ВАРНЕНСКИ СВОБОДЕН УНИВЕРСИТЕТ
„ЧЕРНОРИЗЕЦ ХРАБЪР”

ЮРИДИЧЕСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „Психология”

Красимир Кръстев Иванов

РЕЛАЦИЯТА ПСИХИКА СОМАТИКА

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за придобиване на образователна и научна степен
„доктор по психология“
Професионално направление „Психология“
(Обща психология)

Научен ръководител:
доц. д-р Павлина Петкова

Рецензенти:
проф. д.пс.н. Галя Герчева
проф. д.пс.н. Павел Александров

Варна
2011

Дисертационният труд се състои от увод, изложение в три глави, заключение, изводи и препоръки, списък на използваната литература от 159 източника – 32 на кирилица и 127 на латиница. В текста са включени 74 таблици, 14 фигури и 4 схеми. Към дисертационният труд има приложени 3 въпросника, с които е осъществено емпиричното изследването. Общият обем е 204 печатни страници.

Дисертационният труд е предварително обсъден от катедра „Психология“ и е насочен за защита пред научно жури, назначено със заповед на Ректора на ВСУ „Черноризец Храбър“ №……...

Защитата на дисертационния труд ще се състои на ……2011 г. от …… часа в …… на ВСУ „Черноризец Храбър“.

Материалите за защита са на разположение в стая 204 във ВСУ „Черноризец Храбър“ и на интернет адрес www.vfu.bg. раздел „Докторантури“.

I. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертацията на тема „Релацията психика соматика" е в обем 204 страници. Направен е анализ на проблема, описани са основните концепции и е изведен модел на базиран на емпирично – психологичните изследвания и статистическият анализ на получените данни. Дисертацията се състои от увод, изложение на теоретичните концепции и емпиричните данни в три глави, заключение, библиография и три приложения. В основната част са включени таблици и фигури илюстриращи емпиричните данни и анализи на изследването.

Съдържанието обхваща:

Увод

I. Направления изучаващи релацията психика – соматика

1. Ранен исторически опит и подходи при изучаване на връзката психично – соматично

2. Съвременни направления и изследователски школи в психосоматичната парадигма

2.1. Психодинамично направление в психосоматиката

2.1.1. Психоанализа

2.1.2. Аналитично направление

2.1.3. Неофройдизъм

2.2. Психосоматични направления

2.3. Когнитивно - поведенческо направление

2.4. Теории за социалното функциониране

2.5. Психофизиологично направление

2.6. Принос на руската школа при изучаване на релацията психика – соматика

3. Българска изследователска школа

II. Организация на емпирично психологичното изследване

1. Методология

2. Основни принципи
3. Обект на изследване
4. Предмет на изследване
5. Хипотези
6. Цел на изследването
7. Задачи
8. Изследвани лица
9. Включващи критерии
10. Изключващи критерии
11. Етични принципи
12. Психологически инструментариум

1. Скрининг за оценка на психосоматичната личностна предиспозиция – авторска разработка. Параметри за надеждност и валидност на скринига
2. Въпросник за депресия, тревожност, стрес и соматика
3. Въпросник за копинг стратегии

III. Анализ и интерпретация на резултатите от експериментално-психологичното изследването

1. Собствен конструкт – модел на личностна психосоматичната предиспозиция
2. Изводи и препоръки от изследване

Заключение
Библиография
Приложение А
Приложение В
Приложение С

II. СЪЩНОСТ НА ДИСЕРТАЦИЯТА

При разработване на настоящата научна разработка основната изследователска позиция, която се следваше е съществуването на специфична личностна предиспозиция към психосоматични заболявания.

Настоящият труд се разполага в интердисциплинарният континиум на науките за човека и по специално на науките занимаващи се с взаимовръзката между психичното и телесното.

Актуалността на проблема и изборът на тази тема бе продиктуван от практиката ми като лекар, последвалата специализация по психология и необходимостта за прилагане на интердисциплинарен подход на оценка, превенция и терапия.

Обект на изследването е психосоматичната личностова предиспозиция,.

Предмет на изследването са свойствата, аспектите, връзките, закономерността между психиката и соматиката.

Изследването се проведе на два етапа при **първия етап** се извършиха следните процедури:

Разработване на скрининг за личностната психосоматична предиспозиция, и теоретико - приложен анализ на данните, както и статистически процедури с цел стандартизиране на инструмента.

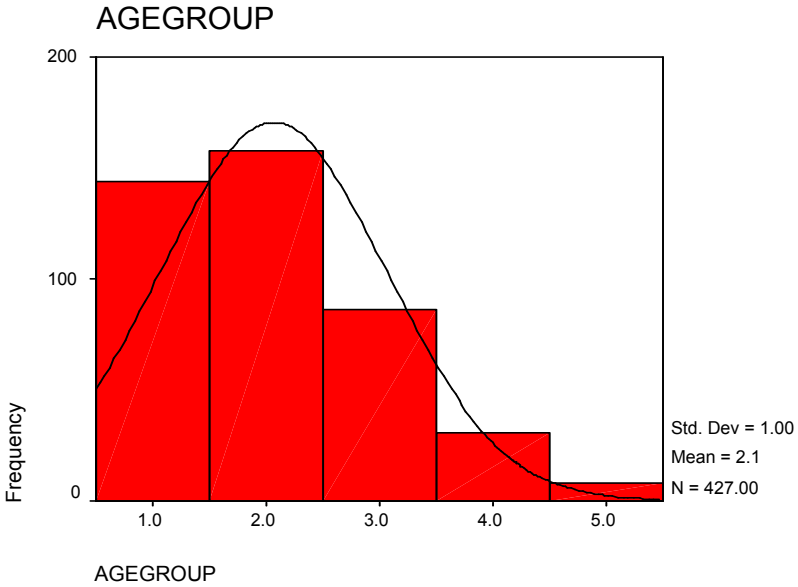
За да бъде изпълнен първият етап на емпирично – психологичното изследване бяха изследвани 450 клинично здрави лица на възрастовият диапазон 18 - 70г. (таблица 1)

Таблица1

Основни демографски характеристики на изследваните лица в първият етап от разработката

		Брой	%
Пол	Мъже	212	49.6%
	Жени	215	50.4%
Общо		427	100%
Възрастова група	20 – 29	144	33.7%
	30 – 39	158	37.0%
	40 – 49	86	20.1%
	50 – 59	31	7.3%
	60 и повече год.	8	1.9

Фигура 1. Хистограма разпределение по възрастови групи



(Графично представяне на получените данни по възрастови групи)

С цел изпълнение на вторият етап от емпиричното изследване бяха изследвани две групи по 50души, на възраст от 18 до 70 г.

Експерименталната група включва клинично здрави лица (мъже и жени), за да бъде подкрепено това изискване (да са клинично здрави) се основава на медицинската документация от проведените профилактични прегледи.

Контролната група включва лица със заболявания на сърдечно-съдовата система, заболявания на храносмилателната система, заболявания на ендокринната система, заболявания на нервната система, заболявания на опорно-двигателната система, заболявания на отделителната система, заболявания на кожата и нейните придатъци, заболявания на дихателната система

Вторият етап от настоящата разработка обхваща емпирично изследване и анализ на Личностната психосоматична предиспозиция. Изследване на Емоционалната компетентност включваща депресивност, тревожност, стрес, соматика. Изследване на Копинг

стратегиите включващи увереност и креативност при решаване на проблеми, избягващ стил, личен свръхконтрол, общ индекс за перцепция при решаване на проблеми.

Цел на настоящата разработка е да се идентифицират съдържателните измерения на личностната психосоматична предиспозиция и взаимовръзките с емоционалната компетентност и копинг стратегиите.

Реализацията на поставената цел, се осъществява чрез изпълнение на следните **задачи:**

- Създаване на теоретичен концепт и психодиагностична методика за изследване на психосоматичната предиспозиция
- Изследване и анализиране на характерните взаимовръзки на психосоматичната личностова предиспозиция с емоционалната компетентност при здрави и болни
- Изследване и анализиране на характерните взаимовръзки на психосоматичната личностова предиспозиция с копинг стратегиите при здрави и болни

В **Първа глава** са представени съвременните концепции за релацията психика соматика. Обзорът започва с разглеждане на античните концепции. В първи параграф са представени **Ранният исторически опит и подходи при изучаване на връзката психично-соматично.** Историята на съвременната психосоматиката в много аспекти отразява развитието на взаимовръзката психика – соматика в античния период. Идеята за единството между психичното и телесното датира от древността и в продължение на векове определя подходите за обяснение на болестта. В този параграф са разгледани възгледите на представителите на античната гръко - римска култура, както и на средновековните разбирания за връзката душа – тяло (IV в. пр.н.е. – XVII в.). Разгледани са възгледите на **Хераклит, Емпедокъл, Анаксагор, Платон, Аристотел, Хипократ, Плотин, Епикур, Гален, Лукреций, Августин, Рене Декарт**.

Във втори параграф са презентирани **съвременните направления и изследователски школи в психосоматичната парадигма.** В първи подпараграф е представено **психодинамичното направление в психосоматиката.**

Психоанализа. Развитието на психоанализата може да се смята за една от първите систематизирани научни подходи в науките за психичното развитие и лечение през втората половина на XIX век, **Freud** (1910) полага разбирането, че организмът е едно

цяло и функцията на отделните му части може да бъде разбрана само от погледа на цялата система.

Аналитичното направление K. G. Jung (1921) и неговите последователи считат, че индивидите се различават един от друг по начина, по който те „хабитуално“ преживяват (възприемат) света.

Неофройдизъм. Психоаналитичните идеи имат своята кулминация в работите на Franz Alexander (1934). Той диференцира хистеричната конверзионна реакция от така наречените органни неврози, чиито причини са несъзнавани конфликти между агресивните желания или зависимостта и противопоставянето на Егото и Суперегото за контрол над хроничния емоционален дистрес. **Sander Ferenzi (1910)**, който полага концепцията за феномените на конверзия, за да обясни болестта улцерозен колит. **Helene Deutsch (1939), Phillis Greenacre (1949), Angel Garma (1950)** – вярват, че родовата травма, травмите през ранно детското и детско развитие предразполагат към психосоматични болести в зряла възраст. **Alexander Mitscherlich (1966, 1967)** посочва загубата на обекта като основна причина за психосоматичните заболявания. **Adolph Meyer** (1866-1950) развива психобиологичната теория, разстроеното поведение е реакция на генетичен, физически, психологически, средов и социален стрес. **Sandor Rado (1890–1972)** създава теория за ***адаптационната динамика***, организмът е биологична система, която функционира под хедоничен контрол, подобен на принципа на удоволствието на Freud. **Karen Horney (1885-1952)** счита, че настоящите характеристики на личността са резултат от взаимодействието между индивида и средата, а не са основани единствено на либидинозните стремежи от детството. **Erich Fromm (1900–1980)** разграничава пет типа характер, човек може да притежава качества, характерни за един или няколко от типовете. **Harry Stack Sullivan (1892–1949)** описва три типа преживяване и осмисляне на света. **Melanie Klein (1882–1960)** развива теория за вътрешните обектни отношения, която е тясно свързана с теорията за нагоните. **Michael Balint (1896–1970)** смята, че подтикът към първичния любовен обект е в основата на практика всички психологически феномени. **Edith Jacobson (1897–1978)** вярва, че структурният модел и акцентът върху обектните отношения са в основата си съвместими. Тя счита, че егото, Азовите образи и обектните образи упражняват взаимно влияние върху развитието си. **Georg Groddeck**, (1866–1934), работи върху несъзнаваната психична част на личността и връзката с болестта. Според Groddeck органичните симптоми като символи на определени послания от То се развиват по

аналогия на сънната и неврозната дейност. Според него „болестта иска да каже нещо”, което ние можем да открием само посредством изучаването на последиците от нея. **Alexander Lowen** (1910–2008) неорайхианец, създател на биоенергетиката анализира взаимовръзките между депресията и телесните функции, поведение. **Viktor Frankl** (1905–1997) разработва теоретични концепции за специфичността и обяснението на соматичните заболявания, като разширява обсега на тези виждания. **Mirsky, I. A. (1958)** сътрудник на Александър, формулира понятието X – фактор, който заедно с личностните особености способства за възникване на нарушения в една или друга система. **Wolf (1956)**, счита, че генетично обусловени изменения в клетките и тъканите, които реагират своеобразно на психотравмата, може да доведат до психосоматични разстройства.

Във втори подпараграф е изведено **психосоматичното направление** – терминът „психосоматика” е въведен за пръв път от немския психиатър **Christian Heinrot** (1818). **Якоби** (1822), като представител на соматиците предлага термина „соматопсихика”, с което се полага нова ера на взаимовръзката тяло – психика, терминът „психосоматична медицина” окончателно е бил приет в медицината благодарение на виенския психоаналитик **Felix Deutsch** през 1922 г. Теорията за специфичната личностна предиспозиция се свързва с името на F. Dunbar. Терминът „психологична констелация” въведен от нея е в отговор на противоречията във възприемането на термина „личностен профил” на болестта. **Dunbar** е описва личностни профили като язвена личност, коронарна личност, артритна личност и др. **Rosenman и Friedman** преформулират „личностен профил” в термина „Тип личност”, който определя „риска от болест”. В трети подпараграф е представено **Когнитивно-поведенческото направление.** Когнитивната психология става водещо направление, когато формира нов концепт, отразяващ взаимовръзката емоции и мисли. Концептът се основава на фиксираните „убеждения” или „вярвания”, които са мисловни оценки, породени и оцветени в своя смисъл от интензивни емоционални преживявания.

Когнитивно психологическото направление се базира на основният теоретичен конструкт, който е прилаган повече от три десетилетия, и е показал своята ефективност и лежи в основата на съвременното разработване на модела за „когнитивната уязвимост” на боледуващия пациент **(Alloy, 1999, Abramson, 1989, Riskind, Black 2000)**.

Теории за социалното функциониране. **Бандура** (1977) обяснява психичното функциониране в термините на триадичното реципрочно взаимодействие между поведение, когнитивни и други вътрешни детерминанти, и фактори на средата. Прилагането на когнитивният и поведенчески модел в клиничната психология на здравето през последните години е много интензивно. Тук се изследват и анализират специфични модели на поведение, които повлияват неблагоприятно здравето: пушенето, пиенето, нездравословното хранене, занемарено здравно поведение **(Golden, Felgoise, 2004)**. Много автори определят вече и две основни оси на изкривявания при психосоматичните заболявания. **Изкривявания на Ос I** – свързани с горещите когниции, тревожни и депресивни емоции. **(DiTomasso at all., 2000, Freeman, Fusko, 2000, Freeman at. all., 1990)**. Тези изкривявания най-често водят до хранителни разстройства, сексуални дисфункции и зависимости **(Leiblum, Rosen, 2000; Shafran, 1999; McGrath, 1998; Delfabbro, 2000). Изкривявания по Ос II** – свързани с мисленето. Тези изкривявания най-често са свързани с личностовите особености и сериозни психични заболявания, които провокират телесни разстройства**. (Freeman, 1990, Layden, 1993)**. В пети подпараграф е изведено **психофизиологичното направление** – психофизиологичните теории, включващи експериментално-психологически, клинико-физиологични, биохимични и цитологични изследвания върху последствията от емоционалният стрес, установяват влияние на екстремалните и хронични стресови ситуации върху патогенезата, протичането и терапията на психосоматичните заболявания. Към тези теории спада понятието на **Cannon** (1932) за телесната хомеостаза и работата на **Selye** (1973) върху хипофизно-надбъбречните реакции.

В шести подпараграф е репрезентиран **приносът на руската школа при изучаване на релацията психика соматика**- руската школа безспорно е една от най-значимите в изследването на взаимовръзката психика–соматика. Тази школа е представена от двете направления материалистичното и идеалистичното. Идеята за цялостния подход, който отчита състоянието на морфофункционалните системи на организма и спецификата на личността е разработвана от бележити учени като **Мудров, М. Я., Захариньин, Г. А., Боткин, С. П.** (1950). Теорията за „нервизма" разработена и развита от имена като **Сеченов, И. М., Павлов, И.П., Веденски, Н.**

Е. В трети параграф е представен приносът **на българската изследователска школа** българските автори (Вл. Иванов 1990г, 1999г, 2001 г., Ц. Цонев, 2002 г., 2005 г., Р. Шишков, 1999 г., П. Петкова, 2004 г. 2005 г., В. Матанова, 2001 г., 2003 г.) създадоха школа на психосоматичното направление у нас, преди двадесет години, където започна преподаването на психологията в медицината и полагане на холистичният подход в лечението.

Във **Втора глава** се описва организацията на изследването. **Методология –** представеното изследване има характер на емпирично проучване. То си поставя за цел чрез научни методи да изследва особеностите и взаимовръзката между изследваните явления. Разгледаните ключови аспекти са изведени по теоретичен път. От значение е те да бъдат потвърдени в емпирични, конкретни изследвания. Тази необходимост се определя от практико-приложния характер на научното изследване. Използваната методика за стандартизация е предложена от проф. Сава Джонев (Социална психология т.5. 1996). Проучването на проблема се извършва в два плана – теоретически и изследователски. В Първа глава са анализирани основни теоретични постановки от български и чужди автори, които отразяват разноаспектността на разгледаните идеи в конкретните теоретични направления. Концептуалните основания се извеждат чрез използването на теоретично-аналитично проучване на научната литература по проблематиката. Във връзка с пообхватното изясняване на изследвания проблем е извършено проучване и интегриране на широк кръг въпроси – от областта на общопсихологическото знание, клинична психология, консултативна психология, както и теоретични постановки от медицината и в частност психосоматиката.

Основни принципи в изследването – принцип на обективност, принцип за изучаване на явленията в тяхното развитие, принцип за аналитико - синтетично изучаване на явленията.

Обект на изследване са клинично здрави лица (експерименталната група) мъже и жени на възраст 18 – 70 г.

Предмет на изследване са психосоматичната личностова предиспозиция, емоционалната компетентност (депресивност, тревожност, стрес и соматика, вкл. емоционална реакция проявена на телесно ниво) и копинг стратегии (увереност и креативност при решаване на проблеми, избягващ стил; личен свръхконтрол; общ индекс за перцепция при решаване на проблеми).

Хипотези

Хипотеза 1.

Допуска се наличието на специфична личностова предиспозиция към психосоматични заболявания, и тя може да бъде обективизирана чрез скринигов психологически инструмент.

Хипотеза 2

Допускаме, че ще се наблюдават значими различия между болните и здравите по отношение на емоционалната компетентност (депресивност, тревожност, стрес и соматика, вкл. емоционална реакция проявена на телесно ниво) и копинг стратегии (увереност и креативност при решаване на проблеми, избягващ стил, личен свръхконтрол, общ индекс за перцепция при решаване на проблеми).

Хипотеза 3

Допускаме, че ще се наблюдава значими различия по отношение на пола при параметрите на емоционалната компетентност (депресивност, тревожност, стрес и соматика, вкл. емоционална реакция проявена на телесно ниво) и копинг стратегии (увереност и креативност при решаване на проблеми, избягващ стил, личен свръхконтрол, общ индекс за перцепция при решаване на проблеми).

Хипотеза 4

Допускаме, че ще се наблюдава значимо различие по отношение на възрастта при емоционалната компетентност (депресивност, тревожност, стрес и соматика, вкл. емоционална реакция проявена на телесно ниво) и копинг стратегии (увереност и креативност при решаване на проблеми, избягващ стил, личен свръхконтрол, общ индекс за перцепция при решаване на проблеми).

Хипотеза 5

Допуска се, че данните от емпиричното проучване и теоретичните концепции могат да бъдат структурирани във вид на релевантен биопсихосоциален модел за оценка на личностната психосоматична предиспоцизия.

Цел да се изяснят съдържателните измерения на личностната психосоматична предиспозиция и да се анализират взаимовръзките с емоционалната компетентност и копинг стратегиите.

В следващите подпараграфи са описани задачите, изследвани лица и процедура, включващи критерии в изследването и изключващи критерии от изследването и етични принципи на изследването.

Психологически инструментариум

1. Скрининг за оценка на психосоматичната личностова предиспозиция – авторска разработка. Параметри за надеждност и валидност на скринига.

Популация и извадка

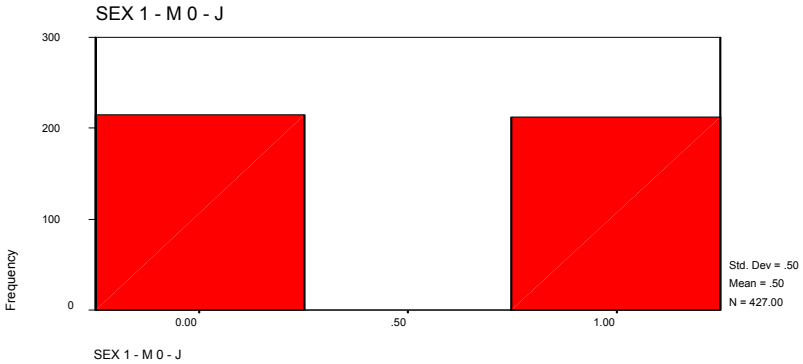
Целевата група са клинично здрави лица между 20 и 70 години. Извадката е осъществена на територията на Република България, всички са български граждани по параметри показани в таблицата по долу. Планираният обем на извадката е 450, като попълнени и годни за обработка са 427 въпросника. Данните са събрани в периода 01.04.2010 до 10.12.2010 г. изследването е проведено групово от лица с образование по психология, организацията на терен отговаря на всички критерии и изисквания.

Таблица 2

Средна възраст според пол

	Пол	Средна	Брой	Ст.отклонение	Минимум	Максимум
	Мъже	36.44	212	10.29	20	66
	Жени	33.56	215	9.57	20	66
	Общо	49.65	427	0.50		

Хистограма 2. Разпределение по пол



Вътрешна съгласуваност на айтемите – алфа на Кронбах

За да бъде измерена вътрешната съгласуваност на айтемите, ще бъде използван коефициент Алфа на Кронбах. Резултатите от него са представени в таблицата по-долу.

Таблица 3

Алфа на Кронбах

Алфа на Кронбах	Брой айтеми
0.69	25

Таблица 4

Тестов бал

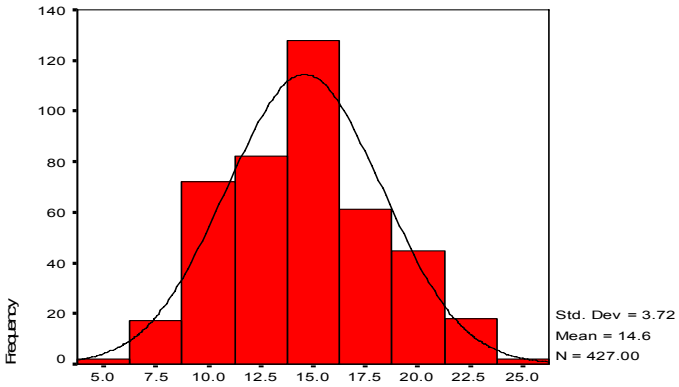
	Брой айтеми	**Средно атритметично**	**Стандартно отклонение**
Тестов бал	25	14.58	3.71

След направените статистически процедури не се налага да бъдат отстранени айтеми, полученият коефициент Алфа на Кронбах 0.69 удоволетворява критериите за практическа работа.

Сумарен бал и нормиране на теста

Емпиричното разпределение на точките е отразено в хистограмата на тестовия бал. Стойностите на средно аритметично (M = 14.58) и медиана (14.00) почти съвпадат, което показва че разпределението на изследваните лица е близко до нормалното. Това се вижда и от представената по-долу хистограма 2, както и на таблици 2 - 4.

Фигура 2. Хистограма на емпирично разпределение на тестовия бал за скрининга



Може да се види, че психометричните параметри са добри за един нов психометричен тест. Алфата на Кронбах, която е интегрален показател за качеството на набора от айтеми, е 0.69, т.е. първичните психометрични резултати ни дават основание да направим следващи обработки и интерпретации.

Факторен анализ на айтемите и обособяване на скалите извършен бе факторен анализ по метода на главните компоненти. Получи се пет факторна матрица, която обяснява 40% от дисперсията на данните. Това е нормален резултат за един психометричен инструмент. Можем да заключим, че Скрининга за психосоматична предизпозиция притежава основните психометрични свойства, които позволяват той да се прилага в тестологичната практика у нас.

Факторен и клъстарен анализ на скалите факторният анализ беше приложен в съответствие с теоретичната структура на скрининга. За факторният анализ беше използвана подвойкова корелационна матрица, извличането на факторите се извърши по метода на главните компоненти, като за въртенето беше използвана процедурата Varimax с нормализация на Кайзер.

За клъстърният анализ бе използван алгоритъм с матрица на близост подвойкива коелационна матрица, това бе направено за да има логическа сравнимост на резултатите от факторния анализ, допълнително бе построена и дендограма, която използва свързване на средните между групите. От първият фактор обяснява 38 % от вариациите а заедно с вторият 65 %, тези резултати са добри показатели за валидността на скрининга. В първият фактор се включват всички скали, което означава, че съществува генерален фактор, който включва всички компоненти. Това е още едно потвърждение на качествата на скрининга. В първата метаскала са включени скали с номера 4, 1 и 5, а във втората са включени скали 3 и 2.

Клъстърен анализ - Дендограмата потвърждава резултатите от факторният анализ. Скали 4 (Емоционални състояния и психосоматични дисфункции), 5 (Когнитивни вярвания за Аза) и 1 (Соматични възприятия и емоции) образуват първият клъстър (метаскала Психосоматични релации) който съответства на фактор 1. Скали 2 (Екстраличностен тип поведение) и 3 (Интраличностен тип поведение) влизат във вторият фактор (метаскала Метаниво на поведенчески контрол). **Анализ за надежност на скалите и метаскалите** и **Средни стойности и стандартни отклонения според пола и по възрастови групи** в таблиците са представени средните стойности, и стандартни отклонения на скалите и метаскалите, като се

представените средните стойности и стандартните отклонения по демографски характеристики пол и възрастова група.

Таблица 5

Разпределение на демографските характеристики при скалите на скринига

Скала	Пол	Брой (N)	Средно аритметично	Стандартно отклонение
Скала Соматични възприятия и емоции	Мъже Жени	212 215	3.45 3.14	2.24 2.00
Скала Екстраличностен тип поведение	Мъже Жени	212 215	5.34 5.28	1.53 1.45
Скала Интраличностен тип поведение	Мъже Жени	212 215	3.66 3.73	1.24 1.28
Скала Емоционални състояние и дисфункции	Мъже Жени	212 215	1.90 1.90	1.16 1.14
Скала Когнитивни вярвания за Аза	Мъже Жени	212 215	2.72 2.92	1.02 1.08
Метаскала Метаниво на поведенчески контрол	Мъже Жени	212 215	8.08 7.97	3.40 3.22
Метаскала Психосоматични релации	Мъже Жени	212 215	9.09 9.01	2.46 2.40

Таблица 6

Средни стойности и стандартни отклонения според възрастовата група

Скала	Възрастова група	Брой	Средно аритметично	Стандартно отклонение
Скала Соматични възприятия и емоции	20 – 29 г.	144	3.11	1.92
	30 – 39 г.	158	3.29	2.38
	40 – 49 г.	86	3.60	2.09
	50 – 59 г.	31	3.45	1.87
	60 – 70 г.	8	3.00	1.51
	Общо	427	3.29	2.13
Скала Екстраличностен тип поведение	20 – 29 г.	144	5.14	1.48
	30 – 39 г.	158	5.35	1.44
	40 – 49 г.	86	5.45	1.64
	50 – 59 г.	31	5.45	1.38
	60 – 70 г.	8	5.75	1.28
	Общо	427	5.31	1.49
Скала Интраличностен тип поведение	20 – 29 г.	144	3.59	1.29
	30 – 39 г.	158	3.63	1.32
	40 – 49 г.	86	3.87	1.19
	50 – 59 г.	31	3.96	0.91
	60 – 70 г.	8	3.87	1.12
	Общо	427	3.69	1.26
Скала Емоционални състояние и дисфункции	20 – 29 г.	144	1.82	1.14
	30 – 39 г.	158	2.02	1.13
	40 – 49 г.	86	1.90	1.19
	50 – 59 г.	31	1.87	1.23
	60 – 70 г.	8	1.00	0.75
	Общо	427	1.90	1.15
Скала Когнитивни вярвания за Аза	20 – 29 г.	144	2.66	1.09
	30 – 39 г.	158	3.03	1.00
	40 – 49 г.	86	2.81	1.05
	50 – 59 г.	31	2.58	0.95
	60 – 70 г.	8	2.50	1.51
	Общо	427	2.82	1.06
Метаскала Метаниво на поведенчески контрол	20 – 29 г.	144	7.60	3.06
	30 – 39 г.	158	8.35	3.59
	40 – 49 г.	86	8.32	3.29
	50 – 59 г.	31	7.90	2.95
	60 – 70 г.	8	6.50	2.56
	Общо	427	8.02	3.31
Метаскала Психосоматични релации	20 – 29 г.	144	8.73	2.41
	30 – 39 г.	158	8.98	2.49
	40 – 49 г.	86	9.32	2.58
	50 – 59 г.	31	9.41	1.62
	60 – 70 г.	8	9.62	2.26
	Общо	427	9.01	2.43

Корелационен анализ установява наличието или отсъствието на стохатична връзка между скалите и метаскалите. Скала соматични възприятия и емоции корелира със интраличностен тип поведение (0.314) Sig. (0.00), със емоционални и психосоматични дисфункции (0.500) Sig. (0.00) и когнитивни вярвания за Аза (132) Sig. (0.00) и няма корелация със екстраличностен тип поведение. Екстраличностен тип поведение корелира със интраличностен тип поведение (0.555) Sig. (0.00) и не се наблюдава корелация със соматични възприятия и емоции, емоционални и психосоматични дисфункции и когнитивни вярвания за Аза. Интраличностен тип поведение корелира със соматични възприятия и емоции (314) Sig. (0.00) със екстраличностен тип поведение (0.555) Sig. (0.00) и емоционални и психосоматични дисфункции (0.125) Sig. (0.10) и не се наблюдава корелация със когнитивни вярвания за Аза. Емоционални и психосоматични дисфункции корелира със соматични възприятия и емоции (0.500) при Sig. (0.00) със интраличностен тип поведение (0.125) и Sig. (0.10) и когнитивни вярвания за Аза (0.365) при Sig. (0.00) и не корелира със екстраличностен тип поведение. Когнитивни вярвания за Аза корелира със соматични възприятия и емоции (0.132) при Sig. (0.00) и емоционални и психосоматични дисфункции (0.365) при Sig. (0.00) и не корелира със екстраличностен тип поведение и интраличностен тип поведение. **Корелация между метаскалите –** между метаскала 1 (психосоматични релации) и метаскала 2 (метаниво на поведенчески контрол) се наблюдава корелационна връзка, коефициентът на корелация е 0.187 при ниво на значимост Sig. (0.00). По отношение на метаскалите корелация се наблюдава между метаскала 2 ((метаниво на поведенчески конторол)) и възрастта 0.105 при Sig.(0.035).

Въпросник за депресия, тревожност, стрес и соматика (DASS Lovibon) – този инструмент, съставен от 42 айтеми оценява три негативни емоционални състояния, често срещани в клиничната практика: депресия, тревожност и стрес. Скалата е съставена от 14 основни симптома. Всеки айтем се оценява според тежестта през последната седмица. Така, DASS установява депресията, тревожността и стреса като относително променливи състояния, а не непременно като трайна характерна/личностова черта, освен ако наблюденията не се стабилни (устойчиви) през времето.

Въпросник за копинг (PSI Heppner) PSI е инструмент от 35 айтема, създаден да оцени индивидуалните вярвания на хората, които обикновено повлияват (въздействат на) личните проблеми в техния живот. Терминът “проблеми” се отнася до личните пробле-

ми като сприятеляване, избор на кариера или решаване дали да се предприеме развод. Въпреки че PSI не измерва актуални умения за решаване на проблеми, той оценява разбиранията (представите) на човек за неговите умения или неговия стил за решаване на проблеми.

В **Трета глава** представя анализ и интерпретация на получените експериментални данни, като са изведени и изводите и препоръките**.**

Хипотеза 1

При направеният статистически анализ на изследователската хипотеза можем да заключим, че съществува специфична личностова предиспозиция към психосоматични заболявания и тя може да бъде обективизирана чрез скринигов психологически инструмент (статистическите процедури по разработване и стандартизиране на скринигов инструмент за потвърждаване или отхвърляне на настоящата хипотеза са представени в предишната глава). Така хипотеза 1 се потвърждава.

Допълнителните статистически процедури и анализи върху влиянието на полът върху скалите и метаскалите, които се отхвърлят при ниво на значимост по–голям от 0.05. От получените резултати се вижда, че нивото на значимост за скалите и метаскалите е над Sig. (0.05) (Independent Samples Test), което отхвърля твърдението, че има различие между мъжете и жените само при условие, че Sig. е по–малък от 0.05%.

Половите различия не повлияват психосоматичната предиспозиция – моделът е унифициран по отношение на пола.

Значимо различие се наблюдава само по отношение на скала когнитивни вярвания за Аза, между възрастовите групи 20 – 29 г. и 30 – 39 г. В групата 30 – 39 г. имат по-висока средна стойност от групата 20 – 29 г. по отношение на скалата Когнитивни вярвания за Аза. За другите скали такива различия не се наблюдават.

От това може да се направи следният извод: Личностната предиспозиция към психосоматични разстройства и тяхното преодоляване е конструкт, който завършва формирането си във периода 30 – 39, когато човек вече е има опит и е изградил нагласи към здравните заведения и тяхната ефективност, има достатъчно личен на проблеми със здравето.

Други фактори влияещи психосоматичната личностна предиспозиция са т.нар. социокултуралните фактори. В най-голяма степен те са свързани с моделите на здравни убеждения в една общност - дали определени оплаквания се приемат като болест и

дали нейното лечение се свързва с медицинските служби. В първа възрастова група индивида продължава да се усъвършенства (специализира, учи придобива нови умения) и това влияе върху формирането на психосоматична предиспозиция. А във втора възрастова група човек навлиза в активна трудова възраст, с вече формирана психосоматична предиспозиция, т.е. стабилизиран опит. От тук рискът от психосоматично разстройство е повишен във втора възрастова група.

Като фактор повлияващ формирането на нагласа към болестта и личностната психосоматична предиспозиция е индивидуалният опит с боледуване в детската възраст, който оставя траен и силен отпечатък върху разпознаването на болестните симптоми и в по-късна възраст. От една страна индивидите с продължителна история на боледуване в детска възраст може да станат по-толерантни към поредица симптомни промени. От друга страна ранният им опит дава възможност за по-бързото разпознаване, включително и отчитане на възможната увреда. Тук голяма стойност има убеждението, дали засегнатият орган е важен за тялото и живота или е от второстепенно значение, какви са убеждения за медицината, лекарите и лечението на болестите. Разгледаната хипотеза **се потвърждава.**

Хипотеза 2

Частично се потвърждава допускането за значимо различие при три от характеристики на емоционалната компетентност - депресивност, тревожност и стрес. Между болни и здрави и не се наблюдава различия при соматиката. Промените в емоционалната компетентност при важен компонент при соматичната патология и съответно аспект от цялостният подход към болестта. Всяка сериозна болест и свързаните с нея измерения в житейската ситуация на болния предизвикват най-разнородни емоционални реакции. Това са предимно емоционални състояния в негативният регистър (неспокойствие, страх, чувство на заплаха, нетърпеливост, апатия, дори гняв), които в клиничен аспект могат да се проявяват и протекат като:

– физиологични реакции спрямо болестта
– невротични реакции
– краткотрайни реактивни психози
– разстройство на личността

Емоционалните реакции определят главно интензивността на предприеманите от пациента здравни дейности. Екстремно силните негативни емоции могат да доведат до защитно отричане на болестта и избягване на здравните дейности. Според нас емоцио-

налните фактори имат решаващо значение за определяне на поведението спрямо болестта.

По отношение на измерваните характеристики на копинга не се наблюдава значими различия между групата на здравите и групата на болните – това допускане не се потвърждава от емпиричните данни.

Обяснение на тези данни може да бъде намерено в неефективен копинг при болни и при здрави. Най-вероятно и при двете групи индивидите имат предимно външен локус на контрол.

Склонни са да се приписват причините и резултати за здравето на външни фактори и нямат персонална чувство за отговорност към собственото си здраве. Този резултат може да бъде интерпретиран в контекста на социално-когнитивната теория на Бандура. Поведението се определя от три ключови конструкта: личност, поведение и влияние на средата, които са взаимно детерминирани. Този реципрочен детерминизъм е базисният организиращ принцип – това е продължителна и динамична интеракция между индивида, средата и поведението. Така промяната в един от тези фактори влияе и на другите два. Бандура (1986) концептуализира личността като базисни човешки способности, които са с когнитивна същност. Според него ключовите конструкти са: личностни характеристики, демографски и когнитивни фактори, мотивация и умения, емоционална възбуда/копинг – способността на индивида да отговори на емоционалните стимули с различни техники и стратегии, поведенчески способности, свързани с индивидуалните знания и умения, необходими за изпълнение на поведението, лична ефикасност (възприятието на хората на техните възможности за действие). Ефикасността е важен медиатор между знание, нагласи, умения и поведение. Бандура и други автори считат, че важни са саморегулация разбиране като управление и контрол на поведението и способността за учене чрез наблюдение. Докато хората не повярват, че могат да произведат желания резултат със своите действия, те имат малък стимул за действие и полагане на усилия. Каквито и други мотиватори да има, те трябва да се основават на убеждението за лична ефикасност. Повечето модели на здравното поведение днес включват детерминанта на ефикасността, а тези, които не го правят, според Бандура (2000) губят от своята обяснителна и предиктивна сила. Множество доказателства има в научната литература за ролята на възприеманата лична ефикасност върху здравния статус и функциониране. Тя действа като общ механизъм, който засяга различни здравни резултати (Bengel, Beltz-Merk & Farin (1996),

McKusick, Coates & Morin (1989), Walsh & Foshee (1998) и Witte (1992) – по Bandura 2000. Метааналитичните проучвания също потвърждават тази сериозна роля на личната ефикасност (Gilles 1993; Holden, 1991, по Bandura, 2000).

От направения анализ може да се обобщи следното: наблюдават се различия в емоционалната компетентност при здрави и при болни. Психосоматичното разстройство е фактор, който води до дисфункционалност в сферата на емоционалната компетентност. Не се наблюдават различия при копинг стратегиите, които са формирани в по–ранният етап на развитие. Нагласи към болестта и копинг стратегии не се влияят от психосоматичното разстройство.

Хипотеза 3

При емпиричното потвърждение на изследователската хипотеза 3 се наблюдаваха следните емпирично изведени характеристики:

– За групата на здравите значимо различие между мъжете и жените се наблюдава при скала Соматика. Мъжете имат по–висока средна стойност от жените.

– При изследваните параметри се наблюдава статистически значими различия по отношение на пола в групата на болните по скали: депресия, тревожност и стрес. И тенденция при скала соматика.

Хипотеза 3 се потвърждава частично. За двете групи болни и здрави има значимо различие в емоционалната компетентност само за скала соматика. За характеристиките депресия, тревожност и стрес различие между мъжете и жените се наблюдава само в групата на болните.

Не се потвърждава подхипотезата, че при жените ще се наблюдават по-високи средни стойности от мъжете. В групата на здравите мъжете имат по-висока средна стойност от жените по скала Соматика. Като интерпретираме резултатът считаме, че мъжете изпитват повече психовегетативни реакции от жените.

В групата на болните т.е. мъжете показват по-високи средни стойности от жените при Депресия, Тревожност, Стрес и Соматика. Получените емпирични данни не подкрепят издигната подхипотезата – наблюдава се едно отхвърляне на стереотипът, че мъжете са по некомпетентни емоционално от жените. Това различие се засилва при наличието на психосоматично заболяване. В обобщен вид при здравите индивиди различие между мъжете и жените се наблюдава при проява на емоционалната компетентност на телесно ниво, като това различие се наблюдава и в групата на болните и по отношение на останалите параметри на емоционалната компетент-

ност, т.е. психосоматичното разстройство доразвива различията и засилва влиянието на емоционалната компетентност върху предиспозицията и картината на психосоматичната болестта.

По отношение на копинг стратегиите при здрави и болни се откроиха следните особености на взаимовръзката копинг и пол:

В групата на здравите не се наблюдава статистически значими различия по изследваните параметри на копинг спрямо пола. Налице е унифициран копинг стил при здравите, което не потвърждава издигнатото допускане значими различия между жените и мъжете в групата на болните се наблюдава по отношение на параметрите – Увереност и креативност при решаване на проблеми. Има тенденция към различие, при която мъжете показват по-висока средна стойност от жените. Това различие между мъжете и жените се запазва и при Общ индекс за перцепция при решаване на проблеми. От това може да се направи следното заключение: в сферата на копинга при мъжете се наблюдава използване на проблем – ориентиран копинг. Когато са изправени пред предизвикателството на психосоматичното разстройство те се фокусират върху проблема и ресурса за неговото решаване. От направения анализ на емпиричните данни, може да направим заключение, че тази хипотеза не се потвърждава.

Хипотеза 4

В групата на здравите не се наблюдава значимо различие между възрастовите групата 18–35 г. и групата 36–70 г. по отношение на емоционалната компетентност. Не се потвърждава издигнатото твърдение за различие по отношение на възрастта.

В групата на болните се наблюдава тенденция на различие по отношение на Депресия между групата 18 – 35 г. и 36 – 70 г., като по-ниска е средната стойност при първата подгрупа. Значимо различие има при скали: тревожност, депресия, стрес и соматика. В обобщен вид в първа възрастова група в групата на болните имаме ниски нива на Депресия, Тревожност, Стрес и Соматика, като тези характеристики се обострят във втората възрастова група. В интерпретацията може да се направи заключението, че емоционалната компетентност във първа възрастова група е все още незавършена и психосоматичното разстройство забавя развитието на емоционалната компетентност. Дисфункционалността в сферата на емоциионалната компетентност е по- слабо изразена в първа възрастова група.

При параметрите на копинга не се наблюдават статистически значими различия между двете възрастови групи при здрави.

Копинг регистърът, който се е формирал във онтогенетичното развитие е с постоянна константа в различните възрастови периоди.

В групата на болните статистически значимо различие между двете възрастови групи 18 – 35 г. и 36 – 70 г. се наблюдава по скала Увереност и креативност при решаване на проблеми. В първата възрастова група средната стойност е по-ниска спрямо втората възрастова група. Този резултат ни дава основание да издигнем твърдението, че при наличие на психосоматично заболяване по-високата възраст е фактор благоприятстващ използваният копинг. Натрупаният във възрастта житейският опит засилва увереността, креативността при решаване на здравословни проблеми и благоприятства лечебния процес.

Хипотеза 5

Данните от експерименталното проучване и теоретичните концепции могат се структурират във вид на релевантен биопсихосоциален модел за оценка на личностната психосоматична предиспозиция.

За целите на изследването и доказване на хипотеза 5 се въвеждат понятията интраличностов и екстраличностов тип на поведение (Гарднър (1983), Александров(1990), Зиновиева (1997).

След обобщените анализи се предлага:

Собствен конструкт – модел на личностна психосоматичната предиспозиция

Този модел може да бъде представен като тристепенна структура, както следва:

ОС I. КОГНИТИВНИ СХЕМИ. ДИСФУНКЦИОНАЛНИ ВЯРВАНИЯ

- **За собствената съдба**
- **За медицината, лечението, лекарите**
- **За собственото здраве**

Тук попадат индивидуалните вярвания на хората, които обикновено повлияват проблемите в техния живот и в частност психосоматичната релация психика–соматика. Тук не се оценяват актуалните умения за решаване на проблеми, а се оценяват разбиранията (представите) на човек за неговите умения или неговия стил за решаване на проблеми.

Когнитивни вярвания за Аза в групата на болните средната е по-висока от средна за групата на здравите. Наблюдават се повече дисфункционални вярвания за собствената съдба, за медицината,

лечението, лекарите, както и за собственото здраве в групата на болните.

Възраст – по отношение на групата на болните при Когнитивните вярвания за Аза средната стойност за възрастовата група 18 – 35г. и средната във втората група 36 – 70 г. се различават във втора възрастова група средната е по висока. Тези дисфункционални вярвания се засилват с увеличаване на възрастта.

В групата на здравите се наблюдава значимо различие между групите 18 – 35 г. средната стойност е по-висока от тази във възрастовата група 36 – 70 г.

Пол – при болни Когнитивни вярвания за Аза при мъжете са по-ниски от тези при жените. При здравите има ниско ниво на дисфункционални вярвания и полът и възрастта не са фактори за развитие на психосоматични разстройства, но полът и възрастта са утежняващ фактор при вече развито психосоматично разстройство. Или при наличие на психосоматично разстройство жените във възрастовата група 36–70 са с по-високи нива на дисфункционални вярвания. При здрави имаме високи нива на дисфункционални вярвания при жени на възраст над 35 г., а за мъжете това е възрастта под 35 г. то това са тригер за развитие на психосоматично разстройство.

Един от основните постулатите на когнитивната парадигма е наличието на **циркулярна връзка**, такава тенденция за различие между групата на болните и групата на здравите се наблюдава по отношение на соматични възприятия и емоции в т.е. връзката на когнитивното с емоционалното. В групата на болни средните стойности са по-високи от групата на здравите. Психосоматичната релация когниция – емоция се засилва при болните тя оказва по-голямо влияние.

Възрастта влияе върху циркулярната връзка при групата на болните соматични възприятия и емоции. В първата възрастова група средната стойност е по-ниска тази във втората възрастова група. В възрастовата група циркулярната връзка се влияе от характерните за възрастта промени.

Полът при болни влияе върху соматични възприятия и емоции. Мъжете показват по-висока средна стойност и са по-рискови от жените. Влиянието на демографските характеристики върху циркулярната връзка като проява на релацията психика – соматика са както следва при болните се наблюдава по-голямо влияние соматичните възприятия, като в по-ранна възраст тази тенденция е по-силна особено при лица от мъжки пол.

ОС II. ЕМОЦИОНАЛНИ ПРЕЖИВЯВАНИЯ

- **Емоционална незрялост и неустойчивост**
- **Емоционална уязвимост**
  - **депресия**
  - **тревога**
  - **стрес**

Емоционални състояния и психосоматични дисфункции средна за групата на болните е по-висока от средна за група на здравите. Високите стойности при здрави по тази скала са фактор влияещ възникването на психосоматично разстройство. При психоемоционален проблем нервната ни система изпраща импулси на едни или други органи и с това предизвиква здравословни проблеми.

Полът влияе на емоционалните състояния и психосоматични дисфункции в групата на болните – мъжете показват по-висока средна стойност от жените. При здравите полът не е фактор, но при високи стойности по този параметър мъжете са по-склонни към развитие на психосоматично разстройство.

По отношение на останалите параметри на емоционалната компетентност в групата на болните се наблюдават по-високи стойности при Депресия, Тревожност Стрес, затруднения в работата, загуба на мотивация, променена самооценка и агресивно напрежение средната за такова различие не се наблюдава по отношение на Соматика. Има привикване към телесните прояви на емоционалните преживявания както при здрави така и при болни.

Следващата циркулярна връзка, която се откроява са т.нар. психосоматични релации, като тук средна за групата на болните е по- висока от средната за групата здравите, тази връзка отразява друг важен аспект на представяният модел а именно връзката на емоционалността със копинга разгледан в два аспекта на когнитивно ниво, т.е. като интенция намерение, и като поведенчески акт. При болните психосоматичните релации се различават, като между двете възрастови групи е съответно – в групата 18 – 35 г. средна стойност е по-ниска от възрастовата групата 36 – 70 г. Интерпретирайки този резултат в контекста на настоящият модел, може да се изведе заключението, че при хората над 35 г., имаме стабилизиран репертоар на копинг стратегии, като този репертоар става ригиден при наличие на психосоматично разстройство. При високи стойности по този показател при здрави хора това е индикатор за развие психосоматично разстройство.

Полът при болните е фактор благоприятстващ промени способстващи за по-високи стойности по отношение на психосоматични релации. Мъжете показват по висока средна стойност от жените. При мъжете над 35 г. имаме по-висок риск от развитие на заболяване попадащо в релацията психика – соматика.

ОС III. КОПИНГ СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ СЪС ЗДРАВОСЛОВНИ ПРОБЛЕМИ

Тук се измерват актуални умения за решаване на проблеми, оценяват се разбиранията (представите) на човек за неговите умения или неговия стил за решаване на проблеми.

- **Ефективни стратегии**
- **Неефективни стратегии**

При скла Интраличностен тип поведение при болни са по-високи от тези при здравите. Интенцията или когнитивната нагласа се променя в болестта.

При скала Екстраличностен тип поведение, където не се наблюдават значими различия. Човек е склонен да следва следва собствените си копинг стратегии по отношение на външната проява на копинг стратегиите. В групата на болните когнитивната нагласа за действие се влияе от вътрешни фактори и по този начин се променя в болестта. Външната проява на копинг – поведенчески акт не е характеристика която се повлиява от заболяване иначе казано е налице еднакъв поведенчески репертоар и при здраве и при болест, а качеството на този репертоар може да е ригидно и неефективно. Или генерализирайки извода за тази система копинга се използва неефективно в болестта и тази промяна е от вътре навън, т.е. от когнитивно към поведенческо и обратно.

Структурен модел на различията в психосоматичната предиспозиция между здрави и болни

	Здрави	Болни	Различие здрави/болни
Ос I КОГНИТИВНИ СХЕМИ. ДИСФУНКЦИОНАЛНИ ВЯРВАНИЯ ▪ **За собствената съдба** ▪ **За медицината, лечението, лекарите** ▪ **За собственото здраве**	Ниско ниво на дисфункционални вярвания Пол не е утежняващ фактор Възраст не е утежняващ фактор	Високо ниво на дисфункционални вярвания Пол фактор влияещ дисфункционалните вярвания Възраст фактор влияещ дисфункционалните	В групата на здравите се наблюдава по ниско ниво на дисфункционални вярвания.

Ос II **ЕМОЦИОНАЛНИ ПРЕЖИВЯВАНИЯ** ▪ **Емоционална незрялост и неустойчивост** ▪ **Емоционална уязвимост** o **депресия** o **тревога** o **стрес**	Пол Възраст	Пол е фактор влияещ върху емоционалната компетентност Възраст е фактор влияещ върху емоционалната компетентност	По високи средни стойности при болните по скали: Депресия Тревожност Стрес, затруднения в работата, загуба на мотивация, променена самооценка и агресивно напрежение. Различие не се наблюдава по отношение на скала Соматика.
Ос III **КОПИНГ СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ СЪС ЗДРАВОСЛОВНИ ПРОБЛЕМИ** ▪ **Ефективни стратегии** ▪ **Неефективни стратегии**	Пол не е фактор по отношение влиянието на копинга върху релацията психика соматика Възраст не е фактор по отношение влиянието на копинга върху	Пол не е фактор по отношение влиянието на копинга върху Възраст не е фактор по отношение влиянието на копинга върху	По отношение на измерваните характеристики не се наблюдава статистически значими различия между групата на здравите и групата на болните.

В схемите по-долу са представени динамичните отношения в моделът на психосоматична предиспозиция.

Схемата представя динамичните връзки между изследваните параметри. При факторният анализ на скалите и обединяването им в метаскали се наблюдава следната последователност във фактор едно влизат скали 4 емоционални състояния и дисфункции (с факторно тегло 866), скала 1 соматични възприятия и емоции(с факторно тегло 713) и скала 5 когнитивни вярвания за Аза (с факторно тегло 637). Т.е. наблюдават се динамичните отношения в модела на психосоматична предиспозиция – Емоционални състояния и психосоматични дисфунции (скала 4), се стабилизират през Усещанията и емоции свързани с телесното (скала 1) и се затвърждават в когнитивни вярвания за Аза (скала 5).

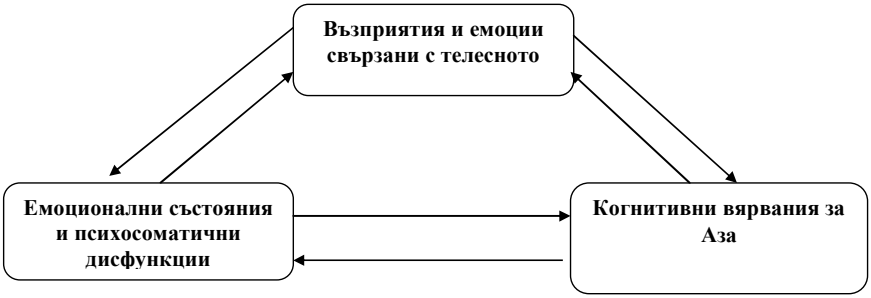


Схема 1

При вторият фактор първо е скала 3 екстраличностен тип поведение (с факторно тегло 882) и след това е скала 2 интраличностен тип (с факторно тегло 861), т.е. интраличностовото поведение, активира екстраличностово поведение или скала 3 може да се интерпретира като вътрешната ми когнитивна нагласа (копинг на когнитивно ниво) а скала 2 като поведенческата реакция**.**

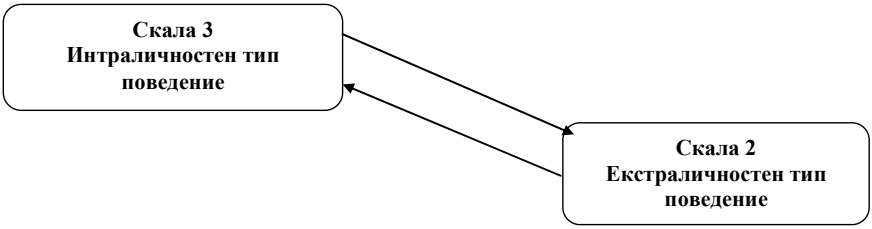
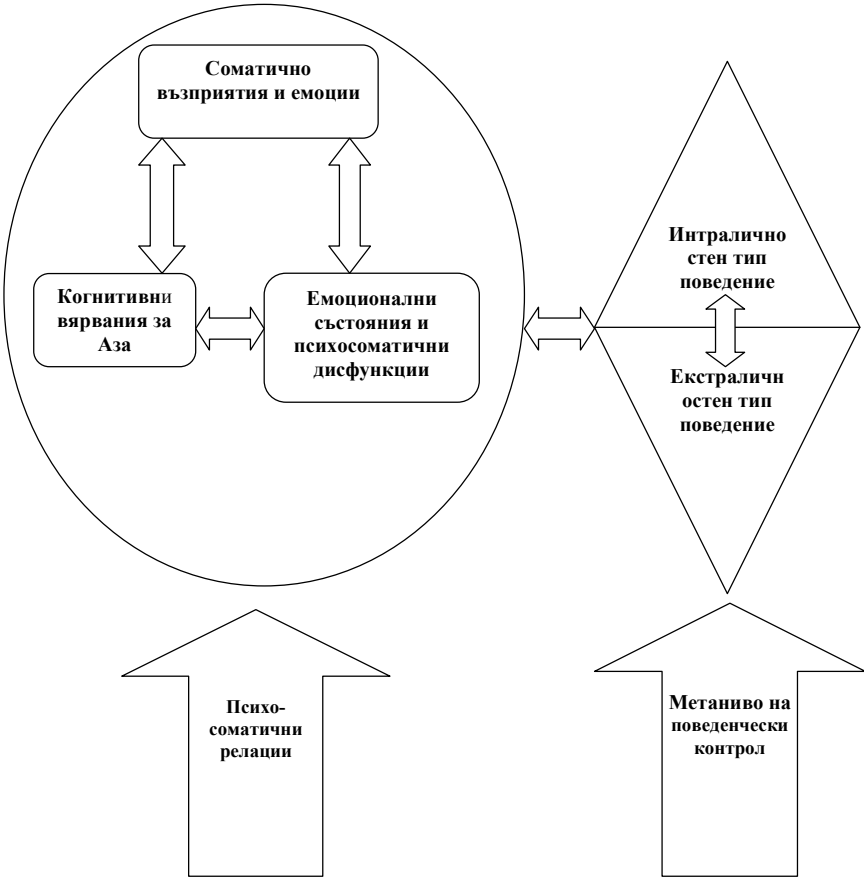


Схема 2

При обединяване на двата факторни модела (първата схема), можем да направим следният извод за психосоматична предизпозиция Емоционални състояния и психосоматични дисфунции (скала 4), се стабилизират през Усещанията и емоции свързани с телесното (скала 1) и се затвърждават в Азови когнитивни вярвания (скала 5) при което вътрешната ми мотивация или интраличностовият тип поведение се активира от Емоционални състояния и психосоматични дисфунции (скала 4) или от Усещанията и емоции свързани с телесното и след това се проявява в екстраличностовият тип поведение или външният поведенчески акт. **Схема 3 динамичен модел**

Схема 4
Структурен модел



Изводи

При направените статистически процедури и анализ на получените резултати може да се изведат следните изводи:

1. Наблюдава се корелация между скалите от скрининга – Соматични възприятия и емоции, Интраличностен тип поведение, Емоционални и психосоматични дисфункции и Когнитивни вярвания за Аза.

2. Скала Екстраличностен тип поведение корелира със интраличностен тип поведение и не се наблюдава корелация със останалите скали от скрининга

3. Между метаскала 1 (Психосоматични релации) и метаскала 2 (Метаниво на поведенчески контрол) се наблюдва корелационна връзка. **Тези връзки са представени в схема 4.**

4. Между скалите на скрининга и полът, както и между метаскалите на скринигът и полът.

5. Корелация между възрастта и скалите се наблюдава по отношение на трета скала от скринига (Интраличностният тип поведение).

6. По отношение на метаскалите корелации се наблюдава между метаскала Метаниво на поведенчески конторол и възрастта.

7. При търсене на различия между половете жените е показват по – високи стойности по скали - Соматични възприятия и емоции, Ексталичностен тип поведение, Интраличностен тип поведение. А при мъжете е по-високи стойности по скали Емоционални състояния и дисфункции, Когнитивни вярвания за Аза.

8. Значимо различие се наблюдава при скали когнитивни вярвания за Аза, между възрастовите групи 20 – 29 г. и 30 – 39 г. За другите скали такива различия не се наблюдават.

9. Не се наблюдават значими различия между възрастовите групи по отношение на метаскалите.

10. При изследване на влиянието на полът върху емоционалната компетентност в групата на болните по се открояват следните особености: при Депресия мъжете показват по-високи средни стойности от жените; при скала Тревожност резултатът е същият групата на мъжете имат по-висок резултат от групата на жените; за скала Стрес, затруднения в работата, загуба на мотивация, променена самооценка и агресивно напрежение за групата на мъжете се наблюдават по-високи стойности от групата на жените и при скала Соматика средно за мъжете е по-висок от този на жените.

11. За групата на здравите значимо различие между мъжете и жените се наблюдава само по скала Соматика при мъжете средната стойност е по – висока от тази при жените.

12. Значими различия между жените и мъжете в групата на болните се наблюдава по отношение на скали Увереност и креативност при решаване на проблеми и тенденция към различие, като при жените наблюдаваният резултат е по-нисък от този при мъжете, тенденция за различие между мъжете и жените се запазва и при Общият индекс за перцепция при решаване на проблеми.

13. Значимо различие между мъжете и жените в групата на болните се наблюдава при скали Соматични възприятия и емоции, при скала Емоционални състояния и психосоматични дисфункции, скала Когнитивни вярвания за Аза.

14. По отношение на метаскалите при метаскала Психосоматични релации мъжете показват по високи средни стойности от жените. При изследване на групата на болните при параметъра възраст се наблюдава тенденция за различие по отношение на скали, Депресия, Тревожност, Стрес, затруднения в работата, загуба на мотивация, променена самооценка и агресивно напрежение, скала Соматика разликата между средните на първа възрастова група са по – ниски от втора възрастова група.

15. В групата на болните значимо различие между двете възрастови групи 18 – 35 г. и 36 – 70 г. се наблюдава при скала Увереност и креативност при решаване на проблеми.

16. В групата на болните се наблюдава значимо различие между двете възрастови групи 18 – 35 г. и 36 – 70 г. в скала Соматични възприятия и емоции, Когнитивни вярвания за Аза и метаскала Метаниво на поведенчески контрол.

17. В групата на здравите се наблюдава значимо различие между групите 18 – 35г. и 36 – 70г. по отношение на скала **Метаниво на поведенчески контрол**.

18. Тенденция към различие между групата на болните и групата на здравите се наблюдава при скали Депресия, Тревожност, Стрес, затруднения в работата, загуба на мотивация, променена самооценка и агресивно напрежение.

19. Различие не се наблюдава по отношение на скала Соматика.

20. По отношение на измерваните характеристики Увереност и креативност при решаване на проблеми, Избягващ стил, Личен свръх контрол и Общ индекс за перцепция при решаване на проблеми не се наблюдава значими различия.

21. Тенденция за различие между групата на болните и групата на здравите се наблюдава по отношение на Соматични възприятия и емоции, Ексталичностен тип поведение, Емоционални и психосоматични дисфункции, Когнитивни вярвания за Аза, Метаниво на поведенчески контрол и Психосоматични релации.

22. По отношение на скала интраличностен тип поведение не се наблюдават статистически значимо различие между двете групи.

Базирайки се на теоретичните концепции и на анализите от статистическите данни могат да се маркират следните пунктове.

- Задълбочаването и по-голяма интеграция на психологичните познания в при лекар – пациент.
- Въвеждане на специализирани дисциплини относно връзките между соматичните заболявания и психиката в обучението на клиничните и консултативните психолози.
- Разработване на терапевтични подходи в практиката на психотерапевтите и консултативните психолози при работа със соматични пациенти и интегриране на тези подходи в медицинската наука.
- Разработване на инструменти за скрининг на психосоматичните заболявания.
- Въвеждане на скрининговите инструменти в практиката на медицинските специалисти и по – специално в общата практика.
- Използване на тези инструменти като средство за контрол на специфичните феномени наблюдавани по време на лечение.
- Оценяване на индивидуалните нужди на пациентите със соматични заболявания т.е. подхода да в насочен към наличната дисфункция на когнитивно, емоционално и поведенческо ниво.
- Задълбочаване на научните изследвания в областта на релацията психика – соматика и интегриране в практиката на психолози, лекари – соматици, общопрактикуващи лекари, психиатри и психотерапевти.

Заключение

В заключение на настоящата научна разработка, могат да се изведат основните пунктове, получени на базата на емпиричните данни и теоретичните концепции.

В дисертацията е представено създаването на един когнитивен конструкт за психосоматична взаимовръзка, включващ когнитивни, емоционални и поведенчески отношения. Този модел може успешно да бъде интегриран в психологичното и медицинското познание за психологическо консултиране и психотерапия.

Моделът може да бъде използван и интегриран като междудисциплинарен конструкт в континиума патогенеза – салутогенеза т.е. разбирането, че болестта и здравето са двете крайни точки на един континиум, в който индивидът се движи по време на целия си живот. Научният интерес се насочва към определянето на тази способност, която ни „придвижва" в посока на здравето, което е в противовес на настоящият подход от крайно състояние болест към здраве. Тук акцента не е върху патогенезата или болестта, както традиционно се прави, а върху наличието на здраве или т.нар. салутогенеза. Концепцията обръща внимание върху специфичните ресурси, които съхраняват здравето на индивидите, за разлика от властващата десетилетия патогенна перспектива, която се интересува само от последствията на влошеното здраве, и от конкретното психологично съдържание на болестта.

Разработен е специализиран скринингов въпросник за оценка на психосоматичната предиспозиция запълващ празнината в интердисциплинарния психодиагностичен инструментариум.

Този инструмент дава възможност за определяне на риска от психосоматично заболяване, което подпомага оценката, профилактиката и ранната превенция на психосоматични заболявания.

Определянето на специфичния модел на психосоматична предиспозиция при конкретната личност дава възможност психологичното консултиране и психотерапия да бъдат центрирани, като ранна интервенция към една или друга личностова сфера. Което премества фокусът върху оценката, превенцията и ранната диагностика – преди да се развие психологичен дефицит, болестно състояние и хронифициране.

Представените емпирични психологични данни потвърждават качествата на представеният инструментариум. Те могат да бъдат използвани за отчитане на ефекта от провежданото психологично консултиране и психотерапия. Това дава възможност реално да се отмери настъпилата промяна във функциите и сферите на личността.

III. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. В теоретичен план в дисертационното изследване е осъществен анализ на теоретичните концепции, т.е. настоящият дисертационен труд е добра отправна точна за разглеждане на релацията психика – соматика и добър справочник относно изследваната проблематика.

2. Разработване на скринингов инструмент за изследване на връзката между психосоматичните заболявания и личностовата предиспозиция.

3. Стандартизиране на скрининг за личностова предиспозиция в за българска популация в съответствие с изискванията за добра практика и критериите на ДПБ.

4. Разработване на теоретичен модел на психосоматичната предиспозиция базиран на емпиричните данни от психологичните тестове и теоретичните концепции.

5. Изследователско проучване и анализ на взаимовръзката между психосоматичната личностова предиспозиция и психосоматичните заболявания.

6. Въвеждане в практико-приложната област на психологичното консултиране инструмент за оценка и превенция на психосоматичните заболявания.

IV. СПРАВКА ЗА ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД И УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

Участие в конференции:

1. Втора годишна конференция по Когнитивно-поведенческа терапия, гр.София, 23.11.2001–25.11.2001 г.
2. Трета научна конференция "Приложна психология и социална практика", гр. Варна, ВСУ "Черноризец Храбър", април 2004 г.
3. Четвърта научна конференция "Приложна психология и социална практика", гр. Варна, ВСУ "Черноризец Храбър", април 2005 г.
4. Осма годишна конференция по Когнитивно-поведенческа психотерапия. гр. София, 24.11.2006–26.11.2006 г.
5. Пета научна конференция "Приложна психология и социална практика", гр. Варна, ВСУ "Черноризец Храбър", май 2007 г.

Участие в международни конференции:

1. Юбилейна конференция "Ананьевские чтения – 2007". Русия, Санкт-Петербург, 23.10.2007–25.10.2007 г.
2. Трета международна конференция посветена на 85-годишнината на чл.-кор. РАН – проф. Л. Д. Кудрявцев – организирана от РУДН, ЦСО, РАН. Русия, Москва 25.03.2008–28.03.2008 г.
3. Международна конференция "Моделиране на социални системи и въпроси на обучението във висшите училища". Организирана РГСУ, Русия, Москва, 27.03.2008 г.

Публикации:

1. Рененесансът на психосоматиката. Сб. Приложна психология и социална практика. ВСУ „Ч. Храбър", 2007.
2. Психосоматика – скрытая проблема университетской среды. Вестник СПбГУ –серия 12, 2008.
3. Аксиатика и психологические аспекты преодоление стресса в академической общности. Когнитивно-поведенческие стратегии. Тезисы докладов. Изд. М. МТФИ, 2008.
4. Теоретико-емпиричен модел на психосоматична личностова предиспозиция. Сп. Психосоматика, 2011.