

**ВАРНЕНСКИ СВОБОДЕН УНИВЕРСИТЕТ
„ЧЕРНОРИЗЕЦ ХРАБЪР”**

**ФАКУЛТЕТ „СОЦИАЛНИ, СТОПАНСКИ И КОМПЮТЪРНИ НАУКИ”
Катедра „ПСИХОЛОГИЯ”**

АНИЦА КАРНИК ХУГАСИЯН - ХАЧМЕРЯН

**ПСИХОЛОГИЧНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА
ЛИЧНОСТТА И ХИПОХОНДРИЧНИ
ПРЕЖИВЯВАНИЯ В КОНТЕКСТА НА
ПСИХОСОМАТИКАТА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор”,
професионално направление 3.2. “Психология”,
докторска програма „Обща психология”

Научен ръководител:
доц. д-р Красимир Иванов

**Варна
2025**

**ВАРНЕНСКИ СВОБОДЕН УНИВЕРСИТЕТ
„ЧЕРНОРИЗЕЦ ХРАБЪР”**

**ФАКУЛТЕТ „СОЦИАЛНИ, СТОПАНСКИ И КОМПЮТЪРНИ НАУКИ”
Катедра „ПСИХОЛОГИЯ”**

АНИЦА КАРНИК ХУГАСИЯН - ХАЧМЕРЯН

**ПСИХОЛОГИЧНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА
ЛИЧНОСТТА И ХИПОХОНДРИЧНИ
ПРЕЖИВЯВАНИЯ В КОНТЕКСТА НА
ПСИХОСОМАТИКАТА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор”,
професионално направление 3.2. “Психология”,
докторска програма „Обща психология”

Научен ръководител:
доц. д-р Красимир Иванов

Рецензенти:
проф. д-р Ваня Христова
проф. д-р Минко Хаджийски

**Варна
2025**

Дисертационният труд е с общ обем от 179 страници. Структурата на текста е оформен в увод, четири глави, заключение, приноси, използвана литература и приложения. Съдържанието на отделните глави е разпределено в точки и подточки. Дисертационният труд включва 15 фигури и 50 таблици. В приложения са изведени 3 на брой таблици, в които са представени корелационни матрици на въпросници, четири на брой тестови въпросници приложени на изследваните лицата, отнасящи се към статистическия анализ на емпиричното изследване. Списъкът на използваната литература включва общо 146 източника, от които 30 на български език, 88 на английски език, 28 интернет източника.

Авторът на дисертационния труд е докторант на самостоятелна подготовка в катедра “Психология” по докторска програма „Обща психология“.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на заседание на научното жури на 15 януари 2025 г. от 13,00 ч. в заседателната зала на Ректората на ВСУ “Черноризец Храбър“. Материалите по защитата са достъпни в кабинет 204 във ВСУ „Черноризец Храбър“ и на сайта www.vfu.bg, раздел „Докторанти“.

I. ОБЕМ И СТРУКТУРА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертационния труд е структуриран в увод, четири глави, заключение, приноси, използвана литература и приложение с общ обем от 179 страници. Основният текст съдържа 15 фигури и 50 таблици. Обемът на използваната литературата се състои от 146 източника. Изложението на дисертационния труд е структурирано, както следва:

УВОД

ГЛАВА ПЪРВА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И ХИПОТЕЗИ НА ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

- 1.1. Цел на изследването
- 1.2. Задачи на изследването
- 1.3. Хипотези

ГЛАВА ВТОРА. ТЕОРЕТИЧЕН ОБЗОР И АНАЛИЗ НА ТЕОРИИТЕ ЗА ХИПОХОНДРИЯ ВЪЗНИКВАНЕ И КЛАСИФИКАЦИЯ

- 2.1. Обзор на хипохондричното разстройство
- 2.2. Диагностични критерии съгласно DSM-IV
 - 2.2.1. Хипохондриаза (F45.2)
- 2.3. Диагноза според МКБ – 10
 - 2.3.1. Хипохондрично разстройство (145.2)
 - 2.3.2. Диференциална диагноза
- 2.4. Психологически фактори
- 2.5. Екзистенциални фактори
- 2.6. Физиологични причини за развитието на хипохондрия
- 2.7. Особенности в типологията на характера
- 2.8. Динамика на болестта

ГЛАВА ТРЕТА. ЕМПИРИЧНО ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ ЗА ПРЕДПОСТАВКИ ЗА ТРАНСФОРМАЦИЯ НА ТРЕВОЖНОСТТА В ХИПОХОНДРИЯ

- 3.1. Профил на изследваните лица
- 3.2. Изследване на психосоматичните симптоми от въпросника на Дерогатис
- 3.3. Изследване на стреса по въпросника CG
- 3.4. Оценка на стреса по въпросника на Салковски
- 3.5. Изследване за психосоматична предиспозиция по въпросника MTG
- 3.6. Изследване за наличие на хипохондрична предиспозиция чрез въвеждане на оценъчна скала
- 3.7. Изследване на разликите в психосоматиката по скалите от въпросника на Дерогатис за две групи лица без и със хипохондрична предиспозиция
- 3.8. Изследване за наличие на взаимовръзки между скалите по въпросника на Дерогатис и въпросника MTG
 - 3.8.1. Установени взаимовръзки между скалите по въпросника на Дерогатис
 - 3.8.2. Установени взаимовръзки между скалите по въпросника на Дерогатис и скалите по въпросника MTG
 - 3.8.3. Установени взаимовръзки между скалите по въпросника MTG
- 3.9. Изследване за наличие на корелации между за скалите от въпросника на Дерогатис и скала Хипохондрия
- 3.10. Изследване за наличие на корелации за скалите от въпросника MTG и скала Хипохондрия
- 3.11. Изследване за наличие на корелации по въпросника за стрес CG и въпросника за Хипохондрия

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИ, ИЗВОДИ И ХИПОТЕЗИ

- 4.1. Резултати и изводи за теста на Дерогатис-D

4.2. Резултати и изводи от теста за наличие на стрес в дома, на работа и сред хора-СГ

4.3. Резултати и изводи от теста за психосоматична предиспозиция-МТГ

4.4. Резултати и изводи от корелации

4.5. Емоционална динамика и хипохондрия

4.6. Влиянието на степента на образование на хипохондрията

4.7. Основни точки и обобщения

4.8. Заключение на хипотезите към изследването

4.8.1. Хипотеза 1

4.8.2. Хипотеза 2

4.8.3. Хипотеза 3

4.8.4. Хипотеза 4

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СЪЩЕСТВУВАЩИ ТРУДНОСТИ

НАУЧНИ И НАУЧНОПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

ПРИЛОЖЕНИЯ

II. РЕЗЮМИРАНО СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

УВОД

От дълбока древност човекът е търсил начини, които да му помогнат да се пребори със страховете си. Страх (от лат. Angor- страх, безпокойство, притискане, душене), е отрицателно оцветена емоция, съпроводена от вътрешна напрегнатост, чувство на непосредствена опасност за живота придружено с разнообразни вегетативни нарушения. (Психиатричен енциклопедичен справочник, 2004).

Страховете като субективно състояние на всеки отделен индивид се формират спрямо основните човешки потребности. Цялостната човешка дейност е насочена към задоволяване на биологични, физиологични, психологични и социални потребности.

Човекът като свръх сложна динамична вероятностна система (Хр. Гешанов, 2009), функционира на три взаимно-свързани йерархични нива – умствено, емоционално и физическо. Промяната в едно от тях води до промяна и в останалите. Трите нива са в постоянна връзка и реагират съгласувано на всеки стимул. Всяко от тях е отразено до известна степен в другите и винаги има динамично взаимодействие между всички нива едновременно (Ст. Михалкова, 2014). Всяко дразнене или промяна на едно ниво засяга едновременно останалите в по-малка или по-голяма степен, в зависимост от центъра на тежестта на нарушението във всеки един момент. При дебаланс причинен от различни външни фактори, се получават невропсихологични разстройства, които възникват при нарушаване на важни взаимоотношения в човешкия живот, които дават отражение на психичния му свят. Този сложен психосоматичен механизъм е подчинен на мисловни процеси, които могат да накарат тялото ни да се разболе, оздравее, да преживява радост, щастие, обίδα или тъга (Хр. Гешанов, 2009). Общият енергиен модел е конструиран така, че между умственото, емоционалното и физическото ниво има т.н. “съответствие на идеи”. Мисловните процеси определят здравословната норма на нашето психическо и физическо здраве (Ст. Михалкова, 2014).

Хипохондрията или понякога наричана още здравна тревожност, може да бъде широко дефинирана като патологичен страх от страдание от сериозно физическо заболяване и представлява голяма

икономическа тежест за системите на здравеопазване и обществото. Състоянието е свързано с повишено използване на здравни услуги поради редовни посещения при лекар и повишен брой дни в отпуск по болест в сравнение с общата популация, тъй като пациентите, страдащи от хипохондрия, са убедени или се страхуват, че може да имат сериозно заболяване.

В научната литература няма единна дефиниция за здравна тревожност и хипохондрия. Използваните два термина често се използват взаимно заменяеми, но някои автори ги определят като две отделни единици. DSM IV (Диагностичен и статистически наръчник за психични разстройства) категоризира хипохондрията като соматоформно разстройство, включващо погрешно тълкуване на физическите усещания. Това определение обаче е критикувано от няколко автори, които призовават за прекласифициране. Като основни причини се определят, че фокусът на разстройството е по-скоро върху тревожността от заболяване, отколкото върху соматичните оплаквания. В отговор на критиките хипохондрията е заменена в DSM V с две нови диагнози: разстройство със соматични симптоми и тревожно разстройство при заболяване. Хипохондрията има дългогодишна история от векове. Въпреки ранното описание като разстройство, винаги е имало противоречия относно това какво обхваща хипохондрията, дали е по-добре да се разбира като самостоятелно или вторично придружаващ симптом от друго състояние и как трябва да се концептуализира и класифицира. В светлината на тези загадки не е изненадващо, че лечението на хипохондрията също е предизвикателство. Двата компонента на хипохондрията, които са идентифицирани последователно, са: страх, че човек вече е болен от сериозно или живото застрашаващо заболяване или подозрение и загриженост с убеждението, че е болен.

Значение на изследването, методологичният инструментариум, изводите от анализите, произтичащи от тях, могат да се използват от психолози, медицински специалисти и като цяло от всички служители работещи в сферата на здравеопазването. Основният фокус и предизвикателство в рамките на дисертационното изследване се концентрира върху психологическите дименсии на хипохондрията, разглеждайки влиянието на морталната тревожност и потребностите за контрол върху лицата с хипохондрична predisposition в рамките на психосоматичната рамка.

Интересът към темата е насочен предимно към:

- Взаимодействие между психологически и физиологични процеси. Изследването се фокусира върху това как психологическите фактори като тревожност, стрес и obsесивни мисли влияят на физическото здраве. Целта е да се разбере как умственото състояние предизвиква или влошава соматични симптоми.

- Предотвратяване, лечение и ремисия на хипохондрия. Акцентът е насочен към разработването на по-ефективни методи за диагностика и интервенции при хипохондрия, за да се намали въздействието и върху качеството на живот на засегнатите лица.

- Емпиричното изследване е проведено на базата на измерими и контролирани тестове за оценка на различни аспекти на хипохондричното поведение и предиспозиция.

Първа глава е озаглавена “Цел, задачи и хипотези на дисертационното изследване“ се състои от три параграфа.

В параграф 1.1. „Цел на изследването“ е да се изведат психологични детерминанти на личността, хипохондричните преживявания и разстройства в контекста на психосоматиката.

В параграф 1.2. се разглеждат „Задачи на изследването“

В подпараграф 1.2.1. се изследва корелацията между лица с „Личностова предиспозиция тип Е“ и лица с установена хипохондрична предиспозиция и хипохондрия и интеракцията между емоционалната интелигентност и психосоматичните симптоми.

В подпараграф 1.2.2. се изследват когнитивните изкривявания на Аза, по които индивидите обработват информацията за своето здраве и физическо състояние и влиянието на емоционалния опит като фундаментална структура за хиперболизиране на обикновени симптоми като знак за сериозно заболяване.

В подпараграф 1.2.3. Да се изследват когнитивните процеси при хипохондричните пациенти и стратегиите за справяне и контрол над болестта.

В параграф 1.3. са обозначени „Хипотези“

В подпараграф 1.3.1. „Хипотеза 1“ се предполага , че психодинамиката на хипохондрията се фокусира върху ролята на несъзнавани срам и вина за желаниа, фантазии и чувства, които трябва да бъдат прикрити, за да се избегне непреодолимият страх от порицаване, наказание, критика и отхвърляне.

В подпараграф 1.3.2. „Хипотеза 2“ се предполага, че когато не става въпрос за тежка хипохондрия с изявена клинична картина, а за хора с хипохондрична предиспозиция, то те се включват към група индивиди, достигнали най- високо ниво на самоосъзнатост/самоактуализация.

В подпараграф 1.3.3. „Хипотеза 3“ предполага се, че в основата за формирането на нозологичния статус на хипохондричната предиспозиция стои проблема със отчаяното желание да се търси увереност и стабилност, което делинеира невъзможността да се изграждат доверителни отношения.

В подпараграф 1.3.4. „Хипотеза 4“ Предполага се, че хипохондричната предиспозиция функционира на база ранни преживявания в детството, създали основа за вътрешни конфликти, тревожност и несигурност в самооценката, активирайки инстинкта за „борба или бягство“ от емоционално натоварените аспекти на реалността.

Втора глава, е озаглавена “Теоретичен обзор и анализ на теориите за хипохондрия. Възникване и класификация“ обхваща осем параграфа.

В праграф 2.1. “Обзор на хипохондричното разстройство“ се обсъжда представената информация, която изтъква сложността и динамиката на хипохондрията като психично разстройство, характеризиращо се с неоснователен страх от сериозни здравословни проблеми. Акцентът пада върху осъществяването на точна диагностика и класификация на хипохондрията, като се подчертава и подкрепя аргумента за сложността по отношение на терапията. Възниква противоречието относно това дали хипохондрията трябва да се третира като тревожно разстройство, соматоформно разстройство или депресивно разстройство, като всяка от тези класификации предлага различни терапевтични подходи. Набляга се на когнитивните терапии и фармакологично лечение като подходящи стратегии за справяне с тревожността свързана със здравето при класифициране на хипохондрията като тревожно разстройство. Това подчертава значението на когнитивни модели за разбирането на хипохондрията, като се акцентира върху надценяването на риска от заболявания и погрешното тълкуване на физическите усещания.

Важно е да се отбележи, че хипохондрията може да бъде самостоятелно разстройство или да съществува с други психиатрични разстройства. Тя често се асоциира със симптоми на тревожност и може да съвпада с други тревожни разстройства, докато връзката ѝ с депресивните симптоми е по-слаба. Това подчертава необходимостта от целенасочено лечение, което адресира специфичните тревожни симптоми свързани с хипохондрията.

Изследването на хипохондричните симптоми показва, че постоянното безпокойство за здравето значително засяга социалното и професионално функциониране на индивида. Обсъдени са два основни типа поведение при хората с това разстройство: тези, които търсят активно медицинска помощ, и тези, които избягват лекари, поради страх от откриването на сериозно заболяване.

В параграф 2.2. “Диагностични критерии съгласно DSM-IV“ са направени анализи, илюстрирайки как диагностичните подходи и критерии за хипохондрия еволюират с времето в рамките на Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства (DSM). В изданието DSM-IV, хипохондрията е класифицирана като соматоформно разстройство. С настъпването на DSM-V, тази категория е заменена от „разстройство със соматични симптоми“ и „тревочно разстройство при заболяване“, акцентирайки върху усиленото внимание към психологическите и поведенчески аспекти на здравната тревожност.

Основната промяна между двете редакции на DSM е, че в DSM-V не се изисква наличието на соматични симптоми за диагностициране на тревожността при заболяване. Това показва тенденция към разбиране на тревожността за здравето като независима от физическите симптоми, което може да бъде полезно за пациентите, които изпитват интензивно безпокойство без ясна медицинска причина.

Ревизията също така подчертава значението на психологическите интервенции, като например когнитивно-поведенческа терапия, за лечение на хипохондрия, която е доказано ефективна за намаляване на тревожността и подобряване на качеството на живот. Това отразява разбирането, че хипохондрията често е свързана с тревожни разстройства и може да споделя общи психологически механизми, които да бъдат третирани с подходящи терапевтични стратегии.

Освен това, различията в диагностичните критерии между DSM-IV и DSM-V подчертават нуждата от по-нататъшни изследвания за уточняване на критериите, които могат да разграничат различните видове здравни тревожности и да подобрят точността на диагнозите. Това е важно за клиницистите, за да могат да предоставят най-подходящата подкрепа и лечение на своите пациенти.

В заключение, промените в DSM отразяват еволюцията на разбирането на медицинската общност за хипохондрията и свързаните с нея разстройства, като се набляга на по-широкия контекст на психичното здраве и неговата взаимосвързаност с физическото здраве. Тези промени са отражение на продължаващите усилия за постигане на по-голяма яснота и точност в диагностичните критерии, което е съществено за развитието на по-ефективни подходи за лечение и управление на соматичната компонента у пациентите.

В подпараграф 2.2.1. „Хипохондриаза (F45.2)“ се разкрива историческата перспектива, че възприятието на хипохондрията се е променило през вековете от соматично към психично състояние, акцентирайки на психодинамични и когнитивно-поведенчески подходи в съвременните изследвания. Тези теоретични рамки подчертават комплексността на хипохондрията и предизвикателствата при лечението ѝ, подчертавайки необходимостта от индивидуализиран подход. Когнитивно-поведенческите стратегии, които включват работа върху когнитивните схеми и телесните усещания, са доказали ефективността си. Те помагат на пациентите да преоценят своите убеждения относно здравето и да намалят поведенията, свързани с търсене на увереност, които могат да поддържат или засилват тревожността. Изследва се задълбочено хипохондрията, като се изследват различните гледни точки относно нейната класификация и въздействие върху индивидите. Описанието подчертава дебатите около това дали хипохондрията трябва да бъде класифицирана като тревожно разстройство, разстройство на соматизацията, или като отделен ентитет. Различията в диагностичните подходи предлагат различни терапевтични интервенции, които могат да включват когнитивни терапии и фармакологично лечение, в зависимост от това къде се фокусират преживяванията на пациента - върху соматичните симптоми или тревожността.

Анализът подчертава също така хроничния характер на хипохондричното разстройство и социалните и професионални последици, които то може да има за индивидите. Психичната натовареност, която изпитват хората с това разстройство, често води до повторно търсене на медицинска помощ, което може да се интерпретира като компулсивно поведение, подобно на обесивно-компулсивното разстройство.

Изследването предлага значими психосоциални и терапевтични възгледи, които могат да помогнат за оптимизиране на лечението и подобряване на качеството на живот на хората с хипохондрично разстройство. Важно е да се разбере, че подходящата диагностика и индивидуализиран подход към всеки пациент са ключови за успеха на терапевтичния процес.

В параграф 2.3. „Диагноза според МКБ – 10“ е изследвано хипохондричното разстройство (145.2), както е класифицирано в Международната класификация на болестите (МКБ-10 и МКБ-11). В МКБ-10, хипохондрията се характеризира с постоянна загриженост за наличието на сериозни и прогресиращи физически заболявания, като пациентите често интерпретират обикновени усещания като тревожни и необичайни.

Вниманието им се концентрира върху определени органи или системи, и това състояние често е съпроводено с депресия и тревожност.

Според МКБ-11, диагнозата включва същите основни характеристики, но добавя и поведенчески аспекти като повтарящи се и прекомерни действия, свързани със здравето, например многократни медицински проверки или търсене на информация за възможни заболявания. Тези симптоми трябва да причиняват значителен дистрес или увреждане в различни житейски сфери. Хипохондричното разстройство може да се прояви като хипохондрична невроза или болестно тревожно разстройство, като диагнозата изисква изключване на състояния като дисморфично разстройство на тялото и телесно дистрес разстройство.

Диференциалната диагноза подчертава важноста на ранното идентифициране и лечение на хипохондрията за предотвратяване на значителни медицински разходи и подобряване на качеството на живот. Ефективни и бързи скринингови мерки са необходими за адекватното разграничаване на хипохондрията от други психични и медицински състояния, с които може да бъде объркана.

В обобщение, хипохондричното разстройство е сложно и многопластово състояние, което изисква внимателно клинично проследяване и персонализиран подход за лечение, за да се облекчат симптомите и да се подобри функционирането на пациентите във всекидневния живот.

В подпараграф 2.3.1., „Хипохондрично разстройство (145.2)“, често се асоциира с тълкуването на обикновени телесни усещания като признаци за сериозни и потенциално животозастрашаващи заболявания. Изследванията показват, че такива разстройства включват афективни, когнитивни, поведенчески и перцептивни елементи, които водят до постоянна тревожност и страх от заболявания (Asmundson et al., 2012).

Смъртната тревожност е определена като съзнателен или несъзнателен страх от смъртта, който може да допринесе за развитието на хипохондрия. Това е свързано с осъзнаването, че смъртта може да настъпи по всяко време, което поставя под заплаха еволюционната предопределеност за оцеляване (Simard et al., 2013).

Смъртната тревожност се разглежда като трансдиагностична конструкция, която участва в развитието и поддържането на различни психични разстройства. Това подчертава важноста на симптомите и предразположенията, които са общи за множество диагностични категории и допринася за разбирането на механизмите на психопатологията (Egan et al., 2011).

За справяне със смъртна (танатофобия) тревожност са разработени различни инструменти за оценка на тревожността от смърт както в клинични, така и в неклинични популации. Съществуват както едноизмерни, така и многомерни скали, които измерват различни аспекти на страха от смъртта, което помага за по-доброто разбиране и лечение на тази тревожност в различни популации (Stegge et al., 2018).

В подпараграф 2.3.2. „Диференциална диагноза“ Диагностиката на тези разстройства се оказва сложна поради дихотомията между "медицински обясними" и "медицински необясними" симптоми, като последните често са обект на спор за своята валидност и полезност. Критиките включват предизвикателствата в надеждността на диагнозата и адекватността на критериите, които често не успяват да уловят истинската степен на увреждане на пациента.

С появата на DSM-5 и МКБ-1 се преоценяват соматоформните разстройства с включване на нови диагностични категории като разстройство със соматични симптоми и телесно дистресивно разстройство, което отразява продължаващите усилия за подобрене на класификационните системи.

В параграф 2.4. “ Психологически фактори“ при изследванията на психологическите фактори, които могат да допринесат към хроничността и интензивността на медицински необяснимите симптоми, са критични за разбирането и управлението на тези условия. Психологически фактори като катастрофизирание, отрицателна афективност и преживяване на здравни проблеми са основни за формирането на дълготрайните соматоформни профили. В този контекст, подходи като екологична моментна оценка предлагат нови възможности за по-динамично и реалистично оценяване на тези фактори в ежедневието на пациентите.

Въз основа на изследването на взаимодействията между психологически фактори и увреждането от соматични симптоми, настоящото обобщение подчертава важността от цялостен подход към диагностицирането и лечението на соматоформни разстройства, акцентирайки на значимостта на психологическите интервенции за управление на тези комплексни състояния. В психологическия аспект, често срещани са медицински необясними соматични симптоми, както в общата популация, така и при хора със хипохондрично разстройство. Тези симптоми могат да ескалират до хронични и инвалидизиращи състояния, които водят до значително увеличение на използването на здравни услуги и тежко увреждане. Соматоформните разстройства са значими в контекста на общественото здраве с оценки за разпространение от 5-6% в населението, според DSM и МКБ.

В параграф 2.5. “Екзистенциални фактори „, в този параграф се набляга на дълбоките личностни и философски аспекти на съществуването, които влияят на начина, по който хората изживяват своя живот и своите здравословни притеснения. Страхът от смъртта може да допринесе значително за развитието и поддържането на хипохондрия. Този страх може да води до постоянна загриженост за здравето и страх от сериозни заболявания, като се интерпретира всяко телесно усещане като потенциален знак за животозастрашаващо състояние. В търсенето на смисъл и при липсата на такава за смисъла в живота и недостатъчната психологическа издръжливост могат да

направят индивидите по-податливи на тревожност с песимистични нагласи към собственото здраве. Способността да се справяме с житейските трудности често предпазват от психопатология.

В контекста на развитието на хипохондрия, както физиологичните, така и екзистенциалните фактори играят решаваща роля. Те не само влияят на начина, по който индивидите възприемат и реагират на своите телесни усещания, но и дълбоко се отразяват на тяхното общо психологическо състояние и поведение. Важно е тези аспекти да бъдат адресирани в процеса на оценка и лечение на хипохондрия, за да се постигнат по-добри клинични резултати.

Изследванията показват, че факторите за смисълът в живота и психологическата издръжливост, могат да бъдат основа за разработването на ефективни интервенции, които адресират не само симптомите, но и подлежащите причини за тревожността от смъртта и хипохондрията (Durson et al., 2022).

Тези констатации подчертават сложната природа на хипохондрията и значението на морталната тревожност като централен елемент в психопатологията, който изисква внимание при лечението на различни психични разстройства.

В параграф 2.6. “Физиологични причини за развитието на хипохондрия“ са сложни и разнообразни, като обикновено се възприемат в контекста на взаимодействието между биологични, психологически и социални фактори. Като основни аспекти се включват генетичното предразположение, въпреки че не съществува специфичен ген за хипохондрия, но има доказателства за фамилно предаване на разстройството. Това може да означава, че някои хора наследяват повишена чувствителност към развитието на хипохондрия, вероятно поради общите невробиологични или психологически характеристики, които споделят с родителите си. Също така повишената физиологична реактивност на хипохондрията може да бъде свързана с повишена чувствителност към телесни усещания, което води до склонността тези усещания да се интерпретират като знаци за сериозни медицински състояния. Трудности при регулиране на емоции, което води до това физически симптоми да бъдат използвани като средство за изразяване на психологически дистрес.

В параграф 2.7. “Особености в типологията на характера”. Тревожността е емоционално състояние характеризиращо се с мрачно предчувствие, заплаха, дистрес, безпокойство, често съпроводена от

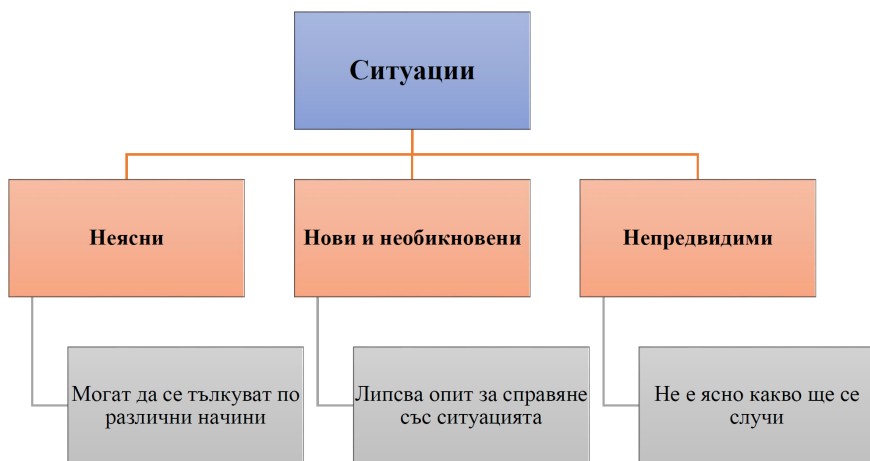
соматични симптоми, като гадене, болки в гърдите и задушаване. Възприема се като естествена емоция, която се появява и изчезва като реакция при изпитване на страх или притеснения от нещо, което се случва или може да се случи по отношение на здраве, професия, взаимоотношения с околните, благосъстояние и т.н. Според проявлението си тревожността може да не изчезва с времето, а да се влошава, което довежда до невъзможност човек да изпълнява ежедневните си дейности. Склонността към тревожност се приема за отчасти вродена и отчасти придобита. Тревожността е продуктивна, когато се проявява в разумни граници и спомага за мобилизирането, активирането на човек и решаването или предотвратяването на трудни ситуации. В тези ситуации тревожността е адаптивен механизъм за справяне. Другата тревожност, която е дезаптивна пречи на нормалното функциониране на всеки човек, като го лишава от автентичната му радост и спокойствие. Хората, изпитващи прекомерна тревожност изпитват чувство за безпокойство през по-голяма част от времето си, дори и в обичайните дейности, като какво ще се случи утре на работа, дали няма да се закъснее за предварително уговорена среща, ще се справи ли с домакинските задължения. Въпреки, че притесненията са прекалени по отношение на възможността да се случи нещо лошо, те не могат адекватно да бъдат контролирани. Ако едно притеснение изчезне, на негово място веднага се появява друго.

Въпреки, че е възможно симптомите на прекомерната тревожност да отшумят за определен период от време, се приема, че това е дългосрочен психологически проблем, който е труден за преодоляване и са много малка част от хората, страдащи от тревожно разстройство, които успяват сами да се справят с проблема и да преодолеят тревожността напълно. Основните причини за тревожни разстройства варират от наследственост до отбягване на различни фобии. Тревожността не се приема за болест. Установено е, че 20% от населението страда през живота си от поне един или повече пъти от интензивна тревожност. Ако обаче чувствата за тревожност се случват твърде често, тогава тревожността вече се възприема като болест. Основната разлика между адаптивната и неадаптивната тревога се изразява в начина на проявление (Топузлиева, 2023). При неадаптивната тревожност човек се фокусира само и единствено върху тревожната ситуация, като мисли само за нея и навсякъде търси

възможна заплаха. Съзнанието е абсолютно блокирало и човек не може да направи реална оценка на ситуацията и да види всички плюсове и минуси в нея. Наличните ресурси за справяне с дадената ситуация не са мобилизирани, а са блокирани, поради физиологични промени, които са настъпили в тялото, като:

- повишен пулс и кръвно налягане;
- напрежение в мускулите;
- изпотяване;
- замайване;
- промяна на емоционалното състояние;
- чувство на преумора;
- постоянна нервност и невъзможност за ефективна релаксация;
- слаба концентрация;
- затруднения в съня.

Неадаптивната тревожност е известна и като страхова невроза, като самите притеснения и тревожност могат да бъдат причинени от най-различни фактори, като дори когато се случва нещо, което човек е предвидил и е предварително подготвен за него, той отново може да се притеснява. В определени ситуации притесненията са много често срещани (*фиг. 1*).



Фиг. 1. Често срещани ситуации, пораждащи притеснения и тревожност

Притесненията могат да засягат реални проблеми и да се нуждаят от вземане на решения в конкретен момент, както и нереални проблеми и да включват мисли и сценарии за случване на възможно най-лоши събития. Когато притесненията станат прекалено много, те започват да се усещат като тревожност. Известни са няколко вида тревожност.

Видове тревожност (Топузлиева, 2023)

Вид тревожност

Специфика на проявление

Нормална тревожност

Състояние на тревога, в отговор на различни стимули от ежедневието. Има адаптивна роля и е сигнал за предприемане на действие.

Оценката на опасността е съответна и предприетото действие е ефективно.

Патологична тревожност

Оценката на потенциална опасност е прекалено увеличена. Липсва реакция или реакцията е силно защитна.

Не възможност да се извършват ежедневните дейности. Характерно е надценяване на възможните опасности и предприемане на неадаптивни промени.

Когнитивните изкривявания, изразяващи се в постоянни негативни мисли и неадекватни на реалността вярвания.

Може да се случи поради неотработени минали негативни преживявания.

Липсата на физическа активност и спорт, чрез които да се неутрализира ежедневните стрес и напрежение, могат да доведат до патологична тревожност.

Сепаративна тревожност-

Тревожност при раздяла. Често проявявана при деца. За нормална сепаративна тревожност се приема появата ѝ около първата година от живота на детето с продължителност до 3-4-годишна възраст.

Страх

Крайна форма на тревожност.

За нормална тревожност например се приема тревожността, която е в отговор за различни заплашващи личността ситуации (грабеж на улицата), докато патологичната тревожност е отговор на нормална ситуация (тревожност, дори при излизане от дома).

Последиците от високите нива на тревожност са различни в зависимост от индивидуалността на всеки човек. Най-често срещана е опасността от развитие на тревожно разстройство като:

- паническо разстройство;

- генерализирана тревожност;
- обесивно-компулсивно разстройство;
- фобийни състояния.

Високата тревожност може да доведе и до социални затруднения като:

- проблеми в комуникацията в семейния и професионалния живот;
- намалена работоспособност;
- отказ от работа, посещения на обществени места, пътуване, ползване на градски транспорт, комуникация с други хора.

При децата често проявявано тревожно разстройство е сепаративното. Това е вид психично-здравен проблем, при който детето се притеснява да бъде отделено от членовете на семейството или други близки хора, като основните му страхове са да не бъде загубено от семейството си или да не се случи нещо лошо на член на семейството, ако не е заедно с него. Тревожността е свързана с хипохондрията, защото тревожните хора са склонни да изпитват страх от заболявания.

В параграф 2.8. „Динамика на болестта“ предоставяме ценна информация за комплексния подход към управлението на болестното тревожно разстройство, като подчертава важноста на ранната диагностика, адекватното лечение и интегрирането на психосоциални подходи. Освен това на преден план се поставя необходимостта от сътрудничество между различните здравни специалисти и обучението на пациентите за нормалните телесни функции, което е основен аспект на успешното управление на разстройството. Поставяйки акцента на ранната диагностика и подходящата терапевтична намеса, както и ролята на психосоциалните фактори в прогресията и манифестацията на разстройството, могат да бъдат анализирани някои основни аспекти, като ранната диагностика и психиатричната оценка улесняват по-добри резултати за пациентите, позволявайки адекватно лечение и намаляване на хронификацията на симптомите. Това подчертава необходимостта от информираност и обучение на общопрактикуващите лекари относно характеристиките и симптомите на болестното тревожно разстройство. Личностни черти като комбинативност и надеждност са свързани с по-добри резултати при лечението. Това показва, че психологическата устойчивост и положителното отношение могат да влияят значително на прогресията

на заболяването. Ефективността на психотерапията и медикаментозното лечение в контекста на хипохондричното разстройство подчертава значението на индивидуализиран подход към пациента, който да адресира специфичните му нужди и симптоматика. Проблемите в професионалното функциониране и финансови трудности поради чести лекарски посещения подчертават социално-икономическото въздействие на болестното тревожно разстройство. Това насочва към необходимостта от обществени политики и подходи, които намаляват тези тежести. Необходимостта от тясно сътрудничество между първичната и психиатричната здравна помощ е критична за осигуряване на ефективно лечение и управление на болестното тревожно разстройство, което намалява риска от ненужни и скъпи медицински изследвания.

Глава трета е озаглавена „Емпирично изследване за предпоставки за трансформация на тревожността в хипохондрия“ , обхваща единадесет параграфа.

Методологията и инструментите в представеното изследване позволява да се оценят както силните, така и слабите страни на използваните подходи и инструменти за събиране и анализ на данни.

В параграф 3.1. озаглавен „Профил на изследваните лица“ описва в настоящото емпирично изследване участващите 170 лица. От тях 47 с относителен дял 27.6% са мъже , а 123 лица, съставлящи 72.4% са жени. Изследваните лица са на възраст от 18 до 83 години, като средната им възраст е 49.75 години при стандартно отклонение 16.10 години. Най-често срещаната възраст е Mode= 50 години, а за 50% от извадковото множество средната възраст е Median = 49 години.

Средната възраст на мъжете е 49.81 години при стандартно отклонение 16.36 години, а средната възраст на жените е 49.73 години при стандартно отклонение 16.07 години.

Използван е корелационен анализ, който се фокусира върху идентифицирането на връзките между различни психологически скали и хипохондричната предиспозиция. Този модел е особено подходящ за идентифициране на силата и посоката на асоциации между променливите и помага за формулиране на хипотези за бъдещи каузални изследвания.

Инструментарий използван в изследването

За провеждане на емпиричното изследване са използвани батерия от тестове, която включва - Скрининг за оценка на

психосоматична личностова предиспозиция (Кр. Иванов), накратко представен с наименованието MTG, Въпросник за стрес и устойчивост на личността в къщи на работа и сред хората (Пол Салковски), накратко представен с наименованието CG, Въпросник на Дерогатис със скали Соматизация, Обсесивно-компулсивно състояние, Междуличностна чувствителност, Депресия, Тревожност, Враждебност, Фобийна тревожност, Параноични идеи и Психотизъм накратко обозначен с наименованието D, както и предложен от автора Скринингов въпросник за определяне на хипохондрична предиспозиция накратко представен с наименованието AX.

Статистическата обработка на резултатите е извършена с помощта на компютърна програма“ Статистически пакет за социални науки SPSS“.

В изследването са използвани корелационни и статистически методи за анализиране на взаимовръзките между психосоматичната предиспозиция и хипохондричните нагласи в контекста на различни психологически скали, като се използват методи като корелационни анализи, с помощта на коефициенти Алфа на Кронбах за съдържателност (консистентност) на скалите и ANOVA за установяване на статистически значими разлики и асоциации.

Работата демонстрира сложната динамика между психологическите процеси и соматичните симптоми, като изтъква значимостта на психосоматичната интеграция в психологическата наука и практика.

Основно внимание в анализа е посветено на корелационните взаимодействия между различни психологически скали, които са измервали соматизация, тревожност, депресия, фобии и други психологически променливи. Тези взаимовръзки са изследвани в контекста на тяхното влияние върху нагласите към здравето и хипохондричните прояви.

Корелационните анализи не могат директно да установят причинно-следствени връзки, те са ценни за разбирането на сложните отношения между психосоматични прояви и психологически детерминанти.

В параграф 3.2.“Изследване на психосоматичните симптоми от въпросника на Дерогатис“, правим оценка на психосоматични симптоми, като се използва групирането им в девет основни скали. Тези скали обхващат широк спектър от психологически и

физиологични прояви, включително соматизация, obsесивно-компулсивни нарушения, социална несигурност, депресия, тревожност, агресивност, фобии, параноидно мислене и психотичност. Всеки симптом се оценява по степен на проявление от изследваните, което позволява детайлно измерване на различните аспекти на психосоматичното състояние. Резултатите от въпросника предоставят основа за по-нататъшен анализ на връзките между психосоматичните симптоми и хипохондричните предиспозиции, което е съществена част от научните изследвания в областта на психосоматиката.

В параграф 3.3.“Изследване на стреса по въпросника CG“, разглежда различни аспекти на стреса в различни среди: в дома, на работа и в социални контексти. Въпросникът измерва честотата на стресиращи ситуации и реакции чрез серия от въпроси, като отговорите се обработват чрез рекодиране, за да се получат по-прецизни показатели за стрес. Резултатите от въпросника са подложени на статистически анализ, като се изчисляват средни стойности и стандартни отклонения, за да се оценят различните нива на стрес в различните области на живота на респондентите (отнася се до разнообразните аспекти и ситуации в ежедневието на хората, които са анкетирани. Това включва тяхната домашна среда, професионалните обстоятелства на работното място и взаимодействията им с други хора в социален контекст. Под тези области се разбира как индивидите изпитват стрес в различни ситуации като управление на времето, работни задачи, социални очаквания, и как тези фактори влияят на тяхното ежедневие и благосъстояние). Статистиката показва разпределението на отговорите и подчертава общите тенденции във възприемането на стрес от изследваните лица. Корелационният анализ помага да се разберат взаимовръзките между различните видове стрес, показвайки високи стойности на корелация, което предполага силни взаимосвързаности между различните измерения на стреса.

В параграф 3.4.“Оценка на стреса по въпросника на Салковски“, се извършва оценка на стреса като разделя нивата на стрес използвайки 5-степенна Ликертова скала. В зависимост от процентния дял на стресовите реакции, които респондентите изпитват:

1. Норма, без стрес - до 20%: Указва, че респондентите изпитват минимални или никакви стресови реакции.

2. Слабо изразен стрес - 20% до 40%: Показва наличието на лек стрес, който може да не влияе значително на ежедневните дейности.

3. Умерено изразен стрес - 40% до 60%: Респондентите изпитват умерен стрес, който може да се отразява на тяхното поведение и ефективност.

4. Силно изразен стрес - 60% до 80%: Тази категория се отнася до високо ниво на стрес, което вероятно оказва значително влияние върху живота и здравето на индивидите.

5. Патологично изразен стрес - над 80%: Представява изключително високо ниво на стрес, което изисква внимание и потенциално медицинска намеса заради риска от сериозни здравни проблеми.

Програмният код в SPSS, служи за присвояване на числови стойности на различните нива на стрес, като всяко условие кореспондира на определена категория от посочената скала. Така данните се преобразуват в категории, които могат да бъдат анализирани по-нататък за статистически изводи.

Резултатите от анализа са представени в таблиците и графиките, които показват разпределението на стреса в различните среди—у дома, на работа, и в социални контексти. Това позволява детайлен поглед върху как стресът влияе на различни аспекти от живота на респондентите.

В параграф 3.5. Изследване за психосоматична предиспозиция по въпросника MTG, включва пет скали, обхващащи различни аспекти на възприятията и поведението свързани със здравето:

1. Скала 1 „Соматични възприятия и емоции”-фокусира върху възприятията на индивида за собственото му тяло и здравословно състояние.

2. Скала 2 „Екстраличностен тип поведение”-изследва възгледите за външната подкрепа и помощ, както и вярата в лекарите и околните.

3. Скала 3 „Интраличностен тип поведение” - анализира личното участие и отговорност за собственото здраве.

4. Скала 4 „Емоционални състояния и дисфункция”-оценява емоционалните състояния, които могат да влияят на физическото здраве.

5. Скала 5 „Когнитивни вярвания за Аза”-фокусира върху убежденията, които индивидът има за себе си и своето здраве.

Изчислените коефициенти на Кронбах Алфа свидетелстват за надеждността на всяка скала, като варират от по-ниски стойности за някои скали до по-високи за други, което е нормално в психологическите измервания и отразява степента на вътрешна консистентност на въпросите във всяка скала. Тези скали се използват за оценка на различните аспекти на психосоматичната предиспозиция в контекста на живота и здравето на изследваните индивиди.

В параграф 3.6.“Изследване за наличие на хипохондрична предиспозиция чрез въвеждане на оценъчна скала“ се анализира наличието на хипохондрична предиспозиция чрез специално разработена анкета с 11 въпроса, оценени по 5-степенна Ликертова скала. Въпросите са структурирани така, че високите стойности (4 и 5) сигнализируют за наличието на хипохондрична предиспозиция.

Оценките са сумирани и класифицирани в пет категории:

- 0 до 11 точки: категорично отсъствие на хипохондрична предиспозиция.

- 12 до 22 точки: няма хипохондрична предиспозиция.

- 23 до 33 точки: гранични случаи.

- 34 до 44 точки: наличие на хипохондрична предиспозиция.

- 45 до 55 точки: изразена хипохондрия.

Резултати на изследваните 170 души, с различно разпределение в категориите:

- Категорично отсъствие: 44 лица (25.9%)

- Отсъствие: 78 лица (45.9%)

- Гранични случаи: 35 лица (20.6%)

- Наличие на предиспозиция: 10 лица (5.9%)

- Изразена хипохондрия: 3 лица (1.8%)

Допълнителни анализи разглеждат зависимости между хипохондричната предиспозиция и други демографски характеристики като пол, възраст, и образование. Проучванията показват статистически значими разлики във възрастта на различните групи и неустановена зависимост между образованието и хипохондричната предиспозиция. Този подробен анализ осигурява ценна информация за разбирането на хипохондрични проявления в изследваната група и подкрепя разработването на стратегии за подход в случаи на установена хипохондрична предиспозиция.

В параграф 3.7.“ Изследване на разликите в психосоматиката по скалите от въпросника на Дерогатис за две групи лица без и със

хипохондрична предиспозиция“ се изследват разликите в психосоматиката между две групи лица, едната без хипохондрична предиспозиция (122 лица) и другата с такава (48 лица), използвайки скалите от въпросника на Дерогатис. Приложен е Independent Samples T-Test за установяване на статистически значими разлики между групите.

Тестът се използва за сравняване на средните стойности по различните скали, които включват соматизация, обесивно-компулсивни проблеми, несигурност в социален контакт, депресия, тревожност, агресивно поведение, фобии, параноидно мислене, и психотични тенденции.

Резултатите подчертават наличието на статистически значими разлики в психосоматичните отговори между две групи лица по отношение на соматизация, ОКП, фобии и психотичност, което подчертава потребността от различни подходи в областта на психологическата подкрепа и лечение за лица с хипохондрична предиспозиция.

В параграф 3.8. озаглавен „Изследване за наличие на взаимовръзки между скалите по въпросника на Дерогатис и въпросника MTG се фокусира върху анализ на взаимовръзките между 9-те скали на Дерогатис, които оценяват различни психосоматични симптоми, и 5-те скали от въпросника MTG, които се отнасят до психосоматична предиспозиция, както и две метаскали за поведенчески контрол и психосоматични реакции.

В подпараграф 3.8.1. „Установени взаимовръзки между скалите по въпросника на Дерогатис“ се фокусира върху анализа на взаимовръзките между различните скали на въпросника на Дерогатис, които са измерени в Сектор А на общата корелационна матрица, обхващаща редове и колони от 3 до 11. Използвана е статистическа корелационна анализа за установяване на взаимовръзки между различните скали, като са измерени корелационните коефициенти (Pearson r), които показват степента на линейна зависимост между скалите.

- **Силни взаимовръзки ($0.7 \leq r < 0.9$):** Идентифицирани са 18 силни корелации между различни скали, като тези взаимовръзки указват на тясно свързани психосоматични аспекти между скалите като Соматизиране, ОКП, Депресия, и др.

- Значителни взаимовръзки ($0.5 \leq r < 0.7$): 16 от корелациите падат в тази категория, показвайки значителна, но по-слаба връзка между скалите.

- Умерени взаимовръзки ($0.3 \leq r < 0.5$): Установени са 2 такива взаимовръзки, което показва умерена корелация между определени аспекти на психосоматичните симптоми.

Всички корелации са статистически значими при $p < 0.05$, което подчертава валидността на откритите взаимовръзки между скалите на Дерогатис.

Резултатите от корелационния анализ могат да се използват за разработване на по-ефективни методи за диагностика и лечение на психосоматични разстройства, като се вземат предвид комплексните взаимовръзки между различните психологически измерения. Анализът подчертава важността от цялостен подход при разглеждането на психосоматични симптоми и предлага дълбоко разбиране за тяхната взаимозависимост. Тези данни са полезни за клиницисти и изследователи, тъй като предоставят подробна картина на психосоматичните процеси.

В подпараграф 3.8.2. “Установени взаимовръзки между скалите по въпросника на Дерогатис и скалите по въпросника MTG“, изследването анализира взаимовръзките между скалите на въпросника на Дерогатис и скалите на въпросника MTG, като се използва корелационен анализ. Измерванията са описани в корелационна матрица, обхващащ редове 3 – 11 и колони 12 – 18.

Анализът включва изчисляване на Pearson корелационни коефициенти, които показват степента на линейна зависимост между две променливи.

- Умерени взаимовръзки ($0.3 \leq r < 0.5$): Идентифицирани са 18 умерени корелации, което показва мерима, но съществена степен на взаимозависимост между психосоматични симптоми и аспекти на поведенчески контрол и психосоматични реакции.

- Слаби взаимовръзки ($0 < r < 0.3$): Забелязани са 21 слаби корелации, които сигнализират за наличие на лека взаимозависимост, която може да има значение в определени контексти.

Всички корелации са проверени за статистическа значимост и са над минималните нива за значимост ($p < 0.05$), което подкрепя валидността на изведените взаимовръзки.

Резултатите могат да бъдат използвани за подобряване на психотерапевтични методи и стратегии за лечение на психосоматични разстройства, като се вземат предвид различните аспекти на психосоматичното въздействие, описани в МТГ и Дерогатис скалите.

Корелационният анализ разкрива значими взаимозависимости между психосоматични симптоми и психосоматични предиспозиции, което осигурява основа за по-дълбоко разбиране на сложните взаимоотношения между умственото здраве и физическите симптоми.

В подпараграф 3.8.3. „Установени взаимовръзки между скалите по въпросника МТГ“ изследва взаимовръзките между различните скали на въпросника МТГ, като се анализира корелационната матрица, обхващащ редове и колони 12 – 18.

Използвани са Pearson корелационни коефициенти за оценка на линейната зависимост между различните скали на въпросника МТГ и две метаскали.

- **Силни взаимовръзки ($0.7 \leq r < 0.9$):** Идентифицирани са 5 силни взаимовръзки, което подчертава тясната връзка между някои основни и метаскали на въпросника.

- **Умерени взаимовръзки ($0.3 \leq r < 0.5$):** Наблюдават се 6 умерени корелации, които показват значима, но по-слаба зависимост между други скали.

- **Слаби взаимовръзки ($0 < r < 0.3$):** Засечени са 4 слаби взаимовръзки, показващи минимална корелация между някои от скалите.

Всички установени взаимовръзки са тествани за статистическа значимост, като значимостите са под границата $p < 0.05$, осигуряваща валидност на наблюденията.

Данните от това изследване могат да помогнат за разбирането на психосоматичните взаимодействия и за разработването на по-ефективни клинични подходи за лечение на психосоматични разстройства, основаващи се на взаимосвързаното въздействие на психологически и поведенчески фактори.

В параграф 3.9. „Изследване за наличие на корелации между скалите от въпросника на Дерогатис и скала Хипохондрия“. Включени са 4 слаби положителни взаимовръзки с коефициенти на корелация на Пирсън (r) между 0 и 0.3, всички с равнища на значимост Sig. (2-tailed) под 0.05, което ги прави статистически значими. Тези взаимовръзки са

между скалите за соматизация, обесивно-компулсивно поведение, тревожно напрежение, фобичен страх и общата скала за хипохондрия.

В параграф 3.10. “Изследване за наличие на корелации за скалите от въпросника MTG и скала Хипохондрия“. Идентифицирани са 2 умерени и 4 слаби положителни взаимовръзки, всички с коефициенти на корелация на Пийърсън (r) и равнища на значимост Sig. (2-tailed) под 0,05, което ги прави статистически значими.

Умерени взаимовръзки ($0,3 \leq r < 0,5$):

1. Скала_MTG3_Интраличностен тип поведение и Скала Хипохондрия – умерена положителна взаимовръзка с $r = 0.336$.

2. Мета1_Поведенчески контрол и Скала Хипохондрия – умерена положителна взаимовръзка с $r = 0.321$.

Слаби взаимовръзки ($0 < r < 0,3$):

1. Скала_MTG2_Екстраличностен тип поведение и Скала Хипохондрия – слаба отрицателна взаимовръзка с $r = -0.218$.

2. Скала_MTG4_Емоционални състояния и дисфункция и Скала Хипохондрия – слаба положителна взаимовръзка с $r = 0.169$.

3. Скала_MTG5_Когнитивни вярвания за Аза и Скала Хипохондрия – слаба положителна взаимовръзка с $r = 0.178$.

4. Мета2_Психосоматични релации и Скала Хипохондрия – слаба положителна взаимовръзка с $r = 0.164$.

В параграф 3.11. “Изследване за наличие на корелации по въпросника за стрес CG и въпросника за Хипохондрия“ Използвайки Pearson Chi-Square тестове, изследването анализира зависимостта между степента на стрес и хипохондрична predisпозиция при участниците. Резултатите показват разпределение на стреса и хипохондрия:

- Домашен стрес (Skale1_New): между категориите на стрес и хипохондрична predisпозиция не е установена статистически значима зависимост (Pearson Chi-Square = 16.236, $p = .437$).

- Стрес на работа (Skale2_New): също не е открита статистически значима зависимост (Pearson Chi-Square = 13.255, $p = .654$).

- Стрес в социални контакти (Skale3_New): няма статистически значими корелации (Pearson Chi-Square = 20.345, $p = .205$).

Тези резултати показват, че във анализа степента на стрес по различни скали не корелира значимо със степента на хипохондрична predisпозиция. Това може да подкрепи идеята, че хипохондрията

може да е повлияна от други фактори освен непосредственото изпитване на стрес.

Глава четвърта е озаглавена “Анализ на резултати изводи и хипотези“ са анализирани данни от емпирично изследване, проведено между 01.11.2022 г. и 25.08.2023 г., включващо 170 клинично здрави лица на възраст от 18 до 83 години. Изследването цели да разработи скринингов модел за оценка на риска от развитие на хипохондрична предиспозиция през целия живот. Фокусът е върху хипохондрията и нейните прояви като активност, ремисия и хронификация, а също и върху влиянието ѝ върху функционирането на личността в социална среда. В изследването са използвани различни методи и тестове за диагностика на хипохондрия, включително скрининг за психосоматична предиспозиция (MTG), въпросник за стрес и устойчивост (CG), въпросник на Дерогатис за различни психосоматични състояния (D) и скринингов въпросник за хипохондрична предиспозиция (AX).

В параграф 4.1.“Резултати и изводи за теста на Дерогатис- D“ са открити различни умерени до силно изразени соматични реакции, включващи болки в кръста, главоболие, изтръпване, и болки в мускулите. Също така, наблюдават се значителни прояви на obsесивно-компулсивни нарушения, депресивни състояния и високи нива на тревожност.

Специфични наблюдения включват: Висок процент на соматизация и съпътстващи физически симптоми, които могат да бъдат проява на психологически стрес. Симптоми на obsесивно-компулсивно разстройство с въздействие върху паметта и концентрацията. Проблеми със социалния контакт, включително прекомерна критичност и уязвимост. Често срещани депресивни състояния, включващи загуба на интерес към удоволствията и повишена тревожност. Изразени симптоми на параноидно мислене и психотични прояви. Изследването подчертава комплексната взаимовръзка между психическите и соматичните прояви, както и необходимостта от интегрирани подходи за оценка и лечение на такива състояния. Тези находки предлагат ценни възможности за развитие на стратегии за подобряване на психологическото благосъстояние и управление на стреса в реални социални среди.

В параграф 4.2.“ Резултати и изводи от теста за наличие на стрес в дома, на работа и сред хора- CG“, резултатите разкриват, че

стресът в дома е с леко завишени стойности при 39.9% от изследваните, със силно изразени при 8.3%, и патологично изразени при 0.6%. Стресът на работното място показва 44.2% завишени стойности, със силно изразен стрес при 7.1% и патологичен при 0.6%. Стресът сред хората е умерено изразен при 32.5%, и силно изразен при 5.6%.

Тези данни подчертават сложното и многофасетно въздействие на стреса върху психичното и емоционално състояние на индивидите. Стресът е основен фактор за психично пренапрежение и има пряко отражение върху продуктивността и социалната активност на лицата. Особено значимо е разглеждането на стреса като основна движеща сила зад човешкото поведение, като се акцентира на реакцията на организма на интензивни събития, което включва невро-ендокринни промени, които подготвят тялото за бърза реакция чрез механизми на "борба или бягство". Подчертава се ролята на съзнанието в рационализирането на стресови преживявания и потенциалното формиране на дисфункционални вярвания, водещи до хроничен стрес или тревожност. Това насочва към значението на психологическите интервенции за управление на стреса и подобряване на общото психологическо здраве.

В параграф 4.3. "Резултати и изводи от теста за психосоматична предиспозиция- MTG", се отразява важната роля на емоционалното и психологическо здраве в поддържането на физическото благосъстояние и придаването на смисъл на живота. Почти 90% от участниците в изследването възприемат живота като груб и понякога безсмислен, но това стимулира тяхната мотивация за търсене на дълбоки екзистенциални отговори и поддържане на надежда. Основните находки от теста включват високи положителни корелации между скали, измерващи соматични възприятия, емоционални състояния, психосоматични релации и когнитивни вярвания за себе си, показващи значима взаимосвързаност между психическото и физическото здраве. Силна връзка между скалата за соматични възприятия и психосоматични релации отразява как физическите симптоми могат да бъдат тясно свързани с емоционални и психологически процеси.

Изследването подчертава, че положителните емоции и радостта могат да действат като защитни фактори срещу болести, докато продължителните негативни емоционални състояния увеличават риска

от развитие на физически симптоми. Осъзнаването на вътрешната връзка между ум и тяло е важно за разработването на стратегии за подобряване на здравето и благосъстоянието.

Анализът на тези резултати предлага нови възможности за изучаване на хипохондрията в контекста на висока личностова осъзнатост, като предполага, че увеличаването на осъзнаването и емоционалната регулация може да помогне в намаляването на хипохондричните симптоми и укрепването на общото психическо здраве.

В параграф 4.4.“Резултати и изводи от корелации“ извеждат взаимовръзките между хипохондрична предиспозиция и хипохондрия сред изследвани лица, използвайки данни от корелационен анализ. От общо 170 души, 20.6% са идентифицирани като гранични случаи на хипохондрична предиспозиция, 5.9% показват наличие на хипохондрична предиспозиция, а при 1.8% е установено наличие на хипохондрия. Сред изследваните, жените са представени по-често във всички категории, което подчертава потенциален полов аспект в разпределението на хипохондрични разстройства. Възрастовата анализа показва, че лицата с хипохондрична предиспозиция и хипохондрия са средно по-възрастни от общата популация, със значителни стандартни отклонения, което подчертава, че хипохондричните симптоми могат да се проявяват в по-късен етап от живота.

Корелационният анализ между скалите на въпросника MTG и скалата Хипохондрия разкрива слаби до умерени положителни корелации между различни скали на поведенческите характеристики и хипохондрията, което подчертава, че въпреки наличието на връзки, те не са достатъчно силни, за да предложат директни психологически предиктори за хипохондрия. Умерените корелации между скалите за емоционални състояния и когнитивни вярвания показват, че докато съществуват взаимовръзки между психологическия статус и хипохондрични преживявания, те са сложни и вероятно многофакторни.

Изводите от анализа на корелациите предполагат, че хипохондричните разстройства могат да бъдат свързани с определени личностни черти и психологически динамики, но силата на тези връзки варира и често е слаба. Тези резултати подчертават сложността на хипохондрията като психосоматично състояние и необходимостта

от по-задълбочено разбиране на психологическите, поведенческите и емоционалните фактори, които могат да влияят на нейната манифестация.

В параграф 4.5. “Емоционална динамика и хипохондрия“ Личности от тип "Е". са склонни към интензивни емоционални преживявания, което включва честа смяна на емоционални състояния, тревожност и високо ниво на самоконтрол. Такива хора, често са изключително внимателни към своето физическо и психическо здраве, което може да води до хипохондрични реакции, особено в ситуации на стрес. Хипохондрията при тези индивиди може да се прояви като непропорционално и често неправилно тълкуване на физически симптоми като признаци за сериозни здравословни проблеми. Това е свързано с тяхната способност да свързват психологическите стресори с физиологични реакции, особено в контекста на ендокринната система, което подсилва възприятието на тялото като уязвимо и постоянно изложено на здравословни рискове. Във връзка с това, анализът на емоционалната динамика при хипохондрията подчертава значимостта на психологическите интервенции, насочени към управление на тревожността и развиване на адекватни стратегии за справяне със стреса. Такива подходи могат значително да подобрят качеството на живот на хората от тип "Е", като им помогнат да развият по-реалистично възприятие за своето здравословно състояние и да намалят хипохондричните преживявания.

В параграф 4.6. “Влиянието на степента на образование на хипохондрията“, не се установява пряка връзка между образованието и хипохондричните симптоми, като различните образователни нива показват разнообразни прояви. Лица с основно образование не показват хипохондрични предиспозиции. При хора със средно образование се забелязват гранични случаи на хипохондрична предиспозиция и някои с ясно изразена такава. Хората с висше образование (бакалавър и магистър) също проявяват подобни случаи, въпреки че на по-нисък процент. Интересно е, че дори сред лицата с научна степен "доктор" се срещат хипохондрични предиспозиции, което подчертава, че високото ниво на образование не предпазва автоматично от такива състояния.

Chi-Square тестът показва, че образователната степен не влияе значимо на хипохондричните предиспозиции (Pearson Chi-Square = 18.966, Sig. = 0.270), което подкрепя заключението, че между

образованието и хипохондрията няма статистически значима корелация.

Тези находки предполагат, че хипохондрията може да е свързана с други фактори, различни от интелекта или образователните постижения, като психологически, социални и емоционални аспекти на личността.

В параграф „4.7.Основни точки и обобщения“ са проследени значителни корелации между соматизацията, обесивно-компулсивните симптоми, депресията, тревожността и фобиите, което подсказва, че хипохондрията често се свързва с тези психологически състояния. Тези състояния могат да усилят възприемането на физически симптоми, подхранвайки хипохондричните опасения. Откритите корелации между интраличностното поведение и хипохондрията подчертават ролята на вътрешната динамика и управление на поведението при хипохондрични преживявания, като тези характеристики могат да влияят на справянето със стреса и вътрешните конфликти. Умерената корелация между поведенческия контрол и хипохондрията предполага, че индивидите с хипохондрията могат да имат по-голяма нужда от контрол, като част от компенсацията за вътрешната несигурност и тревожност. Слабите корелации между психосоматичните релации и хипохондрията подчертават, че въпреки наличието на физически симптоми, директната връзка с хипохондричните преживявания може да бъде по-сложна и зависима от множество психологически и външни фактори. Тези наблюдения подчертават сложността на взаимоотношенията между психологическите състояния и хипохондрията, като предполагат, че хипохондрията е мултифакторно и динамично състояние, което изисква комплексен подход в разбирането и лечението.

В параграф 4.8. „Заклучение на хипотезите към изследването“ можем да конкретизираме хипохондрията като сложно състояние, което включва взаимодействия между психологически, емоционални и поведенчески компоненти. Различните въпросници и скали, използвани в изследването, подчертават това комплексно, като показват значими връзки между соматични симптоми и различни психологически разстройства като тревожност, депресия и обесивно-компулсивни прояви. Ролята на личностовите характеристики на личностови типове като тип "Е", характеризиращи се с интензивна емоционална динамика и високо ниво на самоконтрол, имат пряка

връзка с хипохондрични преживявания. Такива характеристики могат да допринасят за повишена възприемчивост към хипохондрични симптоми чрез постоянно наблюдение и анализ на телесните усещания. Въпреки че няма пряка статистическа връзка между образователното ниво и хипохондрията, разпределението на хипохондрични състояния по образователни степени показва, че хипохондрията не е ограничена само до определени образователни групи. Това подчертава, че хипохондрията е по-скоро свързана с психологически и емоционални фактори, отколкото с интелектуални способности или образование. Резултатите от изследването подчертават нуждата от комплексен подход при разглеждане и лечение на хипохондрията. Психосоматичните аспекти изискват дълбоко разбиране на връзката между психическите състояния и физическите прояви, както и внимание към индивидуалните психологически и емоционални нужди на пациентите.

В подпараграф 4.8.1. "Хипотеза 1", се разглежда психодинамичната перспектива на хипохондрията като това състояние проявява дълбоко вкоренени, несъзнавани конфликти, често свързани със срам и вина за определени желания, фантазии или чувства, които считат за неприемливи или забранени. Тези несъзнавани чувства могат да включват и непреодолими страхове от порицаване, наказание, критика и отхвърляне, сексуални желания, агресивни импулси, или желанието за независимост, които са в конфликт с вътрешни морални стандарти или външни социални очаквания.

За да избегнат прякото „изправяне“ пред тези чувства и потенциалното порицание, критика, наказание или отхвърляне от други, страдащите могат несъзнателно да "соматизират" своите конфликти, изразявайки ги чрез физически симптоми. Така тревожността и вътрешните конфликти се пренасят от психическата на физическата сфера, където хипохондрика може да търси валидация, грижи и внимание без да се изправя пряко срещу основния психически конфликт.

Страх да не бъдат разобличени или дискредитирани се наблюдава при 20 лица (11.7%) често, или е силно или много силно изразен. Хората, които се самоупрекват често са 41(24.1%), при 3(1.8%) това е силно изразено, при 4 (2,4%) това е много силно изразено. Чувството, че нямат никаква стойност се среща често при 32-ма(18,8%), често – при 16 души (9.4%) и е силно изразено при 7

(4.1%). Идеята, че никога не ще могат да почувстват достатъчно близък друг човек се споделя от 44.1% от изследваните лица. При 13 (7.6%) – често, силно е изявена при 6-ма (3.5%) и много силно – при 2-ма (1.2%). Мисълта, че нещо не е наред с техния разум се появява при 42 лица (24.7%) рядко, докато при други 10 (5.9%) тя идва често. Има и по 4 лица с относителен дял съответно 2.4%, при които тя е силно или много силно изявена.

Трансформация на психическата болка във физическа позволява на индивида да избегне несъзнаваните чувства, като в същото време получава съчувствие и грижи от околните, което може да действа като временно облекчение от вътрешната тревожност и конфликти. Въпреки това, тази стратегия не решава основните психодинамични конфликти, което може да доведе до продължаваща или усилваща се хипохондрична симптоматика.

- Конфликтът на преживяване на непълноценност с накръняване на гордостта;

- Чувство за вина, самообвинение, самокритичност.

- Склонност към болезнени тревожни съмнения;

- Дълбоко преживяване на чувство на самота;

- Прекомерна загриженост, страх, безпокойство за настоящето и бъдещето;

- Липса на емоционален контакт с хората наоколо, ригидност;

- Отсъствие интерес към житейски събития, активност и чувство за емоционална асертивност, поради загриженост за собствените психични терзания;

- Страх от поемане на отговорност поради завишен страх от провал и критика;

- Липса на реална самооценка завишена зависимост към по-уверени роднини, колеги;

- Тъга (преживяването на тъга, униение, безпомощност и песимизъм);

- Недоверие, висока патологична мнителност във всяка сфера на контактите;

- Намаляване на социалната активност въз основа на необоснован страх от враждебно отношение

- Вътрешносемейни конфликти, свързани с причините за разстройството.

- Силно завишени ексекутивни процеси(наблюдателност, внимание, памет, скоростен мисловен процес, комбинативност, креативност, самоконтрол)

- Напрежение (външни прояви на страх, тревожност, вълнение) склонност към постоянен самоанализ, болезнени съмнения, да не се нарушават моралните и етични норми.

- Педантични (ананкастни) черти на характера: формализъм, придържане към ред, дребнава прецизност, безпокойство относно подробности, правила, списъци и т.н

- Прекомерна, добронамереност и добросъвестност граничеща с глуповата наивност;

- Драматизъм в преживяванията, догматизъм, консерватизъм, авторитаризъм, нетърпимост към мнението на другите.

В подпараграф 4.8.2. “ Хипотеза 2“, акцентира анализът на взаимовръзката между хипохондрични преживявания и личности с високо ниво на осъзнатост, както и интеграцията на концепцията за личностова предиспозиция тип "Е" (доц. д-р Кр. Иванов 2020), в контекста на теорията на Маслоу за самоактуализация, което представлява сложно и многослойно начинание. Тази задача изисква да се разгледа как съвременното психосоматично познание и психология на личността могат да се преплетат и допълват, особено във връзка с концепцията за самоактуализацията като най-високото ниво на личностово развитие.

Самоактуализацията, според Маслоу, представлява процеса, чрез който индивидът се стреми към реализиране на своя потенциал и вътрешни възможности, достигайки до най-високата точка на личностовото си развитие. Този процес включва повишена осъзнатост, дълбоко разбиране на себе си и света, както и умението да живее в хармония със собствените си ценности и убеждения. Хипохондрията, от друга страна, е състояние, при което индивидът изпитва непрекъсната преокупация от възможността да страда от сериозни, често неоснователни здравословни проблеми. Това състояние може да бъде разглеждано като пречка за достигане до самоактуализация, тъй като прекомерната загриженост за физическото здраве отклонява вниманието от вътрешния растеж и самореализация.

Личностите с предиспозиция тип "Е", може да имат по-добри предпоставки за самоактуализация поради тяхната способност да управляват емоционални процеси и стрес. Те могат да преодолеят

хипохондрични преживявания чрез по-дълбоко самоосъзнаване и по-ефективни стратегии за справяне, което е в съответствие с идеята за самоактуализация.

Съвременните изследвания в областта на психоендокринологията и психосоматиката подчертават взаимовръзката между психологически и физиологични процеси, което е от ключово значение за разбирането на хипохондрията. Развитието на самоактуализация изисква интеграция на тези два аспекта, като се взема предвид влиянието на психологическото състояние върху физическото здраве и обратно.

За да достигнат до самоактуализация, хората с хипохондрични преживявания могат да се възползват от стратегии, които насърчават самоосъзнаването и емоционалната регулация. Това включва терапевтични подходи, които акцентират на развитието на умения за справяне със стреса, укрепване на вътрешната устойчивост и насърчаване на положителни промени в начина на мислене.

Въз основа на тези разсъждения, можем да заключим, че пътят към самоактуализацията за индивиди с хипохондрични преживявания и личностова предиспозиция тип "Е" изисква комплексен подход, който интегрира както психологически, така и физиологически стратегии за справяне. Това подчертава значението на психосоматичните изследвания и тяхното приложение в клиничната практика за подпомагане на личностовия растеж.

Потвърдена остава хипотезата, че когато не става въпрос за тежка хипохондрия с изявена клинична картина, а за хора с хипохондрична предиспозиция, то те се включват към групата осъзнати индивиди, които обхващат 2 % от населението на земята, достигнали своето по-високо ниво на самоактуализация, както ги определя Е. Маслоу.

В подпараграф 4.8.3. "Хипотеза 3" В основата на формирането на нозологичния статус на хипохондричната предиспозиция може да лежи динамиката, свързана с отчаяното търсене на увереност и затрудненията в изграждането на доверителни отношения. Тази перспектива подчертава как индивидите с хипохондрични наклонности могат да изпитват дълбоки вътрешни несигурности и постоянна нужда от валидация относно своето здравословно състояние, което от своя страна е в основата на техните тревожни и obsесивни преживявания свързани с болести и здраве.

Отчаяното търсене на увереност често се проявява чрез непрекъснати медицински прегледи, постоянно търсене на информация за здравето и болестите, и прекомерно анализиране на телесните усещания. Въпреки тези усилия, увереността остава недостижима, което води до постоянен цикъл на тревожност и obsесивно търсене на потвърждение. Невъзможността за изграждане на доверителни отношения се отразява върху взаимодействията с медицински специалисти и близки, където хипохондрикът може да изпитва съмнение в тяхната компетентност, намерения или в способността им да разберат истинската им нужда от увереност. Този недостиг на доверие усилва изолацията и чувството на безпомощност, допринасяйки за поддържането и ескалацията на хипохондричното поведение.

Взаимовръзките между дисфункционалното родителство, както е описано от Сюзън Форуърд в „Отровните родители“ (2023), и развитието на невротична хипохондрия при децата, преминавали през такива опити, предполага дълбоко психологическо разбиране. В контекста на психосоматиката, съществува съществена връзка между начина, по който ранните детски преживявания формират възприемането на индивида за света, и по-късните психологически и физиологически прояви на стрес, включително хипохондрията.

Според Форуърд, дисфункционалното родителство включва широк спектър от поведения - от деспотизъм и контрол чрез вина и манипулации до сериозни форми на злоупотреба. Такива родителски стратегии не само че подкопават развитието на здравословни механизми за справяне с емоции и социални взаимодействия у детето, но и могат да имат дълготрайно въздействие върху психичното му здраве, включително развитието на невротични черти като хипохондрия. Ранните години са критичен период за формирането на основни вярвания за света и себе си. Когато детето расте в среда, наситена с негативизъм, недоверие и страх, тези вярвания могат да се превърнат в основа за невротични разстройства. Невротичната хипохондрия, в частност, може да бъде разгледана като проява на дълбоко вкоренено недоверие към другите и света, както и чувство на уязвимост и самота.

В подпараграф 4.8.4. “Хипотеза 4”, се фокусира на психологическите перспективи на ранни преживявания на стрес и тревожност, които могат да предразположат индивида в по късен етап

от живота му към различни форми на тревожни разстройства, включително хипохондрия, като реакция на вътрешни и външни стресори.

Във изследването за наличие на взаимовръзки между скалите по въпросника на Дерогатис и въпросника MTG се установиха множество силни корелации които доказват по горе цитираното.

- Скала3_ Нисигурност при социален контакт, Скала5_Тревожно_напрежение= 0,733 – силна положителна взаимовръзка.

- Скала3_ Нисигурност при социален контакт, Скала9_ Психотичност= 0,759 – силна положителна взаимовръзка.

- Скала1_Соматизиране, Скала4_Депресия = 0,719 – силна положителна взаимовръзка.

- Скала2_Обсесивно компулсивни прояви(ОКП), Скала3_Нисигурност при социален контакт = 0,757 – силна положителна взаимовръзка.

- Скала1_Соматизиране, Скала_MTG4_Емоционални състояния и дисфункция = 0,458 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала1_Соматизиране, Мета2_Психосоматични релации = 0,401 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала2_ОКП, Скала_MTG4_Емоционални състояния и дисфункция = 0,425 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала2_ОКП, Мета2_Психосоматични релации = 0,343 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала3_Нисигурност при социален контакт, Скала_MTG4_Емоционални състояния и дисфункция = 0,373 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала3_Нисигурност при социален контакт, Мета2_Психосоматични релации = 0,321 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала4_Депресия, Скала_MTG4_Емоционални състояния и дисфункция = 0,402 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала4_Депресия, Мета2_Психосоматични релации = 0,382 – умерена положителна взаимовръзка.

- Скала5_Тревожно_напрежение, Скала_MTG4_Емоционални състояния и дисфункция = 0,482 – умерена положителна взаимовръзка.

• (Скала5_Тревожно_напрежение, Мета2_Психосоматични релации = 0,394 – умерена положителна взаимовръзка.

• Скала_MTG3_Интраличностен тип поведение, Скала Хипохондрия = 0,336 – умерена положителна взаимовръзка.

Индивидите, които не са изградили достатъчна привързаност в детството, често възприемат света като място, изпълнено с несигурност и опасности. Те „бягат“ от емоционалната близост и контакти със значими други обекти и пренасочват тази потребност към физическото си здраве. Този вид „бягство“ представлява опит за „оцеляване“ чрез фиксация върху телесните симптоми, а „борбата“ е осезаема в непрестанните им усилия за контрол и внимание към тези симптоми. Ранното отхвърляне може да повлияе на формирането на самооценката и да създаде вътрешни конфликти, свързани със самочувствието и собствената стойност. Такива индивиди могат да станат по-склонни да възприемат себе си като уязвими или болни, което увеличава вероятността от хипохондрични преживявания.

Фройдовата теория за психосексуалното развитие и последващите психоаналитични изследвания разширяват разбирането за това как ранните взаимодействия с родителите и основните грижи могат да формират основите на личността и поведенческите модели.

Теорията, разработена от Джон Боулби, подчертава значението на връзката между детето и неговия основен грижовник (най-често майката) за развитието на усещането за сигурност и доверие в света. Ранните преживявания на отхвърляне или липса на емоционална връзка между майката и детето, равни на по късен етап в живота тревожни разстройства, включително хипохондрия, като проявление на дълбока несигурност и страх от отхвърляне или загуба.

Тревожност и вътрешно напрежение изпитва по-голямата част от изследваните лица. При 49 лица, 28.8% е често изявено. При 11.1% от тях има силно или много силно изразено тревожно напрежение. От тях 14 (8.2%) са със силно изразено, а 5-ма (2.9%) – са с много силно изразено тревожно напрежение.

Чувството, че не се интересуват от нищо и чувството на безнадеждност за бъдещето не са присъщи на малко повече от половината лица. Първото – при 96 души 56.5%, а второто – при 90 души (52.9%). При останалите се срещат в различна степен.

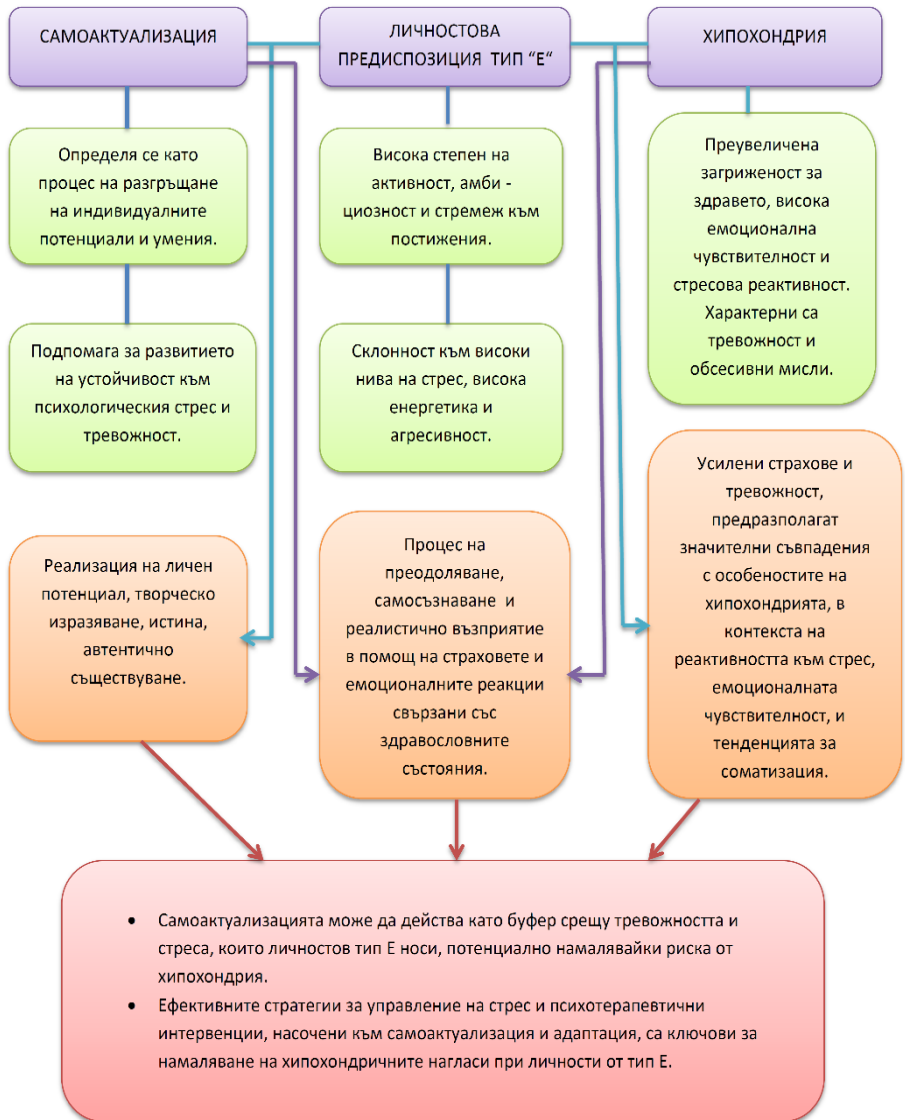
Чувството за безнадеждност е силно изразено при 10 лица (5.9%) и много силно – при 3-ма души (1.8%).

Чувството, че нямат никаква стойност се среща често при 32-ма (18.8%), често – при 16 души (9.4%) и е силно изразено при 7 (4.1%).

Тревожността и хипохондрията са резултат от вътрешни конфликти, несигурност и страхове, чийто корени се намират в ранните етапи на развитието. Тези преживявания може да бъдат интерпретирани като ранна травма, която активира стресовия отговор на организма и създава основа за по-нататъшно развитие на тревожни разстройства.

Соматизацията, като защитен механизъм, е основен аспект на хипохондричната реакция, представлява процес, чрез който емоционални конфликти се пренасят върху физическото тяло, като по този начин тревожността се „разговарва“ върху физически симптоми. При индивидите с хипохондрична предиспозиция този механизъм служи като форма на „бягство“ от несъзнаваните вътрешни напрежения и конфликти, предизвикани от чувството на уязвимост и несигурност. Те се „бият“ за контрол върху своето тяло, като в същото време „бягат“ от психическите си проблеми. Въпреки това, важно е да се подчертае, че психическото здраве и развитие са мултифакториални и включват генетични, биологични, социални и емоционални компоненти

КОНЦЕПТУАЛНА РАМКА



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение, дисертационния труд предлага ценно начало в изследванията на хипохондрията и психосоматичните разстройства, като предоставя научна основа за по-нататъшни анализи и терапевтични интервенции. Разглеждането на хипохондрията в този контекст разширява разбирането за психологическите механизми, които допринасят за развитието на такива състояния, и подчертава значението на интегрираните подходи за оценка и лечение на психосоматични и психически разстройства.

Лечението според психодинамичния подход може да включва психоаналитична терапия, която се фокусира върху разкриването и обработката на несъзнаваните конфликти и работа върху начините, по които тези вътрешни динамики се проявяват в соматични симптоми. Целта е да се подобри саморазбирането и да се намерят по-здравословни начини за справяне с вътрешните конфликти и тревожност.

В изследването се акцентира на съществената роля на психосоматичната медицина и необходимостта от интегриран подход към лечението, където психологическите и физиологичните аспекти са взаимно свързани и взаимно влияещи се. Това изисква разширяване на знанията и уменията на медицинските специалисти за включване на психологическите измерения в диагностиката и терапията.

Подходите към управление и превенция на хипохондрията изискват интегриране на стратегии за усъвършенстване на самоактуализацията и ефективен стресов мениджмънт.

Индивидуализираните психотерапевтични интервенции, насочени към специфичните психологически нужди на всяко лице, особено при тип „Е“, представляват основен фактор за подобряване качеството на живот и управлението на хипохондрията.

Въпреки, че връзката между хипохондрията и интелигентността може да изглежда логична при разглеждане на аналитичните и интелектуални способности то е комплексно състояние, повлияно от психологически, социални и биологични фактори. Няма директни доказателства, които безапелационно да свържат хипохондрията с високата интелигентност, и всяко обобщение трябва да се разглежда с критичност и разбиране за сложността на психичното здраве. Изследването успешно демонстрира, че хипохондричните преживявания са тясно свързани със специфични личностови

особености и емоционални реакции. Анализът на данните подчертава сложната интеракция между психологически, когнитивни и социални фактори, които влияят на развитието и проявлението на хипохондрия. Скалите разработени и приложени в рамките на дисертационния проект, показаха висока релевантност и прецизност при оценката на психосоматични състояния, което позволява детайлно наблюдение на различните аспекти на хипохондрията.

Обобщените резултати изтъкват значителната роля на емоционалната реакция и стресовата реактивност в контекста на хипохондричните разстройства. Наблюденията подкрепят идеята, че стратегиите за справяне, емоционалната регулация и самосъзнанието са ключови области, които могат да бъдат адресирани в терапевтичния процес. Така индивидите, проявяващи хипохондрични симптоми, могат да получат подходяща подкрепа и да развият устойчивост срещу психологическия стрес, допринасящ за здравословния им статус.

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Хипохондрия е сложно и многофакторно, състояние. Индивидуалното психологическо развитие е резултат от взаимодействието на множество фактори, включително генетична предразположеност, семейна динамика, социална подкрепа и лични преживявания. Психологическите изследвания продължават да разкриват сложността на човешката психика и начините, по които ранните преживявания формират нашето възприятие за света и себе си. Повечето страдащи не са склонни да признаят ролята на психосоциалните фактори за причиняване на техните симптоми, което прави още по-малка вероятността да потърсят подходяща помощ. Много пъти пациентите с това разстройство са толкова устойчиви на идеята, че имат заболяване, че е необходима намесата на техните близки, за да им помогнат да разберат, че имат нужда от помощ. Те имат склонността да приписват обикновените физически симптоми на неясна, но сериозна болест. Колкото повече човек се тревожи за тези симптоми, толкова повече се влошава състоянието му. Физическите усещания като чувствителност, замаяност, подуване и болка са много реални за жертвите на здравословно тревожно разстройство, въпреки

факта, че стандартните медицински прегледи няма да разкрият, че нещо не е наред с тях от медицинска гледна точка. Диагностичираните с хипохондрично разстройство често посещават няколко лекари за едни и същи проблеми и не постигат никакво облекчение. Обикновено хората страдащи от хипохондрия, са възприемани като психично болни, които преувеличават своите симптоми или симулират заболяване. Това води до дискриминация и изолация, които влошават психическото им състояние и затрудняват достъпът до навременна адекватна медицинска помощ и подкрепа. За да се промени това, е необходимо да се приложат различни стратегии за осведомяване на обществото. Те включват образователни кампании, които обясняват какво представлява хипохондрията, какви са нейните симптоми и какво е нейното влияние върху живота на страдащите лица. Включването на медицински специалисти, психолози и социални работници в тези кампании може да допринесе за по-широко разпространение на точна и актуална информация.

- Етапите на развитието и хронифицирането на хипохондрията също трябва да бъдат ясно представени на обществото. Хипохондрията не е просто временно състояние на тревога, а може да се развие в хронично разстройство, което изисква продължително лечение и подкрепа.

- Трансформиране на стигмата в приемане изисква създаване на среда на емпатия и подкрепа, което може да стане чрез промени в обществените нагласи и поведението към хората с хипохондрия. Подобреното разбиране на разстройството може да намали социалната изолация на страдащите и да ги насърчи да споделят без страх от осъждане или дискриминация.

- Целта на този научен труд е да се обърне внимание на качеството и ефективността на терапията на клиенти/ пациенти със специфични личностни разстройства с преобладаване на хипохондрия и психотерапевтично облекчение на техните преживявания. Това са група от гранични пациенти (гранични - между психично здраве и психично заболяване с преживявания на психоза и деградация на личността с придобити характерови черти на базата на отминал опит), оказващи въздействие на реакциите върху средата като патологично поведение.

- Това изследване ще разшири познанията, подхода и отношението ни към много страдащи хора, който крият своята

проблематика, преживявайки страхове, за да не бъдат заклеймени като психично болни, както и разширяването на познанията ни за личности с хипохондрична предиспозиция, което ще помогне на този процент от населението да се интегрира по добре в социалния свят.

- Цялостен подход към лечението и индивидуализирана терапия. Лечението трябва да бъде адаптирано към специфичните нужди на всеки индивид, като се вземат предвид както неговите хипохондрични симптоми, така и личностовите му характеристики и емоционална реакция на стрес.

- Когнитивно-поведенческа терапия (КПТ) може да бъде особено полезна при работа с хипохондрия, като помага на пациентите да идентифицират и променят нереалистичните си убеждения относно здравето и да разработят по-здравословни начини за справяне с тревожността.

- Психоедукация, осведеността на обществото, относно връзката между емоциите, стреса и физическото здраве може да помогне на обществото да разбере как техните мисли и чувства влияят на тяхното телесно състояние и да развият по-адекватни стратегии за справяне.

- Хипохондрията, не винаги е вторично придружаващ синдром на клинично заболяване, което изисква психиатрична помощ и фармакотерапия.

- Хипохондрията вероятно е еднакво разпространена сред мъжете и жените и е свързана със значително увреждане и високи разходи за здравеопазване. Не е установена връзка между разстройството и възрастта на болелите. Доказателствата също така показват, че хипохондрията вероятно е относително устойчиво състояние във времето, а съвместното съществуване на тревожност и/или депресия е често срещано и се свързва с хронифициране на разстройството.

- Осигуряването на подготвени здравни кадри, оказващи емоционална подкрепа за разработването на стабилна терапевтична връзка могат да бъдат от ключово значение в помощ на пациентите, за да се чувстват разбрани и подкрепени в процеса на лечение.

- Емоционална интелигентност и усъвършенстваното самосъзнание, които често се асоциират с интелигентността, могат също така да влияят на начина, по който индивидите възприемат и реагират на здравословни проблеми. Хората с дълбоко самосъзнание

могат да бъдат по-чувствителни към телесните си усещания, което може да допринесе за хипохондрични преживявания.

- Резултатите подчертават необходимостта от по-задълбочени изследвания в тази област, с по-голяма прозрачност относно извадката и методите на анализ, за да се подобри разбирането и интервенциите при хипохондрични нарушения. Това би могло значително да допринесе за психологическата практика и клиничното лечение на хипохондрията.

Фактори, оказващи влияние върху развитие на хипохондрично разстройство:

- Преживяване на сериозно заболяване в детството.
- Познаване на близки със сериозно заболяване.
- Смърт на любим човек.
- Твърдо убеждение, че да си в добро здраве означава, че нямаш физически симптоми или усещания.

Усложненията, които могат да възникнат от безпокойство за здравето и забавянето на лечението само влошава ситуацията. Усложненията за засегнатия индивид могат да включват:

- Рискове за здравето, свързани с ненужни медицински процедури.
- Проблеми в работата или училището.
- Депресия.
- Злоупотребата с алкохолни напитки и наркотични вещества.
- Прекален гняв и разочарование.
- Финансови проблеми, свързани с медицински разходи.

СЪЩЕСТВУВАЩИ ТРУДНОСТИ

- **Трудност при диференциация на симптомите** води до редица клинични и диагностични предизвикателства. Откриването на надеждни и точни методи за разграничаване на хипохондрични симптоми е сложно и се изисква подробно разглеждане, тъй като често симптоматиката се дублира със различни психиатрични заболявания, които водят до затруднения при диагностиката и лечението. Точната диагностика е интегративен подход, който включва както медицински, така и психологически оценки на психосоматичните проявления, които са ключови за откриването на механизмите, които обострят хипохондричните състояния.

Пациентите често прибягват до множество медицински изследвания, които да констатират диагноза за болестна причина на тези симптоми. Това може да доведе до фрустрация, както за пациентите, така и за медицинските специалисти. Диференциацията на физическите симптоми в контекста на психосоматичните проявления, често е резултат от психологически проблеми.

- **Стратификация на риска**, разработването на ефективни скринингови инструменти за идентифициране на лица с висок риск от развитие на хипохондрия е от съществено значение за вземането на предпазни мерки и намаляване на бремето върху здравеопазването. Хипохондрията, като соматоформно разстройство, може да доведе до значителни здравни, социални и икономически последици както за индивида, така и за здравната система. Ефективните скринингови инструменти трябва да бъдат базирани на комплексни модели, за които се вземат предвид различни фактори като психологически предиспозиции, социални и поведенчески характеристики, както и анамнестични данни за предишни здравословни състояния и наследственост. Такива инструменти ще позволят на здравните специалисти да идентифицират рано индивидите, които попадат в рисковата група и да приложат подходящи интервенции за смекчаване на последиците.

- **Социална стигма и приемане** на хипохондрията, произтича от недостатъчното разбиране и неправилните представи за това разстройство. Хипохондрията често се свързва с негативни социални стигми, които възпрепятстват търсенето на помощ от страна на засегнатите лица. Важно е да се подчертае необходимостта от осведомяване на обществото за причините, които водят до хипохондрия, етапите на развитие и хронифициране на състоянието. Трансформирането на тези стигми в приемането и подобряването на общественото разбиране за хипохондрията е ключово за приобщаването на страдащите от това соматоформно разстройство. Хората хипохондрици, ясно озъзнават, че са възприемани като психично болни, и за околните те преувеличават своите симптоми или симулират заболяване. Това води до усещането за дискриминация и ги тласка към самоизолация, която влошава психическото им състояние и затруднява достъп до навременна адекватна медицинска помощ и подкрепа.

IV. НАУЧНИ И НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ

- Предложената комплексна методология за изследване включва разработването и прилагането на нови диагностични инструменти, които помагат за по-детайлното разграничаване и анализ на хипохондрични състояния. Това включва нови скали и въпросници, които са валидирани и могат да бъдат използвани в бъдещи изследвания.

- Резултатите от изследването имат директно приложение в клиничната практика, като предоставят основа за разработването на целенасочени терапевтични интервенции, които адресират както психологическите, така и соматичните аспекти на хипохондрията.

- Осветляването на проблемите, свързани с хипохондрията, може да помогне за намаляването на напрежението около този „неизвестен феномен“ на психическите разстройства и да повиши обществената осведоменост относно значението на психичното здраве. Целта е обществото да се отнася със хората хипохондрици със разбиране и съпричастност, както се отнасят към хора страдащи от други заболявания и инвалидност, за да стане света едно по комфортно място за тяхното съществуване. Това ще овладее страховете, че няма да бъдат заклеймени като психично болни и ще им помогне да разпознават симптомите си и да потърсят навременна помощ, като своевременно, променят и подобряват трайно качеството си на живот.

- Дисертацията предоставя ценни данни и наблюдения, които могат да послужат като основа за бъдещи изследвания в областта на психосоматиката и клиничната психология. Това включва и потенциални изследвания на дългосрочните ефекти от терапевтични интервенции върху хипохондрични състояния. В тези заключения се отразява значението на дисертацията за академичната общност, клиничната практика и обществото като цяло, като се акцентира на важността на интегриран подход към лечението и разбирането на хипохондрията.

- Подчертава се нуждата от нови подходи в диагностицирането и лечението на пациентите, като се вземат предвид личностовите типове и тяхната роля в развитието на заболяванията. Това включва приложението на психологически теории и методи в медицинската практика. Разширяват се знанията и уменията на медицинските специалисти за включване на психологическите измерения в диагностиката и терапията.

- Дисертацията представя комплексен модел за изследване на хипохондрията, като се фокусира върху взаимодействието между психологически, поведенчески и емоционални фактори. Това подчертава нуждата от интегриран подход при оценката и лечението на психосоматични разстройства.

- Връзка между психосоматика и личностни характеристики в дисертацията се изследва влиянието на специфични личностни характеристики, като личностова предиспозиция тип "E", върху развитието и протичането на хипохондрични състояния, което подчертава ролята на личностовите черти в психосоматичните разстройства.

- Дисертационния труд предоставя данни, които показват, че хипохондрията не зависи пряко от образователния статус, което разширява разбирането за демографските фактори, влияещи на психосоматични състояния.

Изследването успешно демонстрира, че хипохондричните преживявания са тясно свързани със специфични личностови особености и емоционални реакции. Анализът на данните подчертава сложната интеракция между психологически, когнитивни и социални фактори, които влияят на развитието и проявлението на хипохондрията. Скалите, разработени и приложени в рамките на дисертационния проект, показаха висока релевантност и прецизност при оценката на психосоматични състояния, което позволява детайлно наблюдение на различните аспекти на хипохондрията.

Обобщените резултати изтъкват значителната роля на емоционалната реакция и стресовата реактивност в контекста на хипохондричните разстройства. Наблюденията подкрепят идеята, че стратегиите за справяне, емоционалната регулация и самосъзнанието са ключови области, които могат да бъдат акцентирани в терапевтичния процес. Така индивидите, проявяващи хипохондрични симптоми, могат да получат подходяща подкрепа и да развият устойчивост срещу психологическия стрес, допринасящ за здравословния им статус.

Настоящото изследване допринася за утвърждаване на знанията относно механизмите, които стоят зад хипохондрията. Тези приноси обогатяват теоретичните и практическите знания в областта, подкрепят академичното развитие и подобряват клиничната практика, като предоставят нови възможности за лечение и подкрепа на

засегнатите от хипохондрия индивиди, които целят интегриране на психосоматични и психотерапевтични методи за ефективно лечение и управление на това разстройство.

V. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Хугасиян- Хачмерян, А. Хипохондрия .Обзор на хипохондричното разстройство.// Обща психология- сборник доклади, ВСУ “Черноризец Храбър“, 2022.

2. Хугасиян- Хачмерян, А. Психологични аспекти на хипохондричното разстройство.// Обща психология- сборник доклади, ВСУ “Черноризец Храбър“, 2024.

3. Хугасиян- Хачмерян, А. Изследване на взаимовръзките на характеровите черти и хипохондричната предиспозиция и предпоставки за нейното развитие.//Обща психология- сборник доклади, ВСУ “Черноризец Храбър“, 2024.