

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ОБЩА, ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА, РАЗВИТИЙНА И
ЗДРАВНА ПСИХОЛОГИЯ

Автореферат

на дисертация

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”

**Влияние на протективните личностни ресурси върху
процеса на активно лечение на пациенти с
онкологични заболявания**

Професионално Направление
3.2. ”Психология” (Психология на здравето)

Докторант :
Александър Георгиев

Научен ръководител:
Доц. д-р Евдокия Христова

София, 2019 г.

Пълният обем на дисертацията е 133 страници, от които заглавната страница, съдържанието, библиографията и приложенията са 17 страници. Дисертацията се състои от увод, 4 глави, заключение, използвана литература и приложения.

Използваната литература включва 133 заглавия, от които 36 на български език, 5 на руски, 86 на английски и 6 на френски език. Таблици: 35. Фигури: 1. Приложение: инструментариум.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 31.01.2020 от 10 часа в зала 63 на СУ „Св. Климент Охридски” на открито заседание на избраното Специализирано научно жури. Материалите по защитата са на разположение в канцеларията по психология, 62 кабинет, южно крило на СУ „Св. Климент Охридски”, както и на сайта на университета www.uni-sofia.bg.

Сбито съдържание на дисертационния труд

Увод

Глава 1. Подходи към онкологичните заболявания

- 1.1. Биомедицински модел на болестта
- 1.2. Биопсихосоциален модел на болестта
- 1.3. Модел на болестта в здравната психология
- 1.4. Психосоматичен модел на болестта
- 1.5. Психосоматика и онкологични заболявания
- 1.6. Психоонкология и континуумна онкологичната грижа

Глава 2. Концепция за позитивно психично здраве

- 2.1. Протективни личностни ресурси
 - 2.1.1. Издръжливост – централен ресурс на позитивното психично здраве
 - 2.1.2. Оптимизъм
 - 2.1.3. Позитивната самооценка
 - 2.1.4. Чувство за хумор

Обобщение

Глава 3. Изследване на пациенти с онкологични заболявания

- 3.1. Цел, хипотези и задачи на научното изследване
- 3.2. Организация на емпиричното изследване
 - 3.2.1. Изследвани лица
 - 3.2.2. Методи на изследване

Глава 4. Анализ на данните от изследването на клинична група пациенти с онкологични заболявания

- 4.1. Социално - демографски характеристики на изследваните лица
- 4.2. Медицински характеристики на изследваните лица

4.3. Анализ на резултатите от клиничното психологическо изследване

4.4. Проява на рискови фактори в етиологията на онкологичното заболяване на изследваната клинична група

4.5. Характеристики на личностен тип „С”

4.6. Корелационни връзки между характеристиките на личност тип „С“, рискови фактори, емоционална интелигентност и протективни личностни ресурси

4.7. Промени в самооценката на протективните личностни ресурси преди и след онкопсихотерапията

Научна новост

Ограничения на изследването

Приноси на дисертационното изследване

Заклучение

Актуалност

Ракът е и ще продължи да бъде здравно – социален и обществено – икономически фактор в България и света в предстоящите десетилетия. Прогнозите сочат, че броят на новите случаи ще нараства всяка година и от 10 млн. през 2000г. (4.7 млн. в развитите страни и 5.5 млн в развиващите се страни) те ще достигнат 15 млн. (данните са по Национален раков регистър и регистър на СБАЛО) през 2020г. Около 60% от тези случаи ще се появят в развиващите се страни на света. Една трета от тях могат да бъдат предотвратени с ефективни подходи на контрол на тютюнопушенето и употребата на алкохол, рационално хранене, двигателна активност и имунизации срещу вируса на хепатит В и човешкия папиломен вирус (HPV). Към втората трета от случаите усилията трябва да са насочени към своевременно и ранно откриване (ранна диагностика) и комплексно лечение.

Понастоящем, ракът е причина за 12% от всички умирения в света. Очаква се нарастване на броя на смъртните случаи от 6 млн. на 10 млн. през следващите 20 години. Около 20 млн. души по света живеят с диагнозата рак, като се очаква техният брой да достигне 30 млн. до 2020 г. Последниците от рака са по-големи от наблюдавания и очаквания брой на случаите с това заболяване. Ракът засяга не само отделния индивид, но и неговите близки и има големи икономически последици за всяко едно общество, свързани със загуба на доходи и средства за здравни грижи. Ето защо наличието на национална програма за контрол на рака се явява обществено-здравна програма, която цели да намали заболеваемостта и смъртността и да подобри качеството на живот на онкологично болните, чрез систематично и разумно приложение на основани на доказателства стратегии за профилактика, ранно откриване, диагностика, лечение и палиативни грижи при най-оптимално използване на наличните ресурси.

Европа обхваща само 1/8 от населението на света, но въпреки това, 1/4 от всички случаи на рак се развиват в страните на континента – около 3.2 млн. нови случаи и 1.7 млн. умирения на година. Наблюдава се известен дисбаланс между половете, като мъжете са по-засегнати от жените (55% от новите случаи и умиренията са при тях).

Независимо от глобалното засягане, индикаторите за заболеваемост и смъртност показват най-малко двукратни разлики между отделните европейски страни, като те са по-подчертани при специфичните локализации на рака. Засягането от злокачествени

заболявания има някои характерни особености и промени във времето. Тези промени се отнасят както за отделните видове рак, така и за дадена възрастова група, пол и регион. Върху наблюдаваните вариации в заболяемостта и смъртността оказват съществено влияние както редица рискови фактори (екзогенни и ендогенни), така и приложението на ефективни и адекватни действия на превенция и процеса на лечение.

По данни на Национален раков регистър, регистрираните нови случаи със злокачествени заболявания в България през 2007 год. са 33 582, от които 17 484 при мъжете (52%) и 16 098 при жените. За периода 1993 - 2007 год. броят на новите случаи нараства средно с 2- 3% на година.

Напредъкът на съвременната наука промени профила на рака от животозастрашаващо към хронично заболяване, като трансформира грижите за заболяването и най-важното - увеличава дела на хората, оцелели в битката с болестта.

Онкологичното заболяване е системно заболяване, при което опитите, насочени единствено към локалното отстраняване на тумора са само част от цялостния процес на лечение. За постигане на оптимални резултати е необходимо лечението да бъде насочено към целия организъм (т.н. холистичен подход), а не само към тумора, който е симптом на хронично заболяване. Този подход обединява патогенезата на заболяването, използването на многообразие от методи за детоксикация, имунна стимулация, диетотерапия, и не на последно място поставя въпроса за ролята на психологическия фактор, както в етиологията, така и в процеса на лечение на онкологичното заболяване.

Обща характеристика на дисертационното изследване

В теоретичен план изследването се състои в проследяване на развитието на теориите и моделите към онкологичните заболявания. Десетилетия наред, традиционната медицина разглежда рака единствено през призмата на биомедицинския модел за болестта. Здравето се дефинира като отсъствие на болест, а всеки болестен симптом се възприема като имащ подлежаща патология, която ще бъде излекувана чрез медицинска интервенция. В перспективата на съвременните изследвания върху лечението на болести с преобладаващ летален изход се стига до концептуализацията на нов многодименсионален модел за оздравителния процес – биопсихосоциалния подход за възприемане и справяне с болестта. Биопсихосоциалният модел представлява разширяване на болестния или биомедицинския модел на здравето към такъв, който обхваща и подчертава взаимодействието между биологичните процеси и

психологическите и социалните влияния. През последните две десетилетия се публикуват данни, потвърждаващи връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори, посочват се поведенчески фактори като тютюнопушене, употреба на алкохол, начин на хранене, свръхмерен стрес, психосоматични заболявания. В качеството на „психологично канцерогенни“ са описани травмиращи жизнени събития, трудности във връзките със значимото социално обкръжение, нарушения в способностите за изразяване на емоциите, трудности в преодоляването на конфликти, персистиращи състояния на отчаяние и др. Поставен е фокус върху личността тип "С" (предразположена към онкологични заболявания), характеризираща се с емоционална незрялост; затрудненост в изразяването на гнева; ригидност и конвенционалност на емоциите; песимистични преживявания и прогноза за безнадеждност.

Представен е континуумът на онкологичната грижа, следваща пътя от момента на поставяне на диагнозата, процеса на активно лечение, адаптационния период, последващ лечението, до пълното възстановяване на ресурсите, необходими за ежедневиия живот.

Развитието на теориите и моделите на позитивното човешко здраве премества изследователския фокус от патологията, болестта и дефицитите към изучаването и систематизирането на протективните личностни ресурси. Отправна точка при организацията на дисертационното изследване е идеята за откриване на необходимите стратегии за оптимизация на психологическите ресурси на личността, които могат да подпомогнат процеса на лечение. Акцентът е поставен върху изследването на функциите на протективните личностни ресурси (издръжливост, позитивна самооценка, оптимизъм, хумор), които оптимизират психичното здраве и способността за цялостно възстановяване.

Целта на дисертационното изследване е да се установи кои рискови фактори присъстват най-често в профила на пациенти с онкологични заболявания и кои протективни личностни характеристики са част от ресурса за справяне с болестта, последиците от терапията и запазването на качеството на живота. Поставя се акцент върху критични жизнени събития, личностен тип „С“, съпътстващи заболявания, което е основано на допускането, че психичните фактори се явяват значим патогенен компонент в канцерогенезата.

От друга страна, фокусът се поставя върху изследването на протективните личностни ресурси (издръжливост, самооценка, оптимизъм, хумор), които оптимизират психичното здраве и способността за цялостно личностно развитие. Те могат да бъдат мобилизирани за по-ефикасно справяне с био-психо-социалните предизвикателства в живота. В тази перспектива се допуска, че протективните личностни ресурси могат да окажат влияние върху процеса на лечение на онкологичните заболявания, в смисъл на изграждане на по - ефективни стратегии за справяне и по – висока адаптация в условията на болестта.

Систематизацията на емпиричния материал при психологическите консултации и терапевтични процедури с онкоболни се поставя като централен момент в настоящото дисертационно изследване. Изследваната група е съставена от тридесет лица, диагностицирани с онкологични заболявания, в процес на активно лечение. Проведени са 241 срещи с изследваните лица. Целта е да бъде извлечена максимум информация от демографските характеристики, клиничните интервюта и терапевтичните сесии, за да бъде потърсено в този наратив онова, което се явява рисков фактор и протективен ресурс. Получените данни са систематизирани на базата на контент анализ.

Изхождайки от допускането за връзка между факторите критични жизнени събития и характеристики на личностен тип „С” с етиологията на рака се търси възможност, посредством подкрепа на протективни ресурси и промяна на определени стратегии за справяне да се повлиява позитивно на цялостния процес на лечение.

Структура и съдържание на дисертационното изследване

Дисертацията включва : увод, 4 глави и заключение, в което са представени, ограниченията и приносите на изследването, както и приложимостта на резултатите. В приложението са поместени инструментите, използвани в клиничното интервю и терапевтичните сесии.

В **Глава 1** (Подходи към онкологичните заболявания) са систематизирани основните теории и модели към онкологичните заболявания. Въпросът за етиологията, протичането и лечението на рака е предмет на множество изследвания в различни области на науката : медицина, биология, фармакологията, здравна психология. Познати са множество фактори, свързани с отключването на рака – канцерогенни вещества, генетично предразположение, радиация, неправилно хранене. Всеки един от тези фактори не може да обясни защо един заболява, друг – не. Въздействието на вредните

фактори още не е достатъчно за да предизвика рак, и обратното, намаляването на тяхното въздействие не може автоматично да предпази от рак.

1.1.Биомедицински модел на болестта

В този модел здравето се дефинира като отсъствие на болест, а всеки болестен симптом се възприема като имащ подлежаща патология, която ще бъде излекувана чрез медицинска интервенция (Морисън,Бенет, 2013). Строгото придържане към биомедицинския модел би довело до това защитниците му да се занимават единствено с обективни факти и да приемат наличието на пряка каузална връзка между болестта, нейните симптоми или подлежаща патология (болест) и възникващото в резултат приспособяване. Допускането е, че отстраняването на патологията ще доведе до възстановено здраве, т.е. заболяването или инвалидността са резултат от болестта. Това относително механистично становище за начина на функциониране на нашето тяло и неговите органи, как те „излизат от строя“ и могат да бъдат лекувани не оставя особено място за субективност. Биомедицинското становище е описвано като редуccionистично: т.е. основната идея, че психиката, материята (тялото) и човешкото поведение могат да се редуцират до и да се обяснят на нивото на клетките, нервната или биохимичната активност (Морисън,Бенет,2013). Редуccionизмът обикновено пренебрегва доказателствата, че отделните хора реагират по различни начини на една и съща подлежаща болест заради различия например в личността, познанието, ресурсите за социална подкрепа или културните убеждения.Биомедицинският модел е това, което лежи в основата на редица успешни терапии, включително имунизационни програми, които са допринесли за изличаването на редица заплашващи живота инфекциозни болести.

1.2.Биопсихосоциален модел на болестта

Множество болести имат органични подлежащи причини, но те предизвикват уникални индивидуални реакции заради действието на психиката, т.е. субективни реакции. Следователно, макар че аспекти на редуccionизма и на дуалистичното мислене са били полезни, например за задълбочаване на разбирането за етиологията и хода на редица остри и инфекциозни болести (Larson, 1999), коронарната болест на сърцето и СПИН , ролята на „психиката“ в проявлението и реакцията на болестта е от критично значение (Морисън,Бенет,2013).

Биопсихосоциалният модел представлява разширяване на болестния или биомедицинския модел на здравето към такъв, който обхваща и подчертава взаимодействието между биологичните процеси и психологическите и социалните влияния (Engel, 1977, 1980). Предлага комплексен и многовариативен, но потенциално по-пълнен модел, с който да се изследва човешкото преживяване на болестта. Неговата популярност расте в резултат на многото предизвикателства към биомедицинския модел, но и на засилващото се признание на ролята на индивидуалното поведение в здравето и болестта. Здравето е нещо повече от простото отсъствие на болест. Този холистичен модел е известен като биопсихосоциален модел и се използва в здравната психология, както и в няколко свързани здравни професии, и във все по-голяма степен в медицинската професия (Turner et al., 2001; Wade, Halligan, 2004).

1.3. Модел на болестта в здравната психология

Здравната психология се ражда в следствие на исторически и научни процеси започнали от началото на 19 век, които бележат раждането на науката психология и на научното знание като цяло. За да се стигне до формиране на дисциплината "Психология на здравето" е нужно да се измине дълъг път на комбиниране на множество открития в различни научни дисциплини. Откритията от 19 век поставят основите на съвременната медицина, оказващи влияние върху разбирането за това кое е здраве и болест, и която предопределя възгледите в здравните и хуманитарните науки за десетилетия напред.

Здравната психология може да се дефинира като съвкупност от специфичен образователен, научен и професионален принос на дисциплината психология за поддържане на здравето, лечение на заболяванията и техните дисфункции (Магаразо, 1980). Здравната психология се различава от психосоматичната медицина, поведенческата медицина и поведенческо здраве по това, че акцентът се поставя главно в контекстът на дисциплината психология.

1.4. Психосоматичен модел на болестта

Терминът „психосоматика“ е въведен за първи път от немския психиатър Кристиан Хайнрот (Christian Heinrot) през 1818 г., а фразата „психосоматична медицина“ окончателно е била приета в медицината благодарение на виенския психоаналитик Феликс Дойч (Felix Deutsch) през 1922 г. (по Малкина-Пых, Германовна, 2005).

Историята на съвременната психосоматика започва с психоаналитичната теория на Фройд, който, заедно с Бройер, доказва, че потиснатите емоции и психическата травма, чрез конверсия, могат да се проявят в соматични симптоми (Малкина-Пых, Германовна, 2005). Според Фройд за това е необходима „соматична готовност”, която е физическият фактор, имащ значение за избора на органа, който заболява. Смята, че осъзнаваните психични процеси играят второстепенна (подчинена) роля във възникването на соматичните симптоми, тъй като могат да бъдат свободно изразени с думи, а потиснатите, изтласкани в несъзнателното, имат тенденция за проява в хронични дисфункции на вътрешните органи (Тарейн, 2011). В случай, че емоциите не получат съответстващо изразяване, хроничното напрежение прераства в съпътстващи вегетативни промени, които водят до различни психосоматични заболявания (Карвасарский, 2000).

В концепцията на Смулевич, психосоматичните разстройства са дефинирани като група болестни състояния, възникващи на основата на взаимодействие между психични и соматични фактори, проявяващи се в соматизация на психични нарушения, психични разстройства, отразяващи реакция на соматични заболявания под влияние на психогенни фактори (Смулевич, 2000).

Първоначално са установени само седем психосоматози - бронхиална астма, язвен колит, есенциална хипертония, невродермит, ревматоиден артрит, язва на дванайсетопръстника, хипертиреоза, но по-късно списъкът се разширява и днес към психосоматичните болести се отнасят исхемичната болест на сърцето, язвената болест на стомаха, диабетът, алергиите, ракът (Малкина-Пых, Германовна, 2005). Задължително условие при тези болестни състояния е присъствието на психотравмиращи, емоционалнозначими събития (загуба на близък човек заради смърт или развод, семейни или служебни конфликти, рязка промяна на жизнения стереотип). Неблагоприятно външно въздействие могат да имат не само остри стресорни фактори, но и някои продължителни конфликти или травмиращи преживявания. Според Съливан, сферата на психиатрията като наука се пресича с областта, изследвана от социалната психология, доколкото в предмета на теоретичната психиатрия следва да се разглеждат интерперсоналните взаимоотношения” (Съливан, 1999).

Психосоматичното разстройство не се дължи нито само на психологичните, нито само на физиологичните (включително наследствените) свойства на индивида. Вътрешните конфликти и невротичните реакции влияят не само на отключването, но и

на протичането на заболяването, и несправянето с тях води до резистентност към соматичната терапия. Знае се, че реакциите на определени емоционални преживявания се съпровождат от функционални изменения и впоследствие от патологични нарушения в органите. Като цяло от психосоматична гледна точка заболяването се разглежда като следствие от неефективността на психичните защитни механизми, а соматичния симптом като техен заместител, при който започва да доминира примитивната соматична изразна форма (Тарейн, 2011).

1.4. Психосоматика и онкологични заболявания

През последните две десетилетия се публикуват данни, потвърждаващи връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори, като се установяват три основни закономерности (Holland, 2002). Първата е, че началото на болестта съвпада по време със значими травмиращи събития в живота на индивида; втората е, че лечението на онкологичното заболяване е стресогенно, и третата – че личностните модели за справяне по време на лечението повлияват не само качеството на живот на пациента, но и на прогнозата. Досега са известни много рискови и малко етиологични фактори за раковите заболявания (Иванов, 1999).

В качеството на „психологично канцерогенни“ са описани лични травмиращи жизнени събития, трудности във връзките със „загубения обект“ и обусловени от това страхове, нарушения в способностите за изразяване на емоциите, трудности в преодоляването на конфликти, персистиращи състояния на отчаяние, безнадеждност, и др. (Тарейн 2011). Често онкологичните заболявания свидетелстват за това, че през живота си индивидът е имал неразрешени проблеми, които са се засилвали или усложнявали от серия стресови ситуации, случили се в периода от шест месеца до година и половина преди възникването на рака. Типичната реакция на онкоболните на тези проблеми се характеризира с усещания за безпомощност и отказ от борба. Тези емоционални състояния привеждат в действие редица физиологични процеси, които потискат естествените защитни механизми на организма и създават условия за възникването на тумори. Онкологичноболните, обикновено, се отнасят към личностен тип, склонен да се свързва с определени обекти (човек, работа, семейство) за сметка на развитието на своята индивидуалност (Тарейн, 2011). Така, когато тези обекти или роли биват заплашени от някаква опасност или загубени, такива пациенти се оказват напълно сами, което обаче не е по силите им за справяне, тъй като нямат опит с такива ситуации.

Във връзка с емоционалната предиспозиция на раковите заболявания Ц. Цонев и П. Петкова посочват, че „модерните изследвания откриват феномените на скрития дефицит – неумението да се разтоварват агресивно-деструктивните афекти. Още от детска възраст не са се научили да отреагират негативните емоции и затова те остават дълбоко потиснати, скрити и дори непроявени, дълбоко в тялото, а на повърхността на експресията и поведението са меки, топли и добри хора... Това неумение води до непрекъснато увеличаване на телесното напрежение и преживяване на емоциите на езика на тялото – с телесно напрежение, блокиране и дезорганизация на фини телесни структури“ (Цонев, Петкова, Цонев, 2005, 6-7).

Бенсън (Banson) предлага важна психодинамична интерпретация на онкологичните заболявания. Според него външните стимули активират несъзнавани психични конфликти, в резултат на което възниква тревожна реакция, която от своя страна задейства защитните механизми. От тях „изтласкването и отричането водят до разтоварване чрез соматичния канал и до соматична регресия, най- тежката форма на която е ракът“ (по Николкова, Маринов, 2002).

Психосоматичната медицина разглежда онкологичните заболявания основно като резултат от стреса. Смята се, че „физиологичната връзка между психосоциалните фактори и туморите може да се открие в непосредственото влияние на ЦНС върху хормоналната система и имунологичните реакции. От значение за възникването на неоплазмите са не само силата и продължителността на стреса, справянето с проблема, а и оценката на собственото поведение и перспективата за бъдещето“ (Николкова, Маринов, 2002, стр.413). Стресът може да редуцира броя на лимфоцитите и да инхибира Т-клетъчната активност, цитотоксичната функция на макрофагите, активността на естествените клетки-убийци (НК-лимфоцити) и хуморалния имунитет особено в случаите, когато е невъзможно справянето със стресора. По този начин „влиянието на психосоциалните фактори върху нервната и имунната система довежда до многобройни промени, чиито кумулативен израз е повишената податливост на онкологични заболявания“ (Вл. Иванов, 1999, стр.144).

Въпреки че реакциите на стресогенните фактори зависят от структурата на личността и могат да бъдат различни по тежест и продължителност при различните хора, има определена група житейски събития, които най-често биват смятани за силно травмиращи и труднопреодолими за всички хора. Песешкиан (Песешкиан, 1999) цитира американско изследване с извадки от различни страни като САЩ и Япония например,

което показва, че независимо от културните особености градацията на различните конфликти спрямо тежестта на тяхното преживяване са идентични при всички изследвани групи. Те се подреждат по следния начин: „1) смърт на съпруг; 2) развод; 3) разделяне на брачните партньори; 4) затвор; 5) смърт на близък роднина; 6) нараняване или болест“ и др. Оттук следва, че неочакваните, силно негативни събития предизвикват значително по-голям стрес, както и тези, които действат по-дълго време и водят до натрупващо се натоварване. Тези събития могат да станат решаващи фактори в развитието на онкологичните заболявания .

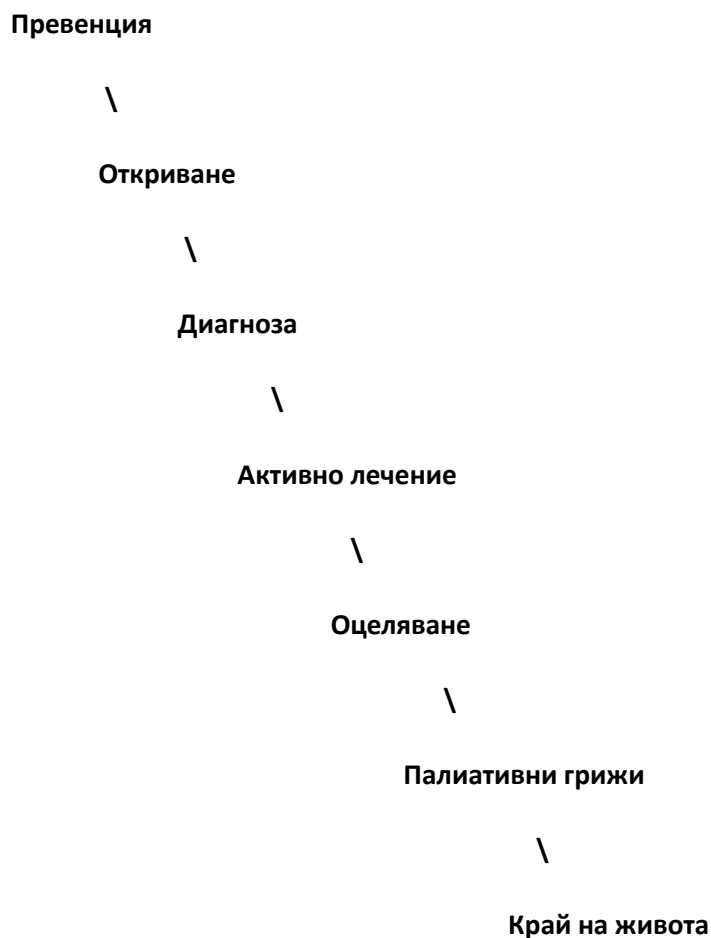
1.6. Психоонкология и континуум на онкологичната грижа

Психоонкологията е научна дисциплина, която се занимава с психологичните аспекти на онкологичните заболявания. Нейната цел е да интегрира психологичната грижа в лечението на рака. Тя е ориентирана към всички, които са изправени пред болестта: пациентите, техните близки и лекуващите екипи. Това включва справянето с диагнозата, адаптирането към лечението и прогнозата, ефектите от заболяването върху семейството на пациента и взаимоотношенията му с неговото обкръжение. Психоонкологията е ориентирана към повишаване качеството на живот на онкоболните пациенти, преодоляването на трудностите, свързани с лечението и комуникацията с близките им хора, запазването на доброто чувство за смисъл, близост и достойнство (Holland,2002).

Психоонкологията е утвърдила своето място като подспециалност на онкологията с 2 психологически измерения: 1) психологическите реакции на онкологичните пациенти и техните семейства на всеки стадий от заболяването и 2) психологическите, социалните и поведенческите фактори, които допринасят за причините за рака и оцеляването от него.

От друга страна психоонкологията се занимава с емоционалните преживявания на медицинските специалисти, възникващи в хода на тяхната практика. Тук психологичното консултиране засяга динамиката на взаимоотношенията с пациентите и семействата и превенцията на синдрома на професионалното прегаряне чрез улесняване на справянето с болезнени ситуации като съобщаването на лоши новини, взимането на трудни решения, неуспешното лечение, загубата и др.(Holland,2002).

Една много съществена част от научните търсения в областта на психоонкологията се състои в изследването на влиянието на емоционалните, личностови и поведенчески модели върху развитието на болестта и изхода от нея (Holland,2002). На Фиг. 1 е представена ролята на психоонкологията чрез континуума на онкологичната грижа. Безспорна е необходимостта от провеждане на изследвания в областта на психоонкологията и клиничното оказване на грижи във всяка фаза от континуума (Ганева, 2013).



Фигура 1. Континуум на онкологичната грижа

Непрекъснатият характер на психосоциалната грижа следва пътя от момента на поставяне на диагнозата, по време на лечението, в адаптационния период след лечението до пълното възстановяване на ресурсите, необходими за ежедневиия живот. Психосоциалната адаптация към болестния процес и към ежедневиия живот след него е

дълъг и непрекъснат процес, по време на който всеки пациент се опитва да управлява емоционалния стрес, да решава специфични проблеми, свързани с рака и да изгради умения за справяне или за контрол върху свързани с рака житейски събития (Цветкова,2016).

Уменията за емоционално изразяване, социалната подкрепа и волята се свързват с по- продължително оцеляване при раково болните. Психотерапевтичните интервенции могат да подобрят качеството на живот, да понижат нивата на стрес и да предадат нов смисъл на живота (Цветкова,2016). Провеждане на групови сесии с пациенти с рак на млечната жлеза и с меланома оказват позитивно влияние върху преживяемостта (Spiegel,et.al.; Gottheil, 1989).

В Глава 2 (Концепция за позитивно психично здраве) са представени основните послания на позитивната психология, свързани с изместването на фокуса от изучаването на болестта, дисфункцията и слабостта към проучването на силните страни и добродетелите на личността. В това свое търсене тя не разчита на самозалъгване, пожелателно мислене, а се стреми да адаптира постиженията на научните методи към проблемите на човешкото поведение в неговата цялост (Seligman, 2002).

Въведени са протективните личностни ресурси, обект на изследването : **издръжливост, позитивно отношение към бъдещето, позитивна самооценка, чувство за хумор.**

Установено е, че редица човешки сили и способности действат като буфер срещу заболяванията и дистреса: вътрешният локус на контрол, оптимизмът, чувството за смисъл, самоефикасността, добрата самооценка, способността за адаптация към промяна, ориентираният към действия подход и др (Seligman, 2002). В този план е поставена и целта на настоящата дисертационна разработка - да се изследват психологичните фактори, които благоприятстват личностното функциониране по посока на психичното и физическо здраве. Настоящият дисертационен проект е насочен към изследване на клинична група пациенти с онкологични заболявания, в процес на лечение, включващ освен медицински интервенции и психологическо консултиране. Поставен е акцент върху психологическите ресурси на личността и влиянието им върху етиологията, протичането и лечението на онкологичните заболявания. В перспективата на съвременните изследвания на кризисното личностно израстване при лечението на болести с преобладаващ летален изход се стига до концептуализацията на нов

многодименсионален модел за оздравителния процес, а именно – на биопсихосоциалния и екзистенциален подход за холистично възприемане и справяне с болестта (Rannestad, 2009) . Тази ориентация позволява на много хора, живеещи своята болестна история, да получат по-адекватно лечение; възможност за справяне с психосоциалните последици от болестта и за реконцептуализация на своите вярвания за ценността на живота. Развитието на теориите и моделите на позитивното човешко здраве премества изследователския фокус от патологията, болестта и дефицитите към изучаването и систематизирането на протективните личностни ресурси, или т.нар. имуногенни личностни черти, очертава пътищата за постигане на оптимално психично здраве и преживяване на субективно и психично благополучие(Seligman, 2002).

Фокусът се поставя върху отчитането на позитивите в човешките преживявания и възможностите за неспирно личностно развитие през цялостния жизнен път. Тези акценти очертават основното теоретично и емпирично допускане за развитието съотношение между рисковите за психичното здраве фактори и протективните психологични ресурси на личността с оглед повишаването на благоприятните изходи при лечението на болести с преобладаващ летален изход, в частност онкозаболяванията.

2.1. Протективни личностни ресурси

В пространството на позитивната психология развитието се осмисля чрез конструктори като психично благополучие, търсене на смисъл, щастие, позитивни отношения, позитивна самооценка, позитивни емоции, позитивни мисли, постигане на цели, позитивни страни и добродетели, креативност, компетентност (Seligman, 2013). В литературата се приема, че за поддържането на добро психично здраве и за преживяването на благополучие ключова роля играят т.нар. ценни психологически ресурси, част от които са личностната издръжливост, позитивната самооценка, оптимизмът и чувството за хумор (Folkman, Lazarus, 1988).

Наличието на подобни позитивни характеристики, наред с техните развитийни функции, им отрежда изключително значимо място като буфер пред лицето на различни стресори. Установено е, че хората, преживяващи високи нива на психологичен дистрес и тези с различни психични и други хронични заболявания, страдат от липсата на ресурси като оптимизъм, възприет контрол, позитивна самооценка и социална подкрепа (Taylor, Stanton, 2007).

Протективните личностни ресурси, които са на разположение на индивида, имат потенциала да модерират влиянието на нещастните събития в неговия живот, като редуцират техните ефекти. Може да се каже, че една от основните им функции се състои в това, че мобилизирането им може да подsigури ефективното справяне с предизвикателства, трудности или заплашващи събития (Занкова, 2015).

2.1.1. Издръжливост – централен ресурс на позитивното психично здраве

Психологическата издръжливост се разглежда като адаптация и ефективно справяне, въпреки сблъсъка с травма, трудност или нещастие. Лазарус и Карвър (Lazarus, 1993; Carver, 1998) сравняват бързото и ефикасно „отскачане“ от стресиращите преживявания, на което са способни издръжливите хора, със свойството на еластичните метали да се огъват, без да се чупят.

Според Конър и Дейвидсън (Connor & Davidson, 2003) издръжливостта въплъщава личностни качества, които помагат на човек да преуспява пред лицето на нещастieto.

Последните изследвания показват, че психологическата издръжливост е мултидименционална характеристика, варираща в зависимост от контекста (средата, времето, възрастта, пола, културния произход), но също така и при отделния индивид, поставен в различни житейски обстоятелства. Крайното дефиниране на издръжливостта според различните автори трябва да включва разглеждане на тази личностна характеристика като измерител на способността за успешно справяне със стреса (Занкова, 2012).

Нещастieto може да се появи във всеки момент от развитието и да има последствия, които потенциално могат да променят неговия ход както в близък, така и в далечен план. Това прави перспективата на развитието през целия жизнен път съществена за пълното разбиране на издръжливостта. Издръжливостта не трябва да бъде концептуализирана като статична черта или характеристика на индивида (Masten, Wright, 2010). Тя произтича от много процеси и взаимодействия, които надхвърлят границите на индивида, включвайки близките отношения и социалната подкрепа.

Отделният човек може да бъде издръжлив по отношение на някои видове стресори, но не и на други, или да е издръжлив по отношение на някои адаптивни изходи, а към други – не (Rutter, 2007). Самата издръжливост също е динамична: един и същи

индивид може да покаже маладаптивно функциониране в един момент, а по-късно в развитието си – издръжливост, или обратното.

Според Мансио (Manciaux,etal.,2001), издръжливостта е способността на дадено лице или група за позитивно развитие, което се разпростира и в бъдещето, независимо от дестабилизиращи събития, трудни условия на живот, тежки травми.

Според Конър (Connor, 2006) издръжливостта описва личностни качества, които правят възможно израстването на индивидите и общностите, дори напредването им при неблагоприятни обстоятелства.

Още в първите изследвания на издръжливостта се поставя въпроса за връзката между развитието на личността и стиловете на привързаност като детерминанти на издръжливостта. Анализът на развитието на издръжливостта у хората опира до особената важност на ранните детски преживявания по отношение на формирането на привързаност, особено привързаност, която позволява на детето да развива издръжливостта като черта (Pierrehumbert 2001; Anaut, 2005).

Издръжливостта като мултидименсионален конструкт се отнася не само до психологичните умения, но и до възможностите на индивида да се възползва от семейството, социалната и външната системи за подкрепа, така че да се справи по-добре със стреса. Издръжливите хора са по-гъвкави от уязвимите хора и се защитават от стреса, използвайки различни протективни ресурси (Friborg et al., 2003).

Според Ано (Anaut, 2005) издръжливостта е мултифакторен процес в резултат на взаимодействието на индивида и неговата среда, отчитащ вътрешните променливи (психична структура, личност, защитни механизми) и външни променливи (социоафективните характеристики на обкръжението). Резултатът от това взаимодействие е уникален за всеки субект, може да доведе както до издръжливост, така и до уязвимост. Подчертава се ефектът на филтриране на вътрешните и външните протективни фактори спрямо неблагоприятните външни въздействия. С други думи, протективните фактори действат като медиатори на издръжливостта (Anaut, 2005).

В здравната психология дефинирането на издръжливостта е прецизно конкретизирано. Издръжливостта се разглежда като динамичен процес, който включва самовъзстановяването след преживян травматизъм и израстване или нормално развитие, въпреки риска от психично разстройство. Издръжливостта може да бъде

дефинирана като включваща :1) самовъзстановяване след травматизъм; 2) реконструиране или нормално развитие, въпреки риска; 3) психологическа устойчивост с мобилизиране на силите при други обстоятелства (по Anaut, 2003).

2.1.2. Оптимизъм

Според Шайър и Карвър (Scheier, Carver, 1987) той може да бъде описан като едно общо вярване в добрия изход. Оптимистите очакват нещата им да се развиват по добър за тях самите начин. Хората, които гледат на желаните изходи като на постижими, продължават да се стремят към тях, дори когато напредването им към подобни резултати става трудно или бавно. От друга страна, ако изходите изглеждат достатъчно непостижими (без оглед на причината за затруднението), хората изоставят усилията си и се отказват от целите, които са си поставили. Очакванията на хората се разглеждат като главен детерминант на разграничението между два основни класа поведение: продължаващ стремеж срещу отказване и връщане назад (Scheier & Carver, 1992).

Дефинирането на оптимизма включва и различаването му от близки понятия, в случая *надеждата* и *песимизма*. Шнайдер (Schneider, 2001) настоява, че съществува качествена разлика между реалистичния и нереалистичния оптимизъм, а Баръл (Burgell, 2001) описва спецификата на фалшивия оптимизъм при лечението на болни. Такъв оптимизъм се приема за по-вреден за индивида, отколкото откровеният песимизъм. Все пак преобладаващото схващане сред учените и обикновените хора е, че надеждата е духовната основа, която прави оптимизма възможен, и че дори изявените песимисти обикновено не са лишени от надежда. Твърде често единият конструкт се употребява като синоним на другия. И измервателните инструменти за надеждата и оптимизма си приличат твърде много (Занкова, 2015).

Според различни изследователи на оптимизма (Ганева, 2010) той влияе в следните насоки: оптимистите прилагат по-адаптивни и стабилни стратегии за справяне със стреса, поддържат по-високи нива на психично благополучие по време на стресови ситуации, имат по-високи академични, спортни, военни, трудови и политически успехи и имат по-високи нива на усещане за надежда. Налице е обратна зависимост между нивото на оптимизъм и невротизма, негативните емоции, хроничната тревожност и черти на личността като емоционална лабилност и безпокойство. В сравнение с песимистите оптимистите са харесвани повече, съхраняват по-дългосрочни приятелски отношения, чувстват се по-социално подкрепени в стресови житейски ситуации,

приспособяват се по-лесно към важни промени в живота (по Ганева, 2010).

Изследване на Шайър (Scheier et al., 1989) на пациенти, подложени на оперативна намеса за поставяне на коронарен байпас, показва, че оптимистите (в сравнение с песимистите) са рехоспитализирани значимо по-рядко по причина на множество проблеми, свързани с оперативната намеса и наличната исхемична болест на сърцето. Ефектът на оптимизма е билнезависим от традиционните контролирани социодемографски и медицински променливи, както и независим от ефектите на самооценката, депресивността и невротизма (Scheier et al., 1989).

Изследване на Гилти (Giltay et al., 2006) при 545 мъже показва, че оптимизмът се свързва приблизително 50 процента по-нисък риск от смърт, причинена от сърдечносъдови заболявания през 15-годишния период на изследването. Изводите на авторите са, че диспозиционния оптимизъм е относително стабилна черта и показва засилваща се и обратна взаимовръзка с риска от сърдечносъдова смърт. Тъй като е установено, че диспозиционният оптимизъм при възрастните мъже е положително свързан със здравословни поведения и хранителни навици, се предполага, че ниските нива на оптимизъм, вероятно, индиректно предразполагат към сърдечносъдова смърт чрез избор на нездравословни поведения (Giltay et al., 2007).

Група изследователи (Tindle et al., 2009) проследяват за 8 години 97 253 жени в постменопаузална възраст, които при първото изследване нямат ракови или сърдечносъдови заболявания. Оптимизмът при изследваните е оценен с теста LOT-R. Резултатите показват, че оптимистите имат по-ниски нива на ИБС и обща смъртност (оценена с ИБС, ССЗ и ракови заболявания). Оптимистите имат по-нисък риск от ИБС и свързана с ИБС смъртност. Авторите посочват, че оптимизмът е свързан с важни здравни резултати и е необходимо да се изследва дали интервенции, предназначени да променят това отношение към света ще водят до намален риск.

Оптимизмът може да бъде медиатор на мотивация за оптимално функциониране и за увеличаване на психическия потенциал на индивида. Така високият оптимизъм става личностно мотивиращ (Pajares, 2001).

2.1.3. Позитивна самооценка

Интересът към изследване на самооценката в полето на социалната психология се обуславя от връзката на високата самооценка с известен брой позитиви за индивида в

частност и за обществото като цяло, както и от отношенията, които тя разкрива с депресията. Ниската самооценка допринася за уязвимостта на личността към редица психични заболявания (Beck, et al., 1979).

Самата личност е сложен мултидименсионален конструкт и това поставя един много важен въпрос пред изследователите на самооценката – дали тя е единна, глобална черта или е мултидименсионална характеристика с независими субкомпоненти.

Самооценката може да се отнася както до общия възглед за себе си, така и до някои специфични аспекти на личността като например позиционирането в обществото, физически черти, атлетични умения, ниво на представяне в училище или в работата и т.н (Занкова, 2015).

Купърсмит (Coopersmith, 1967) определя самооценката като степента, до която човек преценява себе си като „способен, значим, успешен и ценен”. Самооценката е оценъчният аспект на понятието за себе си, който кореспондира с цялостния възглед за себе си като ценен или неценен човек. Това означава, че тя е една нагласа към себе си и е свързана с личните вярвания за уменията, способностите, социалните взаимоотношения и бъдещите резултати. С други думи, самооценката е емоционалният отговор, който хората преживяват, когато оценяват и размишляват върху различни неща, свързани с тях.

Приема се, че онези, които демонстрират висока самооценка, са психологично здрави и по-щастливи (Taylor, Brown, 1988). Ползите от високата самооценка могат да се обобщят така: хората се чувстват добре със себе си, способни са да се справят ефективно с предизвикателствата, живеят в социален свят, вярвайки, че другите хора в него ги ценят и уважават.

Самооценката може да бъде определена като израз на одобрение или неодобрение към самия себе си. Тя обхваща менталната нагласа, която позволява на индивида да се ръководи от своите желани очаквания, приемане на собствения образ и самоопределение (Coopersmith, 1967).

Според Харпър (Harper, 1983) не съществува генерализирана самооценка, а индивидът подхожда диференцирано към своите идентификации, които в своята комплексност, участват в изграждането на образа за себе си.

2.1.4. Чувство за хумор

Още Сократ твърди, че не е редно да се лекува тялото, без да се лекува душата и тази идея е залегнала в основата на психосоматиката. Към момента има голям обем изследвания, документиращи силата на хумора да помага при справянето с различните форми на житейски стрес (Занкова, 2015).

Хуморът показва позитивни връзки с редица фактори, свързани с психичното здраве като оптимизъм и самооценка, и негативни корелации с различни белези на психологичния дистрес, сред които е и депресията (Deaner, McConatha, 1993). Според Мартин и Лефкур (Martin, Lefcourt, 2004), хипотезата за връзката между хумора и здравето се състои в допускането, че между двете съществува връзка и тази връзка понастоящем се възприема като позитивна. Доказано е, че стресът предизвиква нездравословни физиологични промени. Приема се, че има няколко възможни механизма, по които хуморът и смехът повлияват физическото здраве (Martin, 2001). Всеки от тези каузални модели акцентира върху различни аспекти или компоненти на хумора и приема различна концептуализация на чувството за хумор. На първо място, физиологичните промени, които настъпват в различните системи на организма и са свързани със смеха, могат да имат позитивни ефекти върху здравето. Вторият възможен механизъм, по който хуморът повлиява здравето, е през позитивните емоционални състояния, които съпровождат смеха и хумора (Занкова, 2012).

Повишените нива на кортизола имат имunosупресивен ефект. Хуморът може да понижи нивата на кортизола и да предпази имунната система (Berk, 1989).

По различни начини, резултатите от други изследвания подкрепят хипотезата, че хуморът е показател на психично здраве. Изследване, проведено от Абел (Abel, 2003) търси връзката между хумора и стратегиите за справяне със стрес и натоварване. Резултатите им показват, че хората с повече чувство за хумор изпитват по-малко стрес от тези с по-малко чувство за хумор, макар че са били изложени на сходни проблеми. Хората с по-високо чувство за хумор са били по-склонни да използват положителни възгледи и да търсят решения на проблемите, отколкото останалите. Според тях, резултатите им подчертават ролята на хумора в реструктурирането на ситуацията, така че тя да бъде по-малко стресираща, както и в емоционално-ориентираните и проблемно-ориентираните стратегии за решаване справяне с натоварването (Abel, 2003).

Ефектът от хумора се обяснява с модела на Лазарус, според който нивото на стрес

зависи от способностите на индивидът да възприема стресовите събития и способностите да се справя с тях – крайният резултат на взаимодействието между индивида и околната среда (Lazarus, Folkman, 1984). Моделът предполага, че някои черти от характера и личностни особености влияят върху тази способност за справяне със стреса.

В Обобщението на теоретичната част са представени на кратко моделите на здравето и болестта, проследена е промяната от биомедицинската детерминация към концептуализацията на нов многодименсионален модел за оздравителния процес – биопсихосоциалния подход за възприемане и справяне с болестта. Биопсихосоциалният модел представлява разширяване на болестния или биомедицинския модел на здравето към такъв, който обхваща и подчертава взаимодействието между биологичните процеси и психологическите и социалните влияния. Представен е психосоматичния подход към онкологичните заболявания.

Описан е континуумът на онкологичната грижа, следваща пътя от момента на поставяне на диагнозата, процеса на активно лечение, адаптационния период, последващ лечението, до пълното възстановяване на ресурсите, необходими за ежедневиия живот.

Отчетена е промяната в изследователския фокус на позитивното човешко здраве от патологията, болестта и дефицитите към изучаването и систематизирането на личностните ресурси, или т.нар. имуногенни личностни черти, очертава пътищата за постигане на оптимално психично здраве и преживяване на благополучие.

Акцентът е поставен върху изследването на функциите на протективните личностни ресурси (издръжливост, позитивна самооценка, оптимизъм, хумор), които оптимизират психичното здраве и способността за цялостно възстановяване.

В Глава 3 (Изследване на пациенти с онкологични заболявания) са описани целта, хипотезите и задачите на емпиричното изследване. Представена е организацията и методите на изследване.

3.1.Цел, хипотези и задачи на емпиричното изследване

Целта на дисертационното изследване е да се установи кои рискови фактори присъстват най-често в профила на пациенти с онкологични заболявания и кои протективни личностни характеристики са част от ресурса за справяне с болестта,

последниците от терапията и запазването на качеството на живота. Поставя се акцент върху критични жизнени събития, личностен тип „С”, съпътстващи заболявания, което е основано на допускането, че психичните фактори се явяват значим патогенен компонент в канцерогенезата.

От друга страна, фокусът се поставя върху изследването на протективните личностни ресурси (издръжливост, самооценка, оптимизъм, хумор), които оптимизират психичното здраве и способността за цялостно личностно развитие. Те могат да бъдат мобилизирани за по-ефикасно справяне с био-психо-социалните предизвикателства в живота. В тази перспектива се допуска, че протективните личностни ресурси могат да окажат влияние върху процеса на лечение на онкологичните заболявания, в смисъл на изграждане на по-ефективни стратегии за справяне и по-висока адаптация в условията на болестта.

Систематизацията на емпиричния материал при психологическите консултации и терапевтични процедури с онкоболни се поставя като централен момент в настоящото дисертационно изследване. Изследваната група е съставена от тридесет лица, диагностицирани с онкологични заболявания, в процес на активно лечение. Проведени са 241 срещи с изследваните лица. Целта е да бъде извлечена максимум информация от демографските характеристики, клиничните интервюта и терапевтичните сесии, за да бъде потърсено в този наратив онова, което се явява рисков фактор и протективен ресурс. Получените данни са систематизирани на базата на контент анализ.

Изследователски хипотези

Хипотеза 1

Допуска се, че в своята индивидуална история, изследваните лица ще посочват определени рискови фактори, свързани със загуба за личността на важен за нея човек или идентификация.

Хипотеза 2

Допуска се, че при изследваните лица присъстват характеристики на личността тип „С” : емоционална незрялост, инхибиция на гнева, ригидност на емоциите, усещане за безнадеждност.

Хипотеза 3

Очакват се значими корелационни връзки между характеристиките на личността тип „С” от една страна и изследваните рискови фактори от друга.

Хипотеза 4.

Предполага се отрицателна корелационна зависимост между характеристиките на личността тип „С” и емоционалната интелигентност на изследваните лица.

Хипотеза 5.

Допуска се значима отрицателна корелационна връзка между характеристиките на личност тип „С” и самооценката на протективните личностни ресурси на изследваните лица преди провеждане на психотерапия.

- Значима отрицателна корелация между емоционална незрялост от една страна и Издръжливостта , Позитивното отношение към бъдещето, Позитивната самооценка и Чувството за хумор от друга
- Значима отрицателна корелация между Инхибиция на гнева от една страна и Позитивна самооценка и Позитивно отношение към бъдещето от друга
- Значима отрицателна корелация между Емоционалната ригидност от една страна и Издръжливост, Позитивна самооценка, Позитивно отношение към бъдещето и Чувство за хумор от друга
- Значима отрицателна корелация между Усещане за безнадеждност от една страна и Издръжливостта, Позитивната самооценка, Позитивното отношение към бъдещето и Чувството за хумор от друга

Хипотеза 6.

Очаква се психотерапевтичните процедури при пациентите с онкологични заболявания да окажат положителен ефект върху протективните личностни ресурси, допринасяйки за промяна в стратегиите за справяне. В частност се предполага :

- Повишаване на самооценката за издръжливост
- Повишаване на самооценката за оптимизъм
- Повишаване на самооценката и поддържане на позитивен аз-образ
- Повишаване на самооценката за наличие на чувство за хумор

Задачи :

- **Провеждане на изследването.** Изследвани са 30 души, като с всеки един е проведено първоначално клинично интервю, а последващите срещи – психотерапевтични сесии - варират от 3 до 28. Дисертационното изследване се базира на обработката на 241 протокола, общо за всички изследвани лица. Част от психологическата работа с пациентите с онкологични заболявания има форма на кризисни интервенции. Отчетена е субективната оценка на ефекта от психотерапията за всеки от случаите.
- **Приложен е категориален подход за оценка и анализ на работата с изследваните лица** в клиничните изследвания и терапевтични сесии, на базата на която е съставена **програмна карта** за количествен анализ на емпиричния материал
- **Да бъде направен контент анализ на всеки един от изследваните случаи** по отношение на критични жизнени събития, непосредствено преди отключване на онкологичното заболяване
- **Експертна оценка на полуструктурираното клинично интервю** за наличие/отсъствие на : депресия ; тревожност; емоционална интелигентност; критичност; когнитивни смущения; отношение към бъдещето; адаптивност; съдействие към лечението
- **Очертаване и определяне на демографския профил и медицинския статусна изследваните лица,** посредством общи демографски характеристики (пол, възраст, образование, семейно положение, наличие или отсъствие на деца в семейството)и на специфични, свързани с болестта и процеса на лечение фактори (диагноза, стадий на заболяването, наличие или отсъствие на хирургически интервенции, проведени последващи терапии - химиотерапия, лъчетерапия, хормонотерапия)
- **Експертна оценка за проява на емоционална незрялост, затрудненост в изразяването на гнева, ригидност на емоциите, песимистични преживявания и прогноза за безнадеждност**
- **Изследване на самооценката на пациентите по отношение на издръжливост, позитивна самооценка, диспозиционен оптимизъм и чувство за хумор** в началото и края на терапевтичните сесии

3.2. Организация на емпиричното изследване

3.2.1.Изследвани лица

Обект на изследването са 30 мъже и жени, във възрастов диапазон 26 – 72 г., диагностицирани с онкологични заболявания, в процес на активно лечение. Изследването е проведено в рамките на проект „Създаване на модел от социални услуги за последваща грижа за пациенти с онкологични заболявания”, финансиран от Европейското икономическо пространство към Асоциация на пациенти с онкологични заболявания (АПОЗ). Заявката към Консултативния център (КЦ) е подавана лично от пациентите, от техни близки или от лекуващи онколози в ОДОЗ София -град.

Процедурата на работа включва няколко етапа : диагностично-експертна дейност по отношение на психическото състояние на новорегистрирани пациенти в Консултативния център, посредством специализиран инструментариум; след приемане и обработка на заявката се изготвя индивидуален план за работа с пациента и се стартира процес на психологическо консултиране или психотерапия. Консултативният център работи в сътрудничество с психиатър.Избраните тридесет случаи са обект на дълбинно, индивидуално изследване във формата на психотерапия от аналитичен тип. Проведени са 241 (двеста четиридесет и една) терапевтични сесии, в това число първични интервюта с посочените пациенти, като максимален брой сесии за един пациент – 28, а минимален - 3. Всяка среща – сесия е документирана и архивирана в системния регистър на АПОЗ по изискване на механизмите за финансиране на Европейското икономическо пространство. Спазени са всички изисквания за конфиденциалност, като за тази цел личните данни на изследваните лица са кодирани. Времето за работа със случаите е в рамките на 2 календарни години. Всеки един от случаите (с изключение на терминалните) завършва с преглед на плана и отчитане на обратната връзка от пациента/ изследвано лице, както и динамиката на работния процес от страна на терапевта. Използваните тридесет случая не са обект на други изследвания и разработки.

3.2.2.Методи на изследване

Методът на изследване се базира на идеографичен подход, реализиран посредством полуструктурирано клинично интервю с продължителност от 75 до 90 мин. Използваното полуструктурирано интервю се придържа към разработената методика „Стандарт за ЦСРИЛОЗ - Център за Социална Рехабилитация и Интеграция на Лица с Онкологични Заболявания (Адърска, Георгиев, 2010). Настоящият стандарт е изработен

от експертен екип на Асоциацията на пациентите с онкологични заболявания(АПОЗ) и отразява правилата, стандартите и подходите за психосоциалната работа с пациенти с онкологични заболявания.Процесът комбинира техники на интервюиране и снемане на анамнеза и методи за изследване на психичен статус (Голдбърг, Бенджамин, Крийд, 1999). Използвани са наративни техники за водене на интервю (Marks & Yardley, 2004).

- **Методика за завеждане на случай „Стандарт за ЦСРИЛОЗ“**

За всеки един от изследваните лица се разработва Първоначална Специализирана Оценка (СО). СО включва следните области, обект на изследване :

- Физическо здраве – идентифицира се здравния статус на пациента; вида на увреждане и здравословни проблеми; информация от специалисти - онколози
- Връзки с роднини и близки
- Възможности за социално включване

* Заявката за социална услуга отразява демографските данни на изследваното лице, които включват следните признаци : *пол ; възраст; образование; семейно положение; деца в семейството; субективна оценка на материалното състояние; семейна среда; диагноза; стадий на заболяването; хирургическа интервенция; последваща терапия(химиотерапия, лъчетерапия, хормонотерапия).*

* План за предоставяне на услугата съдържа : *предистория и заявка (как е поет случая, какви са проблемните области); основни изводи от оценката на потребностите; договорености с пациента (услуги, които се предоставят, период на предоставяне, период на преглеждане на случая); специалисти, ангажирани със случая*

* Формуляр за описание на терапевтична сесия включва : *кратко описание на съдържанието на сесията ; препоръки за следваща сесия; препоръки към цялостния план на пациента.*

* Формуляр преглед на плана съдържа : *самооценка на пациента (преглед на целите и резултатите, коментари); постигнати резултати (положителни промени); заключения (обобщаване на резултатите по отношение на целите, други нужди, препоръки); заключения пряко за пациента (обсъждане на плана); препоръки*

* Формуляр за затваряне на плана за услуга : *причини за затваряне на услугата по случая; обратна връзка от пациента за затваряне на услугата.*

- **Програмна карта**

На базата на контент анализ на данните е съставена **Програмна карта**. Избрани са следните категории за анализ :

- Рискови фактори (наличие или отсъствие, брой, видове)
- Демографски признаци (добавени са характеристики от социалния контекст, параметри от процеса на активно лечение и самооценъчни критерии)
- Резултати на базата на клиничното изследване
- Характеристики на Личностен тип „С”
- Протективните личностни ресурси преди психотерапията
- Параметри на психотерапевтичния процес (включва брой проведени сесии, наличие или отсъствие на кризисна интервенция, субективна оценка за влиянието на психотерапията от страна на пациента
- Протективните ресурси след проведената психотерапия

- **Клинично интервю за изследване на психичния статус по модела на Голдбърг(1999)**

С изследваните лица се провежда първично клинично интервю, чиято цел е установяване на моментното състояние на пациента. Изследването на психичния статус следва **модела на Голдбърг (1999)** и включва следните компоненти :

- **Външен вид и поведение:**
- **Реч**
- **Настроение**
- **Съдържание на мисленето**
- **Възприятия**
- **Интелектуално функциониране**
- **Критичност**

- **Карта за изследване на личностен тип „С”, предразположен към онкологични заболявания**

Личностният Тип „С” в настоящото изследване е разгледан през четирите базисни фактора (**емоционална незрялост; инхибиция на гнева; ригидност на емоциите ; усещане за безнадежност**), около които се групират множеството личностни

характеристики на предразположените към онкологични заболявания (Николкова, Маринов, 2002).

Характеристики на тип „С” :

Емоционална незрялост (Якубик, 1982)

- ниско равнище на организацията на емоциите;
- липса на способността за модулиране на емоционалните реакции (избухване, несъответност спрямо дразненето);
- силна изразеност на емоциите;
- бедност в разнообразието на емоциите, отговарящ на оскъден спектър на преживяванията;
- неумение да се отлага удовлетворяването на влеченията и потребностите;
- ненаситност на изискванията;
- трудност при понасяне на отрицателни, силни и продължителни чувства в името на сериозни цели;
- потребност от постоянни промени, говорещо за липса на „перспективни” цели;
- съсредоточеност в настоящето;
- изопачаване на действителността под влияние на чувствата.

Инхибиция на гнева (Gray, 2016)

- Отлагане на изпълнението на наложените задачи;
- Чести закъснения и приемането им за напълно нормално;
- Афинитет към силно сардистичен или ироничен хумор;
- Присъствие на сарказъм, цинизъм или раздражение в разговорите;
- Често въздишане;
- Прикриване на емоциите;
- Смущаващи и страшни сънища;
- Трудно заспиване и непълноценен сън;

- Изпитване на апатия, скука и загуба на интерес към неща, за които обикновено биват намирани за ентузиастични;
- Лесна уморяемост;
- Прекомерна раздразнителност за дреболии;
- Сън, повече от обичайното (повече от 12-14 ч. на денонощие) и въпреки това липса на енергия;
- Често стягане на челюсти и скърцане със зъби, особено на сън;
- Тикове на лицето, спазми и неконтролируем тремор на крайниците, често свиване на юмруци, несъзнателно извършване на стягащи мускулатурата действия;
- Хронични депресивни настроения, продължителни периоди на чувство за безполезност;

Ригидност на емоциите(Schultz,Searleman,2002).

- подчертана гордост
- липсваща гъвкавост
- невъзможност за отдаване на желанията
- фиксация в детайлите
- прекомерна структурираност
- изявена предпазливост в отношенията с другите
- свръхконтрол
- придържане към рационални и логически подходи
- консервативни нагласи
- маладаптивност

Усещане за безнадеждност (Scheier & Carver, 1985)

Категорията **усещане за безнадеждност** се разглежда като форма на изявена **песимистично – нихилистична перспектива** за бъдещето си (Scheier & Carver,

1985). Най – често демонстрираните личностни особености по отношение на тази категория са :

- негативна нагласа към бъдещето
 - отсъствие на вяра в личната си ефикасност
 - преобладаващо негативни самооценки
 - липса на контрол над ситуациите в своя живот
 - негативен обяснителен стил за събитията
 - липса на поука от грешките си
 - базисно недоверие на другите
 - ригидни стратегии на справяне
 - капитулация пред трудностите
 - обясняване на неуспехи с липса на способности
 - фокусиране върху емоциите в трудни ситуации
 - жизнена философия, оправдаваща бездействието, негативизма и цинизма заради лошото устройство на света
- **Карта за изследване психологически статус на клинична група пациенти с онкологични заболявания**

Депресивност

Депресивността е разгледана в настоящата разработка през призмата на клиничните описания и диагностични указания на МКБ – 10 Психични и поведенчески разстройства.

Тревожност

Тревожността е разгледана спрямо клиничните описания и диагностични указания на МКБ – 10 Психични и поведенчески разстройства.

Емоционална интелигентност (по Salovey, Mayer, 1990)

Емоционалната интелигентност включва способността да се задейства обработка на сложна и деликатна информацията за собствените ни емоции и емоциите на другите, и възможността да се използва тази информация като ръководство за мислене и поведение (Salovey, Mayer, 1990). Разглежда се като съвкупност от няколко фактора :

- Емпатия

* *способност за съпреживяване на емоциите, чувствата и мислите на другите*

* *градивно социално общуване*

* *формиране на алтруистично поведение*

- Самоосъзнаване

* *осъзнаване на собствените възможности, намерения, желания, цели*

* *осъзнаване на представата на другите за нас (как ни възприемат околните)*

- Баланс

* *емоционални преживявания*

* *рационално, аналитично мислене*

- Отговорност

* *отговорност за собствените си успехи и благополучие*

* *контрол върху емоциите*

* *уважение на другите*

Критичност към заболяването (Голдбърг, 1999)

Под критичност към заболяването в дисертационния труд се разбира осъзнаването на наличието на заболяването, естеството на заболяването и необходимостта от лечение.

- Наличие на заболяване

- Естество на болестта

- Подходящо лечение

Когнитивни смущения (Голдбърг, 1999)

Впечатление за състоянието на познавателните процеси при изследваното лице се получава в хода на снемане на анамнезата :

- обем на използвания речник
- сложност на изказваните понятия
- способност за абстрактно-логическа оперативност

В случай, че получените данни съответстват на информацията за образованието и професионалния опит на пациента и не са отчетени нарушения при тестовете за памет (краткосрочна - брой запомнени числа; име, адрес, цвете; дългосрочна – ранен живот; шест града) се заключава, че не са налични когнитивни смущения (Голдбърг, 1999).

Отношение към бъдещето по модела оптимизъм – песимизъм (Scheier & Carver, 1985)

Оптимистичната нагласа бива определяна като :

- позитивна нагласа към бъдещето;
- поставяне на съвсем конкретни цели-задачи;
- проява на упоритост пред трудностите;
- вяра в личната ефективност ;
- преобладават позитивни самооценки ;
- вярване, че е възможен контрол над ситуациите в живота;
- позитивен обяснителен стил за събитията живота;
- способност да се взема поука от грешките;
- вяра в добронамереността и добротата на другите;
- проява на гъвкави стратегии на справяне

Песимистичната ориентация се дефинира като обратното на горните диспозиции, но заедно с това и някои специфики:

- капитулация пред трудностите;
- приписване на неуспехите на липса на способности;
- фокус върху емоциите, когато има усещане за трудност

Адаптивност (Голдбърг, 1999).

Под адаптивност в настоящата разработка се разбира :

- функциониране в условията на болестта
- способност за възстановяване
- ориентация към гъвкави стратегии за справяне

Съдействие към лечението (Голдбърг, 1999).

Включва следните елементи :

- информираност за болестта и настоящото състояние, в което се намира изследваното лице
- търсене на второ мнение / допълнителна експертиза за случая
- висока мотивация за изпълнение на предписанията на лекуващия екип в процеса на лечение
- личностна мобилизация
- търсене на алтернативни форми на лечение като допълнение към конвенционалната медицинска терапия (билколечение, хранителни добавки, диети и др.)

В **Глава 4** (Анализ на данните от изследването на клинична група пациенти с онкологични заболявания) са представени : социално - демографски характеристики на изследваните лица; медицински характеристики; анализ на резултатите от клиничното психологическо изследване; проява на рискови фактори в етиологията на онкологичното заболяване на изследваната клинична група; характеристики на личностен тип „С”; корелационни връзки между личност тип „С“, рискови фактори и протективни личностни ресурси; промени в самооценката на протективните личностни ресурси преди и след онкопсихотерапията. Верифицирани са работните хипотези и са обсъдени значимите резултати.

4.1.Социално - демографски характеристики на изследваните лица

Видно от таблица 1, преобладаващата част от изследваните лица (77%) са жени, 63% се намират в активна средна възраст, 57% имат завършено висше образование, 73% живеят с партньор, 73% имат поне едно дете в семейството.

Таблица 1. Социално – демографски характеристики на изследваната група

ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ	КАТЕГОРИИ	%
Пол	Мъже	23%
	Жени	77%
Възраст	Ранна възраст (до 29г.)	10%
	Средна/активна възраст (30 - 59г.)	63%
	Късна възраст (над 60г.)	27%
Образование	Средно	43%
	Висше	57%
Семейно положение	Живеещ с партньор	70%
	Живеещ сам	30%
Деца в семейството	Без деца	27%
	С деца	73%

4.2. Медицински характеристики на изследваните лица

В тази част подробно са представени и анализирани случаите на тридесет изследвани лица с 13 различни локализации на онкологично заболяване, някои от които с наличие, а други без фамилна обремененост. Изследваните лица са диагностицирани и лекувани от онкологични заболявания във всички стадии. Процесът на активно лечение включва хирургическа интервенция и последваща терапия (химиотерапия, лъчетерапия, хормонотерапия).

След статистическата обработка на данните, според медицинските характеристики се открояват следните параметри :

- 43% от ИЛ са диагностицирани с рак на млечната жлеза
- 87% се намират във втори, трети и четвърти стадий на онкологичното заболяване

- 87% са претърпяли хирургическа интервенция
- 90% са в процес на активно лечение, включващо последваща терапия (химиотерапия, лъчетерапия, хормонотерапия)
- 67% са провели над 3 онкопсихотерапевтични сесии
- 77% са провели кризисна интервенция
- 67% оценяват ефекта на проведената онкопсихотерапия като положителен

Клиничната група от изследвани лица с онкологични заболявания, спрямо социално - демографските и медицински характеристики в настоящото дисертационно изследване са: жени, в активна, средна възраст; с висше образование; живеещи с партньор; с поне едно дете в семейството; с диагноза РМЖ; във втори, трети и четвърти стадий; претърпели хирургическа интервенция; в процес на активно лечение, включващо последваща терапия (химиотерапия, лъчетерапия, хормонотерапия); провели над три онкопсихотерапевтични сесии, включващи кризисна интервенция; оценяващи положително психотерапевтичната програма.

Получените данни показват, че високо образовани жени в активна средна възраст, живеещи с партньор, с поне едно дете в семейството се открояват в изследваната клинична група като най-склонни да откликнат на възможността за психологическа подкрепа. Най-честата локализация на рака се явява млечната жлеза. Това е най-разпространената форма на рак сред жените. Данните от изследването сочат, че 87% от респондентите са в напреднал стадий на заболяването. Вероятно, това се дължи на ниската култура по отношение на превенция и профилактика сред българите. Изследваните лица оценяват положително приноса на психологическата подкрепа в комплексния подход на лечение към онкозаболяванията. Близо 70% от респондентите се ангажират в дългосрочен план с психотерапевтичната програма.

4.3. Анализ на резултатите от клиничното психологическо изследване

Информацията от клиничното психологическо изследване е систематизирана в осем категории : **депресивност** (депресивна симптоматика – липса на изразени симптоми) ; **тревожност** (високи нива на тревожност – норма) ; **емоционална интелигентост** (наличие – липса) ; **критичност** към заболяването (критичност – дезинформираност) ; **смущения в познавателните процеси** (стабилност – нарушения) ; **отношение към бъдещето** (песимизъм – оптимизъм) ; **адаптивност** (функциониране в условията на

болестта – дезадаптация) ; **съдействие към лечението** (висока мотивация – липса на ангажираност).

Таблица 2. Характеристики на изследваните лица на базата на резултатите от клиничното психологическо изследване

Категории	Наличие/Липса	Процентно съотношение
Депресивност	Депресивна симптоматика	73%
	Липса на изразени симптоми	27%
Тревожност	Високи нива на тревожност	83%
	Норма	17%
Емоционална интелигентност	Наличие	17%
	Липса	83%
Критичност	Критичност към заболяването	23%
	Дезинформираност	77%
Смущения в познавателните процеси	Стабилност	73%
	Нарушения	27%
Отношение към бъдещето	Оптимизъм	37%
	Песимизъм	63%
Адаптивност	Функциониране в условията на болестта	57%
	Дезадаптация	43%
Съдействие към лечението	Висока мотивация	86%
	Липса на ангажираност	14%

От Таблица 2 е видно, че:

- **73%** от изследваните лица демонстрират изява на депресивна симптоматика.
- **83%** от изследваните лица демонстрират изявена, клинично значима тревожна симптоматика.
- **83 %** отсъствие на емоционална интелигентност.
- **23%** от случаите липсва достъчно критично отношение на изследваното лице спрямо заболяването и състоянието, в което се намира.

- **27%** от случаите, изследваните лица демонстрират наличие на когнитивни смущения.
- **37%** от изследваните лица притежават оптимистична нагласа за бъдещето по време на клиничното психологическо изследване. В **63%** от случаите се наблюдава песимистична настройка.
- **43%** от изследваните лица са изгубили адаптивността си в условията на болестта.
- **86%** от изследваните лица са високо мотивирани и ангажирани в процеса на лечение.

4.4. Проява на рискови фактори в етиологията на онкологичното заболяване на изследваната клинична група

В изследователска **Хипотеза 1** се допуска, че в своята индивидуална история, изследваните лица ще проявяват определени рискови фактори, свързани със загуба за личността на важен за нея човек или идентификация, явяващи се предпоставка за отключване на онкологично заболяване.

Обособени са 8 типа рискови фактори : *смърт на близък; психично разстройство; развод; тежки материални условия; дългосрочна раздяла; самотноживеещ; фузия; депривираща семейна среда*

Таблица 3. Честота на рискови фактори в изследваната група

Рискови фактори	Изява	%
Смърт на близък	Наличие	33%
	-	67%
Психично разстройство	Наличие	43%
	Липса	57%
Развод	Наличие	20%
	Липса	80%
Тежки материални условия	Наличие	40%
	Липса	60%
Дългосрочна раздяла	Наличие	43%
	Липса	57%

Самотноживеещ	Наличие	20%
	Липса	80%
Фузия	Наличие	47%
	Липса	53%
Депривираща семейна среда	Наличие	43%
	Липса	57%

Очакванията, които са заложи в **Хипотеза 1**, че в профила на изследваната група пациенти с онкозаболявания ще се срещат с висока честота избраните рискови фактори, се считат за значими. Прави впечатление изразената изява на рискови фактори, свързани с взаимоотношенията, които формират респондентите със значимия си социален кръг. С най-висока честота на изява е рисков фактор „фузия“ (**47%**), следван от депривираща семейна среда (**43%**) и дългосрочна раздяла (**43%**). Отчита се тенденция към изразена трудност на онкологичния пациент да формира зрели, балансирани и удовлетворяващи отношения с важните субекти в живота си. Характерна е склонност към „сливане“ с другия, липса на добре очертано персонално пространство, интрузивност в комуникацията, липса на сепарация, затруднения във функционирането в случай на раздяла. Тези „патогенни“ фактори са продукт на емоционалната незрялост и ригидността на психичния свят на онкоболния. Връзката между високата честота на поява на точно тези рискови фактори с базисните характеристики на личността тип „С“ не е случайна, напротив, следващата част на анализа предполага изразени корелационни зависимости между тези променливи. Сериозно представен в профила на изследваната група е и рисков фактор психично разстройство (**43%**), следван от лоши условия на живот от материално естество (**40%**). Общото в случая е страданието, което преживява субекта. На базата на получените резултати може да се обобщи, че онкологичният пациент пребивава в състояние на неудовлетвореност, липсва адекватно позициониране в социалния му свят, лесно изпада във фрустрация, преживява тежко загубата и раздялата.

Обработка на данните показва, че **87%** от изследваните лица демонстрират наличие на един или няколко рискови фактори в индивидуалната си история. При **23%** от случаите се натъкваме на комбинация на повече от **5** рискови фактора. Допусканията в изследователска **Хипотеза 1** се **потвърждават** във висока степен.

4.5.Характеристики на личностен тип „С”

Централна тема в изследването на психологичните компоненти в патогенезата на онкологичните заболявания е така наречената „предразположена към рак личност“. **Личностният тип „С”** е разгледан в настоящото изследване като включващ четири базисни характеристики (**емоционална незрялост; инхибиция на гнева; ригидност на емоциите ; усещане за безнадеждност**), за които се предполага, че водят до предразположеност към онкологични заболявания. Извършен е контент анализ на информацията от клиничните интервюта и проведените терапевтични сесии на базата на оценъчни категории. Данните са отразени в съставената програмна карта, в която е регистрирана честотата на поява на наблюдаваните базисни характеристики на **Личност тип „С”**.

Настоящата разработка не може да потвърди наличието на изследваните характеристики в преморбидната личност на респондентите, отчетена е честотата на проява в процеса на активно лечение. Взема се предвид възможността, съзнанието за заболяването да повлиява дълбоко емоционалното състояние на личността, както и това, че някои видове рак и тяхното лечение имат специфични психологични последици.

В **изследователска Хипотеза 2** се допуска, че при изследваните лица присъстват характеристики на личността тип „С” : емоционална незрялост, инхибиция на гнева, ригидност на емоциите, усещане за безнадеждност.

Таблица 4. Честота на характеристики на личност тип „С“ в профила на изследваната група.

ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЛИЧНОСТ ТИП „С“	ЧЕСТОТА	ПРОЦЕНТ
ЕМОЦИОНАЛНА НЕЗРЯЛОСТ	24	80%
ИНХИБИЦИЯ НА ГНЕВА	22	73%
РИГИДНОСТ НА ЕМОЦИИТЕ	23	77%
УСЕЩАНЕ ЗА БЕЗНАДЕЖДНОСТ	14	47%

В профила на изследваната клинична група се наблюдава устойчиво присъствие на характеристиките на личност тип „С“, с изключение на Усещане за безнадеждност,

проявяваща се с по-ниска честота. Интерпретацията би могла да бъде по посока на това, че всички 30 случая, обект на изследването, са в процес на активно лечение, включващ медицински интервенции и последващи терапии. Пациентите, вероятно, се чувстват подкрепени, усещането за структура по отношение на бъдещето намалява тревожността и засилва надеждата в оптимистичната развръзка. В много от терапевтичните сесии, независимо от неблагоприятната прогноза, изследваните лица се опитват сами да съхранят вярата си, осъзнавайки, че няма по-лош сценарий от отказа да се бориш срещу болестта. Обработката на резултатите от протоколите на клиничните интервюта и терапевтичните сесии **потвърждават частично Хипотеза 2.**

4.6. Корелационни връзки между характеристиките на личност тип „С“, рискови фактори, емоционална интелигентност и протективни личностни ресурси

Хипотеза 3 предполага значими корелационни връзки между характеристиките на личността тип „С“ (вътре в групата) от една страна и изследваните рискови фактори от друга.

- **Корелационни връзки между характеристиките на личността тип „С“**

Таблица 5. Корелационни връзки между характеристиките на личността тип „С“

Личност тип „С“		Емоционал на незрялост	Инхибиция на на гнева	Ригидност на емоциите	Усещане за безнадеждност
Емоционална незрялост	Pearson Correlation	1	,075	,315	,468**
	Sig. (2-tailed)		,692	,090	,009
	N	30	30	30	30
Инхибиция на гнева	Pearson Correlation	,075	1	,737**	,262
	Sig. (2-tailed)	,692		,000	,162
	N	30	30	30	30
Ригидност на емоциите	Pearson Correlation	,315	,737**	1	,200
	Sig. (2-tailed)	,090	,000		,289
	N	30	30	30	30
Усещане за безнадеждност	Pearson Correlation	,468**	,262	,200	1
	Sig. (2-tailed)	,009	,162	,289	
	N	30	30	30	30

Корелационният анализ показва тенденция за положителна връзка между някои от наблюдаваните характеристиките на личност тип „С“:

- Между инхибицията на гнева и ригидност на емоциите се наблюдава силна положителна корелационна зависимост (**r = 0,737**, при **p = 0,000**)

- Емоционалната незрялост корелира умерено положително с усещане за безнадежност ($r = 0,468$ при $p = 0,009$).

- **Корелационни връзки между характеристиките на личността тип „С“ и изследваните рискови фактори**

От представените резултати на корелационния анализ може да се направи извода, че характеристиките на личност тип „С“ проявяват положителни взаимовръзки с някои от изследваните рискови фактори.

Таблица 6. Корелационни връзки между характеристиките на личност тип „С“ и рискови фактори

Рискови фактори/Характеристики на личност тип „С“		Емоционал на незрялост	Инхибиция на гнева	Ригидност на емоциите	Усещане за безнадежност
Смърт на близък	Pearson Correlation	-,177	,426 [*]	,223	,189
	Sig. (2-tailed)	,350	,019	,236	,317
	N	30	30	30	30
Психично разстройство	Pearson Correlation	,500 ^{**}	,000	-,079	,401 [*]
	Sig. (2-tailed)	,005	1,000	,679	,028
	N	30	30	30	30
Развод	Pearson Correlation	,042	,113	,079	,033
	Sig. (2-tailed)	,827	,552	,679	,861
	N	30	30	30	30
Тежки материални условия	Pearson Correlation	,408 [*]	,339	,290	,464 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,025	,067	,121	,010
	N	30	30	30	30
Дългосрочна раздяла	Pearson Correlation	,269	,223	,323	-,009
	Sig. (2-tailed)	,150	,236	,081	,962
	N	30	30	30	30
Самотноживеещ	Pearson Correlation	,250	-,264	-,118	,033
	Sig. (2-tailed)	,183	,159	,534	,861
	N	30	30	30	30
Фузия	Pearson Correlation	,134	-,040	,042	-,473 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,481	,833	,825	,008
	N	30	30	30	30
Депривираща среда	Pearson Correlation	,269	,071	,164	,396 [*]
	Sig. (2-tailed)	,150	,709	,385	,031
	N	30	30	30	30

- Рисков фактор психично разстройство проявява значителна положителна корелация с характеристиката на личностов тип „С“ емоционална незрялост ($r = 0,500$, при $p=0,005$) и умерена положителна корелация с усещане за безнадеждност ($r = 0,401$, при $p=0,028$).
- Рисков фактор фузия проявява умерена отрицателна корелация с усещане за безнадеждност ($r = -0,473$, при $p=0,008$).
- Рисков фактор тежки материални условия проявява умерена положителна корелация с усещане за безнадеждност ($r = 0,464$, при $p=0,01$) и емоционална незрялост ($r = 0,408$, при $p=0,025$).
- Рисков фактор смърт на близък корелира умерено положително с инхибиция на гнева ($r = ,426$, при $p=0,019$).
- Рисков фактор депривираща семейна среда проявява умерена положителна корелация с усещане за безнадеждност ($r = 0,396$, при $p=0,031$).

Получените данни от корелационния анализ **потвърждават частично** изследователска **Хипотеза 3**.

- **Корелационни връзки между характеристиките на личността тип „С“ и емоционалната интелигентност на изследваните лица**

Хипотеза 4.

Предполага се отрицателна корелационна зависимост между характеристиките на личността тип „С“ и емоционалната интелигентност на изследваните лица.

Корелационният анализ показва тенденция за отрицателна връзка между характеристиките на личност тип „С“ и емоционалната интелигентност на изследваните лица.

Таблица 7. Корелационни връзки между личност тип „С“ и емоционална интелигентност

Характеристики на Личност тип „С“		Емоционална интелигентност
Емоционална незрялост	Pearson Correlation	-,671**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
Инхибиция на гнева	Pearson Correlation	-,135
	Sig. (2-tailed)	,477
	N	30
Ригидност на емоциите	Pearson Correlation	-,388*
	Sig. (2-tailed)	,034

	N	30
Усещане за безнадеждност	Pearson Correlation	-,418*
	Sig. (2-tailed)	,021
	N	30

- Между емоционална интелигентност и емоционална незрялост се отчита значителна отрицателна корелация ($r = -0,671$, при $p=0,000$).
- Емоционалната интелигентност проявява умерена отрицателна корелация ($r = -0,418$, при $p=0,021$) с усещане за безнадеждност.
- Между емоционалната интелигентност и ригидност на емоциите се отчита умерена отрицателна корелация ($r = -0,388$, при $p=0,034$).

На базата на корелационния анализ може да бъде направен извода, че между характеристиките на личността „С“ и емоционалната интелигентност се отчита значима отрицателна корелационна зависимост. Очакванията, заложи в **Хипотеза 4** се **потвърждават**.

- *Корелационни връзки между характеристиките на личността тип „С“ и самооценката на протективните личностни ресурси на изследваните лица*

В **Хипотеза 5**, се допуска значима отрицателна корелационна връзка между характеристиките на личност тип „С“ и самооценката на протективните личностни ресурси на изследваните лица преди провеждане на психотерапия.

Корелационният анализ показва тенденция на отрицателна връзка между характеристиките на личност тип „С“ и протективните личностни ресурси на изследваните лица.

Таблица 8 . *Корелационни връзки между личността тип „С“ и протективните личностни ресурси на изследваните лица*

		Издръжливост	Позитивно отношение към бъдещето	Позитивна самооценка	Чувство за хумор
Емоционална незрялост	Pearson Correlation	-,484**	-,067	-,269	-,218
	Sig. (2-tailed)	,007	,724	,150	,247
	N	30	30	30	30
Инхибиция на гнева	Pearson Correlation	-,010	-,385*	-,527**	-,263
	Sig. (2-tailed)	,956	,035	,003	,160
	N	30	30	30	30

Ригидност на емоциите	Pearson Correlation	-,071	-,154	-,482**	-,327
	Sig. (2-tailed)	,710	,417	,007	,078
	N	30	30	30	30
Усещане за безнадеждност	Pearson Correlation	-,573**	-,683**	-,800**	-,612**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30

- Между усещане за безнадеждност и позитивна самооценка се отбелязва силна отрицателна корелация ($r = - 0,800$ при $p=0,000$).
- Усещане за безнадеждност отчита значителна отрицателна корелация спрямо позитивно отношение към бъдещето ($r = - ,683$, при $p=0,000$).
- Усещане за безнадеждност проявява значителна отрицателна корелация с чувство за хумор ($r = - ,612$, при $p=0,000$).
- Между усещане за безнадеждност и личностна издръжливост се отчита значителна отрицателна корелация ($r = - 0,573$, при $p=0,001$).
- Инхибиция на гнева проявява значителна отрицателна корелация с позитивна самооценка ($r = - 0,527$, при $p=0,003$).
- Инхибиция на гнева отчита умерена отрицателна корелация с позитивно отношение към бъдещето ($r = - 0,385$, при $p=0,035$).
- Между емоционалната незрялост и издръжливост се отчита умерена отрицателна корелация ($r = - 0,484$, при $p=0,007$).
- Емоционална ригидност отчита умерена отрицателна корелация с позитивна самооценка ($r = - 0,482$, при $p=0,007$).

Резултатите от корелационния анализ **потвърждават** очакванията, заложи в **Хипотеза 5** за наличие на значими отрицателни корелационни зависимости между характеристиките на личност тип „С” и самооценката на протективните ресурси на изследваните лица.

4.7.Промени в самооценката на протективните личностни ресурси преди и след онкопсихотерапията

Хипотеза 6.

Очаква се психотерапевтичните процедури при пациентите с онкологични заболявания да окажат положителен ефект върху протективните личностни ресурси, допринасяйки за промяна в стратегиите за справяне. В частност се предполага :

- Повишаване на самооценката за издръжливост
- Повишаване на самооценката за оптимизъм

- Повишаване на самооценката и поддържане на позитивен аз-образ
 - Повишаване на самооценката за наличие на чувство за хумор
- Честотен анализ между променливите **Издръжливост преди и след проведената онкопсихотерапия.**

Данните показват, че след проведената психотерапия е настъпила промяна за **3-ма** от изследваните лица (**10%** от случаите), при които се появява наличие на изследваната променлива.

Таблица 9. Честотен анализ издръжливост

		Издръжливост след		Общо
		Липса	Наличие	
Издръжливост преди	Липса	16	3	19
	Наличие	0	11	11
	Общо	16	14	30

Констатира се статистически значима тенденция на повлияване ($\chi^2 = 19,850$, при $P = 0,000$).

- Честотен анализ между променливите **позитивно отношение към бъдещето преди и след онкопсихотерапията**

Данните показват, че след проведената психотерапия е настъпила промяна за **9-ма** от изследваните лица (**30%** от случаите), при които се появява наличие на изследваната променлива.

Таблица 10. Честотен анализ позитивно отношение към бъдещето

		Позитивно отн. след онкопсихотерапията		Общо
		липса	наличие	
Поз.отн. преди онкопс.	липса	7	10	17
	наличие	1	12	13
Общо		8	22	30

При сравнение на честотите се констатира тенденция на повлияване ($\chi^2 = 4,224$, при $P = 0,040$)

- Честотен анализ между променливите **позитивна самооценка преди и след онкопсихотерапията**

След проведената психотерапия е настъпила промяна за **11** от изследваните лица (**37%** от случаите), при които се появява наличие на изследваната променлива.

Таблица 11. Честотен анализ позитивна самооценка

	Позитивна самооценка след онкопсихотерапия		Общо
	липса	наличие	
Поз.самооценка преди онкопс.	2	11	13
наличие	0	17	17
Общо	2	28	30

Констатира се тенденция на повлияване ($\chi^2 = 2,802$, при $P = ,094$), но не достига статистическа степен на значимост.

- Честотен анализ между променливите **чувство за хумор преди и след онкопсихотерапията.**

Данните показват, че след проведената онкопсихотерапия **не се отчита промяна** в самооценката на изследваните лица по отношение на чувството за хумор.Изследваната променлива не търпи динамика, **девет** от респондентите (**30%**) проявяват чувство за хумор преди и след онкопсихотерапията.

Таблица 12. Честотен анализ Чувство за хумор

	Чувство за хумор след онкопсихотерапията		Общо
	Липса	Наличие	
Чувство за хумор преди онкопс.	21	0	21
Наличие	0	9	9
Общо	21	9	30

$\chi^2 = 30,000$, при $P = ,000$.

Получените резултати **потвърждават частично Хипотеза 6**. Отчетена е промяна в положителна посока за издръжливост, позитивно отношение към бъдещето и позитивна самооценка. Изключение се явява променливата чувство за хумор, която не търпи динамика в процеса на проведената онкопсихотерапия. Предполага се, че чувството за хумор е устойчива и дълбоко залегнала характеристика на личността, която трудно може да бъде повлиявана.

Научна новост

Научната новост на изследователския проблем се състои най-общо в избрания интегративен подход, който би могъл да отчете влиянието както на рисковите, така и на протективните фактори в аспекта на индивидуалната жизнена история. Поставя се акцент върху персоналната констелация от взаимовръзки в преморбидната личност, отчетена е динамиката на ресурса и промяната в стратегиите за справяне на пациента в процеса на лечение. Новост се явява повдигането на въпроса за мястото на психологическата интервенция в конкретни измерения като част от комплексния подход към онкологичните заболявания. Въпреки, че тезата за влиянието на психотерапията и психичните преживявания върху хода и изхода от болестта все още има спорен характер, психотерапията отстоява своето място като подпомагащ елемент в лечението на рака.

Ограничения на изследването

При интерпретацията на резултатите и извеждането на заключенията от това изследване следва да се имат предвид някои ограничения, част от които биха могли да бъдат избегнати при моделиране на бъдещи изследвания по темата. Изследването е фокусирано върху ограничен брой случаи – 30, а за целите на едни по-обобщени изводи, които да могат да бъдат основа за внедряването на конкретни форми на подкрепа в клиничната практика е необходимо да се проведе подобно изследване върху по – големи извадки от болни с различни онкологични заболявания.

Необходимо е да се отчита, че изследваната група пациенти с онкологични заболявания е специфична, а сътрудничеството до голяма степен е проблемно. Става дума за тежко страдание, към което изследователският интерес трябва да бъде внимателно лимитиран и деликатен. Изборът на идеографичен подход в настоящото изследване се определя от редица затруднения, които среща прилагането на стандартни тестове и методики при този тип пациенти.

Обогатяване на изследването с включване на други протективни ресурси като способност за възстановяване, вътрешна локализация на контрол и др. би допринесло за по- комплексен анализ на влиянието и взаимовръзките на протективните функции по отношение на оздравителния процес. Чувството за хумор като фактор не оправда заложените очаквания и не регистрира значимо влияние върху останалите променливи.

Приноси на дисертационното изследване

В обобщение, резултатите от проведеното в съответствие с целта и задачите на дисертационния труд изследване се свеждат до следните основни приноси:

1. В теоретичен план са анализирани и систематизирани съвременните научни дискусии по отношение на модела болест-здраве, като се поставя акцент на развитието на теориите на позитивното човешко здраве, премества се изследователския фокус от патологията, болестта и дефицитите към изучаването на протективните личностните ресурси
2. Постигнато е едно цялостно обобщение на наблюдаваните феномени (рискови фактори, характеристики на личност тип „С“, протективните личностни ресурси) в областта на психологическото консултиране и терапия при онкологични заболявания
3. Представена е конкретна конфигурация от психологични предпоставки, които се явяват патогенен фактор за злокачествения процес в своята съвкупност
4. Очертан е профилът на клинична група пациенти с онкологични заболявания, изразяващи готовност за сътрудничество и откликващи на поканата за психологическа подкрепа
5. Отчетена е динамиката на самооценката на личностните ресурси преди и след реализирането на психотерапевтична работа с пациентите.

Заклучение

Настоящият дисертационен проект е базиран на психотерапевтична работа с тридесет пациенти с онкологични заболявания, с различни диагнози, стадии и етапи в процеса на лечение. Обединяващият фактор в тези разностранни случаи, безспорно, се явява тяхното страдание. Ясно се очертава присъствието на страха, гнева, безпомощността, изпреварващия негативно - нихилистичен фантазъм за бъдещето. Много от пациентите/ изследвани лица са насочвани за психологическа помощ от лекуващия онколог или друг специалист от медицинския екип. Някои от тях сами търсят помощта на психолог, усещайки невъзможността да се справят с проблема.

Работата в дългосрочен план дава възможност да се проследи случая в дълбочина като се отчитат множество детайли в индивидуалната история, личностната структура, наличието на ресурси и социален контекст. Дизайнът на лонгитюдното изследване/терапия позволява да бъде отчетена динамиката при всеки един от пациентите по отношение на актуалното състояние и очакваното подобрение. В известна част от случаите, желаният резултат не е постигнат. Част от изследваните лица приключват психотерапията и борбата си с болестта като цяло, още по време на изследването, изправени пред неумолимостта на агресивното заболяване. Други имат успех в „битката за живота си“.

Събраните данни, позволяват изграждането на модел за изследване. Акцентът е поставен върху четири основни конструкта : рискови фактори, присъстващи в етиологията на онкологичното заболяване на изследваната клинична група; резултати от клиничното психологическо изследване; характеристики на личностен тип „С“, предразположен към онкологични заболявания и проява на самооценката на протективните личностни ресурси преди и след проведената онкопсихотерапия. Изследователските хипотези са конструирани върху взаимозависимостите между горепосочените области на изследване . Основните допускания в дисертационния проект : наличие на определени рискови фактори в етиологията на заболяването на изследваните лица; връзка между рисковите фактори и характеристиките на личностен тип „С“; положителна динамика в измеренията на протективните личностни ресурси след приключване на онкопсихотерапията се потвърдиха.

Направен е опит за концептуализиране на психичните състояния в термините на интерактивното влияние на позитивните и негативните фактори в човешкия живот, като се поставя ударение върху значението на позитивните преживявания и протективните психологически ресурси при кризисното личностно израстване и справянето с онкологичната болест.

Abstract

Influence of the protective personal resources on the process of active treatment of patients with oncological diseases

For decades, conventional medicine has seen oncological diseases only through the prism of the biomedical model of the disease. Health has been defined as an absence of disease, and any disease symptom has been perceived as having an underlying pathology that will be cured through a medical intervention. The reductionism, distinctive for the biomedical model, usually neglects the fact, that individuals react in different ways to the same disease because of differences in, for example, personality, knowledge, resources for social support or cultural beliefs. The perspective of contemporary researches on the treatment of predominantly lethal diseases, arrives to the conceptualization of a new multidimensional model for the healing process - the biopsychosocial approach of perceiving and managing the disease. The biopsychosocial model is an extension of the disease or biomedical model of health to one that encompasses and emphasizes the interaction between biological processes and psychological and social influences.

Over the past two decades, data confirming the link between oncological and psychological factors have been published, as well as behavioral factors such as smoking, alcohol use, diet, hyper-stress, psychosomatic diseases have been reported. As a “psychological carcinogens” has been described traumatic life events, difficulties in relationships with the meaningful social environment, disturbances in abilities of expressing emotions, difficulties in overcoming conflicts, persistent states of despair, and others. A focus on the C-type personality (predisposed to oncological diseases) has been set.

The development of the theories and models of the positive human health shifts the research focus from the pathology, the disease itself and the deficits to the study and systematization of personal resources, outlines the ways to achieve optimal mental health and a prosperity. The starting point for the organization of this dissertation is the idea of finding the necessary strategies to optimize the person's psychological resources that can help the treatment process. The emphasis is on studying the functions of protective personal resources (endurance, positive self-esteem, optimism, humor) that optimize mental health and the ability to fully recover. The idea of plasticity of personal organization and the possibility of changing the behavioral patterns and coping strategies proves the need to include psychotherapeutic support in the explanatory model of the healing process.

Key words: biomedical model; biopsychosocial model; oncological diseases; personality type C, protective personal resources, psychotherapeutic support

Списък с публикации по темата на дисертацията

Георгиев, А.(2017). Възможности и ограничения на онкопсихотерапията в процеса на активно лечение на пациент с личностна структура тип”С”. Международна Научна Конференция „ Предизвикателства и перспективи пред съвременната психология”. Университетско издателство „ Св. Климент Охридски” София . Сборник резюмета, стр. 147

Павлова, К.,Колева, М., Георгиев, А., Адърска,Е. (2019). Програма „Виктория”. Модел за комплексна (медицинска, психологическа, социална) рехабилитация на жени след оперативно лечение на рак на гърдата.Университетско издателство „ Паисий Хилендарски”, Пловдив, под печат