

Югозападен Университет „Неофит Рилски“



Философски факултет

Катедра "Психология"

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация за присъждане на образователна и научна степен
„доктор“ .Област на висше образование: 3. Социални, стопански и
правни науки, Професионално направление: 3.2 Психология;
по Възрастова и педагогическа психология

„ ЛИЧНОСТНИ ОСОБЕНОСТИ НА ОНКОБОЛНИ ЖЕНИ ОТ РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА“

Докторант: Ана Чучкова

Научен раководител:
доц.д-р Русанка Манчева

БЛАГОЕВГРАД, 2017

Дисертацията съдържа:

Увод, три глави, изводи, заключение, приноси,
библиография и приложения.

Обем: 139 страници

Използваната литература включва: 110 източника (55
на кирилица и 55 на латиница)

Таблицы: 11 броя

Фигури: 16 броя

Приложения: 5 броя

УВОД

„Всички канцерогени заболявания стоят в синергична връзка с психосоциалните фактори”.

(Grossarth – Maticek)

Интензивността в развитието на онкологичните заболявания през последните десетилетия ги поставя на едно от водещите места по разпространение в Европа и света. Изключение не прави нито една страна или регион. Това поставя необходимостта да се задълбочи вниманието на научната общност върху патогенезата, протичането и лечението, както и профилактиката на онкологичните заболявания, защото касаят живота и развитието на хората. Подходът в изследванията включва множественост на диагностиката за целите на пълното разкриване на симптомите и формите за оказване на професионална помощ. Всички научни области - медицина, биологията, факмакологията, както и клиничната практика стимулират получаването на все по-нова информация.

За дълъг период от време всяко заболяване, в това число и онкологичното, приоритетно се разглежда като част от болестното състояние на организма. Игнорира се ролята на личностния и социален фактор за неговото разпространение, а следователно и лечение. Комплексният подход предоставя една нова възможност – разглеждането на личността на болния в нейния био-психо-социален смисъл. Единството на тяло и душа,

на болест и здраве, са основните компоненти на подхода. Личностният потенциал и житейските събития предопределят развитието на болестта и нейните фази, както и ефектите от прилаганото медикаментозно лечение. Изследванията в областта на психосоматиката и в частност на ролята на личността и значимите житейски събития във връзка с началото и хода на онкологичните заболявания, са натрупали значителни данни, потвърждаващи такава зависимост, които обаче поради различни методологични пречки остават обект на множество критики и противоречия. По тази причина постигнатите дотук изводи все още се намират по-скоро в сферата на маргиналното спрямо общоприетата клинична практика. Оттук се запазва и актуалността на този въпрос, както в изследователски, така и в практичен план. Психоонкологията е една сравнително нова наука, но поставя анализа на раковите заболявания на нова плоскост, като търси единството между психосоциалните фактори и биологичните дадености на хората като предпоставка за онкологични заболявания.

Настоящата дисертация има за цел да обогати знанията за личностните характеристики на вече болни жени с диагноза „рак на гърдата“, което ще помогне за повишава ефективността на лечението на болестта, общуването с пациента и определяне на рисковите личностни фактори за възникване и развитие на болестното състояние. Статистическите данни на Световната здравна организация, показват негативна тенденция в развитието на онкологичните заболявания като цяло и най-вече на рака на гърдата в частност. Ракът на гърдата е на първо място по разпространение на онкологичните заболявания в света. Само

около 30 на сто, от болните (от това заболяване), могат да се излекуват напълно. Статистическите данни показват, че през последните 20 години болните от рак на гърдата са се увеличили с 42%, което показва, че през живота си всяка жена рискува да се разболее от рак на гърдата. Около 1 на сто са случаите, на това заболяване, се среща и при мъжете. Република Македония не прави изключение.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТ

1.1. Единство на телесното и психичното в човека

Проблемът за личността заема централно място при изследването на човешката психика и здраве, на отделните процеси, които протичат в нея, както и на формите на поведение, които са резултат от протичането на психичните процеси под въздействието на едни или други, външни за човешкото съзнание, фактори. Човешката личност започва да се формира тогава, когато външните въздействия преминават от категорията на животоподдържащите в категорията на социално адаптивните. Като начален момент на формирането на личността може да бъде определен моментът в който малкият човек започне ясно да разграничава себе си от другите членове на неговия социум (като правило от хората, които полагат непосредствени грижи за него) (Craig G., Boicism D., 2004)

Формирането на личността преминава през определени етапи, всеки от които има своето място и време. Този процес следва принципа на преминаването от простите операции и функции към сложните такива, както и от простите форми на

взаимоотношения към по-сложните. Формирането на личността може да се свърже с два основни фактора:

- биологичния задаващ общите характеристики на възможността на човешката психика в контекста на физическите възможности, познавателните функции, възможността за развитието на определени емоционални и волеви качества и

- социалния определящ онези външни влияния, които човека възприема и на основата на които се формират онези характерни белези на личността, които я определят като принадлежаща към една или друга култура, един или друг социален слой в рамките на определена култура, както и възможностите за развитието на личността в процеса на нейния живот.(Hjell L., Ziegler D. ,1997) Както биологичните, така и социалните фактори за развитието на личността предполагат едно общо качество – системността.

С усложняването на психологическата структура на отделния човек бифуркационните елементи в развитието на личността се „натрупват” в рамките на личностната система. Резултатът от това натрупване може да бъде крайно разнообразен. От възникването на вътрешна мотивация към постигане на значимо място в социалната йерархия и развитието на личностните качества до „бягството” на личността в различен тип и различни по тежест нарушения на съзнанието. Елементи на бифуркациите в развитието на личността са неизбежни и именно те формират някои от основните, системообразуващи характеристики на личността.(Haken H. Haken-Krell M.,2002)

1.2.1. Същност и етапи в развитието на онкологичните заболявания

Психичното здраве и психичната болест и връзката между тях все по-настойчиво повлиява процесите на диагностика и лечение на различни болести. Медицинските аспекти на заболяванията определят степента на функциониране на физическото тяло като организъм, който обаче се задвижва от силата на духовния капацитет на личността. Откриването на причината е търсенето на единството между психичното и физиологичното, между телесното и душевното. Утвърдена е идеята, че причините за болестите са вътрешни и външни. Под първите се разбира наследствеността, неоптималното функциониране на психиката, нарушени в работата на главния мозък или дейността на органите. Към външните причини се приобщават микробите, паразитите, вирусите, лошата екология, негативните ефекти от трудовите или семейни отношения, професионалният стрес и т.н. Под онкологично заболяване се разбира бърз, инфилтриран ръст на тъканните клетки. Раковите клетки отнемат кислорода и хранителните вещества от здравите клетки, което предизвиква тяхната повреда и последваща смърт. Чрез кръвотока и лимфатичните пътища частиците на раковата тъкан могат да проникват в отделните органи в които започват да се образуват т.нар. „дъщерни тумори” (метастази). Ако този процес не бъде спрял, то постепенно започват околните на тумора тъкани, да се поразяват от него.

1.2.2. Психосоматичен подход към онкологичните заболявания

Търсенето на причинната и факторна обусловеност на онкологичните заболявания поставя като най-значими психосоматичните фактори. Под такива фактори се разбират

особеностите на познавателната и емоционално-волевите сфери на личността, които оказват въздействие върху физиологичните промени отключващи развитието на канцерогенните фактори. Тези особености могат да се отнасят както към поведенческият аспект на психологичните фактори (например употребата на вещества, които служат като промоутер), така и към чисто психологичните фактори, които са свързани с една или друга физиологична проява. Резултати от провеждани психосоматични изследвания на онкологичните заболявания показват, че съществува непосредствена връзка между емоциите, централната нервна система и имунната система на организма.

В изследванията на R. Vartrop и колеги (1979) се установява, че при възникването на силни отрицателни емоции (загуба на близък, стресогенно събитие, свързано с узнаването за наличие на заболяване при изследваното лице или негов близък и други) централната нервна система реагира чрез общо напрежение и активизация на защитните функции на човешката психика. Това общо напрежение оказва непосредствено въздействие върху имунната система. Общият намален имунитет в едно с други промотиращи фактори активизира процеса на образуване на злокачествени туморни образувания в организма. Изследваните лица показват значително нарастване на токсикацията на левкоцитите, което е един от показателите на общият намален имунитет. Негативен ефект е открит и при всички канцерогенни вещества. Те са синергийно свързани с психосоциалните фактори. Така, при изследване на пушенето се посочва че, рака на белия дроб действително се предизвиква от употребата на цигари, но този физикохимичен фактор действа тогава, когато се

съчетава с определен психо-социален рисков фактор. Към тази категория може да се отнесе продължително съществуващото състояние на безнадеждност на личността, опасенията от определен тип поведение от страна на околните, усещането на липса на перспективи и др. (Малкина - Пых И.Г.,2005) Очакванията са един от продуктите на рационалният сегмент на съзнанието. Реализацията на очакванията, независимо от своята положителна или отрицателна насоченост, оказват стабилизиращо въздействие върху психиката на индивида и като резултат водят и до стабилизиране на психофизиологичния аспект, при реализацията на очакванията се намалява вероятността от психо-соматична промоция на онкологичните заболявания.

Разглеждайки същността на хистерииите, Зигмунд Фройд е първият, който описва конвентирането (преобразуването) на емоциите в телесни инервации и функциониране на органите на организма в полза на съзнанието. Чувството от афекта, когато достигне известна сила, задейства телесни инервации и това се превръща в афект. Несъзнаваното изразява настроенията, мненията, подтиците, които „съобщават“ всичко онова, което болният не желае, не е в състояние да осмисли или съзнателно отхвърля. Следователно органичните смущения могат да бъдат тълкувани също както психичните и ограничаването на психоаналитичното лечение единствено до неврозата е прекалено тясно и не съответства на възможностите на неговото въздействие.Този подход на З.Фройд поставя началото на научното разглеждане на болестта като израз на несъзнаваното.Връзката между рака и емоционалното състояние

е открита още преди 2 хиляди години. Римският лекар Гален установява, че жените, които се радват по-рядко боледуват от рак в сравнение с жените, които се чувстват потиснати. Ученичката на Карл Юнг – Елита Ейвънс в книгата си “Изследване на рака от психологическа гледна точка”, разкрива „непредсказуемостта“ на заболяването, като начало и продължителност. Тя установява, че преди началото на болестта, повечето жени са загубили важни емоционални връзки. На тях им липсват навици за справяне с подобни ситуации, те поставят на първо място интересите на другите, а не собствените си интереси. Проблемността в откриването на реалната причинно-следствена връзка, която се залага в психосоматичната интерпретация на болестите е основната проблемна зона за възприемането на този подход като научен. Знанието за телесните процеси в по-голямата си част има привилегията да бъде обективно, наблюдавано, а следователно и доказано. Съвременните достижения на когнитивната невронаука доказват, че по-голямата част от работата на ума се извършва извън съзнанието и е възможно психоаналитичните идеи да се интегрират в един цялостен интердисциплинарен подход (Тодоров О.,2006), който може да ако не по-обективно,то поне по обстойно и многоаспектно причините за онкологичните заболявания.

1.3. Психоонкологията – съвременен поглед върху онкологичните болести

Психоонкологията е съвременна област на медицинските изследвания и клиничната практика, която обединява знания по

психология, онкология и социология. В по-широк смисъл обхваща възможността за лечение и профилактика на рака (като онкологично заболяване) като включва живота на болния, неговите социални характеристики и психологични особености. Насочва се към изучаване както влиянието на болестта върху психичното здраве на пациента, така и влиянието на психичните и социални фактори за нейното възникване и развитие. Личността и средата се разглеждат като единно цяло в обяснението на възникването на болестното състояние. От началото на миналия век се провеждат изследвания, които потвърждават тази зависимост. Първото такова изследване е публикувано през 1893 година от Snow, който изследва 250 жени (онкологични пациентки на London Cancer Hospital) и установява, че от тях 156 са преживели неприятности непосредствено преди заболяването. Когато го докладва на свои колеги разбира, че те имат сходни наблюдения. Началото на столетието и години след това засилват интереса към изследването на връзката между психологичните фактори и риска от рак при жените, което е една от обективните предпоставки за възникване на самостоятелната мултидисциплинарна научна област.

Едно от първите определения на психоонкологията принадлежи на Jimmie C. Holland, американски лекар-психиатър, която я определя като наука за изучаване на два психологични фактора, предизвикващи раково заболяване: емоционалната реакция на пациента на всички стадии на заболяването, отношението на членовете на семейството, осъществяващи грижата за болния (психосоциален фактор);

психологичните, поведенчески и социални фактори, които могат да влияят върху заболяемостта и смъртността вследствие на онкологичното заболяване (психобиологичен фактор). Тя прави и първият Справочник по психоонкология, публикуван в Оксфорд през 1998 година. Лекувайки жени с рак на млечната жлеза тя доказва, че тези от тях, които не падат духом, или не смятат своето положение за безнадеждно, остават живи в течение на 5-10 години в сравнение с тези, които се определят като безнадеждни. Тя отчита положителното влияние на мислите върху имунната система, върху процеса на лечение, а не върху излекуването. Доказва, че хората, които усещат себе си като част от групата или са половинки от съпругеска двойка или имат приятели, по-лесно понасят хронично заболяване като рак. (Holland J. C., W.S.Breidbart et al., 2010) Психоонкологията А.И.Бабик (2001) определя като неразделен отрасъл от онкологията и психиатрията, психологично изследване на условията на възникване на рака; наука, занимаваща се с изучаването на действията на психологичните фактори върху развитието и прогресията на зликачествените образувания; като наука, позволяваща да се обезпечи най-добрата адаптация на онкологично болния, разглеждаща факторите за приспособяване, обусловени от болестта, личността на пациента, обществото и факторите, възпрепятстващи този процес. Психоонкологията излиза извън рамките на лечение на рака и включва живота на болния, психологичните и социални аспекти на онкологичните заболявания.

1.4.1. Акцентуациите на характера – персонално-диференциращи фактори за онкологичните заболявания

По своята природа човешката психика представлява сложно съставна, балансирана система, която функционира в хармонична връзка с останалите системи на човешкия организъм. Това разбиране може да се разглежда като своеобразен еталон, който обаче сравнително трудно би могъл да се постигне. Причините за разминаването (дисхармонията) са свързани както с външните въздействия, които личността възприема, така и с алгоритмичната сложност на съвременния начин на живот. Данни за това, че балансираността на психиката и хармоничността, на нейната връзка с останалите системи, са само един идеален еталон може да бъдат почерпени от изследванията на изкуственият интелект. (Luger G.,2003)

Ако запазването на равновесието на човешката психика е изключително, трудно дори при обикновените личности, които се развиват относително хармонично, то при наличието на акцентуация на личностните черти или на темперамента въздействието на дисбаланса става значително по-голямо и като следствие оказва значително по-съществено въздействие върху останалите системи на човешкия организъм. Акцентуацията на темперамента и характера се разграничава от особеностите на поведението, възникващи вследствие на такива фактори като емоционално претоварване, афекти или специфика на когнитивната сфера. Съвършено различна категория е акцентуацията и от различния тип гранични състояния или психически отклонения, които достатъчно подробно са описани

от медицинската психология и психиатрия. Акцентуацията не може да се разглежда като единен феномен. Тя има различни степени, които могат да засягат както отделни, така и всички структури на личността. В този смисъл могат да бъдат разграничени няколко степени на акцентуация:

- скритата акцентуация като правило засяга заложбите и способностите на дадена личност. Ако скритата акцентуация бъде установена в ранния период на формирането на човешката личност, вредните последици от нея могат да бъдат преодоляни чрез въздействието на възпитанието и социалните взаимодействия. В този случай поведенческите девиации са малко вероятни, но самата личност изпитва определени вътрешни, психологически затруднения свързани с преодоляването на този тип акцентуация;

- явната акцентуация засяга повечето или всички елементи на личността. Тя се проявява както в поведенческите особености, така и в когнитивната и емоционалната сфери. В този случай съществено значение за личността имат социалните условия, в които тя попада.

1.4.2. Диагнозата „рак на гърдата“

Ракът на гърдата е болестно състояние, свързано с жлезната и тъкан. В здравата тъкан клетките се образуват по „предварително зададен“ клетъчен ред и изпълняват определени функции. Когато една клетка се дели и възниква нова, тя поема функцията на „създателката си“. Процесът на делене е генетично обусловен. Туморни се онези клетки, при които е настъпило смущение на клетъчно ниво. Те също се делят и растат

неконтролируемо, различават се по големина, делят се и се размножават с различна скорост от нормалните клетки. Те, обаче не се подчиняват на общите механизми, които контролират растежа на нормалните клетки

Глава втора.

Дизайн на проведеното изследване

Конкретността на търсените изследователски намерение насочва провеждането на психологичното изследване към два контингента – жени, които са с установена диагноза „рак на гърдата“ и жени, без диагноза, но в рисковата група. Същността на изследването се изразява в търсенето не само на личностните характеристики на жените с установена диагноза, но и изработването на личностен профил на жената, болна от рак на гърдата, за да се подпомогне профилактиката на болестта и същевременно се засили социалната сензитивност за нея.

2.1.Цел на изследването

Основавайки се на литературните източници, по изследвания проблем, както и резултатите от различни психологични изследвания поставихме като основна цел на емпиричното изследване създаването на личностен профил на жените, болни от онкологични заболявания (по-специално от рака на гърдата), тъй като такъв в Република Македония все още не е направен. В кореспонденция на това, за неговото съдържание, си поставихме за цел да установим кой са личностните фактори, които са

предиктори за заболяването и последващата активност на жената.

2.2. Задачи на изследването

На базата на така, поставената целева насоченост са задачите на изследването – организационни, отнасящи се процедура на провеждането му и изследователски, включващи същността на търсените дименсиални отношения и взаимовлияния.

2.2.1. Организационни задачи на изследването

Към категорията на организационните задачи на изследването се отнасят:

- определяне на генералната съвкупност, включваща съответната извадка от изследваните лица, преминали процеса на медицинска диагностика (по лекарско назначение), с установено онкологично заболяване „рак на гърдата“.

- определяне обхвата на извадката с цел получаване на надеждни и валидни резултати от изследването. Голяма част от жените, болни от рак на гърдата, отказват да бъдат обект на изследване и затова доброволността е задължително условие за участие в изследването.

- спазване на морално-етичните норми в работата на психолога, отнасящи се до конфиденциалност на информацията, зачитане на личното мнение, уважение на личното пространство, положително отношение към изследвания, проява на емпатия към моментното му състояние и др.

- разработване на комплект от релевантни психологични инструменти, чрез които да се реализира изследването, включване на психологични въпросници, чрез които може да се

постигне поставената цел. Тази задача е реализирана, чрез използването на пет основни тестови въпросника, които включват: НЕО ПИ - Р (NEO Personality Inventory Revised NEO PI-R); Личностен въпросник на Айзенк; Самооценочна скала за депресия на Цунг (ZUNG); Емоционална самооценка на Уесман и Рикс и Шмишек въпросник /Schmiescheck Fragebogen / .- личностен въпросник за диагностика на типа акцентуации на личността.

- определяне границите на времевия диапазон за провеждане на изследването, в съответствие със здравословното състояние и кондицията на изследваните лица.

- търсене значимостта, на получените резултати, чрез съответстваща тяхна математико-статистическа обработка.

2.2.2. Научни задачи на изследването

Научните задачи се отнасят до психологичната същност на изследването и включват:

- психологична диагностика на личностните акцентуации на изследваните лица и установяване дали тя е предиктор за онкологично заболяване;

-включване на релевантна методика, чрез която да бъде установено наличието на акцентуация на личността при двете изследвани групи. Тази задача е решена чрез включването на теста на Шмишек в рамките на изследването;

-включване на контролно-корелационен инструмент, който да позволи поличаването на данни за емоционалната самооценка на изследваните лица и сравняване на данните, получени чрез

този тест с данните, получени чрез другите средства от инструментариума на изследването;

-установяване на корелация между данните от отделните изследвания на личността. Тази задача на емпиричното изследване е решена чрез използването на съответен статистически инструментариум;

-установяване на корелация между данните за изследването на личността на респондентите и онези характеристики, които те са посочили в теста за емоционална самооценка. Тази задача на изследването също така е решена чрез използването на съответните статистически методи за сравнение, като заедно с това е направена предварителна обработка на данните, с оглед тяхното верифициране;

-установяване на корелации между данните от личностните изследвания и данните, установени в теста за акцентуация на личността. Преди статистическата обработка на данните е порведена съответната верификация, базираща се на характеристиките на акцентуираните личности, посочени в изследванията К.Леонхард. След провеждането на съответната верификация, данните са подложени на съответната статистическа обработка;

-установяването на централна тенденция в данните за личността на респондентите с диагностицирано заболяване на основата на прилагането на различни статистически методи. Тази задача на изследването е постигната чрез прилагането на съответни статистически методи, които са допустими в програмата за статистическа обработка на данни SPSS вер. 24.0.

Задачата е реализирана, чрез постигането на съответна висока степен на достоверност.

2.3. Хипотези на изследването.

От така поставените цел и задачи, на изследването, се повдигнаха следните хипотетични предположения, основаващи се на **научната теза**: Личностният профил на жени с онкологично заболяване (рак на гърдата), съдържа характеристики, които съществено я отличават от здравата жена по отношение на емоционалните състояния, волевите процеси, акцентуациите на характера и общуването.

Основна хипотеза: *Предполагаме, че в личностния профил на жените с онкологично заболяване присъстват личностни характеристики включващи: депресивна симптоматика, акцентуирани черти на темперамента и характера, както и негативни емоционални самооценки, които ги отличават от жените, без наличие на заболяване*

Хипотеза 1. Предполагаме, че изследваните лица с онкологично заболяване демонстрират висока депресивност в сравнение с изследваните лица от контролната група;

Хипотеза 2. Предполагаме, че изследваните лица с онкологично заболяване се отличават със затвореност, неустойчивост, ограничена психична мобилизация за справяне с проблемите си;

Хипотеза 3. Предполагаме, че изследваните лица с онкологично заболяване са високо тревожни, импулсивни и

уязвими, пасивни са за нови идеи и показват недоверчивост и мнителност към околните

Хипотеза 4. Предполагаме, че изследваните лица с онкологично заболяване се самооценяват като изтощени, подтиснати и безпомощни;

Хипотеза 5. Предполагаме, че акцентуираните черти на темперамента и характера при изследваните лица с онкологично заболяване са в диапазона: мнителен тип, импулсивен тип, дистиментип и емотивен тип.

2.4.Изследвани лица

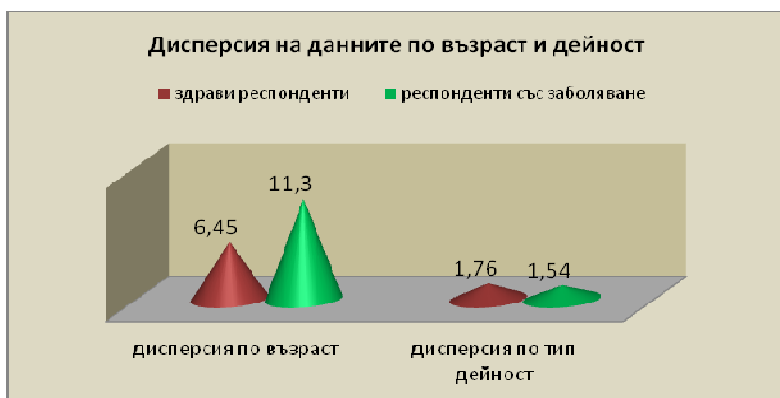
В рамките на извадката са включени 200 лица, като половината - 100 лица имат диагностицирано заболяване „рак на гърдата“, а 100 лица - са диагностицирани като лица, които нямат съответно онкологично заболяване в никаква форма. Така изследваните лица са разделени в две групи- основна в която присъстват жените с онкологично заболяване и контролна, в която са включени останалите изследвани лица. Необходимостта от разделение е породена от обективността, личностните характеристики да бъдат представени не като констатация, а на базата на сравнение на статистически определяеми променливи.

Тип	Брой изследвани лица
Основна група	100
Контролна група	100

По-конкретно лицата са разпределени и по възраст както следва: във възрастовата категория от 30 до 40 години - 65 лица; във възрастовата категория от 40 до 50 години - 66 лица и във възрастовата категория от 50-65 години - 69 лица. Избора на подобно възрастово разпределение се основава на данните за заболяемостта в Македония и примерното разпределение по възраст на болелите от „рак на гърдата“ лица в Македония. При осъществяването на възрастовия подбор е спазено съотношението между отделните възрасти, както показват статистическите данни. В рамките на изследването са включени и някои допълнителни данни, предполагащи активността на жените, участващи в извадката. Те включват следното социално-статусно разпределение, което информационно допълва насочеността на анализа:

- 11% - жени, които са трайно безработни или са търсещи в момента работа;
- 4% домакини, които са безработни в момента;
- 85% - жени, които активно за трудово и професионално ангажирани.

Дисперсията на данните по възраст и социална активност като проява на централната тенденция в съвкупността от параметричните характеристики е определена по двата основни критерия.



Фигура 1. Нивото на дисперсия по двата критерия

Изхождайки от данните, получени при изчисляването на дисперсията се установява, че при респондентите от основната група нивото на дисперсия по критерия възраст е значително по-голямо от дисперсията при здравите пациенти. Това е основание, възрастта да се включи като променлива при онези личностни характеристики, които позволяват това. Изчисляването на дисперсията на тип дейност е осъществено чрез задаване на определени коефициенти по типове дейности, които да бъдат включени в разглежданите в изследването две групи. Според получените данни, коефициента е приблизително еднакъв както при изследваните лица от основната група, така и при респондентите от контролната група и тъй като той надхвърля 1, може да се каже, че съществува висока дисперсия в рамките на основната дейност. За целите на изследването тази и значимост не се използва.

2.5.Методи за събиране на изследователски данни

В рамките на изследването са включени пет основни психологични въпросника, чрез които се установяват данните, отговарящи на целите и задачите на изследването. Те са описани в реда, по който са представени на респондентите, участващи в изследването.

2.5.1.Въпросник на Цунг за диагностика на депресивните състояния

Въпросникът е разработен в университета Duke University от Уилям Цунг (William Zung) специално за диференциална диагностика на депресивни състояния и такива, близки до депресията. Той се използва и при скринингови изследвания с цел предварителна диагностика. Именно това е и функцията на този тест в настоящото изследване.

2.5.2.Психологичен въпросник на Х.Айзенк

Въпросникът е използван, за първи път достатъчно отдавна, още през 1968 г. и от тогава резултатите, получени чрез прилагането му, имат висока степен на достоверност. Съдържателно се състои от 101 въпроса, на които изследваните лица отговарят на възможностите „да“ или „не“. В самата бланка, възможните отговори са отбелязани със знаците „+“ или „-“. Този въпросник дава възможност за измерване на такива характеристики като: емоционална лабилност (нестабилност), екстроверсия и психотизъм.

2.5.3. Личностен въпросник NEO PI-R

Психологичният въпросник (NEO PI-R) отразява концептуалния модел за структурата на личността, който се основава на факторни анализи. Скалите са създадени чрез комбинирането на рационални и емпирични методи за анализ и са обект на многобройни изследвания, провеждани в продължение на 15 години върху клинични и нормални извадки от възрастни индивиди. Доказателства за валидността, стабилността и конструкта-стабилността на скалите са подробно представени в редица публикации. NEOPI-R е създаден, за да операционализира петфакторния модел за личността и структурата на характерните черти на личността, която е създадена и доразвита през последните четири десетилетия.

Особеностите на отделните факторни черти са:

- а) Невротизъм.
- б) Екстраверсия.
- в) Отвореност към нов опит.
- г) Насоченост към другите
- д) Съзнателност

2.5.4. Въпросник за диагностика на емоционалната самооценка

Въпросникът се е разработен от американските психолози Уесман и Рикс. Измерването на резултатите при прилагането на методиката се осъществява по 10 точкова система. В теста са включени четири основни групи твърдения: „спокойствие - тревожност“, „енергичност - умора“, „бодрост - подтиснатост“ и

„увереност безпомощност“. Най-високи оценки получава положителния елемент на твърденията, а най-ниски оценки - отрицателните характеристики.

2.5.5.Въпросник за диагностика на акцентуациите на К.Леонхард- Х. Шмишек

Въпросникът е предназначен за диагностика на типа акцентуации на личността и за първи път е публикуван от Х.Шмишек през 1970 година.В основата му е идеята на немският психиатър К.Леонхард за акцентуираните черти на характера и темперамента на личността. Предназначен е да изследва онези черти от характера, които не бидейки към определен момент патологични, в определено време и при наличието на определени обстоятелства, могат да прераснат в патология. Въпросникът на Леонхард -Шмишек се състои от 97 въпроса, като всеки от въпросите, характеризира определена акцентуация.

2.6.Статистически модел, използван за обработка на данните в изследването

В рамките на изследователската цели и задачите на изследването при обработката на данните се използват софтуера на SPSS като са приложени: качествени методи (за сравнение, представянето в табличен и графичен вид, методи съдържателна интерпретация) и количествени (данни от първична и вторична статистика) за обработка на емпирични данни. Първичната статистическа обработка обуславя групирането на резултатите, като именно на този етап, на обработката, могат да бъдат

получени първоначалните данни за системните различия в личностовите прояви при отделните лица и групирането им. Функцията на вторичната статистическа обработка на данните позволява определянето на съответствието на определена личностна „матрица”, която обаче, в рамките на изследването не представлява чисто теоретична конструкция, а се изгражда на основата на получените резултати след първичната обработка на информацията.

2.6.1. Корелационен анализ

Корелационният анализ характеризира зависимостите между две променливи величини. Това предполага, че получената чрез този метод информация не само установява връзката между два параметъра на личността, но дава възможност за изграждането на определена „матрична” характеристика на личността. Както бе споменато по-горе именно така, се определят характерните признаци на акцентуацията, съответстващи на модела предложен от Леонхард. Сложно системната корелация на показателите, въпреки своята тродеемкост, позволява да се установят причинно-следствените връзки, например, между определена форма на емоционалност на личността и характера на нейното поведение.

2.6.2. Параметрични критерии за различие

Параметричните критерии са онзи статистически механизъм, чрез който се установяват различията между две извадки. Именно чрез параметричните критерии за различие могат да бъдат установени системните отклонения в личностните характеристики на експерименталната и контролната групи, както и проекциите на тези различия при отделните личности.

Така, близките характеристики на някои видове акцентуация на личността могат да бъдат отличени от други видове, както и да бъде направено различие между акцентуацията на темперамента и характерологичната акцентуация.

В настоящето изследване са приложени два параметрични критерия – t-критерия на Стюдънт чрез който се оценяват различията на средните значения за двете извадки и F-критерия на Фишър чрез който се оценяват различията между две дисперсии.

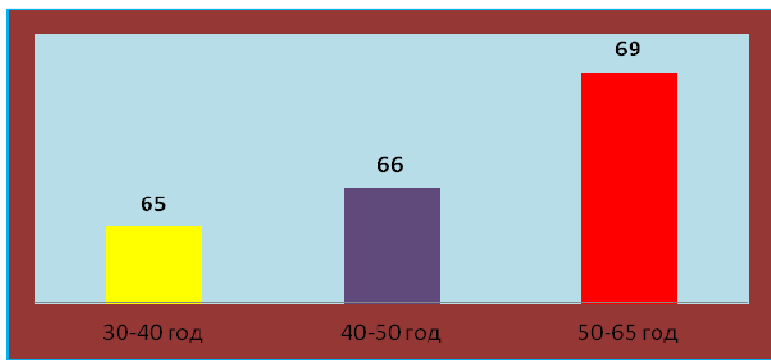
2.6.3. Хи-квадрат анализ (χ^2 -анализ)

В настоящето изследване възниква необходимостта за проверка на това, дали определен континиум от личностни характеристики, отговаря на такива, зададени от модела на Леонхард и тези които са посочени в теста на Шмишек. Статистическият метод, чрез който това сравнение може да бъде осъществено е метода χ^2 -анализа. Той представлява статистическа проверка провеждана с цел определянето на съответствието на определен образец на честотното разпределение в рамките на генералната съвкупност.

Глава 3. Анализ на резултатите от проведеното психологично изследване

Възрастово разпределение. Възрастовото разпределение на жените, включени в извадката е от значение, поради обвързаността на тази променлива с характерологичните особености на изследваната съвкупност. Предполага се, че във високите възрастови категории, такива характеристики като:

тревожност, акцентуация на темперамента и характера и емоционални нарушения са по-високи в сравнение с по-ниските възрастови категории и могат да бъдат предиктори за психосоматично заболяване. В изследването, в качеството на генерална съвкупност включените 200 жени имат следното разпределение по възраст в проценти. (Фигура 2)

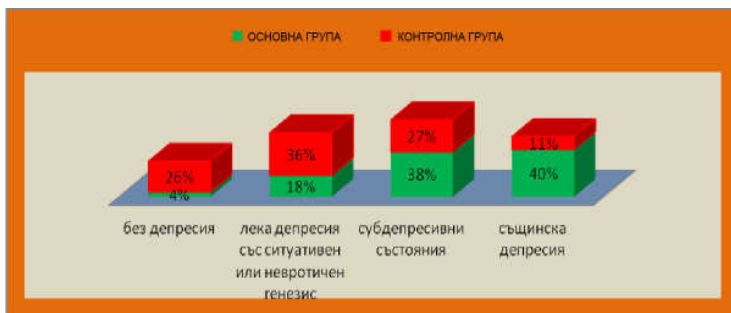


Фигура.2.Разпределение на извадката по възраст в %

Разпределението на жените - от двете групи е в съотношение 50% на 50%, като 50% от тях са с установено онкологично заболяване на гърдата, а 50% от тях са здрави жени.

Личностните характеристики, обаче са основният детерминант за споделяне на проблема и търсене на пътища за профилактика на заболяването. Разликата между двете групи проличава при стойностите за устойчивост на депресивните състояния (от въпросника на Цунг). Онкологичното заболяване пряко влияе върху емоционалното съдържание на живота на жената. Субективните депресивни състояния (38 %) и същинската депресия (40%) заемат голям процент от

резултатите на изследваните лица, които имат установена диагноза и са в процес на лечение. Стойностите на лека депресия, която има ситуативен характер е част от преживяванията на другите жени, но наличието на същинска депресия се установява (с висока изразеност) единствено при тези с онкологично заболяване. Това се отнася и за субективното преживяване на депресивното състояние, затваряне в себе си, наличие на чувство на тъга, безнадежност, загуба на интерес и удоволствие. Независимо, че признаците на депресивността са много, устойчивите депресивни състояния пряко влияят върху психосоматичното състояние. Устойчивата депресия включва: загуба на телесно тегло, безсъние или удължен сън, психомоторна забавеност, умора или липса на енергия, ограничена концентрация, чувство за малоценност или мисли за неадекватна виновност, повтарящи се мисли за смъртта.



Фигура.3. Разпределение на резултатите по критерия депресия за цялата извадка

Темпераментовите характеристики са значителен елемент от субективното преживяване на здравословния и житейски проблем. По данните, получени от изследването може да се

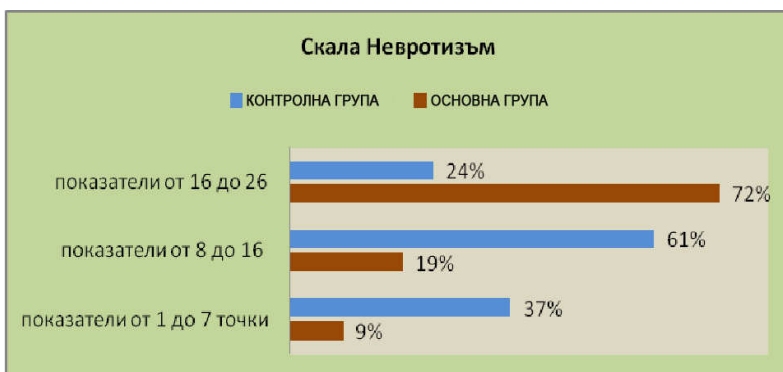
приеме, че те са фактори за развитие на болестта или симптоми за оценката на риска от нея. Такива характеристики като екстраверсия – интроверсия, емоционална устойчивост-емоционална неустойчивост и психотизъм са показатели за това.Общата оценка за достоверността на получените данни (по въпросника на Х.Айзенк) е висока, тъй като факторът социална желателност е в границите на нормата - за групата на онкоболните стойността е 5.01, за групата на здравите жени – 6.9

Високите стойности за екстраверсията при жените, от контролната група ги определя като по-общителни, активни, оптимистични и самоуверени. Те са импулсивни в своето поведение и по-конфликтни.(Фигура 4) Изследваните лица от основната група (с наличие на онкологично заболяване) са по-ограничени в междуличностните и социалните си контакти (60%). Това ги определя като по-затворени и по-пасивни, те пречувват през собствените си преживявания и оценки случващото се с тях и рационализират значимостта му за себе си и околните. Активността им е съобразена със собствените виждания за света. Тази крайна противоположност (в резултатите) е висококорелативна и включва бимодалност на показателите. Жените с онкологично заболяване (рак на гърдата) са преобладаващо с интровертна ориентация, което може да се включи като личностна профилна характеристика.



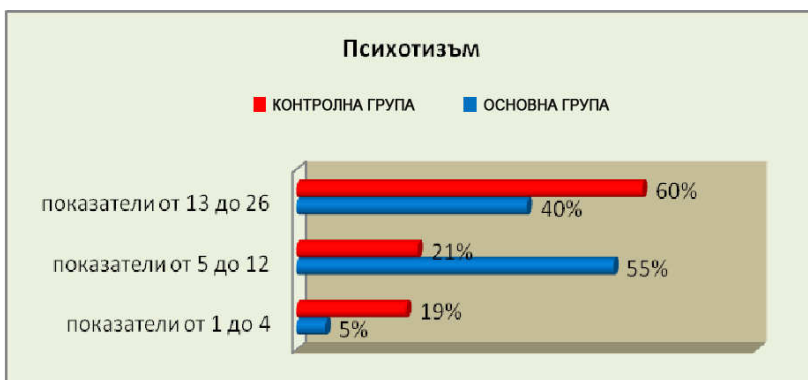
Фигура 4. Резултати за нивата на екстраверсия- интроверсията за цялата извадка

Много-високи са и стойностите за фактора - емоционална неустойчивост (невротизъм). Данните, онагледени на фигура 5, показват процентното разпределение на фактора за цялата извадка. Разликата при високата степен на изразеност, принадлежаща на изследваните лица от основната група показва, че те имат реакции на висока чувствителност към собственото житейското събитие, което за момента е заболяването на млечната жлеза. Много висока е разликата между нивата на невротизъм при изследваните лица от основната група. Огромният процент от 72% демонстрират висок невротизъм, докато сумарно ниското и средно ниво обхващат общо 28 %. Резултатите показват значимостта на тази характеристика за жените с онкологично заболяване.



Фигура 5. Резултати по скалата на невротизъм за цялата извадка.

Характерно за невротизма е наличието на психична ригидност, която се свързва с неспособността на личността за промяна на гледната точка, липса на гъвкавост на нагласите и неспособност за поставяне на мястото на друг човек. Психичната ригидност включва засилен акцентът върху „себе си“ и подобна фиксация поставя жената с онкологично заболяване в позицията на „сама със себе си“. При това високите показатели на невротизма, отчитат ниска степен на психическа устойчивост на изследваните лица. Високият невротизъм затвърждава предходните резултати за наличието на депресивна симптоматика при жените, които имат установено онкологично заболяване. По-различни са те при изследваните лица от контролната група, където се колебаят между ниските и средните стойности, което също определя наличие на емоционална неустойчивост, но не в такива високи измерения.



Фигура.6 Резултати по скалата за психотизъм за цялата извадка

Психотизмът пряко се отнася и до психичната неустойчивост в ситуации на конфликтно противопоставяне. Здравите жени се чувстват по-уверени, имат по-голямо самочувствие, което ги прави страна в конфликта. В него те са по-неустойчиви в сравнение с жените от основната група. Жените с онкологично заболяване „рак на гърдата“ са по-неуверени, по-плахи, но се стремят да защитават своето мнение, дори и да не са убедителни в това. (от средните показатели за характеристиката) Техните резултати са показателни за ограничената им психична мобилизация да се справят с проблемите си, но не и липсата на готовност това да се случи.

Съществена страна на личностните характеристики, отнасящи се до профила на жените с онкологично заболяване са стойностите на личностните фактори: тревожност, враждебност, депресия, стеснителност, импулсивност и уязвимост, получени чрез NEO PI-R (Revised NEO™ Personality Inventory)

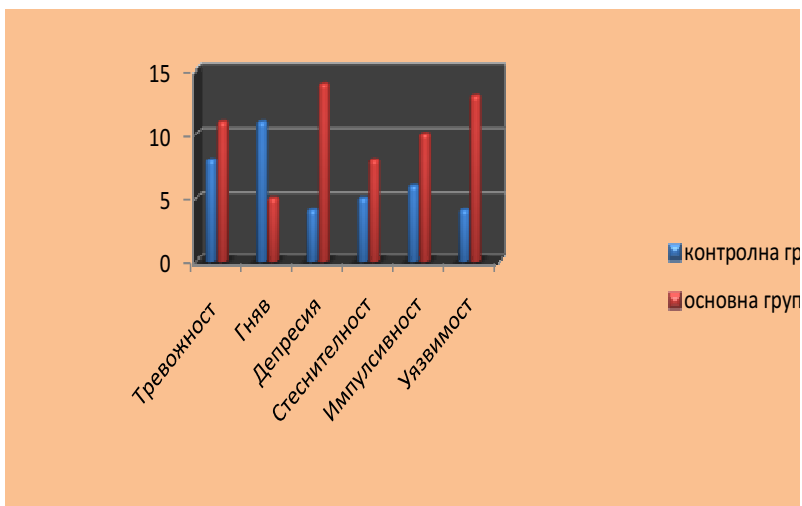
Таблица 1. Числови значения по фактора невротизъм за цялата извадка

Тип група	Тревожност	Гняв	Депресия	Стеснителност	Импулсивност	Уязвимост
Контролна	8	11	4	5	6	4
Основна	11	5	14	8	10	13

Сумарната обемност на резултатите е в биполярно отношение. При жените с онкологични заболявания изразеността на индикационните характеристики е значително по-висока. Те показват двойно по-висока тревожност, три пъти по-висока депресия и уязвимост. Високата тревожност се свързва с чувството за предстояща опасност, която е свързана с някаква ситуация, чувство на напрегнатост и страхливост. Гневът и враждебността не са свойствени за жените с рак на гърдата, те са затворени и не демонстрират преживяванията си. Депресивността ги насочва към тенденцията да чувстват тъга и разочарование, липсва им енергия и трудно предприемат някаква активност. Импулсивността, несдържаността им се основава на ориентацията на силни чувства и желания, свързани с кратковременни удоволствия, без последствия във времето. Силната им уязвимост подтиква чувството им на паника и безпомощност при стрес. (Таблица1) Изследваните лица от

контролната група са по-устойчиви, по-малко импулсивни и тревожни и това ги отличава от лицата от основната група. Тези данни пълноценно корелират с данните, посочени на фиг.5. Нивото на корелация при съотнасяне на тестовите показатели е $r = 0,97$, което е изключително високо ниво на взаимозависимост.

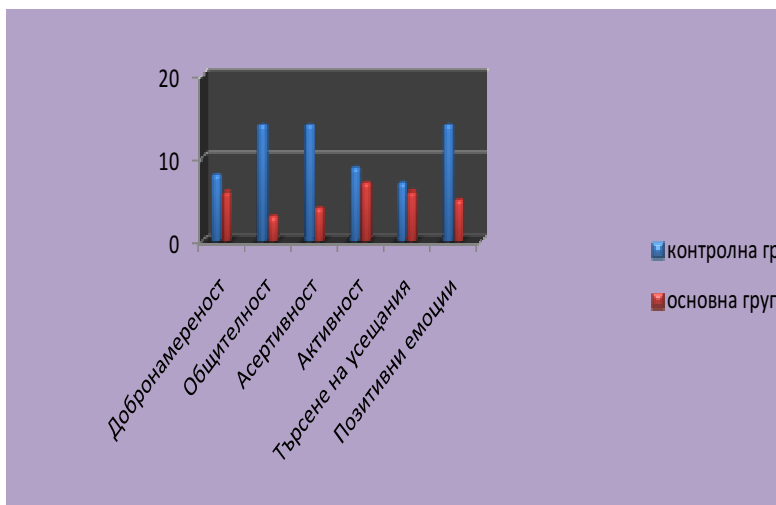
Тревожността, депресивността, импулсивността и уязвимостта са значими аспекти на невротизма, който е характерен за жените с онкологично заболяване.



Фигура 7. Сравнение на аспектите на невротизма за цялата извадка

Факторът екстраверсия се отнася до стремежа на личността към взаимодействие с външния свят. Към него се отнасят личностните черти добронамереност, общителност, асертивност, активност, търсене на усещания, позитивни

емоции. Изследваните лица от двете групи показват различни резултати. Общото значение на характеристиката екстраверсия (E) е както следва: за здравите жени от извадката - 66, а за болните - 31. Данните доказват още веднъж, че по-голямата част от здравите жени могат да бъдат определени с екстравертна насоченост, докато по-голямата част от онкоболните, обратното с интровертна насоченост. Биполярността в резултатите се запазва при някой от индикаторите в рамките на фактора. Така, изхождайки от дисперсията в останалите фасети, във фасета добромереност има близки показатели, като малко по-висока степен на добронамереност отбелязват здравите респонденти. Най-съществени са различията във фасетите: общителност, асертивност и позитивни емоции. В тези три конструкта, високи показатели имат здравите жени, докато болните показват значително ниски значения. Жените с онкологичното заболяване „рак на гърдата“ са не само по-ограничени в контактите си, но и преживяват приоритетно негативни емоции, което ги прави неасертивни.



Фигура 8. Разпределение на резултатите по фактора екстраверсия

В сравнение с резултатите от контролната група, по всеки отделен индикатор, резултатите им са значително по-ниски. Това определя ограничена общителни и по-малка добронамереност. *Тази им затвореност задълбочава негативните им преживявания и ограничава възможността за споделяне на проблема.*

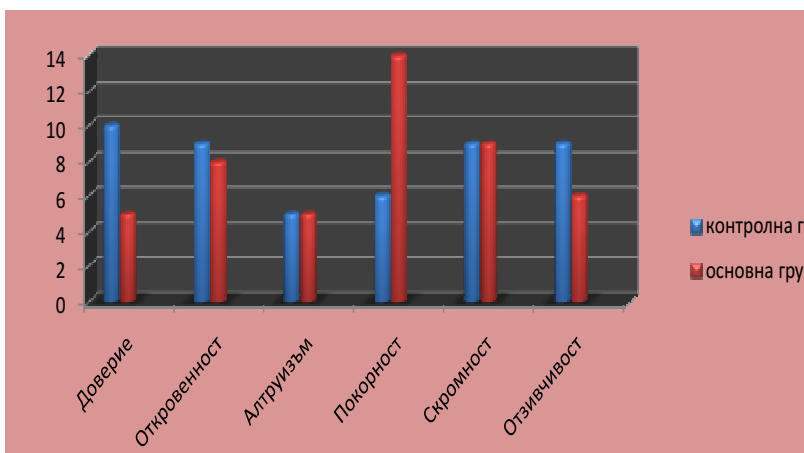
Общите резултати за цялата извадка показват, че и двете групи изследвани лица са достатъчно отворени за нов опит. Общата сума за фактора (67 за здравите жени и 61 за онкологично болните жени) дава основание за подобно твърдение. Независимо от това се наблюдават различия при индикаторите „чувства“, „действия“ и „идеи“, които имат диаметрална противоположност. За изследваните лица от основната група са по-важни (като стойност на изразеност)

чувствата, отколкото действията и идеите. Те предпочитат да преживяват случващото се, отколкото да предприемат нещо, свързано с промяна. Рефлексивността на чувствата им е висока, което ги прави ограничени в търсенето на нови преживявания. Според съдържанието на фактора, високите резултати за въображението се свързват с възприемане на света като прост и обикновен и затова фантазията го прави по-богат. За жените с онкологично заболяване това е потребност за търсене на бягство от реалността. *Същевременно фантазията им помага да се преборят с реалността, защото те не са активни и нямат идеи за нейната промяна.* По-скоро те се адаптират към реалността, в това число и към заболяването си.

Тази когнитивна пасивност и ригидност на мисленето не се среща при изследваните лица от контролната група. Независимо, че те също използват въображението си, отвореността към нов опит се свързва с желание за опознаване на света. Те влагат по-голямо интелектуално любопитство, независимост в оценките и мнението си. Търсенето на новото се свързва с активност, насочена към бъдещето, но с реална, адекватна преценка на настоящето. Реалният свят за тях е свързан с любознателност и търсене на преживявания, съотнесими с личностните ценности. Важен елемент на отвореността към опита е възприемането на социалните ценности (здраве, щастие, семейство, свобода и др.) които са с еднаква значимост за жените от двете групи. Тяхната значимост има общочовешки характер. Това показва, че при жената, с онкологично заболяване, настъпват промени в съдържанието на личностната структура, но се запазват онези,

дълбоко вкоренени в социокултурното и развитие критерии за оценка на човешкия живот.

Дименсията „насочеността към другите“ е свързана с междуличностните отношения и базисната насоченост на изследваните лица в тях. Насоченият към другите индивид е алтруистичен и склонен да съчувства и съпреживява на околните. Той е готов винаги да им помага, като вярва, че те биха му отвърнали със същото. Обобщената оценка за двете групи изследвани лица е в средните нива на обхват на променливата, липсва ярко изразена насоченост. Затова за целите на изследването се установяват значенията на съществуващите различия по индикаторите, в случая: „доверие“ и „покорност“ и „отзивчивост“. При останалите не се наблюдават значими различия, дори алтруизмът и скромността са с еднакви позиции.



Фигура 9. Стойности за „отвореност към другите“ за цялата извадка

Изследваните лица от контролната група демонстрират два пъти по-висока доверителност в отношенията си с другите хора, те са по-отзивчиви на техните проблеми и преживявания. Тази им насоченост ги определя като сърдечни, доверчиви, меки и отстъпчиви хора. Изследваните лица от основната група са по-скептични към намеренията на другите и не предпочитат да им се доверяват. Това определя и по-малката им отзивчивост и дистанцираност, когато трябва да им помогнат. *Жените с онкологично заболяване фокусират вниманието върху себе си, недоверчивостта им ги прави мнителни. Те не сътрудничат с околните, не се стремят да привлекат вниманието им, остават се на „обстоятелствата“, отколкото на възможността за общуване и споделяне на проблема си.*

Таблица.2 Резултати по фактора „съзнателност“ за двете групи изследвани лица

Тип група	Компетентност	Организираност	Съвестност	Стремеж към постижения	Самодисциплина	Предпазливост
Контролна група	13	14	14	15	14	12
Основна група	10	7	12	6	6	7

Съзнателността е дименсия, която се отнася до способността на човек да контролира, регулира и насочва своята

импулсивност. Съзнателния индивид е целенасочен, волеви и последователен, той притежава чувство за отговорност, упоритост и амбициозност и затова много често съзнателността се асоциира с надежност, ефективност и успешност при реализиране на активност. Съзнателните хора са по-амбициозни, упорити и постоянни, стремят се да доведат до успешен край начинанията си, очакват резултати, които съответстват на очакванията им. За двете групи изследвани лица резултатите са различни. Високи стойности имат респондентите от контролната група. (Таблица 2) Това не определя изследваните лица от основната група като несъвестни или по-малко съвестни. Промениливите, обхващащи фактора, за тях имат различна значимост. В сравнение с жените, които нямат онкологично заболяване, те са по-малко организирани, демонстрират слаб стремеж към постижения, предпазливост и самодисциплинираност. Те са по-апатични и пасивни и се задоволяват с постигнатото, не се стремят към промяна или нови постижения. Ниските стойности за самодисциплината се свързва с отлагането на задачи или активност за неопределено време или отказ от изпълнението им. Те предпочитат да кажат, това което мислят в момента, не се замислят за възможните последствия. Тази им липса на предпазливост затруднява общуването на околните с тях.

Получените общи сравнителни данни по факторите от личностния въпросник NEO PI-R, определят водещото значение на емоционално - волевата сфера на личността при съставянето на личностния профил. Именно поради това, от съществено значение е да се анализират самооценъчните

характеристики на респондентите. Въпросникът на Уесман и Рикс дава изчерпателна информация за емоционалната самооценка на изследваните лица. Биномният принцип на регистрацията дава информация за оценяването на положителни и отрицателни качества.

Процесът на самооценяване, при двете групи изследвани лица, показва биполярност на резултатите. Изследваните лица, от контролната група, се самооценяват като спокойни, енергични, бодри и уверени. На другия полюс са се самооценили изследваните лица, от основна група, включваща жени с онкологично заболяване. *Те се определят като тревожни, изтощени, потиснати и безпомощни.*

Тези резултати се доближават до получените такива от предходните психологични въпросници, което определя самооценката като адекватна. *Негативните оценки потвърждават и резултатите за наличие на депресивна симптоматика при жените с онкологично заболяване.* Средната позиция на енергичността и умората е „проблясването“ на желанието за справяне с негативното здравословно събитие.

Личностните изменения най-ярко могат да се проверят чрез изследване на акцентуираните черти на темперамента и характера. Идеята на К.Леонхард, че в определени моменти, при определени обстоятелства тези черти могат да преминат в патология е отправна точка за изследването им при жени с онкологично заболяване. Резултатите могат да имат прогностичен характер, тъй като обосновават насочеността на личностната промяна. (Таблица 3).

Таблица 3. Резултати за разпределение на акцентуациите при изследваните лица от двете групи

Тип акцентуация	Контролна група	Основна група
Хипертимен тип	13	15
Мнителен тип	5	19
Педантичен тип	9	13
Демонастративен тип	16	8
Импулсивен тип	13	21
Дистимен тип	7	20
Тревожен тип	6	17
Екзалтиран тип	12	11
Емотивен тип	14	19
Циклотимен тип	15	17

При изследваните лица от контролната група не се установява наличие на акцентуирани черти. Такова има само при изследваните лица от основната група и се свързва с

няколко типа: мнителен тип, импулсивен тип, дистимен тип и емотивен тип акцентуация. Типа акцентуация в даденото изследване се съотнася в определен възрастов период и конкретизира поведението на жените с онкологични заболявания в него.

Таблица 4. Възrastови и социални параметри на типовете акцентуации в основната група

Тип акцентуация	Мнителен тип	Импулсивен тип	Дистимен тип	Емотивен тип
Възраст	50-65 г.	30-40 г.	40-50 г.	50-65 г.

Импулсивният тип акцентуация се среща, с най-висока изразеност, при изследваните лица с онкологично заболяване във възрастта 30-40 години. Това ги определя като отличаващи се с импулсивни реакции, предполагащи недостатъчна самоуправляемост и слаб контрол над подбудите. Повишената импулсивност се свързва с грубост, гневливост, склонност към конфликтност и дори желание за провокиране на противопоставяне. Типа акцентуация предполага ниска контактност в общуването, прибързаност на вербалните и невербалните реакции, равнодушие към бъдещето и стремеж за живеене в настоящето с максимално желание за извличане на максимума от него. Повишената импулсивност или възникналата реакция на възбуда се гаси трудно и може да бъде опасна за околните. Демонстрира се и властност над околните. (

К.Леонхард, 2000) Дистимният тип акцентуация се установява в периода 40-50 години. Жената с онколично заболяване, която е негов носител се характеризира с доминиращо песимистично настроение.Тя вижда предимно мрачните страни от живота. Необщителността е нейната отличителна черта и тя я допълва с пасивност, индивидуализъм и забавено мислене. Типа акцентуация предполага отсъствие на конфликтност и оценка на близкото приятелство. Лабилността на настроението се среща често и е под влияние на външни стимули и слабостта на волевите усилия. Личността има песимистично отношение към бъдещето, занижена самооценка и ниска контактност, често е мрачна, затормозена и има изострено чувство за справедливост.

Мнителният (затъващ) и емотивен тип акцентуация се среща приоритетно при жените с онкологично заболяване след 50 годишна възраст. За тях е характерно, че се отличават с устойчивост на афективните състояния и засилена злопаметност, подозрителност, ревнивост и честолюбие. Те са умерено общителни и при конфликт могат да бъдат активната страна, обичат да опекунстват. Същевременно се отличават с особена чувствителност и съзливост. Общуват с ограничен кръг хора с които имат добри отношения. Лесно се обиждат, като се стараят да преживяват обидата сами, без да я демонстрират пред околните. Стараят се да бъдат добри и състрадателни (от емотивния тип акцентуация). При изследваните лица от основната група акцентуираните черти определят сходство в съдържанието си, независимо от възрастта в която се определят. Вследствие на заболяването в личността:

- доминира мрачното, песимистични настроение;

- засилва се необщителността, затвореността и пасивността;
- на по-ранна възраст, жената с онкологично заболяване, проявява импулсивни реакции, предполагащи недостатъчна самоуправляемост и слаб контрол над подбудите, което показва, че тя трудно и болезнено приема факта, че подобно нещо се е случило в живота и. Повишената и импулсивност се свързва с грубост и гневливост;
- песимизмът се засилва с възрастта, което влияе върху волевите процеси, свързани с желанието за „борба с рака“;
- по-млада жена, болна от рак на гърдата, се стреми да живее в настоящето, независимо, че мислите и за бъдещето са мрачни, докато възрастната жена е злопаметна, подозрителна и ревнива. Тя като че ли мрази настоящето, вижда само мрачните му страни и това я прави затворена за околните. Тя се стреми сама да живее с болестта си и общува с ограничен кръг от хора. В рамките на емпиричната част, от изследването, са включени 5 тестови психологични въпросника, като четири от тях характеризират личността на изследваните лица, а един наличието на специфични личностни черти (акцентуации на темперамента и характера). Между резултатите по различните променливи е потърсена корелационна връзка, за определяне на взаимозависимост. В най-общ вид корелационните зависимости са представени в Таблица 5.

Таблица 5. Стойности на коефициентите на корелация и валидност

	Коефициент на корелация за контролна група (r =)	Коефициент на корелация за основна група (r =)	Коефициент на валидност (P=)
Личностен тест - NEO PI-R	0.92	0.89	0,93
NEO PI-R - Емоц.самооценка	0.89	0.86	0,97
Личностен тест Емоц.самооценка	0.95	0.97	0.96

Таблица 5А. Стойности на коефициентите на корелация за типовете акцентуации

	Мнителен тип	Импулсивен тип	Дистимен тип	Емотивен тип
Личностни тестове	0,96	0,95	0,97	0,95
Емоц. самооценка	0,97	0,95	0,97	0,98

Степента на достоверност за Таблица 5 А е P= 0,91.

Резултатите от статистическата процедура корелационен анализ показват много високи стойности за двете групи изследвани лица. Установява се наличие на правопрпорционална зависимост между повечето от променливите. Висока е и достоверността, което определя тяхната обективност. Наличието на статистически значима връзка е основание за обосноваване значимостта на получените резултати с цел създаване на личностен профил.

По-специално, за настоящето изследване, би било подходящо използването на ранговите скали за изчисляване на коефициентите на корелация. Като основни два параметъра, на ранговите скали, са невротичността и акцентуацията на темперамента и характера на личността. Корелационната връзка показва конкордацията (съгласуваността) между отделните типове акцентуации и тяхната рангова значимост за резултатите при изследваните лица от основната група. (акцентуирани черти при контролната не са установени) Според данните, получени в резултат на пълната обработка на данните от теста на Шмишек, *най-висока степен на корелационна съгласуваност между типовете акцентуация и резултатите на изследваните лица от основната група има между тях и емотивния тип акцентуация.*



Фигура 10 .Рангово разпределение на типовете акцентуации

На основата на данните от двата типа личностни изследвания, както и на основата на данните от емоционалната самооценка на респондентите, могат да се изградят определени „рангове“, като синтетични характеристики на основата на които да бъде установено наличието на корелация и нейната сила. Обособяват се четири групи типове личностни характеристики на изследваните лица от цялата извадка.

Група 1. Личности с характерни черти: хиперемоционалност, нарушение на нормалните отношения в рамките на семейство, висока степен на тревожност, липса на положителни емоции.

Група 2. Личности с характерни черти: забавена емоционалност, подчиненост на груповите и индивидуалните влияния, липса на перспектива, примиреност със съществуващата ситуация.

Група 3. Личности с характерни черти: предимно положителна емоционална нагласа, висока степен на комуникативност, положителна нагласа към околните.

Група 4. Личности с характерни черти: целеустременост, търсене на положителни емоции, действеност, комуникативност, самодисциплина и асертивност.

Първите две групи обхващат резултатите на лицата от основната група, докато последните две – тези от контролната група. Личностният профил на изследваните лица, от двете групи има различно съдържание.

Втория етап на корелационния анализ е свързан с установяването на корелацията между посочените четири типа и влиянието на онкологичното заболяване върху тяхното съдържание. Резултатите са представени на Фигура 11.

Определянето на параметричните критерии за различие са свързани с установяването им между такива параметри на две извадки като средната и степента на дисперсия (съответно T-критерия на Стюдънт и F - критерия на Фишър). В конкретния случай, се определя средната на двете извадки - респондентите със заболяване и здравите респонденти, като се установяват средните параметри на липса или наличие на акцентуация и характеристики на личността на респондентите в двете извадки. Първоначално се разкрива различието по T- критерия на Стюдънт. За изчисляването му е използвал математическият апарат, с придаване на съответните числови значения, по отделни параметри на въпросниците.

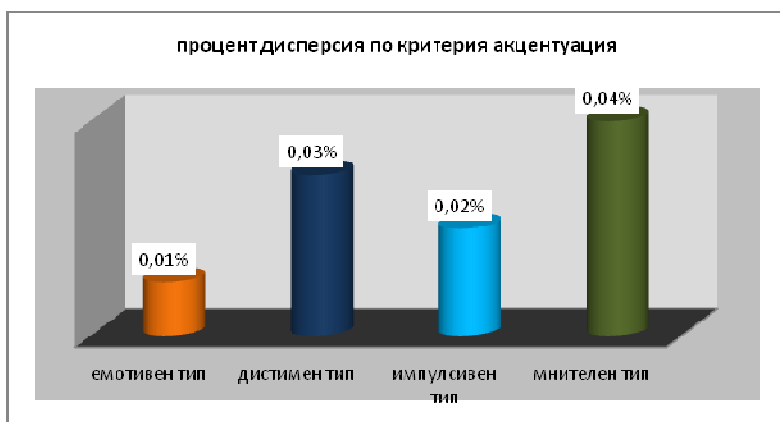


Фигура.11 Корелация между четирите параметрични личностни типа и наличието на онкологично заболяване

При сравнението на двата критерия се установяват разлики - отклоненията по критерия акцентуация са значително по-малки отколкото по критерия личностни различия. От обхвата на размера на изследваните лица от двете групи, като значим критерий за различие може да се определи отклонението от централната тенденция в данните на двете групи от 3%. Така получените резултати показват, че на практика няма статистически значими отклонения в централната тенденция.

От съществено значение за анализа на данните от различията по Т- критерия на Стюдънт, е степента в която тези параметрични различия въздействат върху централната тенденция на данните, т.е. каква е тяхната достоверност. В частност, за данните на изследването по двете групи въздействието е в диапазона $P1 \leq 0.02$ и $P1 \leq 0.01$.

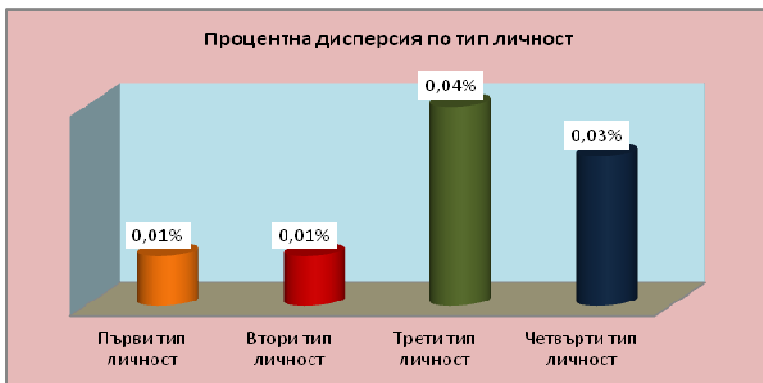
Параметричните различия по F - критерия на Фишър се отнасят до разликите на дисперсиите на двете съвкупности. В случая - на съвкупността на респондентите с онкологично заболяване и на здравите респонденти. Параметричните различия се установяват чрез дисперсионните редове и обобщения критерий личностни особености и критерия акцентуация. Дисперсията на редовете са представени на Фигура 12 и Фигура 13.



Фигура.12.Процентна дисперсия по критерия акцентуация

Най-ниският процент на дисперсия се наблюдава в онези типове акцентуация, които бележат и най-висока степен на корелация между акцентуацията и наличието на онкологично заболяване (Фигура 9). Това показва, че анализът на данните от гледна точка на параметричните различия също така потвърждава наличието на тясна обвързаност между заболяването и типа акцентуация. Тъй като данните за характеристиките на личността са достатъчно различни в

отделните тестове, то и при изчислението на процентната дисперсия, може да бъдат разгледани четирите типа личност, които се обособиха при анализа на корелационните връзки.



Фигура.13.Процентна дисперсия по типа личност.

В данните, свързани с дисперсията по типа личност, отново изследваните лица от основната група показват по-ниска процентна дисперсия в сравнение със изследваните лица от контролната група. Статистическата достоверност потвърждава наличието на връзка между заболяването и определения тип личност. И в двата случая, индивидуалните различия имат по-малко значение при изследваните лица с онкологичното заболяване, отколкото при изследваните лица без наличие на заболяване. Степента на достоверност на данните ($P1 \leq 0.02$) е доказателство за това.

Тези особености на изследваните лица от основната група, включваща жени с онкологично заболяване, предопределят насочеността на обобщения анализ на получените резултати.

1. На базата на проведеното изследване се установява, че депресивността е една от основните характеристики на жените с онкологично заболяване. Субективните депресивни състояния (38 %) и същинската депресия (40%) заемат голям процент от резултатите, на изследваните лица, които имат установена диагноза и са в процес на лечение. Стойностите на леката депресия, която има ситуативен характер е част от преживяванията на жените от контролната група, но наличието на същинска депресия се установява (с висока изразеност) единствено при тези от основната група. Това се отнася и за субективното преживяване на депресивното състояние, затваряне в себе си, наличие на чувство на тъга, безнадежност, загуба на интерес и удоволствие.

2. Като елементи на личностните характеристики, при жените с онкологично заболяване преобладават затвореността, неустойчивостта, ограничената психична мобилизация за справяне с проблемите. В сравнение с жените, които нямат онкологично заболяване те са по-малко организирани, демонстрират слаб стремеж към постижения, самодисциплинираност и предпазливост. Ниските стойности за самодисциплината се свързват с отлагането на задачи или активност за неопределено време или отказ от изпълнението им. Те са силно сензитивни, предпочитат да кажат, това което мислят в момента, без да се замислят за резонанса на казаното или възможните последствия за другите хора. Тази им липса на предпазливост затруднява общуването на околните с тях, което поставя в позицията на изолация.

3. Високата тревожност, на жените с онкологично заболяване, ги прави лесно уязвими, а пасивността засилва недоверчивостта и мнителността им към околните.

4. Самооценката на жените с онкологично заболяване е в рамките на емоционалните оценки, тя не се рационализира, поради засиления акцент върху преживяванията. Структурно включва характеристики като тревожност, изтощеност, подтиснатост и безпомощност. Тъй като в изследването са включени жени с установено онкологично заболяване, които са регистрирани и преминават процес на лечение, тези характеристики се отнасят приоритетно към актуалното, моментно самооценяване, свързано със засилената чувствителност към болестта в момента. В изследването не са включени изследвани лица с последен стадий на болестта, поради отказ да сътрудничат, вследствие на засилено фиксиране върху болестта. Техните преживявания и усещания са силно поляризирани – от страха пред смъртта и желанието за живот.

5. Самото заболяване повлиява личностните черти. Независимо, че се основават на темпераментовата структура на личността, при изследваните лица с онкологично заболяване, тяхната проява е с висока степен на стабилитет. Това се потвърждава от високата степен на съпоставимост между данните, получени за акцентуациите на темперамента и характера и данните от другите психологични въпросници. Освен това насочеността на проява на чертите е в нивото на силната изразеност, достигаща патология. Задълбочеността на акцентуацията се свързва с възрастта и възприемането на заболяването като факт в живота.

6. На базата на проведеното изследване в съдържанието на **личностния профил на жените с онкологично заболяване** могат да се отделят следните основни сфери: когнитивна сфера, емоционално-волева сфера, личностна сфера, включваща характеристики на общуването и акцентуации на темперамента и характера.

Първата включва **потребност от създаване на фантазни образи**, възприемане на света като прост и обикновен. Богатството на света, за жените с онкологично заболяване, е всъщност бягството от реалността. Същевременно фантазните образи им помагат да се преборят с нея, защото не проявяват активност и нямат идеи за нейната промяна. Съдържанието на фантазните образи им помага емоционално да се адаптират към реалността, в това число и към заболяването си. Мечтата им дава сили, прави ги по устойчиви.

Водещо значение в личностния профил има емоционално-волевата сфера, включваща наличие на тревожност, депресивност, импулсивност и уязвимост, които са значими аспекти на невротизма като психично състояние. **Личностните преживявания са в основата на светогледа и оценките на жените с онкологично заболяване.** От акцентуираните черти се демонстрира постоянно доминиращо мрачно, песимистично настроение; засилване на затвореността и пасивността. В по-ранна възраст се проявяват импулсивни реакции, предполагащи ограничена самоуправляемост и слаб контрол над подбудите, което показва, че младата жена по-трудно и болезнено приема факта, че подобно нещо се е случило в живота и. Повишената и импулсивност се свързва дори с грубост и гневливост.

Песимизмът се засилва с възрастта, което влияе върху волевите процеси, свързани с желанието за „борба с рака“. **Волята за живот и преодоляване на болестта с годините намалява.**

В общуването си с околните, жените с онкологични заболявания, са затворени, фиксирани върху болестта и преживяванията си. Това стеснява социалната им активност, прави ги ограничени при споделяне на проблема си и затваряне в кръга на близките си. Те са ориентирани към самостоятелното си преживяване на болестта, мислейки, че ще обременят или ангажират другите с нея. Това е специфична социо-културна характеристика на македонската жена, свързана със засилена готовност за самостоятелно справяне с проблема, приемане ролята на жертва на съдбата и примиряване с нея. Резултатите от анкетата доказват, че очакванията са свързани с недостатъчната активност на социалните институции или подкрепящата сила на социалните общности. Недоверчивостта и мнителността, като личностни характеристики, потвърждава това.

Акцентуираните черти на характера определят сходство в съдържанието си, независимо от възрастта в която е жената с онкологичното заболяване. По-младата жена, болна от рак на гърдата, се стреми да живее в настоящето, независимо, че мислите и за бъдещето са мрачни, докато възрастната жена е злопаметна, подозрителна и ревнива. Тя като че ли мрази настоящето, вижда само мрачните му страни и това я прави затворена за околните - стреми се сама да живее с болестта си и общува с ограничен кръг от хора.

Съдържателната страна на личностния профил определя жената с онкологично заболяване като специфичен

тип личност. При нея настъпват личностни промени, вследствие на заболяването, което дава насока за конкретната работа на психолога с тях, както в лечебното заведение, така и извън него. Знанията за промените в личностните характеристики насочва специалистите към конкретна съпътстваща психотерапевтична помощ.

3.1.Изводи и препоръки.

Онкологичните заболявания с основание могат да се считат за един от „бичовете“ на нашето съвремие. Опитите за контролиране на различни по своята природа биологични, екологични, техногенни и други типове фактори, към момента не са дали положителни резултати в изследването на причините и лечението на този тип заболявания. Човешката психика оказва непосредствено въздействие върху физиологичните процеси на организма, което е доказано от многобройни изследвания в областта на психосоматиката. Очевидно, че и върху възникването и протичането на онкологичните заболявания също така влияние оказват свойствата на характера на човека, както и типа на неговата личност. В рамките на анализа на съществуващата литература, както и на основата на данните, получени в това изследване се установява, че в момента в който една жена се разболеє и предприеме действия за своето лечение в нейния живот настъпват множество промени, които влияят върху живота и като цяло.

При жените, страдащи от онкологични заболявания, съществуват определени черти от характера, които са тясно обвързани с протичането на онкологичното заболяване. Такива черти са: невротичността като устойчиво състояние, неминуемо

влияещо върху психиката им, затвореността и липсата на активна комуникация с другите, което води до „спирала на невротизма“, неувереност в собствените действия, невъзможност за налагане на собствена гледна точка в рамките на социалната система, страх, плахост и неувереност. Често явление при лицата, страдащи от онкологични заболявания, е проявата на личностна акцентуация, която може да се прояви като дисхармонична хипертрофия на определени черти от характера. Подобен тип хипертрофия, води до по-ниска степен на психологична защитеност, както и до по-ниска способност за споделяне с другите на съществуващите, при личността, проблеми. Важно е да се отбележи, че не всеки тип акцентуация може да се разглежда като фактор за развитието на онкологичните заболявания. Резултатите от проведеното изследване показват, че сред различните типове акцентуация, „пик“ на онкологичните заболявания се среща единствено при четири от общо 10 типа. **Очевидно, че в определен момент от време, системната обвързаност между специфичните черти на характера и акцентуацията преминава определена граница, след която въздействието на тази системна обвързаност започва да оказва непосредствено въздействие върху здравословното състояние на жената.** Това, на свой ред се явява съществен фактор за протичането на онкологичното заболяване. При възникването на онкологичното заболяване, особеностите на характера „увеличават“ въздействието на физиологичните фактори, като по този начин се създава и „спирала на заболяването“, която е съставена както от физиологични, така и от психологични фактори. Акцентуацията

и особеностите на темперамента и характера са достатъчно постоянни елементи, които изграждат човешката личност. Затова тяхната промяна, след пълноценното формиране на личността или е много трудно, или е практически невъзможно. Заедно с това, обаче, дори и устойчивите страни на характеровите черти в една нова личностна и социално обусловена ситуация, подлежат на промяна, особено когато се отнасят до значимостта на живота и неговия смисъл. Наличната психосоматична връзка определя възможността за прилагане на адекватни методи за психотерапевтично въздействие за ограничаване въздействието на неблагоприятните фактори върху психиката. Общото им съдържание определя насочеността на работата, докато самата тя се основава на отчитане на индивидуално-психологическите и социално-психологичните особености на всяка една жена. Личностният профил дава информация за основните проблемни зони и тяхната изразеност – информация, която е необходима при конкретна групова работа, за вторична или третична психопрофилактика. Важно е диагностицирането им с цел прилагане на адекватна психологична интервенция.

В западната литература се налага идеята за прекъсване на връзката между диагностицираните особености на характера и физиологичното заболяване. Това дава възможност жената с онкологично заболяване да избегне навлизането в „психосоматична спирала“ като състояние при което акцентуираните черти на характера или дори наличието на определена форма на личностно разстройство, оказват непосредствено въздействие върху физиологичното състояние на личността, чрез механизма на психосоматичните прояви. От своя

страна, физиологичните страдания, не дават възможност на личността да намери самостоятелен изход от възникналите и възникващи психологични трудности. Така физиологичните и психологичните проблеми, при непосредственото си взаимодействие, влошават както психологичното, така и физическото състояние на пациентката.

Резултатите от проведеното изследване, в разработката, имат ориентируващ и насочващ - практически характер. На основата им, както и на съществуващият опит в психотерапевтичната работа в Република Македония, може да се предложи разработване на система от мерки за психологична подкрепа на жените, страдащи от рак на гърдата, в която да бъдат използвани различни подходи за личностни корекции и по-специално за преодоляване на възможността от развитие на „психосоматична спирала“ на болестта. Подходите към формирането на подобна система могат да бъдат различни, в зависимост от конкретните условия и възможността за нейното провеждане. Това е логическото продължение на анализиранияте резултати в това изследване. Предложеният психологичен профил дава основание да се потърсят точно определени насоки на работа, с жените с онкологично заболяване „рак на гърдата“, от гледна точка на спецификата на тяхното поведение и преживявания. Това се отнася, обаче, само за първите три стадия на болестта, когато личността е в състояние да изпълнява ангажименти, които и предлага психологът.

Заклучение

Проблемът за изследване на личностните характеристики на жените с онкологично заболяване „рак на гърдата“ все още не е достатъчно разработен в Република Македония. Оказването на психологична и психотерапевтична помощ се основава приоритетно на „привнесени“ готови модели от други страни, определени като успешни практики. Конкретната работа в медицинските заведения, поражда потребността от създаване на система за подпомагане на жените с подобен тип заболяване, както и програма за психопрофилактика на болестта на територията на Република Македония. Дадената разработка е стъпка в тази посока.

Реализираната цел на проведеното психологично изследване, свързана с търсенето на връзка между характеристиките на личността и възникването на онкологични заболявания показва, че не физиологичната страна на заболяването, а нейното субективно възприемане пряко влияе върху цялостната система от преживявания и поведение на жената. Между заболяването и цялостната психична структура на личността има пряка връзка. Доказването на подобна връзка, като и параметрите на психологическия профил, са стъпка в подпомагане работата на специалистите, работещи с жени, болни от „рак на гърдата“.

Изследванията на отношенията между личностните характеристики и онкологичните заболявания далеч не е „изчерпана тема“ с това изследване. Рискът, не само личностен, но и социален от възникването на психосоматична реакция и

като нейно отражение появата на онкологично заболяване е проблем, който се нуждае от многоаспектно разглеждане. Като перспективни области, за сходни изследвания, могат да бъдат определени:

- въздействието на културната среда, в нейните различни форми, върху формирането на особеностите на личността и по-специално върху формирането на определени нейни черти, в това число и такива, които могат да имат психосоматично отражение. В частност такива изследвания могат да засегнат въздействието на общи фактори за анализ на заболяването, неговото развитие, възможности за лечение, които снемат стреса от първоначално получената информация за налично заболяване;

- изследване на социалните фактори, възникващи в конкретни условия, за различни групи от обществото, като в основата на тези изследвания да бъдат определяни „рисковите“ групи, с които да бъдат осъществявани съответните превантивни психопрофилактични действия, включващи медицински прегледи;

- изследване на взаимовръзката между личностната активност върху формирането на определен тип черти на характера и въздействието им върху риска от възникване на онкологични заболявания, както и тяхното приемане.

Съотношението между личностните характеристики и възникването на онкологичното заболяване поставя въпроса и за прилагането на определен тип психотерапия, чрез която да бъде намалено негативното им въздействие или използване на капацитета им за индивидуална или групова работа. Използването на психотерапията е свързано с потребността,

пациентите да повярват в ефективността на лечението и способността на собствения организъм да окаже съпротива на заболяването. Особено значение има моментът, в който пациентите (на онкологичните заведения) променят възгледите си за собственото си място в живота, когато започват да преразглеждат жизнения си път и ситуациите, които са срещали, както и отношенията си с другите хора.

Натрупаният клиничен опит дава възможност да се покаже пътят, по който настъпват личностните промени. Разграничат се три основни етапа, свързани с „преминаването“ на болните, с онкологични заболявания, от състояние на екзистенциална криза към позитивно отношение към собственото си състояние:

Етап 1. Жената разбира за заболяването си. Етапът започва с промяна в личностните оценки за жизнените проблеми и носи промяна в отношенията си с другите и своето поведение.

Етап 2. С помощта на специалисти, болната личност взема решение за промяна коренно на особеностите на своето поведение, алгоритъмът на своите разсъждения, както и емоционалните си нагласи.

Етап 3. На този етап се включва целепологането, формирането на надежда за оздравяване на болната, като тази надежда изпълнява ролята на „проблясък“. Наличието на цел положително се отразява върху физиологичното и състояние.

Пряката професионална работа с основните методи на работа с онкологично болните, имащи сериозни влошаващи физиологичното състояние фактори включват необходимостта от разширяване на техния обхват. Освен основните

психотерапевтични методи, успешно могат да се включват и: личностно-ориентирани методи, когнитивни методи и методите на сугестията.

Личностно-ориентираните методи се характеризират чрез включване на техники за работа с представите, на пациентката за „картината на нейния живот“, сложностите на нейните отношения към себе си, значимостта на онези черти на характера, които оказват благоприятно или неблагоприятно въздействие върху тях.

Когнитивните методи за корекция на емоционалните характеристики се концентрират върху работа със съзнанието на пациентките.

Индивидуалният подход е основна стратегическа форма за реализирането им и включва рационално анализиране на жизнените потребности и цели.

Западната практика показва добри резултати и възможности при използване и на метода на сугестията, независимо, че не се приема безрезервно от всички представители на психологията и медицината. Към методите на сугестията се отнасят: хипнозата, внушението и автотренинга. Освен хетеросугестията може да бъде използвана и автосугестията (самовнушението на лицата, при които трябва да бъде извършена определена корекция на личностните характеристики). За тези практики съществуват различни подходи, които могат да се осъществяват както когато субекта е в съзнание, така и в условията на трансово състояние на субекта.

Освен тези чисто основни терапевтични методи, могат да бъдат прилагани и допълващи методи, които също така имат

положително въздействие върху лицата, на които се налага прилагането на корекции на личността. В частност към тези методи могат да бъдат отнесени: различни техники на релаксацията, които са от съществено значение при лицата, чийто неблагоприятен личностен профил включва висока степен на вътрешно психично напрежение. Така се стимулира пълноценната почивка, засилването на възстановителните процеси, както и изработването на призоволна регулация на вегетативните и психични функции.

Съществена полза могат да имат и такива допълващи практики като прилагането на различни телесни упражнения. Това могат да бъдат различни видове гимнастики, специално разработени за нуждата на определена терапия или прилагането на различни видове древни източни практики, каквито са практиките на тай-ци, цигун и др

Основни приноси на дисертационния труд

Сред основните приноси на дисертацията могат да бъдат отбелязани следните:

1. Организирано и проведено е изследване за установяване на личностните характеристики на жените с онкологични заболявания в Република Македония, което се определя като първо за страната

2. Направен е опит, на базата на получени резултати от проведено изследване, да се състави личностен профил на жени, болни от „рак на гърдата“

3. Статистически е доказана връзката между личностните характеристики и типа заболяване. Нейната значимост се отнася само до изследваните лица с този тип заболяване.

4. На базата на получените резултати са дадени насоки за психотерапевтична и психопрофилактична работа на специалистите, работещи с лица с подобен вид заболяване

5. Направен е опит да се дадат препоръки за продължаване на изследвания в областта на търсенето на взаимна връзка между типа личност, акцентуацията на темперамента и характера и наличието на соматични заболявания.

Публикации по темата на дисертацията

1. „Possibilities for application of synergy in study of the human psych.” – Доц. Русанка Манчева- Седма Международна Научна Конференция, Международен Университет Г.Р. Державин, П Македония;
2. „Влиянието на стресът и травмите за появата на онкологични заболявания”, Маг. психолог Анна Чучкова, Осма Международна Конференция Исток-Запад, Международен Славянски Университет, Г.Р. Державин, Р. Македония;