Приложени са следните статистически методи:

- Дескриптивна статистика за описание на извадките;
- Статистически методи за проверка на издигнатите хипотези: t-критерий (T-test за две независими извадки); корелационен анализ.

III. Анализ и обсъждане

3.1. Резултати от изследването и проверка на хипотезите

Получените данни от въпросника за алекситимия и посредством T-test за две независими извадки са следните: изследваните лица от контролната група демонстрират по-ниски нива на алекситимия в сравнение на изследваните лица от експерименталната група от психосоматично болни лица. Средната стойност по теста за алекситимия TAS 20 за групата на здравите е Mean: 41,97(SD±9,34), докато в групата на психосоматично болните средната стойност е Mean: 50,36(SD±12,86).

Таблица 7. Получени резултати от въпросника за алекситимия

	Статус	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
TAS 20	Здрави	130	41,97	9,34	0,81
	Психосоматично болни	130	50,36	12,86	1,12

Проверката на резултатите по скалата за алекситимия даде следните данни – мнозинството от изследваните лица от контролната група не демонстрират високоалекситимични черти, докато по-голямата част от психосоматично болните лица имат вероятна алекситимия или дори показват високи нива на алекситимия. Резултатите са представени в таблица 7 и таблица 8.

Таблица 8 Разпределение на ИЛ по скалата за алекситимия

Здравен статус	Брой ИЛ без алекситимия	Брой ИЛ с вероятна алекситимия	Брой ИЛ с високи нива на алекситимия	Общо ИЛ
Здрави	106	18	6	130
Психосоматично болни	54	45	31	130
Общо ИЛ	160	63	37	260

По отношение на получените резултати от темпераментовия въпросник на Клонингър, най-много от изследваните лица без диагноза за психосоматично заболяване са с необщителен темперамент, следват тези с хистрионен и т.н. Най-рядко срещаният тип темперамент при тях е циклотимичен/сензитивен.

Най-много от изследваните лица, страдащи от психосоматични заболявания са с пасивно-агресивен тип темперамент, следвани от тези с маниакален/обсесивен и шизоиден тип темперамент. Най-рядко срещаният тип темперамент, както и в контролната група е циклотимичният/сензитивен. Разпределението на ИЛ по показан тип темперамент е описано в таблица 9.

Прави впечатление, че при пасивно-агресивния тип темперамент разликата в броя между контролната и експерименталната група е голяма. От тях има 13 изследвани лица с пасивно-агресивен темперамент от групата на здравите лица и 26 лица от групата на психосоматично болните. Невъзможността за адекватно изразяване на агресивните импулси според психоаналитичната теория би могла да доведе до появата на психосоматично заболяване и разликата в броя на лицата с пасивно-агресивен

темперамент при здравите и психосоматично болните лица би могла да се дължи на този факт.

Таблица 9 Описателна статистика на типа темперамент сред двете групи ИЛ

Тип темперамент	Общ брой ИЛ	Здрави	Психосоматично болни
Необщителен/авантюристичен	42	28	14
Позьорски/хистрионен	39	18	21
Пасивно-агресивен	39	13	26
Раздразнителен/граничен/експлозивен	31	18	13
Маниакален/обсесивен	27	12	15
Шизоиден	32	17	15
Циклотимичен/сензитивен	22	11	11
Пасивно-зависим	28	13	15

Получените средни стойности по темпераментовите скали са представени в следващата таблица 10. Тъй като резултатите по скалите Търсене на новости, Зависимост от възнаграждения и Настойчивост са много близки, те няма да бъдат анализирани впоследствие.

Таблица 10 Получени средни стойности по скалите от теста на Клонингър

Скала от теста на Клонингър	Здравен статус	Брой ИЛ	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
Търсене на новости	Здрави	130	18,9	5,87	0,51
	Психосоматично болни	130	17,58	5,01	0,43
Предпазливост	Здрави	130	13,85	7,13	0,62
Предпазливост	Психосоматично болни	130	16,67	5,56	0,48
Зависимост от възнаграждения	Здрави	130	14,23	3,92	0,34
Зависимост от възнаграждения	Психосоматично болни	130	15,06	4,27	0,37

Настойчивост	Здрави	130	5,25	1,49	0,13
Настойчивост	Психосоматично болни	130	5,02	1,49	0,13

Съгласно очакванията ни по-голямата част от ИЛ не демонстрираха високи нива по скалата за депресия на Бек. Мнозинството от изследваните лица попадат в степента Няма депресивни симптоми, последвани от тези с Лека депресия и т.н. Сред психосоматично болните лица нивото Тежка депресия-умерена съответства на резултатите на 19 ИЛ, това би могло да се обясни с пониженото настроение, вследствие на психосоматичното заболяване, от което страдат. Въпреки това, всички изследвани са декларирали, че нямат поставена диагноза за депресия. Следват резултатите, изложени в таблица 11.

Таблица 11 Разпределение на ИЛ по скалата за депресия на Бек

Нива по скалата за депресия на Бек	Здрави изследвани лица	Психосоматично болни	Общо
Няма депресивни симптоми	106	66	172
Лека депресия	19	31	50
Умерена депресия	3	13	16
Тежка депресия - умерена	1	19	20
Тежка депресия	1	1	2

Средните стойности от въпросника на Бек за депресия са показани в следната таблица №12. Според данните психосоматично болните лица демонстрират по-високи стойности на депресивност по Бек. Средната стойност в експерименталната група е Mean: 11,90 (SD ±9,32), което попада в степента Лека депресия (потискане).

Таблица 12 Средни стойности от въпросника на Бек за депресивност.

	Статус	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
Скала на	Здрави	130	5,95	5,55	0,48

Бек за депресия					
	Психосоматично болни	130	11,90	9,32	0,93

След описателната статистика е ред на проверка на издигнатите хипотези:

1.1. Резултати от проверка на първа хипотеза

Първа хипотеза: Има корелационна връзка между високите нива на алекситимия и високите нива по подskalата Предпазливост (НА) от темпераментовия въпросник на Клонингър. Тя се основава на вродеността както на темпераментовите особености, така и на спецификите на вегетативната нервна система и влиянието на патологията на ранните обектни отношения върху структурирането на защитна „броня” и специфична личностова организация, така и на защитна и дефицитарна емоционална нечувствителност – алекситимия.

Таблица № 13 Корелационен анализ на скалата за Алекситимия TAS 20 и скалата Предпазливост (НА) от TCI

TAS 20 (скала за алекситимия) НА (Скала Предпазливост)	Корелация на Пийрсън	0,178**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	Брой ИЛ	260

P

езу
лта
тит

е от направения корелационен анализ показват, че има много ниска положителна корелация между скалите за Алекситимия и Предпазливост, което потвърждава нашата хипотеза. Данните от анализа са изобразени на таблица 13. Вероятно колкото по-високи са стойностите на алекситимия, толкова повече нарастват характеристиките от скалата Предпазливост. Това би могло да се дължи на особеностите на психичната организация на високоалекситимичните личности. Психоаналитичната теория предполага, че тяхната организация е гранична/нарцистична/психосоматична и съответно липсата на

емоционална чувствителност довежда до необходимостта от защитно поведение и характерова броня.

1.2. Резултати от проверка на втора хипотеза

Втора хипотеза: Психосоматично болните лица ще демонстрират по-високи стойности на алекситимия в сравнение със здравите лица. Тази хипотеза се базира на теорията на Пиер Марти и Мишел де М'юзан (1963) за функционирането на психосоматично болните индивиди, при които са налице операторско мислене, есенциална депресия, тираничен Идеал на Аза и проективна редупликация, които се свързват с проявите на алекситимията.

Таблица 14 Средни стойности от скалата за Алекситимия TAS 20

	Статус	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
TAS 20	Здрави	130	41,97	9,34	0,81
	Психосоматично болни	130	50,36	12,86	1,12

Резултатите от направения T-test за две независими извадки потвърждава нашата хипотеза. Психосоматично болните лица демонстрират по-високи нива на алекситимия в сравнение с лицата, без диагноза за психосоматично заболяване.

($t(260) = -6,014$ ($p \leq 0,05$), психосоматично болни (Mean=50,36; SD=12,86); здрави (Mean=41,97; SD=9,34).

Резултатите от извършената статистическа процедура са показани на таблица 14 и таблица 15.

Таблица 15 Резултати от извършения t-тест на скалата за Алекситимия за здрави и психосоматично болни лица

TAS 20	F	Sig.	t	Significance	
				One-sided p	Two sided p
	24,09	< 0,001	-6,014	< 0,001	< 0,001

1.3. Резултати от проверка на трета хипотеза

Трета хипотеза: Няма да се наблюдават различия в нивата на депресия сред здравите и психосоматично болните лица, тъй като при високоалекситимичните личности депресията би трябвало да е есенциална/бяла, т.е. да липсват основните симптоми на депресия, които се изследват със скалата на Бек.

За проверка на третата хипотеза е направен T-test за две независими извадки. Данните от статистическите процедури са представени в таблица 16 и таблица 17. Тестът показва, че хипотезата ни за равенство на средните се отхвърля и е вярна алтернативната хипотеза, а именно, че лицата с психосоматични заболявания демонстрират по-високи нива на депресия в сравнение с групата на здравите лица.

Таблица 16 Средни стойности за скалата за депресия на Бек за здрави и психосоматично болни лица

	Статус	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
Въпросник на Бек за депресия	Здрави	130	5,95	5,55	0,48
	Психосоматично болни	130	11,90	9,32	0,93

($t(260) = -5,53$ ($p > 0.05$), психосоматично болни (Mean=11,90; SD=9,32); здрави (Mean=5,95; SD=5,55).

Вероятно лицата с психосоматични заболявания страдат и демонстрират в по-голяма степен от депресивни симптоми, което противоречи на тезата на Пиер Марти за есенциалната депресия при тях, както и на издигнатата хипотеза.

Таблица 17 Резултати от проведения т-тест на скалата за депресия на Бек

BDI	F	Sig.	t	Significance	
				One-sided p	Two sided p

	28,53	< 0,001	-5,536	< 0,001	< 0,001
--	-------	---------	--------	---------	---------

1.4. Резултати от проверка на четвърта хипотеза

Четвърта хипотеза: Психосоматично болните лица ще демонстрират по-високи стойности по скалата Предпазливост. Лицата с психосоматична болест ще са по-ригидни в сравнение с другите. В контекста на психоанализата ригидността се свързва с прекомерното използване на анални защиты, които се свързват с предпсихотични състояния. Това допускане се опира и на изследването на Изци и сътр. (Izci, Gultekin, Saglam, Кос, Zincir & Atmaca, 2000), което показва средно високи стойности на корелация между TAS 20 и скалата Предпазливост от TCI.

За проверка на четвъртата хипотеза е направен T-test за две независими извадки. Резултатите са представени в таб. №18 и таб. №19.

Таблица 18 Средни стойности на скалата Предпазливост (НА) от Темпераментовия въпросник на Клонингър за здрави и психосоматично болни лица.

	Статус	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
НА	Здрави	130	13,85	7,13	0,62
	Психосоматично болни	130	16,67	5,56	0,48

($t(260) = -3,55$ ($p \leq 0,05$), здрави (Mean=13,85; SD=7,13); психосоматично болни (Mean=16,67; SD=5,56).

Данните от статистическата процедура потвърждават нашата хипотеза, а именно, че психосоматично болните лица демонстрират по-високи нива по скалата Предпазливост от темпераментовия въпросник на Клонингър. Изследването на Изци и сътр. (Izci, Gultekin, Saglam, Кос, Zincir & Atmaca, 2000), е в съответствие с данните, получени в нашето проучване.

Таблица 19 Резултати от извършения t-тест за скалата Предпазливост (НА)

НА	F	Sig.	t	Significance	
				One-sided p	Two sided p
	16,55	< 0,001	-3,555	< 0,001	< 0,001

1.5. Резултати от проверка на пета хипотеза

Пета хипотеза: Психосоматично болните с астма ще демонстрират по-ниски нива на алекситимия в сравнение с болните от тиреотоксикоза. Това допускане се базира на различията в организацията, за които говори Пиер Марти (1963), а именно, че при болните от астма организацията често е невротична и соматизацията се извършва чрез регресия, докато при болните от автоимунни заболявания соматизацията е чрез разплитане на нагоните и тяхната организация не е невротична.

Резултатите от проведения T-test за две независими извадки са представени на таблица 20 и таблица 21

Таблица 20 Средни стойности по скалата за алекситимия TAS 20 за страдащи от астма и тиреотоксикоза

	Психосоматично заболяване	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
TAS 20	Астма	22	47,18	13,86	2,95
	Тиреотоксикоза	18	54,50	12,84	3,02

($t(40) = -1,71$ ($p = 0,04 \leq 0,05$), страдащи от астма (Mean=47,18; SD=13,86); страдащи от тиреотоксикоза (Mean=54,50; SD=12,84).

Данните от статистическата процедура потвърждават петата хипотеза, че болните от тиреотоксикоза имат по-високи стойности на алекситимия в сравнение с лицата, страдащи

от бронхиална астма. Вероятно тези разлики се дължат на разликите в психичната организация и способността за преработка на афекта.

Таблица 21 Резултати от извършения т-тест на скалата за алекситимия TAS 20 за страдащи от астма и тиреотоксикоза

TAS 20	F	Sig.	t	Significance	
				One-sided p	Two sided p
	1,45	0,236	-1,71	0,047	0,094

1.6. Резултати от проверка на шеста хипотеза

Шеста хипотеза: Високите нива на депресия ще корелират позитивно с високите стойности по скалата Предпазливост. Допускаме това, тъй като личностните характеристики, заложи в скалата Предпазливост предполагат податливост на депресивна симптоматика.

Таблица 23 Данни от корелационния анализ на скалата за Депресия и скалата Предпазливост

НА (Скала Предпазливост) Скала за депресивност BDI	Корелация на Пийрсън	0,299**
	Sig. (2-tailed)	< 0,001
	Брой ИЛ	260

Данните от направения корелационен анализ подкрепят нашата хипотеза, а именно, че високите стойности по скалата Предпазливост имат линейна връзка с високите стойности по скалата за депресия на Бек. Корелацията е много ниска, положителна. Резултатите от статистическата процедура са изобразени на таблица 23.

1.7. Резултати от проверка на седма хипотеза

Седма хипотеза: Изследваните лица, болни от хипертония ще демонстрират по-ниски нива на алекситимия в сравнение с болните от ревматоиден артрит. Допускаме това, опирайки се на теорията на Пиер Марти за функционирането при страдащите от различни психосоматични заболявания. Организацията при болните от хипертония би следвало да е невротична, съответно да не са с алекситимия, докато при страдащите от ревматоиден артрит се очаква тя да е психосоматична и да имат алекситимия.

Таблица 24 Средни стойности по скалата за алекситимия на лица, страдащи от хипертония и ревматоиден артрит

	Психосоматично заболяване	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
TAS 20	Хипертония	35	51,80	13,21	2,23
	Ревматоиден артрит	12	52,75	13,85	3,99

($t(47) = -2,12$ ($p = 0,41$ $p \geq 0,05$), страдащи от хипертония (Mean=51,80; SD=13,21); страдащи от ревматоиден артрит (Mean=52,75; SD=13,85).

За проверка на издигнатата хипотеза е направен т-тест за две независими извадки. Данните от него са представени в таблица 24 и таблица 25. Според направената статистическа процедура хипотезата за разлика в средните стойности се отхвърля, т.е. изследваните лица с хипертония и ревматоиден артрит демонстрират сходни стойности по скалата за алекситимия TAS 20. Това противоречи и на тезата на представителите на Парижкия институт за психосоматика, според които лицата с хипертония и ревматоиден артрит би следвало да имат различно ниво на функциониране.

Таблица 25 Резултати от проведения т-тест по скалата TAS 20 за лица, страдащи от хипертония и ревматоиден артрит

--	--	--	--	--

TAS 20	F	Sig.	t	Significance	
				One-sided p	Two sided p
	0,01	0,92	-2,12	0,41	0,83

1.8. Резултати от проверка на осма хипотеза

Осма хипотеза: Жените ще имат по-ниски нива на алекситимия в сравнение с мъжете. Предполагаме това, тъй като жените по правило са по-емоционални, съответно би следвало да са осъзнават и изразяват емоциите си в по-голяма степен от мъжете.

Таблица 26 Средни стойности по скалата за алекситимия на мъже и жени

	Пол	Брой	Средна стойност т	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
TAS 20	Мъже	146	46,13	11,92	0,98
	Жени	114	46,21	12,10	1,13

($t(260) = 0,049$ ($p = 0,480$ $p \geq 0,05$), мъже (Mean=46,13; SD=11,92); жени (Mean=46,21; SD=12,10).

За проверка на хипотезата е направен т-тест за две независими извадки. Резултатите от направената статистическа процедура са изобразени в таблица 26 и таблица 27. Съгласно тези данни хипотезата се отхвърля, т.е. жените и мъжете демонстрират близки нива на алекситимия.

Таблица 27 Резултати от т-тест по скалата TAS 20 за мъже и жени

TAS 20	F	Sig.	t	Significance	
				One-sided p	Two sided p
	0,243	0,623	0,049	0,480	0,961

1.9. Резултати от проверка на девета хипотеза

Девета хипотеза: Жените ще демонстрират по-високи нива на депресивност от мъжете. Това предположение се основава на факта, че жените като цяло са по-депресивни от мъжете и повече изразяват емоциите си.

Таблица 28 Средни стойности на мъже и жени по скалата за депресивност

	Пол	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
BDI	Мъже	146	8,21	7,806	0,646
	Жени	114	8,69	7,074	0,662

За проверка на издигнатата хипотеза е направен т-тест за две независими извадки. Статистическата процедура с настоящите данни обаче отхвърля нашата хипотеза, т.е. мъжете и жените демонстрират приблизително еднакви нива на депресивност по Бек. Резултатите са представени в таблица 28 и таблица 29.

($t(260) = -0,506$ ($p = 0,307$ $p \geq 0,05$), мъже (Mean=8,21; SD=0,646); жени (Mean=8,69; SD=0,662).

Таблица 29 Резултати от извършения т-тест по скалата TAS 20 за мъже и жени

TAS 20	F	Sig.	t	Significance	
				One-sided p	Two sided p
	3,173	0,076	-0,506	0,307	0,613

Дискусия

Резултатите от направеното изследване показват, че нивата на алекситимия сред психосоматично болните са по-високи от тези на здравите изследвани лица. Проверката на първа хипотеза се потвърди, т.е. има корелационна връзка между високите нива на алекситимия и високите нива по скалата Предпазливост. Това най-вероятно се дължи на

връзката между темпераментовите особености и вегетативната нервна система, както и на развитието на патологична „броня“ и емоционална нечувствителност – алекситимия в следствие на развитието на дефицитна ранни обектни отношения в историята на индивида.

Втората хипотеза, че психосоматично болните ще демонстрират по-високи нива на алекситимия в сравнение със здравите лица, която се подкрепи от проучването е в съзвучие с теорията на Пиер Марти за психосоматичното функциониране, за което са характерни операторското (механично) мислене, есенциалната депресия, тираничен Идеал на Аза, проективната редупликация и сериозни нарушения в капацитета за ментализация, а това са основните проявления на изследвания от нас конструкт алекситимия (Marty & de M' Uzan, 1963).

Това би могло да значи, че между двете групи лица се очертават сериозни разлики в психичната организация. Докато при здравите лица тя би трябвало да е невротична, то при психосоматично болните се очаква, тя да бъде гранична/нарцистична или предпсихотична. За сходства във функционирането между психосоматични и психотични пациенти свидетелстват и наблюденията на МакДугъл, Бион и Мейн (Main, Kaplan & Cassidi, цит. по Solano, 2000). Това говори също за недостатъчна стабилност на Аза и тенденция към директно разтоварване на напрежението, което много често се случва чрез незрелия защитен механизъм - соматизация.

Разлики в нивата на алекситимия на база пол и образование не бяха открити. По отношение на показания тип темперамент, лицата с психосоматични заболявания имат два пъти повече представители с пасивно-агресивен темперамент в сравнение с лицата, без диагноза за психосоматично заболяване, което би могло да се дължи на по-високите стойности на алекситимия и използването в по-голяма степен на незрели защитни механизми като соматизация, които те демонстрират в съчетание с особеностите на психосоматичното функциониране.

Противно на издигнатата трета работна хипотеза, психосоматично болните лица демонстрират по-високи нива на депресия в сравнение със здравите лица. Тук хипотезата за „невидимостта“ на симптомите на депресията, характерна за високоалекситимичните пациенти не се потвърди, макар и разликите да са много малки (Marty & de M'Uzan, 1962, цит. по Bronstein, 2011). По-голямата част от психосоматично болните все пак имат някои

от симптомите на лека форма на нарушение на настроението, които се регистрират със скалата за депресия на Бек. Във всички случаи сме склонни да приемем, че алекситимията е стабилна личностова диспозиция и не зависи пряко от флукуациите на депресивната симптоматика, за което свидетелства и изследването на Тайлър и сътр. (Luminet, Bagby & Taylor, 2001).

Проверката на четвърта работна хипотеза, че психосоматично болните лица ще са по-предпазливи от здравите, се потвърди. Това значи, че първите ще са по-ригидни, ще използват защити от аналния регистър в по-голяма степен, тяхната психична организация ще бъде различна от невротичната, както и беше описано в метапсихологичния анализ (Pirlot & Corcos, 2012). По отношение на темперамента - енергийното ниво на високоалекситимичните лица е по-ниско и е вероятно да се чувстват непрестанно уморени и да са отдръпнати и склонни да избягват социални ситуации, както и да се страхуват от неизвестното, заради ниския фрустрационен праг, което може да се дължи отчасти и на особеностите на психосоматичните заболявания, от които тези лица страдат.

Пета работна хипотеза за разлики в степента на алекситимия при страдащите от бронхиална астма и тиреотоксикоза се потвърди. Вторите демонстрират по-високи стойности на алекситимия. Това е в съзвучие с теорията на Пиер Марти и неговите сътрудници от Парижкия институт по психосоматика, според които страдащите от астма би следвало да имат невротична психична организация, докато лицата, страдащи от тиреотоксикоза би следвало да са с нарцистична или предпсихотична организация (Marty & de M'Uzan, 1962, цит. по Bronstein, 2011). При тях недостатъчно добрата преработка на афекта, по-ниската степен на ментализация и по-тежката соматизация са от ключово значение за нивото, на което функционират психически.

Шестата хипотеза, че има високите стойности по скалата Предпазливост от темпераментовия въпросник на Клонингър ще корелират позитивно с депресивността от скалата на Бек, се потвърди. Това би могло да се дължи на особеностите на темпераментовата дименсия Предпазливост. Според Робърт Клонингър лицата, които имат високи стойности по скалата Предпазливост демонстрират защитно поведение, избягват нови ситуации, по-трудно осъществяват контакт с нови хора, по-тревожни са, имат нисък фрустрационен праг. Тази тревожност би могла да обясни в известна степен и проявите на депресивна симптоматика, особено при претърпян неуспех в социалните

ситуации. Нещо повече, тревожността би могла да повлияе на оценката, дадена от личността за нейното представяне и тя да го оцени като негативно, макар и да няма обективни данни за това.

Проверката на седмата хипотеза за по-високи нива на алекситимия сред страдащите от ревматоиден артрит в сравнение със страдащите от хипертония не се потвърди. Въпреки предполагаемите различия в психичната организация, от където би следвало да произлезе по-изразената алекситимия при лицата с ревматоиден артрит, опирайки се на теорията на учените от Парижкия институт по психосоматика, е възможно психичната структура при двете групи психосоматични лица да е сходна. Неумението на страдащите от хипертония адекватно да изразяват агресивните импулси би могло да е суспектен фактор за поддържането на по-ниско ниво на психично функциониране и да ги доближи по психична организация до страдащите от ревматоиден артрит.

Осмата хипотеза за по-ниски нива на алекситимия при жените в сравнение с мъжете не се потвърждава. Данните говорят за приблизително еднакви стойности и при двата пола. Въпреки общоприетата теза, че жените са по-емоционални от мъжете, това при изследваните лица вероятно е на ниво експресия. Алекситимията е по-специфичен конструкт, който има когнитивен и афективен аспект (Тодореева, 2021; Arora, 2021; Bankier, Aigner & Bach, 2001; Taylor, Bagby & Parker, 1997; Panaite & Bylsma, 2012; Larsen et al., 2003; Sivik, 1993; McDougall, 1982; Maijer-Degen & Lansen, 2006). Конструктът касае не само способността за изразяване на емоциите, а и възможността за тяхната правилна преценка.

Деветата хипотеза за по-високи нива на депресивност при жените в сравнение с мъжете, също не се потвърди. Въпреки, че статистически в световен мащаб, жените страдат от депресия по-често от мъжете (Slavich & Auerbach, 2018; Aarons, 1990; Iyer & Khan, 2012; Pinto, 1999; Bhowmik et. al., 2012; Blatt, 1998; Johnson, 2014; Takahashi, 2001; PDM, 2006), в нашето изследване и двата пола демонстрират приблизително еднакви нива на депресивност. Възможно е това противоречие да се дължи на сравнително малкия брой изследвани лица в нашето изследване.

Ограниченията на настоящето изследване са свързани със сравнително малкия брой изследвани лица – общо 260, по 130 в групата на лицата без поставена диагноза за психосоматично заболяване и 130 в експерименталната група с лица с някое от седемте

психосоматични заболявания. При проверката на хипотези 5 и 7, при които се сравняват нивата на алекситимия при страдащите от различни заболявания, извадките са с нееднакъв брой лица. Едно по-мощно изследване би дало по-голяма яснота за връзките между алекситимия, депресия и темперамент, като включването на целия въпросник на Клонингър, описващ и характеровите дименсии, както и въпросник за тревожност биха обогатили едно бъдещо изследване.

ИЗВОДИ

На база получените в настоящото изследване данни и извършените статистически процедури, могат да бъдат направени следните изводи:

1. Алекситимията се среща по-често сред лицата с описаните от Франц Александър седем психосоматични заболявания, отколкото в общата популация.
2. Психосоматично болните лица демонстрират по-високи нива на депресия в сравнение със здравите.
3. Най-често срещаният тип темперамент сред психосоматично болните лица е пасивно-агресивният, а най-рядко срещаният – циклотимичен/сензитивен.
4. Най-често срещаният тип темперамент сред лицата без поставена диагноза за психосоматично заболяване е необщителен/авантюристичен, а най-рядко срещаният – циклотимичен - сензитивен.
5. Алекситимията и психосоматичните заболявания се свързват с висока предпазливост.
6. Психосоматично болните лица, страдащи от тиреотоксикоза в по-голяма степен показват високоалекситимични тенденции в сравнение със страдащите от бронхиална астма.
7. Страдащите от хипертония и ревматоиден артрит показват сходни нива на алекситимия.
8. Мъжете и жените и от двете групи страдат от депресия и алекситимия в еднаква степен.

ПРИНОСИ

1. Направен е опит за систематизирано представяне на конструктът алекситимия от гледна точка на общата психология, както и от психоаналитична перспектива.

2. Направен е опит за систематизирано представяне на теоретичните основи на депресията от няколко психологични перспективи.
3. Направен е опит за систематизирано представяне на темперамента, разгледан чрез множество теории.
4. Проучването на връзките между алекситимията, депресията и темперамента сред психосоматично болни и здрави лица, доколкото ни е известно, е най-голямото (по 130 ИЛ в контролната и експерименталната група), провеждано у нас до този момент.
5. Получени са данни, потвърждаващи връзките между алекситимията и психосоматичните заболявания, както и между алекситимията и депресията.
6. Получени са данни за най-често срещаният тип темперамент сред психосоматично болните лица – пасивно-агресивният. Този тип темперамент е два пъти по-често срещан сред страдащите от психосоматични заболявания, отколкото в групата на здравите лица.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА:

1. Димитрова, И. (2022). Алекситимия и Депресивност при Психосоматично Болни. *Българско списание по психология. Под печат.*
2. Тодореева, И. (2021). Теоретични Аспекти на Конструкта Алекситимия. *Сп. Sociobrain, Issue 87, pp 1-6.*
3. Димитрова, И. (2017). Алекситимия и темпераментови особености при психосоматично болни. *Сп. Клинична и консултативна психология, бр.3.*

Други публикации:

1. Asenova, I., Todoreeva, I. (2022). Some Aspects of the Differences Between Shame and Guilt. *Philosophy. (in press).*
2. Dimitrova, I. (2020). Sports and Lateralization of Visual-Spatial Attention: a Comparative Study of Foot-Orienteering, Judo-Wrestlers and Non-Athletes. *Psychologija. Vol.62. pp. 38-43.*
3. Asenova, I., Dimitrova, I. (2019). Effects of Long-term Training in Foot Orienteering on Visual-Spatial Attention. *Сп. Психологични изследвания. 583-591.*

