



БЪЛГАРСКА АКАДЕМИЯ НА НАУКИТЕ
ИНСТИТУТ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО И ЧОВЕКА

Департамент „Психология”

Траянка Бойкова Григорова

ДИРЕКТНИ И ИНДИРЕКТНИ ВЪЗДЕЙСТВИЯ НА АЛЕКСИТИМИЯ ВЪРХУ
ПСИХОСОМАТИЧНА СИМПТОМАТИКА

Автореферат

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

Рецензенти:

доц. д-р Ева Папазова

проф. д-р Соня Карабельова

Научен ръководител:

доц. д-р Максимка Рашева

София

2018

Изказвам искрени благодарности на:

- секция “Методология на психометричното изследване” ИИНЧ
- екипа на „Топ форма”
- д-р Робева

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на Научен семинар на департамент “ Психология” към Института за изследване на населението и човека при БАН.

Обем: 130 страници

Литературни източници: 301 заглавия (24 на кирилица; 277 на латиница)

Таблицы: 38

Фигури: 15

Приложения: 3

Защитата на дисертационния труд ще се състои на от часа в зала на пред научно жури в състав- външни членове: проф.д.пс.н. Соня Карабельова, проф. д-р. Орлин Тодоров, доц. д-р Биляна Николова Великова-Цонкова; вътрешни членове: доц. д-р.Ева Папазова, доц.д-р. Максимка Рашева.

Членовете са назначени от Научния съвет на Института за изследване на населението и човека.

УВОД:

В настоящия дисертационен труд разглеждаме все по-актуалната и изследвана взаимовръзка между конструкта алекситимия и психосоматична симптоматика, като израз на психосоматичното функциониране.

Връзката на психосоматичната симптоматика с трудността за осмисляне и преработка на емоциите стои в основата на откриването на алекситимия като конструкт.

Изследвания в областта демонстрират връзката на изразени дефицити по отношение на емоционалната осъзнатост (алекситимичност) и редица клинично значими разстройства. Благодарение на наличните данни се знае много за връзката на алекситимия с личностните разстройства, зависимото поведение, психичните травми, депресията и тревожните разстройства, психосоматичните заболявания и много други (Hendryx et al 1991; Parker, Taylor, Bagby, 1992; De Groot et al 1995; Taylor et al, 1997; Corcos et al 2000; Honkalampi et al 2001; Quinton, Wagner, 2005; Waller & Scheidt, 2006; Da Ros et al 2011; Vender et al 2014). За съжаление върху българска популации подобни изследвания не са много (Попов. сътр, 2016).

Изследователските въпроси, които ни провокират са свързани с ролята на алекситимия по отношение изявата на психосоматичната симптоматика. Дали тази връзка е пряка или съществуват медиращи фактори в релацията алекситимия – психосоматика, като депресия и перфекционизъм.

Питаме се дали и в каква степен връзката алекситимия – психосоматична симптоматика рефлектира върху склонността на личността да изгражда дезадаптивни хранителни навици, които да резултират в наднормено тегло и затлъстяване, водещо след себе си редица увреждащи последици за здравето и качеството на живот - като вторични соматични заболявания, влошена социална адаптация, незадоволителна междуличностна свързаност и личностна реализация.

Изборът да се спрем върху извадка от хора със затлъстяване е пряко свързан с актуалността на проблема (социална значимост, широко разпространение) със свръх теглото и пряката му връзка с психосоматичното разбиране за произхода на този вид проблематика.

Следващият етап от нашето изследване е фокусиран върху изясняване ролята на демографските характеристики като пол, възраст и образование, по отношение изявата на алекситимия, психосоматичната симптоматика, депресия и перфекционизъм.

Финал на изследването поставяме с кратък анализ на три от изследваните лица със свръх високи резултати и сбит обзор на едни от най-утвърдените терапевтичните подходи в третирането на психична проблематика като алекситимичност, психосоматично функциониране и депресивност.

Резюмирано съдържание на дисертационния труд:

Дисертацията е структурирана в три глави – теоретични предпоставки при изучаването на алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм, постановка на изследването и резултати, обсъждане и изводи от изследването. Края на дисертационния труд слага заключение, което е последвано от използвана литература и приложение.

ПЪРВА ГЛАВА

Теоретични предпоставки към изучаването на алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм

Първа глава от дисертационния труд разглежда теоретичните подходи към изучаването на алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм и обзор на емпиричните изследвания върху тях. В четири основни параграфа се разглеждат както теоретичните основи, така и свързаността между изследваните променливи.

Параграф едно е посветен на генезиса и развитието на алекситимия. Разглеждат се различни по произход теоретични предпоставки свързани с развитието на затруднения в емоционалната осъзнатост и преработката и вербализацията на афективните преживявания. Проследена е развитийната перспектива на регулацията на емоциите, в лицето на теорията на привързаността. Според теорията на привързаността регулирането на афектите служи за насърчаване преминаването от асистирана регулация (от страна на грижещите се фигури) към саморегулиране. Регулаторната система на бебето се трансформира от диадична, включваща релацията майка – бебе, към индивидуална и самостоятелна. Теорията на привързаността демонстрира добра възможност да бъдат изследвани връзките между дисрегулацията на афектите и редица видове психопатологични реакции и състояния.

Друг теоретичен конструкт, свързан със саморегулацията, е капацитетът за ментализация и рефлексивно функциониране. Той се отнася до способността на индивида да извлича и отразява собствените си психични състояния, както и тези на други и да използва този капацитет в личностни и социални взаимодействия (Атанасов, 2007). Този капацитет дава възможност на индивида да използва представи, свързани с конкретни изживявания, описване и изразяване на вътрешния живот, регулиране на влиянието и развиване на съгласувано чувство за индивидуалност и самостоятелност, както и капацитетът за генериране на адекватни изводи относно психичните състояния на другите.

След изясняване на клиничните предпоставки, които биха могли да стоят в основата на развитието на алекситимичността на субекта, е направен исторически преглед на теоретични основи в разбирането на функционирането на субекта имащи облика на алекситимия.

Отразена е работата на Фройд и това как неговите теории за нагоните невротичното функциониране, поставят базата за разбирането на състояния като алекситимия. Отчетен е приносът на Франц Александър, Джойс Магдугъл и други аналитично мислещи клиницисти.

В средата на 20ти век се появяват първите данни за конструкта алекситимия. Те са свързани с клиничната практика на двама психоаналитици - Нимая и Сифниъс. Авторите оформят първоначалния вид на конструкта, който в последствие е наречен с неологизма – alexithymia. Неологизмът е изграден от гръцкия префикс – а – липса, lexis – дума и thymos – настроение емоция. Буквалният превод би значил – без думи за чувствата. Конструктът алекситимия има трифакторна структура - (Ф1) затруднения при идентифициране на собствените чувства и отграничаването им от телесните усещания, свързани с емоционалния араузъл. (Ф2) затруднения при вербализация на собствените чувства пред трети лица. (Ф3) ограничени фантазмени процеси и външно ориентиран когнитивен стил.

Параграфът продължава с паралел между алекситимия и близки до нея конструкти като депресия, или съпоставка с диаметрално противоположни такива като емоционалната интелигентност.

Следваща стъпка в теоретичния обзор на алекситимия е свързан с проследяване на етиологията на алекситимия изразяваща се в психосоциални, културни и биологично-генетични фактори.

В заключение са представени данни свързани с валидизация и методи за измерване на алекситимия, като е обърнато специално внимание на самооценъчната скала за оценка TAS-20.

Параграф две от дисертационния труд е посветен на психосоматична симптоматика, като соматоформните разстройства (психосоматични) са разгледани като психични разстройства с телесна симптоматика, като проявата на психичната дисфункция е реализирана като телесен симптом.

Представени са отделните психосоматични разстройства описани в различните диагностични наръчници, като психосоматично разстройство, хипохондрично разстройство, соматоформна вегетативна дисфункция, синдром на хронична болка и други.

Представени различни психологични и медико-биологични теории за възникване, като тази на Франц Александър и теорията за стреса и реакциите на стрес (Alexander & Flagg, 1965, Иванов. 2006).

В заключение на **параграф две** е обърнато внимание на затлъстяването, като проява на психосоматично функциониране и са изведени сходства и различия с някои хранителни разстройства свързани покачване на телесната маса (булмия невроза, синдром на натрапливо хранене) (Fagundo et al., 2012; Lavagnino et al., 2016; Wu et al., 2014, 2016).

Параграф три разглежда проявите на афективни и перфекционистични фактори, свързани с алекситимичността на функционирането. В него са обособени два подпараграфа. Първият е фокусиран върху депресията като фактор имащ отношение към изявата на алекситимия. В сбит обем са представени основните разбирания на две от най-застъпените психологични и психотерапевтични теории за появата на депресия, а именно когнитивната и психоаналитичната.

След това се описани основните наръчници, които подпомагат диагностичния процес на депресивните разстройства, наръчникът на СЗО – Международна Класификация на Болестите (МКБ10), медицинският и статистически наръчник на психичните разстройства на Американската психиатрична асоциация (APA, DSM V, 2013) и класификационната система PDM-2 (Lingiardi et al., 2017).

Втората част на **параграф три** е посветена на перфекционистичните характеристики на субекта, които имат отношение към проявите на алекситимичност. В началото е направен кратък исторически преглед на появата на конструкта – перфекционизъм, а специално внимание е отделено на моделът на Фрост, който с тои в основата на използваната в изследването методика измерваща перфекционизъм (Frost et al., 1990).

Параграф четири представя обзор върху изследвания, проследяващи връзките между алекситимия, психосоматика, затлъстяване/ хранителни разстройства, депресия и перфекционизъм.

ВТОРА ГЛАВА

Постановка на емпиричното изследване

1. Теоретичен модел на изследването

На база направеното проучване на теоретичните данни и тяхното обобщение изкрystalизира становището, че влиянието на конструкта алекситимия върху изследвани лица с психосоматична

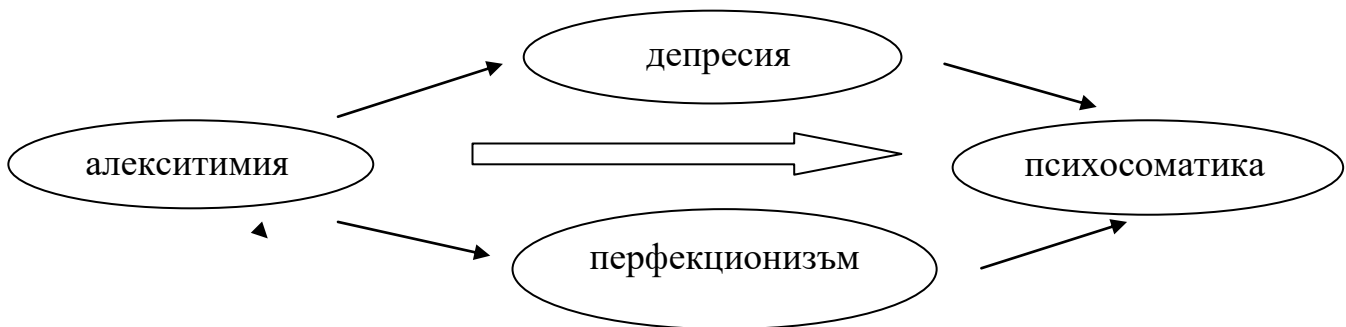
симптоматика не е еднозначно. Тази връзка би могла да бъде пряка (Waller & Scheidt, 2006; Pedrosa-Gil et al., 2008; Castelli et al., 2012), но е възможен и вариант, при който отношението на алекситимия към психосоматичното симптомообразуване да бъде опосредствено от конструкти или състояния като перфекционизъм и депресия (Tuzer et al. 2011; Longarzo, et al., 2015). От всичко казано до тук става ясно, че отношението между алекситимия и психосоматичната симптоматика предполага комплексен модел. Поради тази причина е конструиран авторски модел на изследването, в който съществено място има алекситимия като личностна характеристика, включваща както афективни, така и когнитивни елементи, имаща определяща роля за изявата и взаимовръзките между останалите изследвани компоненти.

На първо място моделът отразява допускането, че затрудненията в емоционалното осъзнаване и боравене с афективно наситен преживелищен материал се намира във връзка със склонността към изява на психосоматична симптоматика (Lumley et al., 1996; Paikos et al., 2000; Barton et al., 2009).

На второ място моделът предполага наличието на връзка между алекситимия и депресия. Това предположение се основава на теоретични предпоставки и емпирични резултати и е широко застъпено в изследванията свързани с алекситимия, още от самото начало на формирането на алекситимия като конструкт (De Groot et al., 1995; Conrad et al., 2009; Bratis et al., 2009; Vomonti et al., 2010).

На следващо място теоретичният модел отразява предпоставката, че между алекситимия и перфекционизъм съществува свързаност. Изследванията в областта са доста оскъдни, но автори, работили по темата (Lundh et al., 2002) откриват, че съществува значима позитивна свързаност между негативният перфекционизъм и два от факторите на алекситимия.

Четвърто, създаденият модел предполага и изследва възможността освен пряка връзка между алекситимия и психосоматичната симптоматика да съществува и опосредствана такава - през депресия и перфекционизъм. В основата на това предположение стои разбирането, че депресия и перфекционизъм, които усилват влиянието на алекситимия, допринасят за въздействието ѝ върху появата на психосоматичната симптоматика (Heim.2009; Janssen. 2012; Setineri et al., 2013; Dursun et al., 2015).



Фигура 1: Теоретичен модел на изследването

Извън теоретичния модел на изследването, си поставихме за цел да изследваме свързаността на алекситимия, депресия и перфекционизъм затлъстяването като актуален и социално значим проблем, чиито психологични предпоставки имат психосоматична основа.

2. Цел и задачи на изследването:

Цел на изследването е да се проучат директните и индиректните въздействия, които алекситимия оказва върху наличието на психосоматична симптоматика, при установяване медиращата роля на депресия и перфекционизъм.

Във връзка с поставената цел сме формулирали следните задачи:

Задача 1: Да се анализират връзките между алекситимия, психосоматична симптоматика, перфекционизъм и депресия.

Задача 2: Да се изследва медиращата роля на депресия и перфекционизъм върху връзката алекситимия - психосоматична симптоматика.

Задача 3: Да се проучат равнищата на алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм при лица със затлъстяване (индекси на телесна маса > 30).

Задача 4: Да се отчетат възможните различия сред изследваните лица по възраст, пол и образователна степен и да се анализира тяхното влияние.

3. Хипотези на изследването:

Издигаме следната основна хипотеза: Допускаме, че алекситимия ще има както директно, така и индиректно въздействие върху психосоматична симптоматика, медирано от депресия и перфекционизъм.

В тази връзка частните хипотези, които издигаме са следните:

Хипотеза 1. Очаква се, че ще съществува положителна връзка между алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм (Lundh et al., 2002; Hayaki et al., 2002; Hendryx et al 1991, De Groot et al 1995, Corcos et al 2000, Honkalampi et al 2001, Da Ros et al 2011; Barton et al., 2009; Paikos et al 2000; Pedrosa-Gil et al., 2008; Castelli et al., 2012; Frost et al., 1993).

Хипотеза 2. Допуска се предположението, че депресия и негативен перфекционизъм имат медираща роля във връзката между алекситимия и психосоматична симптоматика (Heim.2009; Janssen. 2012; Setineri et al., 2013; Dursun et al., 2015).

Хипотеза 3. Предполага се наличие на положителна връзка между алекситимия, перфекционизъм, депресия и психосоматична симптоматика и покачването на нивата на индекс на

телесна маса, изразяващо се в затлъстяване. (Dalman et al., 2005, Berardis et al., 2007, Macht.2008, Ouwens et al., 2009, De Slochower et al., 1980, Brosot et al., 2017).

Хипотеза 4. Очаква се, че демографските характеристики, като възраст, образование, пол и възраст, оказват влияние върху изразеността на алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм.

4. Изследвани лица

Изследването е проведено в град София в интервала между юни 2016г. и април 2018г. Една част от изследваните лица (лица с индекс на телесна маса над 30), взели участие в изследването, са набирани с помощта на лекари - диетолози, с цел реализиране на настоящето изследване. На база нивото на индекс на телесна маса бяха формирани три групи - тегло в норма, наднормено тегло и затлъстяване (норма – индекс на телесна маса между 18 - 24; наднормено тегло - индекс на телесна маса между 25 - 29; затлъстяване - индекс на телесна маса над 30).

За целите на изследването е създаден онлайн въпросник, с което целяхме да улесним възможността за неговото попълване от лица, които желаят да се включат.

В Таблица 1 представяме описание на извадката, включваща брой лица, пол, възраст и образование.

Таблица 1: Описание на извадката на изследването

Пол N= 258		Образование N= 140		Възраст N= 258
Мъж	55 (21.3%)	Средно образование	61 (43.6%)	18 – 66 M =41.8
Жена	203 (78.7%)	Висше образование	79 (56.4%)	SD= 12.18

Само част от изследваните лица са упоменали нивото си на образование, поради тази причина нашите анализи относно образователното равнище на изследваните лица се базира на по-малка извадка.

5. Методология на изследването:

За постигане целта на изследването са подбрани самооценъчни методики, които са се утвърдили във времето и клиничната практика като работещи и широко използвани, поради високите си нива на вътрешна консистентност и структура. Адаптацията на въпросника, измерващ алекситимична изразеност TAS – 20 включи необходимите процедури за прав и обратен превод (за целта 5 лица със степен магистър по психология и високо ниво на владеене на английски бяха помолени да направят превод на

въпросника. След което двама независими преводачи бяха помолени да оценят преведените айтеми. Нивото на съгласие по превода и на двамата съвпада в над 80 % от случаите.)

5.1. Метод, измерващ нивото на алекситимия (Toronto Alexithymia Scale - TAS – 20) - състои се от 20 айтема. Скалата за оценка е 5 степенна - от 1 – силно несъгласен, до 5 - силно съгласен. Максималният брой точки е 100. Въпросникът е съставен от три подскали: *затруднения при разпознаване на чувствата, затруднения при вербализация на чувствата, външно ориентирано мислене.*

За да проучим психометричните качества на метода, измерващ алекситимия TAS- 20, прибягнахме до оценка на адекватността на извадката (КМО = 0.83) и тестът за специфичност на Бартлет за сферичност, показващ стойности (1515.07) при значимост (0.000), доказват твърдението, че извадката е подходяща за факториране с експлораторен факторен анализ, на базата на метода на главните компоненти. Като най-подходяща за конкретния случай беше подбрана късоъгълна ротация (Promax), поради очакването, че първите два фактора биха корелирали положително. Екстракцията на факторите даде като възможно шест факторно решение, но на база тестването със „Scree plot” беше взето решение за работа с три фактора, като най-интерпретируем вариант. Беше премахнат айтем (16), поради ниско факторно тегло и по трите фактора и премахването му ще доведе до по-добра чистота на скалата.

На Таблица 2 са представени теглата по отделните айтеми и конкретния фактор, към когото са причислени.

Таблица 2: Факторно тегло на айтемите от подскалите на TAS – 20 в българска извадка.

Айтеми	Затруднения при разпознаване на чувствата	Затруднения при вербализация на чувствата	Външно ориентирано мислене
7	0.85	-0.36	0.14
9	0.73	0.05	-0.20
3	0.72	-0.17	0.10
13	0.66	0.22	-0.05
1	0.65	0.05	0.01
14	0.64	0.13	0.01
6	0.57	0.23	-0.01
2	0.19	0.70	0.07
4	-0.02	0.69	0.02
17	0.11	0.66	-0.10
15	-0.27	0.59	0.13
11	0.33	0.52	0.01
20	-0.04	0.46	0.23
8	-0.03	0.43	0.12
12	0.32	0.36	0.14
18	0.20	-0.18	0.77
19	-0.02	0.14	0.70
10	-0.04	0.14	0.66
5	0.18	0.30	0.37
Eigenvalue	5,36	2,10	1,46
% обяснена вариация	26.82	10.49	7.31

Както се вижда от таблицата, фактор затруднения при разпознаване на чувствата обяснява 26.8% от вариацията, фактор затруднения при вербализация на чувствата - 10.5%, а външно ориентирано мислене - 7.3%.

За да бъде установена надеждността на скалата е приложен анализ на вътрешната ѝ консистентност чрез установяване на нива на α на Кронбах на общия бал и субскалите на метода, измерващ алекситимия. Скалата затруднения при разпознаване на чувствата включва седем айтема, факторното тегло, на които варира между .57 и .85. Айтемът с най-високо факторно тегло от скалата е (7) "Често имам усещания по тялото си, които ме озадачават." Към скала Затруднения при вербализация на чувствата са причислени осем айтема с факторно тегло между .36 и .70. Айтем (2) гласи: „Трудно намирам подходящи думи да опиша чувствата си.” и има най-високо факторно тегло.

Айтемите включени в подскалата, изследваща външно ориентираното мислене, са четири на брой, с факторно тегло между .37 – .77, като айтем (18) „Способен/на съм да изпитвам близост с някого, дори в моменти на мълчание” има най- високо факторно тегло.

На таблица 3 са представени стойности по α на Кронбах, определящи степента на вътрешна консистентност на общия бал и субскалите на въпросника измерващ алекситимия.

Таблица 3: Вътрешна консистентност на скалите на въпросника измерващ алекситимия

Общ бал Алекситимия	$\alpha = .84$
Затруднения при разпознаване на чувствата	$\alpha = .81$
Затруднения при вербализация на чувствата	$\alpha = .78$
Външно ориентирано мислене	$\alpha = .61$

Методът, измерващ алекситимия, както и подскалите му, притежават задоволителна вътрешна консистентност. Единствено подскала външно ориентирано мислене има α на Кронбах .61. Тези резултати са очаквани за нас и се припокриват с данни, докладвани от други проучвания, използващи тази скала за оценка на алекситимичност (Taylor at al., 2003). Пример за въпрос от тази скала е (19) „Смятам, че изучаването на собствените ми чувства ми помага при решаване на лични проблеми.” И е свързан с основния фокус на скалата - да установи до колко изследвания субект е способен да търси и намира причина за случващото се с него във него самия и психичните му преживявания и до колко търси причини или решения от вън.

Таблица 4 включва дескриптивните статистики за въпросника, измерващ алекситимия.

Таблица 4: Описателни статистики на общия бал и субскалите на метода, измерващ алекситимия

Скали	Брой айтеми	Средна стойност	Стандартно отклонение	Минимална стойност	Максимална стойност
Общ бал алекситимия	19	43.4	11.9	20	88
Затруднения при разпознаване на чувствата	7	14.7	6.0	7	35
Затруднения при вербализация на чувствата	8	18.6	6.2	7	32
Външно ориентирано мислене	4	6.7	2.7	5	22

В Таблица 4 са представени средните стойности, стандартните отклонения, минималните и максимални стойности по скалите и общия бал на метода, измерващ алекситимия. Средните стойност варират около и под средните за скалата, като едновременно с това максималните и минимални стойности достигат границите на възможния бал.

5.2. Въпросник за психосоматична симптоматика (Иванова., 1998). Състои се от 36 твърдения, измерващи честотата на появата на различна психосоматична симптоматика. Скалата за оценка е 5 степенна от 1 –един път годишно до 5 - всеки ден. Обхваща различни типове психосоматична симптоматика, групирани в пет субскали: вегетативни, депресивни, стомашно-чревни, сърдечно-съдови и невротични. Отделните субскали включват различен брой айтеми: вегетативните симптоми са представени от 10 айтема. Пример за твърдение от тази скала е” Сълзене, парене в очите”. Скалата, описваща депресивните симптоми, има 9 айтема. Пример за твърдение от нея е „Липса на апетит”. Стомашно-чревните симптоми са описани в три айтема. Пример за твърдение от скалата е „Болка в стомаха преди или след ядене”. Скалата за сърдечно-съдови оплаквания обхваща общо 6 твърдения, пример за такова е:” Недостиг на въздух пир вълнение”. Скалата, включваща невротичните оплаквания има набор от 8 айтема и пример за твърдение можем да дадем с:”Треперене на ръцете”.

Таблица 5 представя стойности по α на Кронбах, определящи степента на вътрешна консистентност на общия бал и субскалите на въпросника, измерващ психосоматична симптоматика.

Таблица 5: Вътрешна консистентност на скалите на въпросника за психосоматична симптоматика

Общ бал психосоматична симптоматика	$\alpha = .96$
Вегетативни	$\alpha =.85$
Депресивни	$\alpha =.89$
Стомашно-чревни	$\alpha =.80$
Сърдечно-съдови	$\alpha =.87$
Невротични	$\alpha =.86$

Методът, измерващ психосоматична симптоматика, както и подskalите му, притежават висока вътрешна консистентност.

В таблица 6 са представени дескриптивните статистики на въпросника измерващ психосоматична симптоматика.

Таблица 6: Описателни статистики на въпросника за психосоматична симптоматика

	Средна стойност	Стандартно отклонение	Минимална стойност	Максимална стойност
Общ бал психосоматична симптоматика	30.5	26.1	0	144
Вегетативни	8.2	7.5	0	40
Депресивни	9.4	7.5	0	36
Стомашно-чревни	2.6	2.9	0	12
Сърдечно-съдови	4.5	5.1	0	24
Невротични	5.7	6.1	0	32

В таблица 6 са представени средните стойности, стандартните отклонения, минималните и максимални стойности по скалите и общия бал на метода, измерващ психосоматична симптоматика. Нивото на средните стойности на извадката демонстрират позициониране на отговорите на изследваните лица, преобладаващо в ниските нива на скалата.

5.3. Себеотчетна скала за диагностициране на депресивна симптоматика (Zimmerman et al., 1986). Състои се от 22 айтема с 5 степенна скала за оценка. Нормите за скалата са: от 0 до 8 точки – без депресивна изразеност; от 9 до 14 – леко изразена депресивност; от 15 до 24 – умерено изразена депресивност; над 25 точки – тежко изразена депресивност. Тази методика е разработена на база критериите на DSM 3 и DSM-R. За български условия е адаптирана от Рашева (Рашева., 1993). При измерване нивата на надеждност на скалата върху извадката на настоящето изследване получените резултати демонстрираха нива на α на Кронбах = .91., което е доказателство за високото ниво на вътрешна консистентност на скалата.

В таблица 7 са представени дескриптивните статистики на въпросника, измерващ депресивна изразеност.

Таблица 7: Описателни статистики на метода измерващ депресия

	Средна стойност	Стандартно отклонение	Минимална стойност	Максимална стойност
Общ бал депресия	14	11.8	0	84

В Таблица 7 са представени средните стойности, стандартните отклонения, минималните и максимални стойности по скалите и общия бал на метода, измерващ депресия. Резултатите

свидетелстват, че извадката от изследвани лица в настоящето изследване, въпреки че се позиционира в ниските нива на скалата, средната стойност отговаря на нивото на леко изразена депресивност ($M=14$), а не за липса на депресивна симптоматика.

5.4. Метод, измерващ равнищата на перфекционизъм (Multidimensional Perfectionism Scale, Frost et al., 1990). Българската версия на въпросника се състои от 30 айтема, разпределени в 5 субскали, с 5 степенна скала за оценка. Състои се от следните субскали: Съсредоточаване върху грешките – тази скала отразява набор от поведения и реакции на субекта относно допускането на грешки и несъвършенства в представянето си. Пример за айтем от тази скала е: „Ще се разстроя, ако допусна грешка”. Скала съмнения в действията – отразява фокусирането върху качеството на изпълнение на определено действие и критично отношение към него. „Обикновено се съмнявам в нещата, които всеки ден върша” В българската версия на въпросника субскалите родителски очаквания и родителска критичност са обединени и формират една скала. Пример за айтем от тази скала, демонстриращ родителските очаквания, е айтем: „Родителите ми поставяха много високи стандарти”. Айтем, демонстриращ родителската критичност, е следния айтем : „Като дете ме наказваха, ако нещо не съм свършил перфектно”. Лични стандарти е скала, която отразява склонността на субекта да поставя високи изисквания пред своето представяне и да ги следва във времето - „Поставям си по-високи цели в сравнение с повечето хора. Скала ред и организация – отразява тенденцията към планиране, контрол и организация на действията. Пример за айтем от тази скала е: „Организацията е много важна за мен“.

Поради факта, че резултите по дезадаптивен и адаптивен перфекционизъм се балансират и това влияе върху резултатите на общия бал на методиката, измерваща перфекционизъм, въвеждаме скала негативен перфекционизъм, която обхваща дименсите съмнения в действията, съсредоточаване върху грешките и родителски очаквания и критичност, с цел онагледяване ефекта от дезадаптивните характеристики на перфекционизма.

На таблица 8 са представени стойности по α на Кронбах, определящи степента на вътрешната консистентност на общия бал и субскалите на въпросника измерващ перфекционизъм.

Таблица 8: Вътрешна конситентност на скалите на въпросника измерващ перфекционизъм

Общ бал перфекционизъм	$\alpha = .89$
Бал негативен перфекционизъм	$\alpha = .91$
Съсредоточаване върху грешките	$\alpha = .87$
Съмнения в действията	$\alpha = .73$
Родителски очаквания и критичност	$\alpha = .85$
Лични стандарти	$\alpha = .76$
Ред и организация	$\alpha = .86$

Вътрешната консистентност на въпросника, измерващ перфекционизъм за общия бал и субскалите, варира между .73 и .91. Този резултат свидетелства за задоволителната надеждност на скалата и приложимостта ѝ в български условия.

В Таблица 9 са представени дескриптивните статистики на въпросника, измерващ перфекционизъм.

Таблица 9: Описателни статистики на метода измерващ перфекционизъм

	Средна стойност	Стандартно отклонение	Минимална стойност	Максимална стойност
Общ бал перфекционизъм	87.3	17.6	48	141
Бал Негативен перфекционизъм	47	14.4	22	86
Съсредоточаване върху грешките	18.6	6.7	7	35
Съмнения в действията	9.2	3.6	4	20
Родителски очаквания и критичност	19.2	6.9	8	39
Лични стандарти	16.6	4.1	5	25
Ред и организация	23.7	4.7	6	30

В Таблица 9 са представени средните стойности, стандартните отклонения, минималните и максимални стойности по скалите и общия бал на метода, измерващ перфекционизъм. Резултатите показват, че изследваните лица се позиционират в средата на скалите, отразяващи негативните ефекти на перфекционизъм, като съсредоточаване върху грешките, съмнения в действията и родителски очаквания и критичност, докато резултатите, отразяващи позитивните компоненти на перфекционизъм, като лични стандарти и ред и организация, са леко изместени в горната част на скалата.

5.5. Нивото на затлъстяване се измерва по метода за изчисляване на индекс на телесна маса, който представлява медико-биологичен показател, служещ за определяне на теглото в норма и за диагностициране на отклоненията от нея, като затлъстяване и недोхранване. С други думи, индекса на телесна маса е опит да бъде определено количеството на тъканна маса (мускули, масти и кости) и в последствие получения резултат да послужи като категориална променлива, причисляваща индивида към една от сформираниите групи –тегло под норма, норма, наднормено тегло и затлъстяване.

Индексът на телесна маса е най-използвания в медицинската практика инструмент за категоризация на тегло, поради което е и селектиран като метод в настоящето изследване.

Индексът на телесна маса се измерва в килограми на квадратен метър и се определя по следната формула: индекс на телесна маса = тегло в килограми / Височина в метри * Височина в метри. За целите на проучването, изследваните лица бяха помолени при попълване на методиките да споделят физическите си параметри, свързани с ръст и тегло, за да може да бъде изчислен техният индекс на телесна маса.

6. Обработка на резултатите

За целите на изследването при обработка на резултатите бяха използвани следните статистически анализи:

- Корелационен анализ
- Регресионен анализ
- t-тест на Стюдънт
- Дисперсионен анализ

Статистическата обработка на данните беше осъществена с помощта на програмата SPSS 19 версия.

ТРЕТА ГЛАВА

1. Взаимовръзки между алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм

Във връзка с първата хипотеза на изследването очакваме да има положителна корелационна връзка между конструктите алекситимия и наличието на психосоматична симптоматика. В Таблица 10 са представени корелациите между общите балове и субскалите на алекситимия и психосоматична симптоматика.

Таблица 10: Взаимовръзки между отделните подскали и общите балове на методите измерващи алекситимия и психосоматика.

	Общ бал алекситимия	Затруднения при разпознаване на чувствата	Затруднения при вербализация на чувствата	Външно ориентирано мислене
Общ бал психосоматика	.48**	.49**	.33**	.21**
Вегетативни	.41**	.42**	.29**	.18**
Депресивни	.50**	.52**	.36**	.20**
Стомашно-чревни	.35**	.36**	.23**	.17**
Сърдечно-съдови	.37**	.40**	.25**	.16**
Невротични	.43**	.45**	.28**	.19**

Корелацията е значима при ниво 0.01 - **; Корелацията е значима при ниво 0.05 - *

Следствие на изложените резултати може да обобщим, че връзките между алекситимия и психосоматична симптоматика са значими и в степен, която показва силното взаимодействие между тези променливи. Най-силно изразената свързаност, както на общия бал на алекситимия, така и на първите две субскали, е с депресивните психосоматични оплаквания, което показва, че ниската способност за разпознаване и вербализация на чувствата има отношение към затруднената преработка на негативния афект и склонността към соматизирането му.

Следвайки заложените предположения, в хипотеза едно бе проведен корелационен анализ между общите балове и субскалите на методите, измерващи алекситимия и депресия, а резултатите представяме в Таблица 11.

Таблица 11: Взаимовръзки между отделните подскали и общите балове на методите измерващи алекситимия и депресия.

	Общ бал алекситимия	Затруднения при разпознаване на чувствата	Затруднения при вербализация на чувствата	Външно ориентирано мислене
Общ бал депресия	.50**	.51**	.36**	.24**

Корелацията е значима при ниво 0.01 - **; Корелацията е значима при ниво 0.05 - *

Този факт категорично подкрепя заложената в изследването хипотеза и доказва, че изследвани лица с високи резултати по скала затруднения при разпознаване на чувствата, които се характеризират с използването на стратегии за справяне, основаващи се на избягване и бягство и субекти с висок резултати по скала затруднения при вербализация на чувствата, склонни да търсят и разчитат на социална подкрепа в много малка степен, са по-уязвими от развитието на депресивни симптоми и оплаквания от този спектър.

Поради установената връзка на алекситимия и депресия сме продължили анализите в посока установяване на нивото на алекситимия в отделните групи на депресивна изразеност. В Таблица 12 са дадени резултатите от еднофакторен дисперсионен анализ на общия бал на алекситимия в групите с депресивна изразеност.

Таблица 12: Еднофакторен дисперсионен анализ и средни стойности на общия бал на алекситимия в групите с различна изразеност на депресивна симптоматика

	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	F (p)	Post hoc test
1.Без депресия	83	37.95	9.51	20.74 (.000)	1 - 3 (0.004) 1 - 4 (0.000).
2.Лека депресивност	82	42.74	10.24		
3.Умерена депресивност	53	44.94	10.79		
4.Тежка депресия	37	54.49	13.92		

Средните стойности на общия бал по алекситимия нараства с покачване на депресивната симптоматика. Последвалия Post hoc анализ (Scheffe) показва значими различия между групите без депресия и умерена депресивност и между групите без депресия и тежко изразена депресивност. Няма значими различия в групите без депресия и с леко изразна депресивност, както и в групите с умерена и тежка депресивност. Този факт дава допълнително потвърждение на заложената хипотеза и подкрепя клиничните наблюдения, че с показването на нивата на алекситимичност, изразяваща се в ниска себерефлексия по отношение на емоционално наситени преживявания и външно ориентирано мислене, се покачва и вероятността за преживяване на по тежка и усложнена депресивна симптоматика.

В Таблица 13 са представени коефициентите на корелация на Пиърсън между алекситимия и перфекционизъм.

Таблица 13: Взаимовръзки между отделните подскали и общите балове на въпросниците, измерващи алекситимия и перфекционизъм.

	Общ бал алекситимия	Затруднения при разпознаване на чувствата	Затруднения при вербализация на чувствата	Външно ориентирано мислене
Общ бал Перфекционизъм	.27**	.34**	.26**	-.04
Бал Негативен Перфекционизъм	.37**	.39**	.21**	-.07
Съсредоточаване върху грешките	.32**	.41**	.24**	-.04
Съмнения в действията	.42**	.43**	.37**	.06
Родителски очаквания и критичност	.24**	.34**	.15**	.01
Лични стандарти	-.01	.16*	-.06	-.28*
Ред и организация	-.12	.05	-.14	-.22*

корелацията е значима при ниво 0.01 - **; корелацията е значима при ниво 0.05 - *;

Изнесените резултати показват, че изследваните лица, които са склонни към съсредоточаване върху перфектността на своето представяне, рефлектираща в ниска толерантност към грешки и неувереност в собствения потенциал и възможности, се открояват като най-уязвими по отношение на трудности, свързани с разпознаване на собствените емоции и преживявания.

Високата родителска критичност и очаквания водят до понижена способност за разбиране и комуникиране на собствените емоционално наситени преживявания и понижават способността за себерефлексия и осъзнатост. Тези данни подкрепят становището, че колкото повече субектът е склонен да задава и следва непостижимо високи и нереалистични критерии за перфектност, толкова рискът от

това да изпитва затруднения при разбиране на собствените емоции и чувствени преживявания се покачва.

В хипотеза едно предполагаме, че между психосоматичната симптоматика и депресия съществува положителна връзка. Резултатите от корелационния анализ представяме в Таблица 14.

Таблица 14: – Взаимовръзки между отделните субскали и общите балове на методите, измерващи психосоматична симптоматика и депресия

	Общ бал психосоматика	Вегетативни	Депресивни	Стомашно-чревни	Сърдечно-съдови	Невротични
Общ бал депресия	.65**	.54**	.70**	.46**	.52**	.57**

Корелацията е значима при ниво 0.01 - **; корелацията е значима при ниво 0.05 - *

Тези данни потвърждават напълно очакванията, заложени в хипотеза едно, а именно, че депресивните състояния ще са положително свързани с наличието на психосоматична симптоматика.

В Таблица 15 представя резултатите от проверката на корелационната свързаност между психосоматичната симптоматика и перфекционизъм.

Таблица 15 Взаимовръзки между отделните подскали и общите балове на въпросниците, измерващи перфекционизъм и психосоматична симптоматика

	Общ бал психосоматична симптоматика	Вегетативни	Депресивни	Стомашно-чревни	Сърдечно-съдови	Невротични
Общ бал перфекционизъм	.28**	.27**	.36**	.20**	.24**	.21**
Бал негативен перфекционизъм	.37**	.30**	.43**	.26**	.30**	.31**
Съсредоточаване върху грешките	.30**	.24**	.36**	.22**	.24**	.25**
Съмнения в действията	.42**	.35**	.48**	.28**	.32**	.35**
Родителски очаквания и критичност	.26**	.22**	.29**	.17**	.23**	.21**
Лични стандарти	.04	.03	.05	.07	.04	.01
Ред и организация	-.12	-.11	-.09	-.09	-.07	-.18**

Корелацията е значима при ниво 0.01 - **; корелацията е значима при ниво 0.05 - *;

Резултатите показват, че негативните дименсии на перфекционизъм (съсредоточаване върху грешките, съмнения в действията и родителски очаквания и критичност) са най-силно свързани с изявата на депресивни, невротични и вегетативни симптоми. Склонността към ред и организация демонстрира слаба, но значима връзка с невротичната симптоматика. Тези резултати подкрепят частично направените предположения в хипотеза едно.

Дали има корелационна връзка между перфекционизъм и депресия е въпрос, чийто отговор се намира в Таблица 16.

Таблица 16 Взаимовръзки между отделните подскали и общите балове на методите, измерващи перфекционизъм и депресия

	Общ бал депресия
Общ бал перфекционизъм	.32**
Бал негативен перфекционизъм	.45**
Съсредоточаване върху грешките	.37**
Съмнения в действията	.46**
Родителски очаквания и критичност	.35**
Лични стандарти	.02
Ред и организация	-.21**

Корелацията е значима при ниво 0.01 - **; корелацията е значима при ниво 0.05 - *

Възможно обяснение на получените резултати е, че колкото по-ясни вътрешни критерии има човек, толкова по способен и устойчив на външни промени е. А това от своя страна влияе върху вътрешната устойчивост и по-малките колебания в афективните състояния.

2. Депресия и перфекционизъм като медиатори във връзката алекситимия-психосоматична симптоматика

На таблица 17 представяме резултатите от регресионния анализ, целящ да установи дали депресия има медиращо въздействие върху връзката алекситимия – психосоматична симптоматика.

Таблица 17 – Регресионен анализ – медиация на депресия върху връзката на алекситимия с психосоматична симптоматика

Стъпки	Независими променливи	Зависими променливи	F (df)	R ²	β	p
1	Алекситимия	Психосоматична симптоматика	73.8 p=.000 (1.253)	.23	.48	.000
2	Алекситимия	Депресия	82.5 p=.000 (1.253)	.24	.50	.000
3	Депресия	Психосоматична симптоматика	292 p=.000 (1.253)	.54	.73	.000
4	Алекситимия	Психосоматична симптоматика	110 p=.000 (1.252)	.47	.24	.000
	Депресия				.54	.000

Получените резултати от регресионния анализ - стъпка едно - показват, че алекситимия обяснява 23 % от вариацията и е значим предиктор на психосоматична симптоматика у изследваните лица. Проучването на стъпка две, изследваща свързаността алекситимия – депресия, показва, че β

коэффициентът е положителен и умерен, а алекситимия обяснява 24% от вариацията. От стъпка три става ясно, че от своя страна депресивността е значим предиктор на психосоматична симптоматика с много висока стойност на β коефициента и обяснява 54% от вариацията. Данните от проучването на стъпка 4, а именно контролирани равнища на депресивност, показва, че въздействието на алекситимия върху психосоматичната симптоматика спада при запазена значимост, като двете променливи заедно обясняват 47% от вариацията. Тези данни свидетелстват за наличие на частично медиращо въздействие на депресията върху връзката на алекситимия и психосоматика.

На Таблица 18 представяме резултатите от четирите стъпки на регресионния анализ, целящ да установи дали негативен перфекционизъм има медиращо въздействие върху връзката алекситимия – психосоматична симптоматика.

Таблица 18 – Регресионен анализ – медиация на негативен перфекционизъм върху връзката на алекситимия с психосоматична симптоматика

Стъпки	Независими променливи	Зависими променливи	F df	R ²	β	p
1	Алекситимия	Психосоматична симптоматика	73.8 p=.000 (1.253)	.23	.48	.000
2	Алекситимия	Негативен перфекционизъм	39.7 p=.000 (1.253)	.13	.37	.000
3	Негативен перфекционизъм	Психосоматична симптоматика	39.9 p=.000 (1.253)	.14	.37	.000
4	Алекситимия	Психосоматична симптоматика	46.5 p=.000 (2.252)	.27	.40	.000
	Негативен перфекционизъм				.23	.000

Получените данни от регресионния анализ стъпка 1 показват, че алекситимия значимо влияе на наличието на психосоматична симптоматика у изследваните лица, алекситимия обяснява 23% от вариацията. Проучването на стъпка 2 показва, че алекситимия значимо влияе на медиатора – негативен перфекционизъм, алекситимия обяснява 13% от вариацията. От стъпка 3 става ясно, че от своя страна негативният перфекционизъм оказва значимо въздействие върху психосоматичната симптоматика и обяснява 14% от вариацията. Данните от проучването на стъпка 4, а именно контролиране на медиращата роля на негативен перфекционизъм, показва, че въздействието на алекситимия върху психосоматичната симптоматика спада леко, но не достатъчно, за да бъде променена изразеността на регресионния коефициенти, като двете променливи заедно обясняват 27% от вариацията. Тези данни показват, че медиращ ефект на негативен перфекционизъм върху връзката на алекситимия и психосоматична симптоматика няма. В този случай може да се говори за индивидуални въздействия на негативен перфекционизъм върху психосоматичната симптоматика, които не влияят директно и по значим начин върху причинно-следствената свързаност алекситимия – психосоматична симптоматика.

3. Връзки между индекс на телесна маса и алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм

За установяване на връзките между алекситимия и индекса на телесна маса е реализиран корелационен анализ, а получените резултати са представени в Таблица 19.

Таблица 19: Корелационни връзки между общия бал и субскали и на алекситимия и индекса на телесна маса

	Общ бал алекситимия	Затруднения при разпознаване на чувствата	Затруднения при вербализация на чувствата	Външно ориентирано мислене
Индекс на телесна маса	.22*	.09	.21*	.26*

Корелацията е значима при ниво 0.01 - **; Корелацията е значима при ниво 0.05 - *

Свързаност има по всички скали с изключение на затруднения при разпознаване на чувствата.

Таблица 20 представя резултатите от корелационния анализ на връзката психосоматична симптоматика – индекс на телесна маса.

Таблица 20: Корелационни връзки между общият бал и субскалите на метода, измерващ психосоматична симптоматика и индекса на телесна маса

	Общ бал психосоматика	Вегетативни	Депресивни	Стомашно-чревни	Сърдечно-съдови	Невротични
Индекс на телесна маса	.10	.13*	.02	.06	.18*	.10

Корелацията е значима при ниво 0.01 - **; корелацията е значима при ниво 0.05 - *

Резултатите на методът, измерващ перфекционизъм не демонстрират значима свързаност с индекса на телесна маса. Същото е валидно и за методът измерващ депресия, но поради високите нива на депресивност на извадката сме направили сравнение между групите с тегло в норма и затлъстяване.

Таблица 21 представя резултатите от сравняването на средните стойности на двете независими извадки от изследвани лица с тегло в норма и затлъстяване по отношение алекситимична изразеност.

Таблица 21: Различия в средните стойности на алекситимия в групите с тегло в норма и затлъстяване

	Индекс на телесна маса	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	t	p
Общ бал алекситимия	Тегло в норма	93	41.23	10.19	-3.13	.002
	Затлъстяване	107	46.54	13.31		
Затруднения разпознаване на чувствата	Тегло в норма	93	14.31	5.60	-1.68	.09
	Затлъстяване	107	15.80	6.58		
Затруднения вербализация на чувствата	Тегло в норма	93	15.93	5.19	-2.46	.02
	Затлъстяване	107	17.82	5.96		
Външно ориентирано мислене	Тегло в норма	93	9.06	2.78	-4.18	.000
	Затлъстяване	107	10.90	3.42		

Значимост в средните стойности на групите с тегло в норма и затлъстяване се отчита за общия бал на алекситимия, и субскалите затруднения при вербализация на чувствата и външно ориентирано мислене. Разликите между средните на съпоставяните групи по скала затруднения при осъзнаване на чувствата клони към тенденция.

В Таблица 22 са представени разликите на средните стойности на общия бал и субскалите на психосоматичната симптоматика (които достигат ниво на значимост), в групите с тегло в норма и затлъстяване.

Таблица 22: Разлики в средните стойности на психосоматична симптоматика в групите с тегло в норма и затлъстяване

	Индекс телесна маса	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	t	p
Общ бал психосоматика	Тегло в норма	93	62.10	24.42	-2.18	.03
	Затлъстяване	107	70.51	29.31		
	Затлъстяване	107	19.29	8.34		
Вегетативни	Тегло в норма	93	16.25	6.91	-2.88	.004
	Затлъстяване	107	19.37	8.25		
Сърдечно-съдови	Тегло в норма	93	9.47	4.73	-2.69	.008
	Затлъстяване	107	11.48	5.69		
	Тегло в норма	93	5.86	3.25		
	Затлъстяване	107	14.51	6.90		

Средните стойности на групите с тегло в норма и затлъстяване се отличават със значимост по отношение на общия бал, вегетативната и сърдечно-съдовата симптоматика.

Таблица 23 представя резултатите от t – теста на Стюдънт, за разлика в следните стойности на групите с тегло в норма и затлъстяване по отношение на изразеността на депресия.

Таблица 23: Разлики в средните стойности на депресия в групите с тегло в норма и затлъстяване

	Индекс телесна маса	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	t	p
Общ бал депресия	Тегло в норма	93	12.18	11.75	-1.78	0.08
	Затлъстяване	107	15.91	12.52		

В хипотеза 3 залагаме очакването, че хората с по-високо ниво на индекс на телесна маса биха били склонни към депресивни преживявания и симптоматика. Таблица 23 показва, че разликата в средните на групата със затлъстяване, в сравнение с тази на изследваните лица, имащи тегло в норма, не покриват критериите за значимост, но поради близкия до границата на значимостта резултат можем да говорим за наличие на тенденция.

4. Изследване на влиянието на демографските характеристики

За да бъде установено, дали нивото на образование влияе върху степента на изразеност на алекситимия, беше реализиран анализ на групите със средно и висше образование с t-критерий на Стюдънт.

В Таблица 24 са представени средните стойности и стандартни отклонения, t- стойностите и нивото на значимост по алекситимия по отношение на нивото на образование.

Таблица 24: Разлики в средните стойности на алекситимия в групите със средно и висше образование

	Образователно нива	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	t	p
Общ бал алекситимия	Средно образование	61	46.97	12.87	1.1	.21
	Висше образование	79	44.75	11.18		
Затруднения разпознаване на чувствата	Средно образование	61	15.89	6.13	.57	.70
	Висше образование	79	15.29	6.37		
Затруднения вербализиране на чувствата	Средно образование	61	17.95	5.71	.78	.23
	Висше образование	79	17.21	5.36		
Външно ориентирано мислене	Средно образование	61	11.02	3.74	1.3	.003
	Висше образование	79	10.32	2.77		

Този резултат показва, че в групата със средно образователно ниво изразеността на алекситимични характеристики, свързани с използване на проективни механизми, изразяващи се в търсене на причина за случващото се със субекта в обстоятелствата и външната реалност и затруднения при отчитането на интрапсихичните преживявания, са по-силно застъпени, в сравнение с групата с висше образование.

Тук е редно да отбележим, че малката извадка също би могла да има отношение към получените данни.

Разлики в средните стойности, на групите със средно и висше образование, не се установиха за психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм. Поради тази причина не представяме таблици със стойностите на тези скали.

За да бъде установено, дали възрастта е фактор, който влияе върху степента на изразеност на алекситимия, беше реализиран анализ по сравняване на средните стойности на четирите възрастови групи, формирани от извадката от изследвани лица.

Таблица 25: Разлики в средните стойности на алекситимия в групите по възраст

	Групи по възраст	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	F	p
Общ бал алекситимия	18 - 30	50	42.22	11.93	3.12	.03
	31 - 39	53	44.58	12.92		
	40 - 49	83	40.77	10.62		
	50 - 66	69	46.30	12.07		
Затруднения при вербализация на чувствата	18 - 30	50	16.48	5.42	2.34	.07
	31 - 39	53	17.22	5.69		
	40 - 49	83	15.54	5.30		
	50 - 66	69	17.81	5.67		
Външно ориентирано мислене	18 - 30	50	9.38	2.82	3.41	.02
	31 - 39	53	10.30	3.44		
	40 - 49	83	9.46	2.76		
	50 - 66	69	10.86	3.45		

Направеният Post hoc анализ показва, че субскала затруднения при вербализация на чувствата се откроява със значим резултат в средните стойности на групи 3 и 4 при ниво на значимост, в рамките на тенденция (.06). Външно ориентирано мислене има значими разлики между групи 1 (18 -30) и 4 (50 -66) ($p=.05$) и групи 3(40 -49) и 4 (50 -66) ($p=.05$). Това показва, че способността на комуникиране на болезнените и дифузни емоции спада значително в групата на изследвани лица над петдесет годишна възраст.

Възможен анализ на тези резултати би бил в посока, че способността на субекта да придава значение на своята вътрешна психична реалност намалява по значим начин в групата над петдесет години.

На Таблица 26 са показани резултатите от еднофакторния дисперсионен анализ за отделните възрастови групи по психосоматична симптоматика.

Таблица 26: Разлики в средните стойности на психосоматична симптоматика в групите по възраст

	Групи по възраст	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	F	p
Общ бал психосоматична симптоматика	18- 30	50	31.44	28.77	1.97	.10
	31- 39	53	27.94	23.68		
	40 - 49	83	26.69	23.71		
	50- 66	69	36.36	27.87		
Вегетативна симптоматика	18 - 30	50	8	7.96	2.38	.03
	31 - 39	53	6.72	6.44		
	40 - 49	83	7.66	6.87		
	50 - 66	69	10.12	8.40		
Сърдечно-съдова симптоматика	18 - 30	50	5.02	5.38	2.59	.05
	31 - 39	53	3.62	4.58		
	40 - 49	83	3.83	4.24		
	50 - 66	69	5.74	5.92		
Стомашно-чревна симптоматика	18 - 30	50	2.90	3.05	3.24	.02
	31 - 39	53	2.36	2.77		
	40 - 49	83	2.02	2.64		
	50 - 66	69	3.43	3.23		

При вегетативната психосоматична симптоматика се наблюдава криволинейна зависимост, като най-високи резултати има група 4 между (50 – 66) годишна възраст, а най-ниски - в група 2 (31 – 39) години.

При стомашно-чревната психосоматична симптоматика изразеността на средните стойности в различните възрастови групи е сходна с представените до сега резултати. Отново група 4 (50 -66) години има най-високи стойности, следвана от група 1 (18 – 30) години. Сравняването на отделните средни стойности показва значими различия при 3та и 4та групи с ниво на значимост (.02).

При сърдечно-съдовата симптоматика от психосоматичен характер се наблюдава следната изразеност в различните възрастови групи. Най-високи резултати отново има в група 4 (50 – 66) години, следвана от група 1 (18 – 30) години. Докато втора и трета група са с по-ниски резултати.

По отношение на перфекционизъм и влиянието на възрастовите характеристики свързани с неговата изява, можем да кажем, че значимост беше отчетена единствено по скала ред и организация. Данните са представени в Таблица 27.

Таблица 27: Разлики в средните стойности, на скала ред и организация на перфекционизъм, в групите по възраст

Ред и организация	18 - 30	50	22.06	5.50	3.76	.01
	31 - 39	53	23.34	4.54		
	40 - 49	83	23.98	4.25		
	50 - 66	69	24.84	4.30		

Представените резултати демонстрират праволинейна зависимост на изразеността на фактор *ред и организация* на перфекционизъм в различните възрастови групи. На база проведен Post hoc анализ на Scheffe е отчетена най-силно изразеност в група 4 на изследвани лица на възраст от (50 до 66) години, следвана от група 3 между (40 – 49) и група 2, включваща лица между (31 и 39) години, а групата с изследвани лица, в които демонстрират най-слабо изразени способности за организация, е група 1, включваща лица между (18 -30) години. Средните стойности, които демонстрират значими различия, са тези между 1ва и 4та групи ($p = 0.01$), а между 1ва и 3та групи се наблюдава тенденция ($p = 0.09$).

За да бъде отчетено наличието на различия в средните стойности по алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм, в групите, сформирани по пол, е проведен дисперсионен анализ чрез t-тест на Стюдънт. Значимост на резултатите има единствено по част от скалите на психосоматична симптоматика, а депресия се откроя с резултат говорещ за наличие на тенденция.

Резултатите от t-теста и дискриптивните статистики на мъжете и жените по отношение на психосоматична симптоматика са представени в Таблица 28.

Таблица 28: Разлики в средните стойности по психосоматична симптоматика в групите, формиращи по пол

	Пол	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	t	p
Вегетативна симптоматика	Жена	203	8.96	9.51	.82	.07
	Мъж	52	8	6.91		
Стомашно-чревна симптоматика	Жена	203	4.98	6.19	.70	.07
	Мъж	52	4.42	4.77		
Невротична симптоматика	Жена	203	6.65	8.21	1.21	.04
	Мъж	52	5.51	5.39		

Субскалата, която се откроява като значима, е невротична симптоматика, а субскалите на вегетативна и стомашно-чревната симптоматика имат резултат, показващ тенденция, но не покриващ критериите за значимост (.05). Останалите субскали като сърдечно-съдова (.82) и деперсивна (.98) симптоматика имат резултати без наличие на значимост.

Тези резултати показват, че невротичната симптоматика се откроява като значимо по-изразена при жените в сравнение с мъжете.

В Таблица 29 са представени резултатите от еднофакторния дисперсионен анализ и описателните статистики на депресия в групите по пол.

Таблица 29: Разлики в средните стойности по депресия в групите, формирани по пол

	Пол	Брой лица	Средна стойност	Стандартно отклонение	t	p
Общ бал депресия	Жена	203	13.68	10.16	.77	.08
	Мъж	52	15.10	16.73		

Разликите в средните стойности по депресия в групите по пол не достигат ниво на значимост, но получения резултат говори за наличие на тенденция. Въпреки фактът, че двете извадки, на мъже и жени, са доста неравностойни като брой изследвани лица, резултатите говорят за по-изразени нива на депресивни оплаквания от страна на изследваните лица от мъжки пол. Дори да не претендира за достоверност и представителност, този резултат може да послужи за основа на изследване върху по равностойни извадки от мъже и жени, за да бъде установено дали наличната в това изследване тенденция би се потвърдила или отхвърлила.

5. Обобщение и основни изводи на изследването:

Предположенията стоящи в основата на **Хипотеза 1**, че съществува **положителна свързаност между алекситимия и психосоматичната симптоматика, се потвърди изцяло**. Данните показват наличие на положителна значима свързаност и на трите фактора на алекситимия с психосоматичната симптоматика. Този факт показва, че затрудненията в разпознаването и пълноценното боравене с емоциите води до прибегване към психични механизми на действие, които евакуират емоционалната възбуда в тялото и вторично напрежението се разпознава като телесно неразположения и симптоматика. Превръщането на този начин на отреагиране в част от функционирането на субекта води след себе си формирането и затвърждаването на психосоматичното функциониране у личността.

Заложените в същата **Хипотеза 1** очаквания, че между изразената **алекситимичност на субекта и нивото на депресивни изживявания и симптоми ще съществува положителна свързаност, също се потвърждават**. Този факт подкрепя наличните данни в литературата по темата за други извадки и култури (Corcos et al., 2000; Eizaguirre et al., 2004; Bratis et al., 2009; Vomonti et al., 2010; Da Ros et al., 2011). Естествено следствие на получените резултати е изводът, че затрудненията на субекта да борави пълноценно със своя емоционален опит и преживявания биха могли да рефлектират в наличието на депресивни преживявания и оплаквания.

Предположенията, заложени в **Хипотеза 1**, че съществува **положителна връзка между алекситимия и перфекционизъм се потвърдиха частично**. Перфекционистичната нагласа на човек, свързана с изразеността на трудности при осмислянето и вербализацията на емоционалните преживявания и опит, е изводът, който можем да направим след анализ на връзката между алекситимия и негативен перфекционизъм. Негативният перфекционизъм включва в себе си подскали съсредоточаване върху грешките, съмнения в действията и родителски очаквания и критичност. Тези три фактора

демонстрират значима положителна връзка с двата основни фактора на алекситимия – затруднения при разпознаване на чувствата и затруднения при вербализиране на чувствата, както и с общия бал на алекситимия. Този факт говори, че затруднената способност да се осъзнават, метаболизират и вербализират преживяванията, свързани с емоционалния опит, има връзка с наличието на свръх самокритично отношение към представянето на личността и ниска толерантност към неуспехи, били те и незначителни.

Адаптивните дименсии на перфекционизма – лични стандарти и ред и организация имат значима отрицателна свързаност с третия фактор на алекситимия - външно ориентирано мислене. Това показва, че наличието на ясни интрапсихични критерии и граници, както и способността за изграждане и поддържане на структурираност на действията на субекта, са в противовес с фокусирането към външни на субекта обстоятелства и склонността към negliжиране на интрапсихичния живот на личността.

Установи се и положителна взаимосвързаност между психосоматичната симптоматика и депресия и частично се потвърди връзката на психосоматичната симптоматика с перфекционизъм. Оказва се, че положителните дименсии на перфекционизъм, в лицето на лични стандарти и ред и организация, нямат значима връзка с психосоматичната симптоматика. Изключение прави единствено връзката между невротичната симптоматика и ред и организация. Тези резултати потвърждават очакването, че показването на депресивните изживявания на субекта е свързано с покачване на появата на телесни симптоми, чиято основа е от психично естество.

Положителната връзка между психосоматичната симптоматика и негативните аспекти на перфекционизъм показва, че съсредоточаването върху перфектност води след себе си появата на реална соматична проблематика и има значими социални въздействия.

В Хипотеза 2 се разглежда медиращата роля на депресия и негативен перфекционизъм върху връзката на алекситимия с психосоматичната симптоматика. Основавайки се на резултатите можем да кажем, че заложените, в **Хипотеза 2 предположения, се потвърждават частично.** Резултатите показват, че **депресия има частична медиаторна роля върху изследваната връзка, а при негативен перфекционизъм можем да говорим единствено за самостоятелно въздействие.**

Частичната медиация, която депресия има върху свързаността на алекситимия и психосоматична симптоматика показва, че наличието на депресивност при алекситимични субекти би завишило вероятността от соматизиране на психичните преживявания и би затруднило преработката на болезнени преживявания и емоции.

Хипотеза 3 се основава на предположението, че между индекса на телесна маса и изразеността на алекситимични, психосоматични, депресивни и перфекционистични характеристики ще има положителна връзка. **Хипотезата 3 се потвърди частично за алекситимия,** като в този случай освен общия бал, така и факторите на алекситимия като затруднения при вербализиране на чувствата и външно ориентирано мислене имат значима свързаност със затлъстяването у изследваните лица. Този факт показва, че затрудненията на субекта да вербализира и комуникира със средата своите чувства, както и склонността му да се фокусира върху външни за личността причини и обстоятелства, имат отношение към прибягването до слабо ефективни механизми за справяне като емоционално и натрапливо хранене, които стоят в основата на затлъстяването у много субекти.

Частично потвърждение на Хипотеза 3 има за психосоматичната симптоматика.

Вегетативните и сърдечно-съдови симптоми показват наличие на слаба, но значима свързаност със завишените нива на индекса на телесна маса. Наличието на свързаност между затлъстяването и вегетативната симптоматика може да бъде погледнато през призмата на алекситимичността на субекта и в частност затрудненията му да разпознава и отграничава чисто телесните (интероцептивни сигнали) от проявата на емоционална възбуда, което в редица случаи води до склонността храненето да бъде използвано с не хранителни цели, а като механизъм за редуциране на тревогата и трудната за разпознаване възбуда (Craig et al., 2009, Longarzo, et al., 2015).

Хипотезата се отхвърли по отношение свързаността на индекса на телесна маса и перфекционизъм. Връзката с депресия остава в рамките на тенденция - резултат, който може да се дължи на завишената депресивност на цялата извадка.

Хипотеза 4 разглежда влиянието на демографските характеристики върху изразеността на алекситимия, психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм. Поради особености на настоящето изследване, свързани с недостатъчната големина на извадката и непропорционално съотношение между половете, представителни изводи не би било коректно да се правят. Признавайки лимитите на настоящето изследване можем да кажем, че **нивото на образование има значими различия между формираните групи единствено за външно ориентираното мислене на алекситимия.** Този резултат подкрепя становището, че хората със средно образование демонстрират по-висока склонност да подценяват значимостта на интрапсихичните процеси и преживявания, за сметка на склонността към проектиране към средата на причините за случващото се с личността.

Единствените значими резултати, свързани с възрастовите характеристики на изследваната извадка, се отнасят до изявата на алекситимични характеристики, психосоматична симптоматика и субскала ред и организация на перфекционизъм.

Общият бал и субскали затруднения при вербализация на чувствата и външно ориентирано мислене демонстрират криволинейна зависимост. Резултатите показват тенденция крайните групи от изследвани лица (18-30) и (50 – 66) да се открояват с по-високи резултати. Този факт може да бъде тълкуван през призмата на житейските етапи, характерни за съответната възрастова група. За групата между 18 и 30 години, може да кажем, че е на прага на своята зрялост. Фокусът тук е постигане на автономия и поемане на редица житейски отговорности (семейство, професионална реализация и др). Тази група демонстрира склонност да използва тялото като отдушник на психичните затруднения, което изглежда разбираемо спрямо новите предизвикателства, пред които хората между 18 и 30 години се изправят.

Групата над 50 години се налага да се изправя пред редица загуби, свързани с навлизане в етап от жизнения цикъл, който изисква капацитет за адаптиране и способност за преработка и приемане на характеристики на старостта, като безсилие, загуба на социална значимост и раздяла със значимите други (смърт родители, деца поемащи по своя път и др).

Адаптивната характеристика на перфекционизъм, изразяваща се в стремеж към ред и организираност, нараства с възрастта, което има логично обяснение в натрупването на житейски опит и качества за управление и приоритизиране.

Наличия на различия между изследваните лица, основаващи се на пола, се потвърдиха частично за психосоматична симптоматика и депресия. При психосоматичната симптоматика се откриха със значимост сърдечно-съдовите, стомашно-чревните и невротичните симптоми, като тенденцията показва, че жените се по-склонни да прибегват до подобни оплаквания.

Разликите в депресивната изразеност на двата пола има стойността на тенденция. Като мъжете заявяват по-високо ниво на депресивност.

Проведената процедура по адаптация на самооценъчната скала, измерваща алекситимия TAS-20 (Bagby et al., 1994) даде достатъчно основания да се смята, че нейното приложение към български условия е коректно. Заложената три факторна структура от авторите се потвърди, а от цялата методика беше премахнат един айтем, (16) поради своята ниска валидност. Въпросникът показва задоволителна вътрешна консистентност.

Демонстрираните задоволителни психометрични качества върху българска извадка свидетелстват за възможността тестът да бъде използван като добър диагностичен инструмент при установяване на затруднения и дефицити в областта на емоционалното процесирание и боравене с емоционално наситени стимули и опит.

Заключение:

Резултатите от настоящето изследване потвърждават очакването, че алекситимия има значимо влияние върху развитието на психосоматичното симптомообразуване и функциониране. Това влияние може да бъде директно, изразяващо се в положителната свързаност между алекситимия и психосоматичната симптоматика и в частност между техните формиращи характеристики (невротична, вегетативна, депресивна, сърдечно-съдова и стомашно-чревна симптоматика и затруднения при разпознаване на чувствата, затруднения при вербализиране на чувствата и външно ориентирано мислене) или индиректно – в лицето на медиращото въздействие на депресия във връзката алекситимия – психосоматична симптоматика.

Това ни дава основание да смятаме, че трудностите, свързани с осъзнаването и вербализирането на чувствата, като основна част от афективната преработка, са важен фактор във формирането на телесни оплаквания и симптоми, затвърждаването на които би довело до формиране на реално соматично страдание.

От друга страна наличието на депресивни изживявания и симптоми допринася за появата на психосоматична симптоматика при лица с алекситимични характеристики. Опосредстващият ефект на депресия допълнително влошава прогнозата за развитие на психосоматично заболяване и справянето с него.

По отношение на медиращата роля на перфекционизма може да кажем, че такава не се доказва, поради наличието на относително пренебрежимо спадане на свързаността на алекситимия и психосоматичната симптоматика в случаите, когато перфекционизмът е медиатор. В този случай говорим за директен ефект на перфекционизъм върху психосоматика. Не бива да се подценява и факта, че нашето изследване доказва наличието на значима свързаност между алекситимия и перфекционизъм,

като посоката на тази връзка е недвусмислено от чертата алекситимия към развитието на перфекционистично поведение. Това показва, че дори да говорим за директен ефект на перфекционизъм върху психосоматичната симптоматика, то фактът, че алекситимия има отношение към развитието на перфекционистична нагласа, може би оказва влияние и върху връзката перфекционизъм-психосоматична симптоматика.

Индексът на телесна маса е друг компонент от нашето изследване, чрез който се опитахме да разберем дали едно от актуалните заболявания на съвременето ни, имащо пряка връзка с психосоматичното функциониране, има отношение към изследваните от нас алекситимия, депресия и перфекционизъм.

Връзката на индекса на телесна маса с алекситимия, психосоматичната симптоматика, депресия и перфекционизъм, се потвърди частично. Може да кажем, че има значима свързаност между затлъстяването и алекситимия, както и между затлъстяването и психосоматичната симптоматика, а връзката на индекса на телесна маса с депресия има изразеност на тенденция.

Оказва се, че хората със затлъстяване демонстрират по-високи нива на алекситимия в сравнение с групата с тегло в норма, както и че при тях се наблюдава по-висока изразеност на вегетативна и сърдечно-съдова психосоматична симптоматика.

Този резултат може да бъде обяснен с предположението, че при голяма част от хората със затлъстяване преработката на афективните процеси с негативна валентност или дифузни характеристики страда, което дава вторично отражение върху телесните усещания и симптоми, които те споделят.

Що се касае до демографските характеристики данните са твърде хетерогенни за различните изследвани конструкти и състояния и поради малката извадка не би било коректно да бъдат правени представителни анализа на тази база.

Потенциални ефекти, свързани с придобитите резултати, свързани със способностите на хората, склонни към психосоматично функциониране и в частност със затлъстяване, да боравят със своя емоционален опит и преживявания, са фокусирани върху по-доброто разбиране на процесите, свързани с емоционалната опитност, превенция на проблеми, свързани с развитието на вторични заболявания, влошена социална вградимост, прекомерно използване на медицински ресурси, следствие от високите нива на алекситимичност. Резултатите от изследването ще дадат възможност за внедряване в практиката на инструменти и механизми за откриване и въздействие, по-добро клинично разбиране на една група, която традиционно се свързва със соматичните усложнения и страдания, а психичната основа на проблема се пренебрегва.

Научни приноси:

- Създаден и приложен е теоретичен модел, който разглежда както директната свързаност на конструкта алекситимия с психосоматичната симптоматика, така и индиректните въздействия, които имат депресия и перфекционизъм.
- Установиха се наличните връзки между алекситимия и психосоматична симптоматика, депресия и перфекционизъм.
- Установи се наличната медираща роля на депресия върху връзката на алекситимия с психосоматичната симптоматика.
- Беше сложен фокус върху психичната основа на едно от най-значимите в съвременния свят заболявания, а именно затлъстяването, като бяха изследвани и доказани връзките му с алекситимия и психосоматичната симптоматика.
- Получените резултати са едни от първите такива, изследващи алекситимични характеристики при изследвани лица със затлъстяване върху българска популация.
- За целите на настоящето изследване е адаптиран за български условия въпросникът измерващ алекситимия (TAS-20).
- Приложението на адаптирания въпросник, измерващ алекситимия, би могло да бъде в консултативната и терапевтична работа на клинични психолози и психотерапевти, с цел по-детайлното и прецизно определяне на способността на личността да борави със своя емоционален опит и преживявания.

Публикации:

- Григорова, Т. (2017) Алекситимия или трудността да мислим за чувствата. *Психологични изследвания*, Том 20, Кн.1, 2017, 7-43. ISSN 0205-0617 (Print); ISSN 2367-9174 (Online)
- Григорова, Т. (2018) Връзки между алекситимия, депресивност и психосоматични оплаквания. *Психологични изследвания*, Том 21, Кн.1, 2018, 43-56. ISSN 1311-4700 (Print); ISSN 2367-4563 (Online)
- Григорова, Т. (под печат) Връзки между алекситимия и перфекционизъм. *Психологични изследвания*, ISSN 2367-4563 (Online)
- Григорова, Т. (под печат) Алекситимия и емоционално мотивирано хранене. Сборник научни доклади VIII конференция по хранене