

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”

ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА „ Социална, организационна, клинична и педагогическа психология ”

**Автореферат на
ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

на тема:

**„Личностни профили при пациенти с кардиологични и
кардиохирургични интервенции“**

за присъждане на образователна и научна степен
„доктор” по професионално направление 3.2. Психология
(Клинична психология)

Докторант:

Виолета Каменова Азис

Научен ръководител:

проф. д.пс.н. Румяна Крумова-Пешева

София, 2022 г.

Пълният обем на дисертацията е 162 страници. Дисертацията се състои от въведение, три глави, заключение, библиография и приложения. Данните са онагледени посредством 29 таблици и 15 графики.

Използваната литература включва 220 заглавия, от които 31 на български език и 189 - чуждоезични (на английски език - 179, на френски език - 8 и на немски език - 2). Електронните публикации са 9.

Научно жури:

1. Проф. дпсн Ваня Лукова Матанова СУ (рецензент)
2. Проф. дпсн Пламен Петров Калчев СУ
3. Проф. дпсн. Красимира Петрова Колева-Минева, ВТУ
4. Доц. д-р Павлина Петкова Петкова, ВСУ (рецензент)
5. Доц. д-р Красимир Кръстев Иванов, ВСУ

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 20.04.2022 г. от 13 часа, онлайн чрез платформата Microsoft Teams, на открито заседание на избраното научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в канцеларията на специалност „Психология“, Философски факултет, 60-ти кабинет, ет. 3, Южно крило. Ректорат на СУ „Св. Климент Охридски“, както и на сайта на университета – www.uni-sofia.bg.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	4
Глава I. Теоретична постановка	6
1.1. Психосоматични теории	6
1.2. Парижка психосоматична школа	7
1.3. Конструкти в психоаналитичната психосоматика	7
1.4. Психокардиология. Изследвания личност-сърдечно заболяване	7
1.5. Механизми, свързващи личността с коронарна болест на сърцето (КБС)	8
1.6. Медицинска концепция за развиване на сърдечносъдови заболявания	9
1.6.1. Кардиохирургични операции и кардиологични интервенции	9
1.7. Covid-19, стрес и сърдечносъдови заболявания. Психологически аспекти.	9
Глава II. Организация на емпиричното изследване	9
2.1. Цел на изследването	10
2.2. Задачи на изследването	10
2.3. Хипотези на изследването	10
2.4. Изследвани лица	11
2.5. Процедура	12
2.6. Методи и методология	13
2.7. Инструментариум	14
Глава III. Анализ на данни и интерпретация на получените от емпиричното изследване резултати	14
3.1. Резултати от проведеното емпирично изследване	14
3.2. Анализ на резултатите и дискусия	23
3.3. Ограничения и възможности за бъдещи изследвания	39
Изводи	43
Заклучение	45
Приноси	46
Публикации по темата на дисертационния труд	47

Въведение

Кардиологичните и кардиохирургични интервенции са насочени към подобряване качеството на живот на голям брой пациенти. Те са жизнено необходими за оцеляването и оптимизирането на здравословния статус. Въпреки че болните съзнават неотменността на интервенциите, те ги възприемат като травматично събитие и реагират с интензивна тревога и напрежение в предоперативния период. Характерни за постоперативния период са епизодите на протрахирана депресивност.

Пациентите, на които се прилагат кардиологични и кардиохирургични интервенции, преминават през множество трудни за толериране психоемоционални фази. Неяснотата, неизвестният изход от интервенцията и болката, която съпътства процедурите, интензифицират чувствата на тревожност и обърканост преди и след проведеното лечение. Психологическото консултиране спомага стабилизирането и възстановяването на болните като осигурява значителна грижа за постигането на емоционален баланс.

При пациентите със сърдечни заболявания, очакващи кардиологична или кардиохирургична интервенция преобладават страховете от анихилация и разпад на телесното и психичното. Тъй като сърдечната функция е фундаментална, пациентите изпитват интензивна витална застрашеност. Способностите за символизация и метафоризиране отстъпват пред заплахата и пациентите показват реакции по типа на операторското мислене (*pensée opératoire*). Характерни за тяхното психично функциониране в предоперативния период са феномените на алекситимия, при която фактите са директно причинноследствени, без възможност за психологизиране и психична преработка (Крумова-Пешева, 2017). Болните изпитват затруднение да диференцират и назовават преживяванията си. Тези състояния са типични от гледна точка на теоретичните постановки за психосоматичната личност. Асоциативните възможности са занижени и пациентът трудно може да се организира в различните времеви дименсии на миналото, настоящето и бъдещето. Изцяло по защитни психични съображения, проекцията на бъдещи събития е невъзможна.

Възможностите за сублимация са също неефективни, а именно тя по своята същност подпомага редуцирането на напрежението, тревогата и болката. Като цяло всички отреагиращи способности се оказват блокирани и неефективни за пациентите, очакващи кардиохирургична интервенция (Крумова-Пешева, 2017).

Цел на дисертационния труд е да изследва и дефинира личностни характеристики на пациенти със сърдечни заболявания. Именно тези характеристики биха могли да бъдат предпоставка за развиване на сърдечно заболяване, нуждаещо се от хирургична намеса. Идентифицирането и при възможност намаляването на психологическите рискови фактори играе важна роля в профилактиката и рехабилитацията на пациентите.

За целта на изследването са използвани – Самооценъчна скала за алекситимия от Торонто (TAS-20; Toronto Alexithymia Scale-20), (Bagby et al., 1994a, b), в България скалата е стандартизирана от Попов и колеги (2016), Индекс за чувствителност към тревожност (ASI; Anxiety Sensitivity Index), (Reiss et al., 1986), към момента въпросникът е в процес на адаптация за употреба в България от Български институт по зависимости и Личностен въпросник за DSM-5: съкратена версия (Short 100 items Version of Personality Inventory for DSM-5, PID-5-SF, Maples et al., 2015), преведен и адаптиран за България от Калчев и Колева (2019).

За постигане на заложените цели настоящата разработка е организирана в три главни части.

В първата част на дисертационния труд акцентът е върху теоретичните подходи за разбиране на връзката между личността и болестта. Разгледани са теориите на психосоматиката, възгледите на психоаналитичната психосоматика, в частност Парижката психосоматична школа, както и теориите за личността на психокардиологията. Описани са механизмите, свързващи личността с възникване и прогресия на коронарна болест на сърцето. Следва медицински модел за възникване и прогресия на кардиологични заболявания, видове кардиологични заболявания и прогноза. Последната част е посветена на Covid-19 и съвременните интерпретации за влиянието на вируса и психологическите последици от пандемията върху сърдечните заболявания.

Във втора глава са описани целта, хипотезите и поставените задачи, както и методологията и дизайна на самото изследване. В нея са представени обобщени данни за извадката от изследвани лица, както и използваните въпросници. Описана е процедурата на проведеното изследване.

Трета глава включва резултатите от изследването, представени в таблици и графики. Следват анализ и дискусия на данните, връзката им с хипотезите, както и с теоретичната постановка. Представени са ограниченията на изследването, както и бъдещи възможности и препоръки.

В последната част са направени изводи, описани са приносите от изследването, публикации, свързани с дисертацията, библиография и приложения (инструментарият, използван за целта на изследването).

Глава I. Теоретична постановка

1.1. Психосоматични теории

В първа глава от дисертационния труд са поместени последователно концепциите за връзката между личността и специфичното развитие на болестта. Направен е исторически обзор на психосоматичните теории, като са разделени на четири основни групи, спрямо разбирането за възникването на симптомите на болестта:

1. Теории за специфичната личност, според които определени личностни черти са предразположение за дадено заболяване.
2. Теории за специфичния модел на реагиране, според които трансгенерационно се предават разнородни емоционални схеми и реакции на стреса посредством различни телесни органи. Всеки човек има специфичен модел на реагиране на стреса, като при едни доминират реакциите в стомашно-чревния тракт, при други се проявяват сърдечносъдови симптоми.
3. Теории за специфичния конфликт, според които неефективното разрешаване на вътрешната безсъзнавана конфликтност може да се превърне в симптом като компромисно образувание.
4. Теории за неспецифичността, според които в основата на психосоматичните реакции и болести е състоянието алекситимия – невъзможността за дефиниране и изразяване на преживяванията.

Централно място сред теориите за неспецифичността заема теорията за алекситимията. Sifneos се счита за първия, който е дефинирал понятието „алекситимия“ в буквален превод – „без способност за прочит на емоционалния живот“ (Sifneos, 1994). Тук остава водещо разбирането за влиянието на психологическите фактори, а именно неспособността за изразяване на емоциите, чувствата и разпознаването им у другите. Смята се, че това състояние е следствие на значителен психоемоционален дефицит. Такива пациенти са изключително в конкретността и притежават операторско мислене (*pensée opératoire*), имат намалена или изцяло липсва способност за ментализация. Те са

неспособни на символизиране и рядко влизат във връзка със собствения си вътрешен свят.

1.2. Парижка психосоматична школа

В тази подточка е описана работата на радетелите на парижката психосоматична школа Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David и Michel Fain, както и на някои от съвременните последователи на техните концепции – Marilia Aisenstein, Claude Smadja и Catalina Bronstein.

За да разберем Парижката школа и да я отличим от останалите школи, е важно да оценим значението, което придава на ролята на икономическото измерение на психичния живот. За Pierre Marty инстинктът се превръща в стремеж, когато се свърже с репрезентациите. Инстинктите поддържат психосоматичната икономика. Тази гледна точка на Marty е свързана с идеята за добра или лоша ментализация, като това само по себе си определя дали соматизациите са обратими или не. Marty взема предвид съществуването както на нагона към живот, така и този към смъртта, но за разлика от първия, който има автономно съществуване, нагонът към смъртта действа, след като нагонът за живот се провали (Bronstein, 2011).

1.3. Конструкти в психоаналитичната психосоматика

Разгледани са конструктите в психоаналитичната психосоматика – **Регресия, Соматизация чрез регресия, Нерегулярно психично функциониране, Соматизация чрез дифузия на нагоните, Есенциална депресия, Проективна редупликация, Операторско мислене/операторски живот/функциониране (pensée opératoire), Идеално его, Ментализация** и тяхното значение за психичното функциониране и личностовата организация на индивида.

1.4. Психокардиология

Тук е включена кратка история на психокардиологията, като съвременен прочит и метод за разбиране на връзката между психичното и „сърдечното“. Корените на психокардиологията датират от 20-те години на миналия век, когато започват и изследвания върху психосоциалните фактори, които могат да застрашат здравето на сърцето. Разгледани са концепциите за връзката между личностовите черти и възникването и прогресията на сърдечносъдовите заболявания, в частност КБС

(коронарна болест на сърцето). Включен е конструктът **Личност тип А** (Friedman, Howard & Booth-Kewley, 1987), с характерни черти гняв и враждебност (Friedman & Rosenman, 1959), които в голяма степен са свързани с предразположеността към сърдечносъдови заболявания (Chida & Steptoe, 2009; Myrtek, 2001; Delunas, 1996). Анализът на компонентите на тип А предполага, че враждебността у индивида е основната причина за болестта. **Личност тип Д** или „дистрес личност“, е термин, дефиниран и предложен за първи път от Denollet през 2000 година (Denollet, 2000). Изследователите забелязват, че индивиди със сърдечносъдови заболявания често изпитват емоционални и междуличностни трудности. Характеристиките на тип Д се състоят от две стабилни личностни структури - Негативен афект (НА) и Социална инхибиция (СИ), които са тясно свързани съответно с невротизма и интроверсията (Denollet, 2005).

Marin & Miller (2013) изследват предразположеността към междуличностна чувствителност (IS) като потенциален рисков фактор за влошаване на здравето и възникване на КБС. IS се определя като „стабилна черта на характера, характеризираща се с непрекъсната загриженост относно негативната социална оценка“ (Marin & Miller, 2013). Засега няма психометричен инструмент, специално предназначен за измерване на IS, но Marin & Miller твърдят, че доказателства за IS могат да бъдат намерени в проучвания, изследващи такива понятия като чувствителност към отхвърляне, социална тревожност и избягване, социално и психологическо възпрепятстване, срамежливост, подчинение, интровертност и Тип Д.

1.5. Механизми, свързващи личността с коронарна болест на сърцето (КБС)

Съществуват пет модела, описани от Smith et al. (2004), които свързват личността с възникване на КБС:

- модел на психофизиологична реактивност
- модел на психо-социална уязвимост
- транзакционен модел
- модел на здравно поведение
- модел на конституционна уязвимост

По-нататък са представени синтезирано едно българско (Папанчева, 2011) и няколко световни изследвания, свързващи личността с възникване и прогресия на сърдечни заболявания.

1.6. Медицинска концепция за развиване на сърдечносъдови заболявания

Сърдечносъдовите заболявания са водеща причина за заболяемост и смъртност в България и в световен мащаб (WHO, 2020). Основният фактор е атеросклерозата като причина за тяхната поява, развитие и настъпващи усложнения. В съдовете, които кръвоснабдяват жизненоважни органи, вследствие на атеросклеротичния процес, се образуват плаки, съставени от холестерол, кръвни клетки, калций и други вещества. Развитието на атеросклерозата започва още от ранна детска възраст. Има различни теории за причините за образуването на атеросклеротичните плаки. Най-застъпени са теориите за ендотелната увреда на съдовете и ролята на LDL холестерол оксидативния стрес върху съдовата стена. Атеросклерозата е системно заболяване, което обхваща всички артерии в човешкия организъм. По-нататък са изброени видовете сърдечни заболявания, както и някои типични за тях симптоми.

1.6.1. Кардиохирургични операции и кардиологични интервенции

Следва кратко представяне на медицинските процедури, реализирани в Университетска болница Лозенец – а именно кардиологични и кардиохирургични интервенции и операции.

1.7. Covid-19, стрес и сърдечносъдови заболявания. Психологически аспекти

Притесненията, свързани с Covid-19, водят до избягване, откъсване и неспазване на здравните препоръки за профилактика и превенция на ССЗ. Поради коморбидността на разпространението на Covid-19 и ССЗ, пациентите трябва да се възстановят от две заболявания паралелно, което води до усложнения както за тях, така и за значимите други и здравните специалисти.

Глава II. Организация на емпиричното изследване

Основавайки се на теоретичния обзор са направени конкретни допускания относно личностовите черти и капацитети на пациентите, преминали през инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции, в сравнение с общата популация. В

тази глава на разработката е представен метода на изследване, който цели да събере данни, подкрепящи или отхвърлящи направените допускания.

2.1. Цел на изследването

Целта на изследването е да проучи нивата на някои клинични маркери и дезадаптивни личностни черти при пациенти с инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции, да ги сравни с тези при контролна група от лица, които не са преминали подобни интервенции, както и да сравни нивата им в периода преди и след настъпването на пандемията от Covid-19 и въвеждането на извънредна епидемиологична обстановка в страната и света, която бе обвързана с различни мерки за овладяване на разпространението на вируса, както в болничната среда, така и извън нея. Освен това изследването има за цел да бъдат изведени конкретни личностни характеристики, които биха могли да се използват като маркери за предразположеност.

2.2. Задачи на изследването

Задачите на настоящото изследване са:

- да бъдат измерени нивата на някои клинични маркери и дезадаптивни личностни черти при пациенти с инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции;
- да бъдат сравнени нивата на измерваните клинични маркери и дезадаптивни личностни черти между пациенти с инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции и неклинична извадка;
- да бъдат сравнени нивата на измерваните клинични маркери и дезадаптивни личностни черти при пациенти с инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции преди и след настъпването на пандемията от Covid-19;

2.3. Хипотези на изследването

На база на разгледаната теоретична рамка и съобразно поставените цели и задачи на изследването, са изведени следните хипотези:

1. Допуска се, че пациентите с инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции показват определени личностни черти, които са вид предиспозиция за конкретни сърдечни заболявания.

2. Пациентите, преминали сърдечни интервенции и/или операции, показват по-високи нива на алекситимия и нейните два фактора в сравнение с изследваните лица в контролната група.

3. Пациентите, преминали сърдечни интервенции и/или операции, показват по-високи нива на чувствителност към тревожност в сравнение с изследваните лица в контролната група.

4. Очаква се пациентите, преминали инвазивни кардиологични и/или кардиохирургични интервенции, да имат по-високи нива в сравнение с хората от контролната група по следните фасети:

A. Емоционална лабилност

B. Депресивност

C. Оттегляне

D. Избягване на интимност

5. Очаква се лицата, изследвани в периода от юли 2020 до септември 2021 година, да показват значително **по-високи нива** на отстраненост и психотизъм, в сравнение с лицата, изследвани през по-ранен период, поради настъпването на пандемията от Covid-19 и обвързаните с нея мерки за контрол на разпространяване на заразата.

2.4. Изследвани лица

В проведеното изследване взеха участие общо 149 лица. В последствие, при кодирането на техните отговори, беше установено, че 7 от тях са давали несистемни отговори, затова тези отговори бяха премахнати от базата данни. Статистическата обработка на останалите бе извършена след анализ на асиметрията и ексцеса на данните (повече детайли са представени в Глава III), която идентифицира слаба асиметрия при няколко променливи. Следователно, изчислявайки стандартизираните Z-стойности при променливите с асиметрично разпределение, от базата данни бяха премахнати отговорите на още 7 изследвани лица. Така крайният брой участници, чиито данни са представени в настоящата разработка са 135.

От всички изследвани лица 48 са преминали през инвазивна кардиологична интервенция, други 41 – през кардиохирургична операция, а останалите 46 лица са част от контролната група. Общо 65 са участниците мъже, а 69 - жени, едно изследвано лице е пропуснало да посочи пола си. Мнозинството от участниците са попълнили батерията от въпросници след месец юли 2020-та година – общо 103-ма участници; останалите 32-ма са се включили в изследването преди юли 2020 г.

По-ценна е информацията за извадката спрямо трите отделни изследвани групи. От пациентите, преминали през инвазивни кардиологични интервенции, 25 са мъже, а 23 – жени. Тяхната средна възраст е 56,79 (SD = 9,73), като най-младият участник е на 35 години, а най-възрастният – на 82 г. Общо 16 участника от тази група са отговорили на въпросниците преди месец юли 2020 г., а останалите 32-ма са се включили в изследването след юли 2020-та година.

От групата с пациенти, преминали през инвазивни кардиохирургични намеси, 17 участника са от мъжки пол, 23 – от женски, а един участник е пропуснал да посочи пола и възрастта си. Средната възраст на участниците е 69,8 години (SD = 6,17), с най-млад участник на 52 години и най-възрастен на 80. Макар участниците генерално да се причисляват към една и съща възрастова група като кардиологичните пациенти, средните показват, че кардиохирургичните пациенти са цялостно по-възрастни. От тях 17 изследвани лица са дали своите отговори преди юли 2020 г., а останалите 23 – от месец юли насам.

Сред изследваните лица от контролната група, 23-ма са мъже, а също 23 са участвалите жени. Тяхната средна възраст е 48,46 години (SD = 5,42), при най-млад участник на 35 години и най-възрастен на 56. Отново се забелязва възрастова разлика между групите – контролните изследвани лица са с най-ниска възраст. Всички те, също така, са взели участие в изследването през 2021-ва година.

2.5. Процедура

Изследването е проведено в периода от 2019 г. до 2021 г., включително в Университетска болница Лозенец. Пациенти на Клиниката по кардиология и Клиниката кардиохирургия участват на доброволни начала, като са информирани, че данните им ще бъдат използвани с научни цели и остават напълно анонимни. Съгласилите се да участват пациенти попълват въпросниците на хартиен носител.

Изследваните лица за контролната група са събрани извън рамките на болницата, като участието им отново е доброволно и анонимно. Лицата са информирани, че данните се събират единствено с научна цел и няма да бъдат разглеждани индивидуално. Съгласилите се да участват попълват въпросниците на хартиен носител.

2.6. Методи и методология

Емпиричното изследване, представено в тази работа, се основава на междугрупов квазиекспериментален изследователски дизайн – нивата на изследваните променливи са измерени чрез стандартизирани количествени инструменти, както сред клинична извадка от пациенти, преминали инвазивни кардиологични интервенции или кардиохирургични операции, така и сред извадка от лица, които не са преминали подобни интервенции.

Изследваните лица са разпределени в три групи според нивата на **независимата (или групираща) променлива** (наличие на инвазивни интервенции):

1. Пациенти, преминали инвазивни кардиологични интервенции;
2. Пациенти, преминали кардиохирургични операции;
3. Контролна група от лица, които не са преминавали инвазивни кардиологични или кардиохирургични процедури.

Зависимите променливи, които се измерват и чиито нива се сравняват за трите групи от изследвани лица, са:

1. Алекситимия;
2. Чувствителност към тревожност;
3. Негативен афект (включва тревожност; емоционална лабилност; сепарационна тревога);
4. Отстраненост (включва анхедония; избягване на интимност; оттегляне);
5. Антагонизъм (включва измамност; грандиозност; манипулативност);
6. Невъздържаност (включва разсеяност; импулсивност; безотговорност);

7. Психотизъм (включва ексцентричност; дисрегулация в перцепциите; необичайни вярвания).

8. Допълнителни дезадаптивни личностови черти (враждебност; персеверации; липса на контрол на афекта; покорство; депресивност; подозрителност; търсене на внимание; безсърдечност; ригиден перфекционизъм; поемане на риск).

2.7. Инструментариум

Тук са представени описания и данни за факторната структура и психометричните качества на използваните въпросници. За целите на изследването бяха избрани утвърдени инструменти, които са широко използвани в литературата и практиката в глобален мащаб, но са адаптирани и стандартизирани и за употреба сред българската популация - Самооценъчна скала за алекситимия от Торонто (TAS-20; Toronto Alexithymia Scale-20), (Bagby et al., 1994a, b), в България скалата е стандартизирана от Попов и колеги (2016), Индекс за чувствителност към тревожност (ASI; Anxiety Sensitivity Index), (Reiss et al., 1986), към момента въпросникът е в процес на адаптация за употреба в България от Български институт по зависимости и Личностен въпросник за DSM-5: съкратена версия (Short 100 items Version of Personality Inventory for DSM-5, PID-5-SF, Maples et al., 2015), преведен и адаптиран за България от Калчев и Колева (2019).

Глава III: Анализ на данни и интерпретация на получените от емпиричното изследване резултати

3.1. Резултати от проведеното емпирично изследване

Тук са представени описателните статистики на трите групи изследвани лица по всяка променлива от трите въпросника. Дадена е информация за премахнатите от групите аутлаери.

Кардиологични пациенти

При групата на пациентите, претърпели инвазивни кардиологични интервенции, описателните статистики показаха лека асиметрия по скалите Чувствителност към тревожност, Депресивност, Когнитивна и перцептивна дисрегулация, Коравосърдечност

и Безотговорност. Следователно, бяха изчислени стандартизираните Z-стойности по тези променливи и бяха премахнати по-големите от три единици. Премахнати са минимален брой аутлаери, тъй като все пак се очаква групата от изследвани лица да проявява специфични личностови черти, които не отговарят на нормалното разпределение – асиметрия при някои от променливите е очакван резултат. С цел да не се премахват достоверни данни, които дават информация за спецификите на кардиологичните пациенти, са премахнати само аутлаери с необичаен за цялата група резултат. В случая, това са данните на едно изследвано лице с необичайно висок резултат по скалата Депресивност, при което е възможно клинична проява на депресия да изкриви резултатите, и данните на едно изследвано лице с необичайно висок резултат по скалата Безотговорност. В **Таблица 7** са представени описателните статистики за групата, след премахване на аутлаерите при въпросниците за Чувствителност към тревожност, Алекситимия и при петте домейна на личностния въпросник по DSM-5; в **Таблица 8** са дадени и детайлни описателни статистики по всички фасети на PID-5.

Таблица 7. Описателни статистики за чувствителност към тревожност, алекситимия и петте домейна на PID-5 на пациентите, преминали през кардиологични интервенции

	Средна	Ст. отклонение	Мин.	Макс.	Асиметричност	Ексцес
Чувствителност към тревожност	36,08	9,655	21	67	1,165	1,851
Трудности в идентифицирането и описването на чувства	28,48	9,344	13	48	0,444	-0,644
Външно ориентирано мислене	12,38	2,994	5	21	0,206	1,07
Алекситимия	49,81	10,634	21	74	0,409	0,745

Негативен афект	39,25	11,736	12	67	0,267	-0,002
Отстраненост	17,56	6,098	8	34	0,782	0,196
Психотизъм	8,94	6,799	0	26	0,909	0,059
Антагонизъм	20,06	9,436	2	44	0,544	-0,02
Невъздържаност	11,69	6,141	0	25	0,145	-0,488

Таблица 7 показва, че повечето променливи са почти симетрично разпределени и без излишен ексцес. Единствено по скалата за чувствителност към тревожност изследваната група показва тенденция за по-скоро ниски резултати:



Фигура1. Честотно разпределение на отговорите на пациенти, преминали през кардиологична интервенция, по скалата за чувствителност към тревожност

Възможно е именно чувствителността към тревожност да е една от дименсиите, по които пациентите се характеризират със специфики.

Таблица 8. Описателни статистики за всички фасети на PID-5

	Средна	Ст. отклонение	Мин.	Макс.	Асиметричност	Ексцес
Тревожност	5,48	3,142	0	12	0,244	-0,556
Емоционална лабилност	5,25	2,283	0	10	0,215	-0,091
Враждебност	5	2,585	0	10	0,231	-0,666
Персеверации	4,58	2,592	0	10	0,322	-0,388
Сепарационна несигурност	5,25	3,199	0	11	0,015	-0,971
Подозрителност	5,27	2,819	1	11	0,205	-1,024
Подчиненост	3,52	2,492	0	11	0,611	0,569
Ригиден перфекционизъм	4,9	2,897	0	12	0,234	-0,25
Анхедония	2,04	1,957	0	8	0,9	0,414
Депресивност	1,31	1,904	0	8	1,693	2,531

Избягване на интимност	2,98	2,245	0	10	0,945	1,443
Ограничен афект	8,12	2,506	0	12	-0,926	1,281
Отдръпване	3,1	2,495	0	9	0,451	-0,873
Ексцентричност	4,25	3,021	0	11	0,639	-0,184
Когнитивна и перцептивна дисрегулация	1,65	2,207	0	8	1,388	1,01
Необичайни вярвания и опит	3,04	2,851	0	11	0,963	0,219
Търсене на внимание	4,21	2,633	0	11	0,275	-0,133
Коравосърдечност	1,67	2,066	0	8	1,451	1,271
Измамност	2,15	2,124	0	7	0,983	-0,123
Грандиозност	4,37	2,367	0	10	0,555	-0,145
Манипулативност	3,5	2,164	0	9	0,71	0,474

Поемане на рискове	4,17	2,644	0	12	0,568	0,51
Разсеяност	4,88	3,16	0	12	0,487	-0,479
Импулсивност	4,88	3,285	0	12	0,408	-0,841
Безотговорност	1,94	1,706	0	7	0,933	0,65

Кардиохирургични пациенти

При групата на пациентите, претърпели кардиохирургични операции, описателните статистики показаха лека асиметрия по скалите Чувствителност към тревожност, Подозрителност, Анхедония, Депресивност, Отдръпване, Когнитивна и перцептивна дисрегулация, Необичайни вярвания и опит, Психотизъм, Коравосърдечност, Измамност и Антагонизъм. Следователно, бяха изчислени стандартизираните Z-стойности по тези променливи и бяха премахнати по-големите от три единици. Отново са изключени минимален брой аутлаери, за да не се премахват достоверни данни, които дават информация за спецификите на кардиохирургичните пациенти. В случая, това са данните на едно изследвано лице с необичайно висок резултат по скалата Анхедония, едно лице с необичайно висок резултат по скалата Депресивност и едно, с необичайно висок бал по фасетата Отдръпване. В **Таблица 10** са представени описателните статистики за групата, след премахване на аутлаерите при въпросниците за Чувствителност към тревожност, Алекситимия и при петте домейна на личностния въпросник по DSM-5.

Таблица 10. Описателни статистики за Чувствителност към тревожност, Алекситимия и петте домейна на PID-5 на пациентите, преминали през кардиохирургични операции

	Средна	Ст. отклонение	Мин.	Макс.	Асиметричност	Ексцес
Чувствителност към тревожност	36,46	11,559	19	70	1,109	1,683
Трудности в идентифицирането и описването на чувства	27,61	8,769	13	52	0,287	0,166
Външно ориентирано мислене	12,24	2,447	7	17	-0,416	-0,218
Алекситимия	49	10,519	29	82	0,585	1,239
Негативен афект	36,51	12,55	14	64	-0,057	-0,409
Отстраненост	16,37	5,389	8	32	0,692	0,293
Психотизъм	8	6,376	0	26	0,984	0,817
Антагонизъм	18,44	8,643	2	38	0,137	-0,594
Невъздържаност	9,83	5,244	0	20	0	-0,65

След премахване на аутлаерите, при групата на пациентите от клиниката по кардиохирургия, се наблюдава единствено слаба положителна асиметрия по скалата Чувствителност към тревожност:



Фигура 5. Честотно разпределение на отговорите на пациенти, преминали през кардиохирургична интервенция, по скалата за чувствителност към тревожност

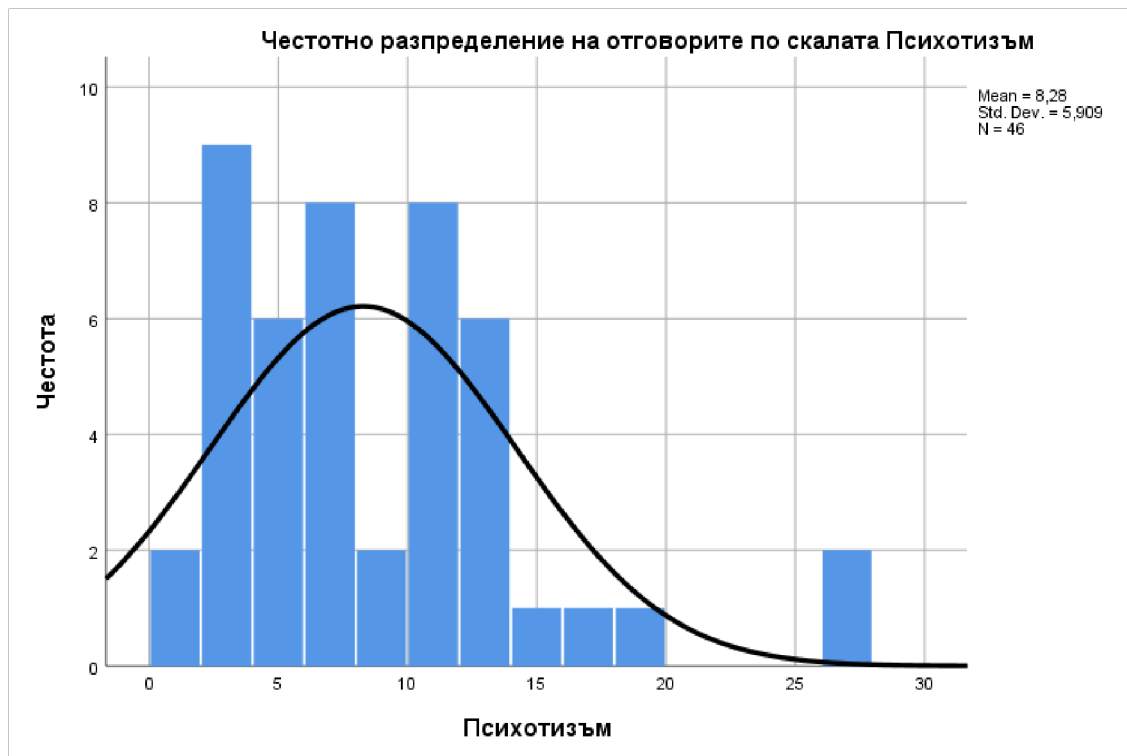
Контролна група изследвани лица

При контролната група в изследването, описателните статистики показаха лека асиметрия по скалите Чувствителност към тревожност, Депресивност, Отдръпване, Когнитивна и перцептивна дисрегулация, Необичайни вярвания и опит, Психотизъм, Коравосърдечност, Измамност, Манипулативност и Безотговорност. Следователно, бяха изчислени стандартизираните Z -стойности по тези променливи и премахнати по-големите от три единици. Отново са изключени минимален брой аутлаери, за да се предотврати загуба на ценни данни. От извадката са премахнати единствено отговорите на едно изследвано лице с необичайно висок резултат за Чувствителност към тревожност и на едно с необичайно висок резултат по скалата Депресивност. В **Таблица 13** са представени описателните статистики за групата, след премахване на аутлаерите, при въпросниците за Чувствителност към тревожност, Алекситимия и при петте домейна на личностния въпросник по DSM-5.

Таблица 13. Описателни статистики за Чувствителност към тревожност, Алекситимия и петте домейна на PID-5 на контролните изследвани лица

	Средна	Ст. отклонение	Мин.	Макс.	Асиметричност	Ексцес
Чувствителност към тревожност	32,67	7,037	20	50	0,119	-0,24
Трудности в идентифицирането и описването на чувства	23,93	10,73	12	48	0,759	-0,339
Външно ориентирано мислене	9,57	2,81	5	15	0,142	-0,805
Алекситимия	40,11	12,646	20	64	0,283	-0,956
Негативен афект	37,52	10,842	12	67	0,567	0,729
Отстраненост	16,37	5,074	8	32	0,847	0,814
Психотизъм	8,28	5,909	1	27	1,302	2,215
Антагонизъм	18,74	8,328	2	37	0,328	-0,013
Невъздръжаност	10,83	5,953	0	29	0,702	1,119

Таблица 13 показва, че след премахване на аутлаерите продължава да се наблюдава положителна асиметрия по скалата Психотизъм – контролните изследвани лица тенденциозно отбелязват по-скоро ниски резултати по този домейн:



Фигура 9. Честотно разпределение на отговорите на контролните изследвани лица по скалата за психотизъм

3.2. Анализ на резултатите и дискусия

За да бъде направено заключение по Хипотеза 1, допускаща, че пациентите с инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции показват определени личностни черти, които е възможно да бъдат вид предиспозиция за конкретни сърдечни заболявания, е направено цялостно сравнение на баловете на трите групи по всяка една изследвана променлива. Сравненията са разделени на две части – първа, отнасяща се до скалите на Самооценъчната скала за алекситимия, Индекса за чувствителност към тревожност и основните пет домейна на DSM-5 въпросника и втора - представяне на резултати по всички фасети на PID-5.

Междугруповите различия бяха проверени чрез дисперсионни анализи, които да идентифицират на първо време променливите, при които се наблюдава разлика между пациенти и контролни лица:

Таблица 16. Значими различия по скалите Чувствителност към тревожност, Алекситимия и петте домейна на PID-5 при трите изследвани групи

	F-стойност	Значимост (p)
Чувствителност към тревожност	2,17	0,12
Трудности в идентифицирането и описването на чувства	2,87	0,06
Външно ориентирано мислене	14,91	0,00
Алекситимия	10,34	0,00
Негативен афект	0,63	0,53
Отстраненост	0,72	0,49
Психотизъм	0,26	0,77
Антагонизъм	0,44	0,65
Невъздържаност	1,13	0,33

Таблица 16 разкрива, че значими различия между трите изследвани групи има по всички скали на Самооценъчната скала за алекситимия, но не и при Чувствителността към тревожност и домейните на DSM-5 въпросника. За да бъде проучено точно между

кои групи са значимите различия по тези променливи, бяха проведени post-hoc тестове по метода на Bonferroni, които показаха, че междугруповите различия са значими само по скалата Външно ориентирано мислене и Обща алекситимия, като различията са между контролната група и двете клинични групи. Резултатите от тях са представени в **Таблица 17**.

Таблица 17. Междугрупово сравнение между средните на трите изследвани групи по скалите чувствителност към тревожност, алекситимия и петте домейна на PID-5

		Средна	Средна контролна	Значимост (p)
Външно ориентирано мислене	Кардиологични пациенти	12,28	9,57	0,000
	Кардиохирургични пациенти	12,24		0,000
Алекситимия	Кардиологични пациенти	49,81	40,11	0,000
	Кардиохирургични пациенти	49,00		0,001

От **Таблица 17** се вижда, че пациентите, претърпели инвазивни кардиологични и кардиохирургични намеси, се отличават с по-високи нива на Външно ориентирано мислене и Алекситимия, отколкото контролните изследвани лица. Разлики между двете групи пациенти не са открити.

Поради процедурните специфики на изследването, събраният брой участници е максималният възможен. Но като допълнителен вариант е проведен повторен анализ при удвояване на данните – отговорите на всяко едно изследвано лице са поставени втори

път в базата данни, за да се изготви очакване за резултатите от същото изследване с по-обширна извадка:

Таблица 19. Значими различия по всички фасети на PID-5 при трите изследвани групи при изкуствено удвоена извадка

	F-стойност	Значимост (p)
Тревожност	0,022	0,979
Емоционална лабилност	5,377	0,005
Враждебност	3,125	0,046
Персеверации	5,098	0,007
Сепарационна несигурност	0,530	0,589

Подозрителност	4,814	0,009
Подчиненост	2,157	0,118
Ригиден перфекционизъм	1,477	0,230
Анхедония	0,289	0,749
Депресивност	0,409	0,665
Избягване на интимност	3,786	0,024
Ограничен афект	1,444	0,238
Отдръпване	2,831	0,061

Ексцентричност	3,055	0,049
Когнитивна и перцептивна дисрегулация	0,214	0,808
Необичайни вярвания и опит	0,071	0,931
Търсене на внимание	0,088	0,916
Коравосърдечност	0,468	0,627
Измамност	0,218	0,805
Грандиозност	2,628	0,074
Манипулативност	0,028	0,973
Поемане на рискове	3,351	0,037
Разсеяност	2,414	0,091
Импулсивност	2,913	0,056
Безотговорност	0,671	0,512

Таблица 19 показва, че действително при увеличаване на извадката, множество различия са отчетени като статистически значими. Разлика е идентифицирана по следните скали:

- Емоционална лабилност
- Враждебност
- Персеверации

- Подозрителност
- Избягване на интимност
- Ексцентричност
- Поемане на рискове

А маргинално значими са и различията по скалите Отдръпване ($p = 0,061$), Грандиозност ($p = 0,074$) и Импулсивност ($p = 0,056$).

В Таблица 20 са представени средните на двете пациентски групи и контролната група по 7-те променливи, за които е идентифицирано статистически значимо различие при удвояване на извадката. Междугруповото сравнение е извършено по метода на Bonferroni.

Таблица 20. Разлики в средните на трите изследвани групи по всички фасети на PID-5 при изкуствено удвоена извадка

	Група	Средна	Средна контролна	Значимост на разликата (p)
Емоционална лабилност	Кардиологични пациенти	5,25	4,39	0,043
	Кардиохирургични пациенти	4,15		1,000
Враждебност	Кардиологични пациенти	5,00	4,30	0,174
	Кардиохирургични пациенти	4,12		1,000
Персеверации	Кардиологични пациенти	4,58	4,11	0,550
	Кардиохирургични пациенти	3,41		0,186

Подозрителност	Кардиологични пациенти	5,27	4,89	0,892
	Кардиохирургични пациенти	4,12		0,129
Избягване на интимност	<u>Кардиологични пациенти</u>	<u>2,98</u>	<u>2,17</u>	<u>0,021</u>
	Кардиохирургични пациенти	2,71		0,256
Ексцентричност	Кардиологични пациенти	4,25	3,59	0,289
	Кардиохирургични пациенти	3,27		1,000
Поемане на рискове	Кардиологични пациенти	4,17	3,80	0,931
	Кардиохирургични пациенти	3,22		0,349

От **Таблица 20** се вижда, че само две от идентифицираните различия се отнасят до съпоставката между пациенти и контролни изследвани лица – тези при фасетите Емоционална лабилност и Избягване на интимност. Според междугруповите сравнения, пациентите, преминали през кардиологични интервенции са по-емоционално лабилни и избягват интимност в по-голяма степен, отколкото здравите изследвани лица. Не са открити разлики между пациентите, преминали кардиохирургични интервенции и контролните изследвани лица.

В **Таблица 21** са представени и идентифицираните междугрупови различия между двете пациентски групи, според проведения с изкуствено удвоена извадка ANOVA анализ и post-hoc анализа на Bonferroni:

Таблица 21. Разлики в средните на двете пациентски групи по всички фасети на PID-5 при изкуствено удвоена извадка

	Средна Кардиологични пациенти	Средна Кардиохирургични пациенти	Значимост на разликата (p)
Емоционална лабилност	<u>5,25</u>	<u>4,15</u>	<u>0,007</u>
Враждебност	5,00	4,12	0,062
Персеверации	4,58	3,41	0,29
Подозрителност	<u>5,27</u>	<u>4,12</u>	<u>0,007</u>
Избягване на интимност	2,98	2,71	1,000
Ексцентричност	4,25	3,27	0,052
Поемане на рискове	<u>4,17</u>	<u>3,22</u>	<u>0,031</u>

От Таблица 21 става ясно, че значимите различия между двете пациентски групи се наблюдават по отношение на фасетите Емоционална лабилност, Подозрителност и Поемане на рискове, докато разликите при фасети Враждебност и Ексцентричност остават едва маргинално значими. Това означава, че пациентите, преминали кардиологична намеса са по-емоционално лабилни, по-подозрителни и по-склонни да поемат рискове от пациентите, преминали през кардиохирургична такава.

На база на тези резултати се намира основание за подкрепа на Хипотеза 2, по отношение на това, че хората, които са преминали инвазивни кардиологични и/или кардиохирургични интервенции, имат по-високи нива на алекситимия.

Що се отнася до Хипотеза 3, обаче, в която се допуска различие между пациенти и контролни изследвани лица по отношение на тяхната чувствителност към тревожност – статистически значими разлики не са открити и тази хипотеза не получава подкрепа.

По отношение на Хипотеза 4, при която се очаква преобладаване на емоционална лабилност, депресивност, оттегляне и избягване на интимност при преминалите интервенции и операции в сравнение с контролната група, само част от критериите се

потвърждават и те са валидни само за групата на пациентите, преминали кардиологични интервенции. При кардиохирургичната група не се наблюдава такава тенденция.

Всички анализи допринасят и за подкрепа на Хипотеза 1, тъй като алекситимията – и по-конкретно, външно ориентираното мислене – действително е идентифицирана като дименсия, по която изследваните пациенти се различават от общата популация в лицето на изследваната контролна група. На този резултат, обаче, е нужно да се отдели повече внимание при интерпретацията на резултатите, тъй като при сравнение с нормите, изследваните пациенти не отбелязват различни резултати, което не е вярно за контролната група.

За проверка на петата последна хипотеза бяха проведени серия от Т-тестове на Стюдънт за независими извадки, които сравняват баловете по всяка една променлива, с оглед на датата на попълване. Изследваните лица са разделени в две групи – отговаряли до месец юли 2020-та, включително и такива, включили се в изследването след това. Наблюдава се значима разлика по времето на участие единствено при скалата Външно ориентирано мислене. Различията по нея, обаче, противоречат на очакванията – попълвалите в периода до юли 2020-та година бележат среден бал по скалата $M = 12,85$ ($SD = 2,464$), а тези, които са взели участие в изследването от юли 2020 г. насам имат средна $M = 10,90$ ($SD = 3,078$). Много е вероятно тази посока на различието да се дължи на факта, че всички изследвани лица от контролната група са се включили в изследването през 2021г.. Затова, същата серия от Т-тестове бе повторена върху данните от двете групи пациенти, изключвайки тези, събрани от контролната група. При премахване данните на контролната група, значимата разлика спрямо периода на отговор изчезва. Наблюдава се единствено маргинално значима разлика при домейна Невъздържаност.

При сравнение, включващо само данните на изследваните пациенти, сред всички 25 фасети на въпросника PID-5, е открита една значима разлика – по дименсията Грандиозност. Отговарялите до месец юли 2020 г. пациенти бележат средна $M = 3,45$ ($SD = 1,94$), а включилите се в изследването лица по-късно имат средна $M = 4,46$ ($SD = 2,335$).

Представеното в настоящата разработка изследване е проведено с цел да се проучат особеностите на личността, свързани със способността на индивида да реагира на психически и емоционален дистрес, с проявата на определено дезадаптивно

поведение и връзката на тези променливи с генезиса и протичането на кардиологичните заболявания. Макар и взаимодействието между тези явления да е сложно и невъзможно за обхващане от един-единствен изследователски дизайн, проучването на личностовите различия между пациенти с кардиологични заболявания и здрави изследвани лица може да допринесе за развитието на теориите, свързани с психосоматиката на сърдечносъдовите заболявания.

На база на представения теоретичен обзор в настоящото изследване бяха поставени пет хипотези, по-голямата част от които събраните данни подкрепят:

1. Допуска се, че пациентите с инвазивни кардиологични и кардиохирургични интервенции показват определени личностни черти, които са вид предиспозиция за конкретни сърдечни заболявания.

Тази обобщителна хипотеза получава подкрепа, посредством проверката на следващите – действително са открити личностови различия между пациентите и здравите изследвани лица. Разбира се, не става дума за лонгитюдно изследване, в което е проследено развитието на хора с конкретни личностови черти, но са установени завишени нива на няколко дезадаптивни личностни особености при пациентите, които с оглед на тези и предишни изследвания за психогенезата на сърдечносъдовите заболявания, както и на соматичните оплаквания като цяло, могат да бъдат интерпретирани като вид предиспозиция за развитието на сърдечно заболяване.

2. Пациентите, преминали сърдечни интервенции и/или операции, показват повисоки нива на алекситимия и нейните два фактора, в сравнение с изследваните лица в контролната група.

Направените анализи осигуряват подкрепа за Хипотеза 2, предвид че действително показват резултатите на пациентите по субскалите Трудности в идентифицирането и описването на чувства и Външно ориентирано мислене, както и по Общата скала за алекситимия, като по-високи от тези на здравите изследвани лица. Това позволява алекситимията да се изолира като една от отличителните личностови характеристики на пациентите, развили сърдечносъдово заболяване, налагащо кардиологична или кардиохирургична интервенция.

3. Пациентите, преминали сърдечни интервенции и/или операции, показват по-високи нива на чувствителност към тревожност в сравнение с изследваните лица в контролната група.

Чувствителността към тревожност, обаче, не се оказва сред отличителните характеристики на тези пациенти. Не са открити по-високи нива нито при пациентите, претърпели кардиологични интервенции, нито при тези, претърпели кардиохирургични операции.

4. Очаква се пациентите, преминали инвазивни кардиологични и/или кардиохирургични интервенции, да имат по-високи нива, в сравнение с хората от контролната група, по следните фасети:

A. Емоционална лабилност

B. Депресивност

C. Оттегляне

D. Избягване на интимност

В отговор на хипотеза 4 данните са противоречиви. Изследваните пациенти действително показват по-висока емоционална лабилност и по-висока склонност към избягване на интимност, но се оказват със същите нива на депресивност и степен на оттегляне като контролните изследвани лица. Още повече, разликата по фасетите Емоционална лабилност и Избягване на интимност се наблюдава само при една от пациентските групи – тази на преминалите инвазивни кардиологични, а не кардиохирургични интервенции. Частичната подкрепа на тази хипотеза е осигурена едва при изкуствено удвояване на размера на извадката, поради което трябва да се спомене, че тя не е подкрепена в пълния смисъл на думата, а по-скоро са налични основания да приемем, че при разширяване на извадката, тя би получила подкрепа.

В такъв случай, можем да допуснем, че други отличителни личностови характеристики на пациентите – поне на тези, изискващи инвазивна намеса – са емоционалната лабилност и склонността към избягване на интимност. Сред множеството личностови дименсии, изследвани чрез въпросника по DSM-5, не се

идентифицира нито една друга разлика, дори при изкуственото удвояване на броя изследвани лица.

5. Очаква се лицата, изследвани в периода от юли 2020 до септември 2021 година, да показват значително по-високи нива на Отстраненост и Психотизъм, в сравнение с лицата, изследвани през по-ранен период, поради настъпването на пандемията от Covid-19 и обвързаните с нея мерки за контрол на разпространяване на заразата.

Данните не дават основание да се приеме, че изследваните лица в пика на пандемията се различават, по която и да било личностна характеристика от тези, които са взели участие по-рано. Следователно, не можем да подкрепим допускането, че Covid-19 пандемията е свързана с личностовите диспозиции на популацията, но преди да се отхвърли изцяло това твърдение, следва да бъдат обсъдени и ограниченията на изследователския метод, които биха могли да допринесат за липса на идентифицирани статистически значими резултати.

Обсъждането на получените резултати може да започне с разликите по отношение на алекситимията между пациенти и здрави изследвани лица. Става ясно, че Хипотеза 2 подкрепя теориите за неспецифичността (Sifneos, 1994), според които психоемоционални дефицити, като алекситимията, влияят неблагоприятно на емоционалната преработка и символизацията при субекта. Това от своя страна би могло бъде предпоставка за соматизации. Индивидите с високи нива на алекситимия се характеризират с операторско мислене и намалена или изцяло липсваща способност за ментализация, което означава, че символизирането за тях е силно затруднено, връзката със собствения им вътрешен свят е нарушена или прекъсната. Т.е., наблюдава се неуспешна психична преработка.

Следвайки казаното от членовете на Парижката психосоматична школа, можем да допуснем, че при пациентите с кардиологично заболяване, всяка психична възбуда не може да бъде оптимално преработена от психичния апарат чрез символи и вербализиране. Напротив, тя остава една възбуда в тялото, чийто заряд не се изразява и причинява промени на соматично ниво. В този смисъл, алекситимиците са по-предразположени към разрушителни телесни процеси, поради невъзможността да оттичат нервната възбуда по вербален и символичен начин. Оттук е очаквано, че при тях

е по-вероятно развитието на заболявания, например сърдечносъдови. Същото е валидно за очакването, че цялостно сред пациентите с хронични заболявания по-често ще се срещат субекти с висока алекситимия, отколкото сред здравите хора.

Предвид квазиексперименталния дизайн на изследването, няма как да направим заключение за причинно-следствена връзка. Сърдечносъдовите заболявания очевидно са свързани, но не е ясно каква е посоката на тяхната връзка. От една страна, алекситимията се счита по-скоро за стабилна личностова диспозиция, която не очакваме да се променя значително с времето – особено без терапевтична интервенция - и съответно не е много вероятно по-високата алекситимия на пациентите да се дължи на техните преживявания, свързани с болестта. Но въпреки това, алекситимичните прояви са разглеждани и като резултат от психична защита (Aisenstein, 2006), което означава, че могат и да бъдат следствие на заболяването.

Ето защо, полезно подобрение на изследователския дизайн би било включването на трета група изследвани лица, които да послужат за сравнение. Изследване на пациенти, страдащи от хронично заболяване от рождението си или преживели инвазивни интервенции от друг характер (например, след инцидент), би могло да даде още една гледна точка. Ако нивата на алекситимия са по-високи и при такава група пациенти, можем да допуснем, че както при тях, така и при пациентите със сърдечносъдови заболявания, алекситимичните прояви са със защитен характер или смесен характер. Но ако между контролната група и тези допълнителни изследвани групи няма разлика по отношение на алекситимията, бихме могли с по-голяма увереност да заключим, че алекситимията е предиспозиция за развиването на психосоматични заболявания, сред които и сърдечносъдовите.

Съображението относно причинно-следствената връзка на променливите може да бъде валидно по отношение на всяка идентифицирана тук разлика между пациенти и контролни изследвани лица.

Аналогичен е и случаят с по-високата степен на емоционална лабилност. Съгласно теориите на Селие (1982) и Cannon-Bard (1927) за връзката между преживяванията на човек, влиянието на средата и стимулите и хомеостазата в тялото, резултатът, индикиращ по-силна емоционална лабилност у пациентите, е съвсем очакван. Хомеостазата на личности, които са по-емоционално лабилни, е логично да

бъде по-лесно - и съответно по-често - нарушавана от стресори. Подобен хроничен дисбаланс в телесните системи е ясна предиспозиция за развитие на соматични оплаквания.

По-високите нива на емоционална лабилност подкрепят и модела за психосоциална уязвимост (Smith et al., 2004). От една страна е възможно хората, претърпели повече конфликти и негативни събития и тези, които имат по-малко социална подкрепа и по-стресираща работа, да бъдат по-емоционално лабилни. Но от друга страна, отново е необходимо да се постави под въпрос посоката на евентуалната причинно-следствена връзка между личностовата характеристика и заболяването: възможно е именно емоционалната лабилност да е фактор за увеличеното възприятие за преживяването на стрес от работа, повече семейни конфликти и по-ниска удовлетвореност, които изследването на Smith et al. (1988) открива. Възможно е и лабилността да е причинена от преживяванията на пациентите, свързани с тяхното продължително лечение и хронично боледуване, както и със съпътстващия ги увеличен риск от усложнения и смърт – малко хора биха запазили психическа стабилност, изправени пред такова предизвикателство.

Що се отнася до гледната точка за двупосочна връзка между психосоциалните фактори и емоционалната лабилност, изводите са близки до транзакционния модел (Smith et al., 2004), според който може да се каже, че емоционално лабилните хора са по-реактивни, което има и своя отзвук в тялото. В настоящия случай, обаче, за разлика от транзакционния модел, в констелацията от променливи не е включена враждебността. Не е открита връзка между сърдечните заболявания и враждебността, въпреки модела на психофизиологичната реактивност (Williams et al., 1985). Този резултат е възможно да се дължи на особеност на изследователските инструменти - възможно враждебните тенденции на субектите да не са осъзнати от тях, така че да бъдат отчетени от въпросник за самооценка. Но е възможно и зад наблюдаваната от предходни изследователи враждебност да се крие нещо друго – тя да е поведенческа проява или защитен механизъм, продиктуван от други личностови диспозиции, които за разлика от враждебността са по-често наблюдавани у пациентите.

Пример за такава скрита черта е избягването на интимност и свързани с нея особености. Това е втората фасета, по която са идентифицирани различия между пациентите и контролната група. Отново е под въпрос дали заболяването на пациентите,

рискът за тяхното здраве, претърпените интервенции и техните телесни белези, както и отдръпването, което психичния апарат често проявява при травма, не са причина за повишаване склонността към избягване на интимност. Но е очаквано и връзката да бъде в противоположна посока. На първо място, говорейки за лица със завишени нива на алекситимия, е логично да обсъдим това, че за тях има вероятност и да са по-дистанцирани. Интимността изисква връзка както с чуждия ментален свят, така и със собствения, изисква споделяне и силно емоционални преживявания, които могат да бъдат претоварващи за лица с трудности в идентифицирането и описването на чувства. Следователно, логично е алекситимичните субекти да избягват интимност, която би могла да бъде и фактор за здравословното им състояние чрез много опосредяващи фактори. Например, готовите на интимност лица е вероятно да имат по-добра социална подкрепа, по-удовлетворяващи отношения със семейство и приятели, и съответно повече ресурси за справяне с дистреса.

Както беше споменато в глава първа, чувствителността към междуличностно отношение (IS) е идентифицирана като потенциален рисков фактор за влошаване на здравето и възникване на КБС (Marin & Miller, 2013). Също така, откритата от Raikonen et al. (2001), положителна връзка между социалната тревожност и развитието на хипертония сред жените на средна възраст е в синхрон с получения резултат, както и с резултатите на Nakaya et al. (2005) за положителната връзка между интровертността и сърдечносъдовите заболявания. Така можем да кажем, че избягването на интимност е потенциална предиспозиция за развитие на психосоматични проблеми.

Важно е да се обсъди още един детайл от получените резултати - намерените значими различия по фасетите на DSM-5 въпросника са валидни само за групата на пациенти, преминали през кардиологични интервенции. Прави впечатление, че пациентите, преминали кардиохирургични интервенции не се различават от контролните изследвани лица. Тази липса на статистическа значимост, обаче, вероятно се дължи на едно от методологическите ограничения – недостатъчният обем на извадката. Групата на кардиологичните пациенти е съставена от 48 човека и въпреки това е нужно изкуствено удвояване на данните, за да се открият статистически значими резултати. С оглед на това, най-вероятното обяснение на липсата на специфични характеристики при кардиохирургичните пациенти е още по-малкият състав на тяхната група – 41 ИЛ. Това се подкрепя и от факта, че при най-сигурното различие – в

алекситимичните прояви – характеристиките и на двете пациентски групи са еднакви: завишена алекситимия в сравнение с контролните изследвани лица.

Останалите очаквания в изследователския проект обаче не получават подкрепа. Не са открити дори маргинално значими разлики при удвоените данни на лицата по отношение на депресивността и оттеглянето. По-горе беше споменато, че маркери за психично благополучие – каквито са депресивността и оттеглянето – са трудни за проучване по време на глобална криза. Възможно е очакваното повишаване на тези диспозиции сред общата популация по време на Covid-19 пандемията да е повлияло уеднаквяването на резултатите. Но също така трябва да се постави под въпрос и доколко депресивността и оттеглянето са действителни предиспозиции за сърдечно заболяване или негово следствие. Възможно е те да бъдат явления, наблюдавани у индивиди с неразрешени конфликти, подкрепяйки идеята на Франкъл (2001) и като цяло теориите за специфичните конфликти. Но е възможно и те да са резултат от хроничното боледуване и тревога за здравето, които са донякъде фактор при всички изследвани лица в настоящата ситуация.

Изследваната от Marty (1966) есенциална депресия съответно не може да се идентифицира като фактор за кардиологичните заболявания, според резултатите от настоящото изследване. Но това не я изключва като фактор за други заболявания, тъй като тя е свързана по-скоро с понижен тонус, отколкото с реакции, свързани с натоваване на сърдечносъдовата система.

Що се отнася до чувствителността към тревожност, изглежда, че пациентите не се отличават с по-висока такава. Това отново може да се дължи на цялостната промяна по време на пандемията. Но може да се отнесе и към връзката на чувствителността към тревожност и алекситимията. Чувствителността към тревожност е една специфична характеристика, изискваща известен капацитет за ментализация. Всички въпроси от Индекса за чувствителност към тревожност изискват, при отговарянето, определена степен на себerefлексия и сензитивност към емоциите, която не е характерна за хора с алекситимични прояви, а именно – операторско мислене и трудности в идентифицирането и описването на чувства. В този смисъл, би било противоречиво да бъдат потвърдени едновременно Хипотеза 2 и Хипотеза 3. Логично е да се преосмисли теоретичната предпоставка за това допускане и да се има предвид, че вероятно сърдечносъдовите заболявания са по-тясно свързани с неясната тревожност,

произлизащата отчасти от външни събития и фактори, както и от характерна за личността невъзможност за емоционална преработка.

Във връзка с последната Хипотеза 5, е редно да припомним, че повишеният риск от коронарна болест на сърцето при пациенти, изложени на стрес, е широко разпознат. Но в настоящото изследване не се наблюдават разлики между лицата, попълвали въпросниците преди и по време на пандемията. Интерпретирайки този резултат, на първо място е важно да се каже, че все пак тук се изследват устойчиви личностови диспозиции, а не симптоми и субективно благополучие, нито сериозност на соматичното заболяване. Очаквано е стабилните личностни черти да не се променят в зависимост от пандемията, а по-скоро да бъдат ресурс за справянето с напрежението по време на кризата и фактор за симптоматиката и здравето на субекта. Все пак, добре е да се спомене, че едно по-машабно изследване върху соматичните симптоми и заболявания на сърдечносъдовата система, в светлината на субективното благополучие и психичното страдание, вероятно би имало повече значими резултати и би позволило да се направят повече изводи.

3.3. Ограничения и възможности за бъдещи изследвания

След обобщението на подкрепените и неподкрепените хипотези на изследването, за да може направените интерпретации и изводи по резултатите да бъдат генерализирани, е редно да се обсъдят ограниченията в дизайна и процедурата на изследването. Възможно е част от получените резултати да се дължат на латентни променливи и непредвидени влияния, които трябва да се имат предвид при една предпазлива и максимално обективна интерпретация.

Първото такова ограничение, както стана ясно по-горе, е неоптималният размер на извадката. За съжаление, това ограничение на изследването е до голяма степен външно – неговият дизайн е планиран преди непредвиденото избухване на глобална епидемия, с оглед на това, че изследователят, събиращ данни, би имал свободен достъп до пациентите, преминали кардиологични и кардиохирургични интервенции. Много са факторите, повлияли неблагоприятно на броя изследвани лица:

- 1) независимо от политиките на отделните болнични заведения, много от хората отлагат и избягват търсенето на болнична помощ, поради страх, че там биха могли да се заразят с Covid-19 (Ангелов, 2020);

- 2) няколко пъти по време на пиковите на пандемията са спрени плановите болнични приеми на пациенти (БНТ Новини, 2021);
- 3) предприети са сериозни мерки за ограничаване на достъпа на външни лица до всички болнични пациенти (МЗ, 2020);
- 4) а също така се препоръчва и строга социална дистанция на пациентите с кардиологични проблеми, с цел да се минимизира риск от зараза (ВМА, 2020).

Във връзка с това трябва да се обмислят и особеностите на периода, в който лицата са изследвани. Това е особено чувствителен период, предвид че те все още са подложени на болнично лечение. Възможно е това да създава предпоставки за неискрени отговори, най-малкото поради липса на енергия у пациентите, която се иска за попълването на толкова дълги инструменти. Струва си да се обмисли продължение на проведеното изследване, което да се случи в колаборация с пациентски организации и лечебни заведения за продължаващо лечение или диспансерна грижа, така че да се съберат изследвани лица, които да участват по време на по-спокоен за тях период.

Друго ограничение, дължащо се на непредвидимото външно влияние на Covid-19 пандемията, е това, че почти всички участници в изследването са изследвани по време на глобална криза. Дори да допуснем, че част от извадката – именно пациентите с кардиологични проблеми – се отличават с по-висока депресивност, чувствителност към тревожност и други, възможно е тази разлика да се заличи под всеобщото влияние на здравната криза по света. В период, в който цялата популация е с влошено психично състояние, е по-трудно да се идентифицират междугрупови различия. Разбира се, няма гаранция, че резултатите биха били по-различни в друга ситуация, но все пак се препоръчва повторното провеждане на това изследване в период, в който влиянието на кризата е овладяно и е минало достатъчно време за възстановяването на гражданите.

Също така, що се отнася до влиянието на пандемията, то е включено и като променлива в петата поставена хипотеза. Но разделението на лица, участвали в изследването преди и след септември 2020 г. може би не е оптимално. Все пак, именно в началните месеци от кризата – март до юни 2020г. – общата тревожност от неизвестното сред популацията бе най-висока. Следователно е вероятно в групата на лицата, изследвани преди пика на пандемията, да попадат и такива, които вече са изпитали тежкото ѝ влияние. Разделянето на извадката на лица, попълнили преди и след

началото на март 2020 г. обаче, също е неоптимално, тъй като би формирало една група, състояща се от по-малко от 20 ИЛ и то ексклузивно пациенти.

Трето ограничение, което може да се посочи, е свързано с използвания инструментариум. DSM-5 въпросникът, използван за измерване на повечето психологически променливи в изследването, е легитимно адаптиран за употреба в българската социокултурна среда и показва добри психометрични качества. Версията му обаче е насочена към изследване на юноши, а не на възрастни. В сравнение с оригиналната версия на респективната форма за възрастни, използваният въпросник има идентични фасети. Също така, въпросите в оригинала на инструмента за юноши и възрастни се различават минимално, но все пак това е потенциално ограничение, което трябва да се спомене. При бъдещи изследвания на темата се препоръчва използване на инструмент за възрастни, ако такъв вече е адаптиран.

С цел да се проучи какви биха били резултатите при евентуална по-обширна извадка, са направени повторни дисперсионни анализи върху изкуствено удвоена извадка – данните на всяко изследвано лице от трите групи са включени в извадката по два пъти. В този вариант действително има промяна в резултатите и повечето маргинално значими различия се оказват значими.

Препоръки

От изследователска гледна точка, в заключение на направеното изследване, биха могли да се направят няколко препоръки. Първата част от тях е свързана с предварително посочените в секция 3.3. - методологически ограничения. За да бъдат подостоверни резултатите е жизнено важно събирането на по-обширна извадка, като трябва да се внимава и за това тя добре да репрезентира цялата изследвана група. На второ място е важно да бъдат използвани стандартизирани измервателни инструменти, създадени за конкретната група от възрастни изследвани лица. Препоръчително е повторното изследване да бъде извършено в един по-късен етап, когато последиците от Covid-19 пандемията са в голяма степен преодолени. Колкото до сравнението между нивата на изследваните психологически променливи преди и след тази пандемия, настоящите резултати на лица, попълвали въпросниците след началото на март 2020 г., биха могли да се сравнят с вече събрани в други изследвания извадки преди тази дата.

Втората част от изследователските препоръки засяга една особеност при интерпретациите. За да имаме по-голяма увереност в извода, че личностните различия между пациенти и здрави изследвани лица са предиспозиции, а не резултати от сърдечносъдовото заболяване, е важно да се включи трета или дори четвърта изследвана група с подобни преживявания на изследваните пациенти, но без съмнение за психосоматизация.

А що се отнася до теоретично значимите изводи от изследването, могат да се направят няколко препоръки, повечето от които вече са застъпвани в предишни публикации:

- важно е да се наблегне на нуждата от мултидисциплинарна работа при лечението на соматични оплаквания (не само медици, но и психолози и психотерапевти).

- предвид идентифицираните връзки между психологическите проблеми като депресия, тревожност, социална изолация и съпътстващите ги личностни черти като избягване на интимност, алекситимия и емоционална лабилност, и развитието на болести при здрави хора и усложнения при вече заболелите, скрийнингът и психотерапевтичната интервенция следва да бъдат неотменен елемент от лечението. В тази връзка, осигуряването на психологическа помощ, която пациента да може да си позволи, също както медицинската, е ключово звено в лечението на сърдечносъдовите заболявания.

- важно е да продължават усилията в проучването на конкретните предиспозиции към психосоматични заболявания, както и на конкретните интервенции и ресурси, които биха могли да подпомогнат лечението чрез засилване на психичните ресурси и капацитети.

Изводи

От получените резултати, подкрепените и неподкрепени хипотези, могат да се направят няколко общи извода както по отношение на теорията и лечението на психосоматичните заболявания – и в частност, сърдечносъдовите такива – така и за необходимите бъдещи изследвания по темата и оптимизирането на техните методи:

- Етиологията на заболяванията е свързана с психогенни фактори; настоящото изследване дава сведения конкретно за сърдечносъдовите заболявания.
- Пациентите, страдащи от сърдечносъдови заболявания, се отличават с високи нива на алекситимия, в което влизат трудности в идентифицирането и описването на чувства и склонност към операторско мислене. Тези алекситимични прояви са свързани с трудности във вербализацията, символизацията, ментализацията и емоционалната преработка и по този начин подчертават, че всички тези диспозиции са в динамична връзка не само с психичното, но и с физическото здраве.
- Пациентите, страдащи от сърдечносъдови заболявания, не се характеризират с необичайна чувствителност към тревожност; това вероятно се дължи на затрудненията им в преработката на емоции.
- Пациентите, страдащи от сърдечносъдови заболявания, се отличават с висока степен на емоционална лабилност и повече склонност към избягване на интимност.
- Нужна е допълнителна информация за хипотези относно причинноследствената връзка между алекситимията, емоционалната лабилност и избягването на интимност от една страна и соматичните оплаквания от друга. Такава информация би могла да се осигури чрез бъдещи изследвания, включващи групи пациенти, които също са претърпели продължително лечение или инвазивна медицинска намеса, но за които не се очаква да се характеризират с конкретни личностови особености, влияещи на тяхното здраве.

Всички тези изводи са само част от теоретичните знания по отношение на психосоматичните заболявания и тяхната етиология. Но все пак те служат като подкрепа на идеята, че медицинският подход към психосоматиката, фокусиран върху соматичното оплакване, не може да обхване пълната картина и да подходи интегрирано към възстановяването и поддържането на здравето на субекта. Изводите подкрепят психоаналитичния подход на работа, акцентиращ върху допускането на соматизация в психичното функциониране на пациента и разглеждането на тази възможност. Независимо дали става въпрос за соматизация чрез регресия (Aisenstein, 2006), за щети, нанесени от непреработени емоции и респективната вегетативна възбуда в тялото или за конверзия като начин за решаване на вътрешен конфликт, става ясно, че заболяванията трябва да бъдат разглеждани в контекста на психичните и личностови особености на пациента, а работата по лечението им да бъде адаптирана спрямо това дали наистина има индикации за психосоматика.

Заклучение

Представения в предходните страници материал има за цел да направи един достъпен, но детайлен обзор на теориите, занимаващи се с връзката между психичните процеси и соматичните оплаквания. Преминавайки през обсъждане на фундаменталната връзка ум-тяло, природата на психосоматичните оплаквания, различните гледни точки за тяхната онтогенеза, през различни конкретни фактори, отразяващи се на соматичните заболявания, отключени поне частично - ако не изцяло – вследствие на психично затруднение, конфликт, дефицит или неоптимално функционираща защита, както и през обзор на различните кардиологични проблеми и характеристиките им, основното заключение, до което бе стигнато е, че съществуват конкретни личностни черти, играещи ролята на предиспозиции за развитието на сърдечносъдови заболявания.

Проведено е емпирично изследване, в което са събрани данни от близо 150 изследвани лица, разпределени в три групи – две от пациенти, страдащи от сърдечносъдови заболявания и една от здрави изследвани лица, с помощта на три стандартизирани инструмента. Целта на това изследване е да проучи възможно най-много от потенциалните личностови различия между групите, като по този начин спомогне за идентифицирането на личностови характеристики, свързани с конкретните заболявания. По този начин са проучени общо 29 личностови характеристики.

Специфични за ситуацията в България методологически ограничения, обаче, не позволяват събирането на достатъчно обширна извадка. Вследствие на това, идентифицираните различия между групите са на първо място по скалите за Алекситимия и нейните субскали за трудности в идентифицирането и описването на емоции и външно ориентирано мислене, а условна подкрепа получават и допусканията за разлики по фасетите Емоционална лабилност и Избягване на интимност. Очакванията за разлики между пациенти и контролни изследвани лица по отношение на Чувствителност към тревожност, Депресивност и Оттегленост не са оправдани, както и очакванията за различия между лицата, участвали в изследването до пика на Covid-19 пандемията през септември 2020 г. и след това.

Въпреки това, цялостните резултати от изследването осигуряват подкрепа за допускането, че психосоматичните заболявания – към които до голяма степен има допускане, че сърдечносъдовите се причисляват – са свързани с психогенни фактори.

По-високата реактивност към стресови стимули, за която свидетелства емоционалната лабилност, трудността в процесите на ментализация, вербализация, символизация и емоционална преработка, към които насочва алекситимията и социалната изолация, за която допринася избягването на интимност, вероятно са част от тези психогенни фактори.

В съответствие с този извод са дадени препоръки за практическата работа с пациенти, страдащи от сърдечносъдови или други считани за психосоматични заболявания. Най-важната сред тях, давана вече от редица изследователи, терапевти и медици, е че при лечението на едно подобно заболяване от ключово значение е мултидисциплинарната работа, участието на психолог/психотерапевт и предоставянето на достъпни психологически и психотерапевтични интервенции за пациентите.

Развитието на съвременната медицина и интегративна грижа за здравето така или иначе върви в тази посока, но процесът изглежда бавен. Още Фройд прави, в общи линии, същата препоръка, откривайки психогенния произход на неразгадаемата до неговото време хистерия. В България към момента, за съжаление, намирането на квалифицирана лекарска помощ и кадри с добро съвременно образование става все по-голям проблем.

Поради тази причина, засилен изследователски интерес и разпространяване на изследователски резултати и изводи сред държавни институции, лечебни заведения и общата популация е от изключително значение за адекватното посрещане на проблемите, с които се сблъскват една немалка част от пациентите, постъпващи в болници.

Приноси:

1. Настоящото изследване проследява конфигурация от психологични предпоставки, които биха могли да се явяват предиспозиция за развиване и прогресия на сърдечни заболявания, нуждаещи се от кардиологични или кардиохирургични интервенции.
2. Настоящото изследване е първото в България, което прави корелация и изследва психологическото влияние на Covid-19 при сърдечносъдови пациенти.

3. Дисертационният труд представя и описва разликите в българския и световния опит във връзка психоемоционалните и психосоциални фактори и прогресията на сърдечносъдови заболявания.
4. В дисертационния труд са разгледани същността и изследователските подходи към психосоматичните заболявания, като са интегрирани психосоциалните фактори, които допринасят и са свързани с развитието и прогресията на сърдечносъдовите заболявания.
5. Представена е значимостта на консултирането и психотерапията на пациенти със сърдечни заболявания по време на Covid-19, която има потенциала да развие специализираната помощ и да допринесе за тяхната подкрепа и стабилизиране.
6. Дисертационният труд има съществена информационна стойност във връзка с подобряване на осведомеността и подготовката на здравните специалисти, ангажирани с терапията на сърдечносъдови пациенти.

Публикации по темата на дисертационния труд

1. **Азис В.**, Крумова-Пешева Р., Азис А. (2020). Динамика на чувството за контрол у пациенти с кардиологични заболявания. Сборник научни доклади от Трети национален конгрес по клинична психология с международно участие „Ментализация и клинична практика“. ИК „Стено“. 32-38.
2. **Азис В.** (2021). Нагласата към заболяването при пациенти с исхемична болест на сърцето по време на Ковид-пандемия, Списание In Spiro (под печат)
3. **Азис В. & Азис А.** (2021). Психологично консултиране на пациенти преминали сърдечни операции по време на Covid-19 пандемията; МД списание, брой 4 (124), година CVIII, октомври 2021, стр, 64
4. **Азис В.**, Крумова-Пешева Р. (2021). Психосоматични аспекти при пациенти с кардиологични заболявания. Българско списание по психология. Издание на Дружеството на психолозите в България; Доклади от IX Международен конгрес по психология 2020 г., Секция 3 „Клинична, здравна и консултативна психология“ Брой 3 (4), стр.54
5. Крумова-Пешева Р., Азис А, Пешев Х., **Михайлова В.** (2015). Психологични измерения на болката при пациенти, очакващи кардиохирургични интервенции,

- Сборник „Приложна психология и социална практика“ – XIV Международна научна конференция – ВСУ, Университетско издателство, 451-456
6. Крумова-Пешева Р., **Михайлова В.** (2014). Психосоматични, соматопсихични взаимодействия и алекситимия, Сборник „Приложна психология и социална практика“ – XIII Международна научна конференция – ВСУ, Университетско издателство, 530-538
 7. Крумова-Пешева Р., Спасов Л., **Михайлова В.** (2011). Психическа преработка на усещането за безобектен ужас след тежки животоспасяващи операции, Клинична и консултативна психология, 2(8), 28-31
 8. Крумова-Пешева Р., Спасов Л., **Михайлова В.** (2012). Психологическо проследяване на пациенти с кардиохирургични операции, Сборник „Приложна психология и социална практика“ – Единадесета международна научна конференция, 1049-1054
 9. Крумова-Пешева Р., Спасов Л., **Михайлова В.** (2013). Психологично консултиране при хоспитализирани пациенти. Неврология и психиатрия, т. 44, 1, 12-19
 10. Крумова-Пешева Р., Спасов Л., **Михайлова В.**, Кънева Н., (2013). Психологични и кинезитерапевтични грижи при пациенти след кардиохирургични операции, Сборник научни доклади от Научна конференция с международно участие „Психологията – традиции и перспективи“, 187 – 191