



БЪЛГАРСКА АКАДЕМИЯ НА НАУКИТЕ

ИНСТИТУТ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО И ЧОВЕКА

Департамент Психология

Велислава Мариус Донкина

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователно-научна степен „доктор“:

СОЦИАЛНОПСИХИЧНИ АСПЕКТИ НА ОТНОШЕНИЯТА ЛЕКАР-РОДИЛКА

В КЛИНИКИ ЗА НЕДОНОСЕНИ БЕБЕТА

Рецензенти:

Доц. д-р Росица Георгиева

Доц. д-р Биляна Великова-Цонкова

Научен ръководител:

Проф. д-р Йоланда Зографова

София, 2017

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

Обем: 172 страници

Литература: 181 източника (50 на кирилица, 131 на латиница)

Таблицы: 10

Фигури: 3

Приложения: 4

Откритото заседание за защита на дисертацията е насрочено за 2017г. в Заседателната зала на Института по математика и информатика на БАН – 2 етаж, от часа.

Материалите по защитата са на разположение на интересуващите се в ИИНЧ – БАН, както и на неговата интернет страница.

Резюме

Социално-психологичните фактори, влияещи на отношенията между лекар в неонатологично отделение и майка на бебе, чиито живот е застрашен още в неговото начало, описват аспектите на една социална интеракция с конкретни параметри и особености. Съвременният подход към изследването на социално-отношенческите феномени включва идеята за субективното им повлияване от личностни, интрапсихични такива, което очертава нови перспективи в разбирането ни за отношенията, нагласите, социалните аспекти на ролевото поведение и неговото детерминиране. С оглед на това си поставихме за цел да изследваме доколко е възможно в основата на една конфликтна, стресова интеракция да стоят интрапсихични феномени като травматизъм, недобра привързаност, особености на личностовото формиране, тревожност. Каква е възможността подобни, повечето пъти несъзнавани феномени и стари значими отношения, да повлияват несъзнавано нагласите и интерпретациите на ролите и ситуациите, да провокират тотална смяна на вида роли и по този начин да определят характера на интерперсоналната интеракция на социалната среща.

Въведение

В психологичен план разбирането на проблематиката на сложните отношенчески взаимодействия и връзки между медицинския екип и пациента в ситуация на соматична и психична криза, дори когато тази криза се асоциира с положителен знак – както е при раждането на дете, дава възможност да се отговори как би могло да се посрещат нуждите на пациентите по-адекватно в термините на подкрепа, подход на третиране, асоцииране на специалисти и повишаване ресурса на лекарите емоционално да импонира и отговорят на емоционалните и психологични нужди на родилките.

Как аспектите на една такава лична и развитийна криза могат да бъдат преодоляни посредством социалната подкрепа и връзката с обгрижващия медицински персонал – хората, които в този момент представляват едно символично «семейство» - и за бебето, и за неговата майка? Как едни отношения могат да асистират други? Това е особено важен въпрос, още повече в контекста на крос-културни изследвания, които систематично показват, че способността на авторитет или грижеща се фигура да асистира емоционалната криза у родилки на недоносени бебета, е фактор, който реактивира

блокирания родителски потенциал от една страна и от друга – че емоционално обгрижените бебета в неонатологии при еднаква степен на грижа за соматичната проблематика, се повлияват по-добре и реагират по-бързо на възстановителния процес – тегло, физиологични показатели, тургур на кожа.

Изследването в този контекст на въпроса доколко фактори, свързани с индивидуалните характеристики на личността, която влиза в социална интеракция - фактори като привързаност, предишна история, тревожност и социална роля, предопределят самите отношенчески перспективи, е интересен и значим, тъй като той би предложил един съвсем нов аспект на анализиране на социално-психологичните феномени, при научното описание на които в литературата по-скоро се налага имплицитната идея за повлияващи личността. Т.е. това е допускане, че личната история и повлияната от нея интерпретация на социалните ситуации и роли, оказващи се много пъти репетиция на стари отношенчески събития, оказват в най-голяма степен върху социалната интеракция и влияят повече от фактори като организационен контекст, среда и ситуативност. Всичко това поставя социалната среща в една нова светлина – светлината на личното. И издига пред научното изследване нови, интригуващи въпроси.

В проследяването на този кръг от проблеми, касаещи социалните интеракции, тяхното детерминирание и факторите на отношенията лекар – майка-родилка в клиници за недоносени бебета ще се опрем на два теоретични подхода - психодинамичните теории за личността и символния интеракционизъм, тъй като те в най-голяма степен дават възможност за изследване тежестта на влияние на вътрешнопсихичните феномени върху социалната „среща“.

Първа глава. Интросубективни аспекти и значимост на отношенията между лекари и майки-родилки

§1. Емоционален и социалнопсихичен контекст на отношенията в клиници за недоносени бебета през призмата на психоаналитичните и социалнопсихологични теории

Капацитетът на родителите да формират трайни връзки с новородените им бебета и по-късно – деца, е сред основните характеристики на човешкия опит. Привързаността

/Bowlby, 1951/ се приема за централна сила на развитието през целия живот /Feldman, Weller, Leckman, Kuint, and Edelman, 1999/. Майките развиват привързаност към бебето си още по време на бременността, като тази привързаност продължава и развива по-пълно след като се роди детето /Wigert, Johansson, Berg, and Hellstrom, 2006/. Майките на деца, които изискват специални грижи, започват своя опит в родителството в рамките на непозната и застрашителна среда на неонатологичното отделение, което може да доведе до забавяне на развитието на привързаността на майката / Heermann, Wilson, and Wilhelm, 2005; Shin & White-Traut, 2007/. В допълнение, когато родителите са били интегрирани и тяхното приобщаване е било улеснено, те са се почувствали в по-голяма безопасност, придобили са повече контрол над ситуацията и са по-уверени и по-свързани с новороденото си /Broedsgaard & Wagner, 2005; Butler & Galvin, 2003; Fenwick, Barclay and Shmidt, 2001; Heermann et al, 2005/.

В същото време факторите, отнасящи се към интерперсоналните отношения в аспекта им на формиране и повлияване от чисто индивидуални характеристики – т.е. въпросът за това доколко социалното взаимодействие, формиращо е във формална или неформална среда, е продукт на личностови характеристики и дълбинни психични процеси, повлияващи през персоналната история поведението и оттам последством интерпретацията им, формиращи на свой ред съответно поведение, а не на общностно обясними феномени - изглеждат все по-значими аспекти на изследователска гледна точка в професионалната литература, към които се ориентират съвременните тенденции в социалната наука /Clarke, 2009; Hollway 2009/.

§2. Проблемът за социалната среща лекар-майка в неонатология. Психосоциални психодинамични интересубективистки теории.

За да разгледаме социалната интеракция между лекар и майка – родилка през призмата на въпроса за това кои вътрешни явления остават скрити, но може да се окажат значими в нейното определяне, ще се опитаме първо само накратко да опишем онези аспекти на външната социална среда, които няма да изследваме, но по своята същност са значими и могат само „изкуствено“ да бъдат изолирани в контекста на нашето изследване – а именно организационните измерения на средата, отношенията в екипа и йерархичната структура. След това ще се фокусираме конкретно върху социалната „среща“ между майка на бебе и

неговия лекар, в контекста на застрашеност на живота и кризисност. За да опишем подобна интеракция, ще взаимодейваме чисто клинични концепти от психоаналитичната мисъл – като история на индивида, вътрешни модели за справяне, символична роля, защото допускаме, че те най-ясно и в най-дълбока степен предоставят възможност да се развият хипотези за интрапсихичното функциониране – психоанализата е теоретичната перспектива с най-пълна и най-ясна структура за личностовото функциониране и в същото време представлява социално-психологична теория, поради изследването ѝ на феномени в интересубективното и междугрупово общуване /Атанасов, 2009/.

Тук ще изследваме концепти като привързаност, тревожност и лична история, тъй като именно те касаят въпроса за интерпретацията, която личността прави, приемайки определена символична роля и реализирайки я в контекста на социалната интеракция като социална роля.

Тези два теоретични аспекта срещат един и същи концептуален кръг огледално – през перспективата на външното и вътрешното - т.е. на интерпсихичното като обусловено не само от средови фактори, но и (тук допускаме дори най-вече) от интрапсихичното - като запазват идеята за символизъм, ролева интерпретация и субективна идея за отношенията. Тук става въпрос за дълбочинни психични личностови процеси, свързани с предишния опит, историята на личността, нейните нагласи и представи и тяхното влияние върху очакванията ѝ за социалната интеракция и нещо повече – върху субективното преживяване за нейното качество, процеси, които формират специфично отношение в социалната реалност, което ще се опитаме да обясним през призмата на психоаналитичното психотерапевтично мислене, от една страна и през идеята на теорията за социалните роли от друга. Тази взаимовръзка има своята тежест именно в контекста на идеята за социалната интеракция, защото още веднъж показва в колко малка степен е изяснена тя и колко много можем да разбираме за нея тепърва, независимо от всички мащабни психологични открития и в същото време още веднъж подчертава интегритета на психологичното познание за многообословеността на човешкото поведение.

§3. Постановка на проблема за социалната среща в отделението. Социалната значимост в термините на интересубективната важност. Теории за личностовото развитие.

Присъствието на майката като активен и основополагащ партньор в отношенията на бебето със света е от изключителна важност. Сирюлник /Surylnik, 1993/ коментира интересния медицински факт, че биологично и неврологично здраво бебе, което е в състояние на депривация от своята майка, спира развитието си в биологичен план, като по този начин се „разболява“ от отсъствието ѝ. Ако тя не присъства, то страда, защото не изпитва удоволствието от това да е в нечи ръце, защото се „страхува да не пропадне в дупка“ /Surylnik, 1998/. Ако присъства по дистантен и емоционално неефективен начин, то може да страда от присъствието ѝ. Хубел и Вийсел, получили за труда си Нобелова награда за медицина и неврофизиология, доказват, че ако живо същество, имащо генетично нуждата от друго живо същество, за да се развива, е лишено от него, съответстващата част от кортекса атрофира /Hubel, 1981/. Когато се правят прегледи на скенер на деца с проблеми, поради т.нар. „афективни лишения“ /Surylnik, 1998/, се забелязва подчертана атрофия на предната част на лимбичната система – добре изразена бифронтална атрофия и лимбичен кръг с проласп в него. Благодарение на невробиологичните данни, т.е. на т.нар. мозъчна пластичност, контролният скенер след година, прекарана в приемно семейство, демонстрира изчезването на атрофията в предната част. Това от своя страна потвърждава доколко нервната система на човека е оформена от средата, взаимодействията и думите и до каква степен вербалните представяния, свързани с индивидуалните разкази поражда емоции, които променят биологични субстрати /Surylnik, 1993/. По този начин за едно бебе в дистрес присъствието на грижеща се фигура е от критично значение в процеса на неговото подпомагане и развитие.

В същото време, в ситуация на криза и регрес за самата майка често се реактивират несъзнателните модели на отношенията със собствената ѝ майка – в мига, когато тя на свой ред трябва да се идентифицира като такава. Уиникът /Winnicott, 1956/ пише, че появата на здрав и креативен Аз е възможна само в едно „спомагащо обкръжение“ /facilitating environment/, което се осигурява от „достатъчно добрата майка“. Достатъчно добрата майка /the good enough mother/ осигурява на детето възможност да изживява континуитет на съществуването си, като върху основата на този континуитет вроденият потенциал на детето постепенно се развива и създава детската личност. Един важен аспект на достатъчно добрата майка е „държането“ или „удържането“ /holding/. То е и чисто

физическо, и емоционално – една проява на обич, която създава сигурност и помага на незрялото детско его да понася състоянието на известна неинтегрираност. Когато става дума за удържане в криза, едно специфично удържане на майката и опит тя да бъде стимулирана към интегриране и възстановяване на иманентния ѝ ресурс за родителстване и връщайки се към термина на Балинт /the drug doctor/, в контекста на грижещите и подкрепящи отношения, става видно, че много пъти подкрепата от страна на медицинския екип е по линията на едно символично пресъздаване на ролята на достатъчно добра майка – утеха, удържане, а по-късно и стимулиране на сепарацията и опит за индивидуация – подтикване на майката да стане отговорна за своето бебе и да започне да взема решения за него, да гледа на него като на жив човек и да има очаквания – били те положителни или отрицателни. В периоди на криза, регрес и дезорганизация, е възможно друга грижеща се фигура да представлява символична, ролева репрезентация на майчината фигура, по силата на идентификациите и повтарянето на модели, обектността на отношенията и репетицията на заучения ролеви репертоар. Много често в интеракцията лекар-пациент, се наблюдава „съживяване” на старите отношения родител-дете, което обеснява и тежките трансферни явления на любов, доверие, омраза и деструкция /любов, доверие, магични очаквания към лекаря срещу съответно омраза, недоверие, усещане за излъганост, неспазване на препоръките, липса на съдействие за спазване на терапевтичния план и т.н./. Състоянието на телесно /или ролево – както е в случая с раждането на недоносено или застрашено бебе/ неблагоприятие, регресът до обект на грижа подкрепя още повече възстановяването на старите родителско-детски отношения. Всичко това означава и че ако медицинският персонал успее да партнира в това ролево репетиране на вече случили се отношения – когато те са били добри – или дори да ги пресъздаде по-добър начин – когато те са били травматични или недостатъчни, това би благоприятствало възстановяването на капацитета на майката да се справи съответно с връщането си в отношенията със своето бебе, взимането на трудни решения или интегрирането на загубата и стартиране процеса на т.нар. „траур“, т.е. на скърбене и приемане, необходим за преживяването на травматичното събитие.

Този въпрос фокусира вниманието не само върху важността на интрапсихичните феномени за обославянето на отношенческия контекст, т.е. доколко междуличностните срещи са обословани от интрапсихични феномени, но също така повдига въпроса за

важността на ролевите взаимодействия и социалнопсихологичния контекст като „удържащ“ личността и реанимиращ капацитета ѝ за справяне в ситуации на личностова криза. Това разкрива още един многопластов и важен аспект на социалната роля, защото тя има и индивидуална интрапсихична репрезентация.

Втора глава. Контекстът на социалните интеракции в клиниката. Организационни, социално психологични и психоаналитични подходи на изследване на социалната интеракция.

§1. Кратък преглед на организационния контекст на отношенията – класически организационни теории

Множество изследвания в областта на социалната, трудова и организационна психология поставят въпроса за това кои са факторите, оказващи влияние при взаимодействието на хората в техния професионален контакт, какво определя, подпомага или възпрепятства работната им ефективност, удовлетвореността, преживяването за успех или неуспех, приемането или неприемането на функционалните и организационни рамки на средата и като цяло – кое определя факторите на отношенията, които се формират в контекста на работната среща. Идентифицирани и изследвани са множество различни фактори, които главата в обобщение представя.

§2. Специфика на отношенията в клиниката. Социалнопсихични феномени на малката група в класическите социалнопсихологични теории.

Медицинската клиника, като всяка организация, се подчинява на динамиката, възникваща при йерархичната работа в екип, субординираността на различните позиции и формалните (и неформални) отношения между отделните звена. Освен екипността, комуникацията и йерархичността, основно влияние разбира се оказва и властовата позиция и реализирането на властта.

Друг важен аспект, който трябва да бъде разгледан, е фактът, че ролевото разпределение, субординацията и йерархичността в един екип, имат своите организационни и функционални позитиви и основания. Рамките на едни формални отношения задават както задълженията, така и потенциалните очаквания към хората, които заемат тези позиции. Така спазването на субординацията не винаги означава рестрикция, ограничение или

подценяване, защото тя няма функция да оценява капацитета или способностите на индивида. Често злоупотребата или недостатъчната запознатост с организационната култура предизвикват опити за изкривяване на рамката по отношение на компенсация на лични усещания за неоцененост, непълноценност или незадоволени очаквания.

Всички тези аспекти представляват интерес, защото редица изследвания /Ichijima,2009, Szejer,2012, Mathelin, 20013/ показват, че в повечето случаи огромна роля в отношенията майка-бебе играе самият медицински екип. Нещо повече, той е натоварен с несъзнателни надежди и очаквания за omnipotentност /“the drug doctor”, Balint, 1957/. Донякъде това е така, тъй като де факто той е единственият, който чува и разпознава страданието на болния.

§3. Аспекти на социалната интеракция – интердисциплинарни подходи

К. Вание /Vanier, 1998/ цитира проучване, описващо факта, че колкото по-критично е състоянието на бебето, толкова повече лекарите се обръщат към родителите на терминологичен език, често сложен и неразбираем. Затваряйки се в тези научни обяснения, медицинските лица се опитват да се предпазят от трагедията на събитието. Идеята, истината да бъде казана на родителите, дава възможност преносът и емоционалното усещане на нещата да бъдат подтиснати. Лекарите биха предпочели думите да бъдат употребявани само за съобщаване на научни факти, но те имат и друго предназначение. Медицинските лица винаги са учудени, когато например една майка, на която хиляди пъти е обяснено, че състоянието на детето ѝ не е критично, продължава да задава въпроси и продължава да вярва, че то е в опасност и че може да го загуби. Матлен обяснява това посредством конструкта за несъзнаваното желание – разбира се, чрез стреса като инструмент за „активиране” на стари психични травми, въсщност „отказът” да се приеме една „добра” новина тук се свързва с хипотезата за несъзнаваното желание да се потвърди „лошата”. Т.е. посредством сложен дълбинен психичен механизъм, с функция на защита, въсщност в състояние на тежък дистрес наличното несъзнавано желание е причинителят на това страдание да бъде премахнат, травматичното събитие да не съществува, с други думи – бебето да умре. Именно тази хипотеза обяснява и дълбочината на трудността майките да приемат в последствие бебетата си и да се грижат спокойно и

топло за тях /Matlen, 1994/. Тук става въпрос за т.нар. блокирания поради травматизъм родителски потенциал. В същото време, виждайки само манифестираната изява на този сложен психичен конфликт между потенциална загуба, заплаха и пост-травматизъм, за лекаря е трудно да приеме факта, че сякаш пациентите му не винаги искат да бъдат спасени и че една майка не всеки път иска детето ѝ да бъде излекувано /Matlen, 1994/.

Изглежда фактът, че болестта няма еднакво субективно значение за лекаря и за пациента играе голяма роля в тези отношения /Matlen, 1994/. В същото време, действията на лекаря от своя страна са пряко свързани със събитията в неговия собствен живот, а поведението и отговорите му са повлияни изцяло от неговите несъзнавани мисли, т.е. факторите, влияещи върху общуването са изцяло интрапсихични и несъзнавани – преработка на миналия опит, лична история, несъзнавани и предсъзнавани фантазми и его-идеали, несъзнаван образ за тялото. Когато една майка, родила преждевременно едно недоносено дете, заяви, че не иска то да оживее, всички в клиниката са потресени. Тя се възприема като „лоша” майка и е отхвърлена от околните. Нещо повече – тази обратна връзка способства потвърждението в собствените ѝ представи за това че тя е лоша майка, обвързвайки провала в реалността на его-идеала: идеята, че е виновна, защото се е провалила като жена – не е успяла да износи и роди едно здраво дете.

Опасността активира система от защитни механизми, включващи се срещу състоянието на тревожност /Matlen, 2013/. Това също трябва да се вземе под внимание, както и фактът, че отделението се превръща в „организъм”, който отблъсква майката и всичко, което тя се опитва да изрази.

§4. Два допълнителни концепта в контекст - привързаност и тревожност

За да разберем в детайли сложната динамка на изследваното отношение, трябва да проследим формирането на самата личност на майката, което обяснява нейните вътрешни работни модели, избора на символични интерпретативни социални и поведенчески сценарии, нагласите и очакванията ѝ. С оглед на това се разглеждат два от най-информативните в това отношение аспекти във функционирането на личността през призмата на класическите за тяхното обследване теории.

4.1. Теорията за привързаността.

Представя се накратко теоритичния модел на Джон Боулби и развитието на теорията за Привързаността посредством изследванията на М. Айнсуърт чрез т.нар. „Особена ситуация“, както и по-нататъчното разработване на моделите на привързаност от Бартоломеу и Хароуиц. Проследява се ролята на формираното отношение на привързаност към майката или грижеща се фигура като модел за всички следващи отношения на детето.

4.2.Тревожността

Представят се класическите теории за конструкта Тревожност. Прави се обобщение на психоаналитичната теоретична обосновка на тревожността динамична характеристика, която акомпанира прехода от един етап в друг или индикира затруднение в определен аспект /Н. Атанасов, 2009/. Тревожността, породена от нагонния драйв, служи на егото като сигнал за опасност от повторение на нежелана травматична ситуация и, под натиска на принципа на удоволствието, егото включва защитни механизми, които предотвратяват осъзнаването на „опасността“, която зависи от конкретната лична история.

Трета глава. Социалната драматургия на Гофман; Приложимост към модела на интеракции в клиничната среда на отделението

Социалната драматургия като теоретична перспектива твърди, че човешките действия зависят от времето, мястото и публиката. С други думи, за Гофман селфът представлява конструкт от усещането за това, което някой е и в същото време той представлява драматичният ефект, предизвикан от непосредственото излизане и отиграване на пределена „сцена“. Гофман сътворява една театрална метафора при определяне на метод, при който един човек се представя за друг, като това се базира на културни ценности, норми и очаквания. Това на практика означава, че във всеки момент от интерперсоналното взаимодействие, включените в него личности разполагат с аспектите на определена роля, която в същото време, имат свободата да интерпретират в зависимост от своите цели, опит и история, като част от тези интерпретации може да бъде съзнателна и преднамерена, но онова, на което по-рядко се обръща внимание е фактът, че често голяма част от тях се поражда въз основа на несъзнавани движения, дълбочинни процеси и защити /Clarke & Hogget/.

§1. Социалнопсихологични аспекти на театралното. Културологичен фундамент на теорията на Гофман.

Използвайки една театрална метафора, Гофман описва отношенията и аспектите на социалната среща, отнасяйки я към театралното и театралната форма

§2. Теория за социалните роли

Терминът „роля“, както споменахме, е зает от театъра. По своята същност той се отнася до набор от поведения, които имат социално обусловени функции и са съобразени с общоприети норми. . Бихме могли да кажем, че те служат за мост между индивида и обществото. Ралф Линтън през 1936 г. дефинира социалните роли като динамичен аспект на социалния статус на индивида, т.е социалната роля се разбира като реализация на изпълнението на правилата и задълженията, съобразно социалния статус.

Друго популярно определение на ролята е формулирано от Бидъл и Томас /Biddle & Thomas, 1966/ година и гласи, че тя е позиция, заемана от личността в социалните отношения. Ролите изискват и изграждат поведение, свързано с конкретна роля, знания и ценности, нужни за изпълняването им, както и съответен ранг, който заема личността в обществото.

Ключовият термин, който би трябвало да се определи в контекста на всичко казано дотук, е интернализация. На нивото на социалната психология стана ясно как личността усвоява реалността и придобива идентификации, заживявайки в предписаните му координати.

§3. Социално-ролеви фактори и психологични аспекти на отношенията между медицински персонал и родилки. Предпоставки за развитието на комплекса от взаимоотношения в клиники за недоносени бебета

Факторите на тези взаимоотношения са много и тяхната спецификация е сложна, което се определя най-вече от многопластовостта на определящите ги елементи. От една страна не бива да се пропуска фактът, че в тези интеракции участват условно две групи – лекари /като тук обединяваме практически всички представители на медицинския екип – лекари, сестри, санитарни, кинезитерапевти и др./ и пациенти /родилки, новородени, близки/. От една страна, интеракцията е повлияна от страна на лекарите – в отношението към

пациента оказват влияние мотивацията, нагласите им, стремежът за реализация и идеалната представа за себе си като лекар /Jansson von Vultee, 2004/, всичко това опосредствано от защитността пред провал, страхът от успех /Horner,1969; Zuckerman & Wheeler, 1975/, опитите за запазване статуквото като избягване ситуации, предизвикващи проверка на собствения потенциал и не на последно място – опит да се симулира поведение, утвърждаващо фалшивия селф.

В същото време отношението на пациента към лекаря, неговото доверие или недоверие, степента, до която пациентът е готов да съдейства на терапията, а в случая по-конкретно: личната история на майката, нейните собствени репрезентации за раждането, представите какво означава това дете, символичното място, което майката му отделя и начина, по който тя го инвестира /с представи и очаквания/.

§4. Аспекти и значимост на отношенията майка-бебе

Когато през 1962г. Уиникът пише, че „не съществува такова нещо като бебето”, той вече подчертава важността на ранните взаимодействия за психомоторното развитие на бебето: именно майчините грижи са тези, които „допълват” бебето.

Шпиц, Малер и Якобсон изследват изграждането на психичните представи за себе си и другия в най-ранния период от живота като част от процесите на интернализация на външния свят и структурализация на психичния апарат. Кохут и Стърн поставят акцент преди всичко върху ролята на човешкия контекст и на взаимоотношенията.

Шпиц се позовава на Фон Зенден /Spitz, 1932/, който публикува резултати от изследванията си върху 63 бебета, родени слепи и придобили зрение в следствие на операция. Основен извод е, че те е трябвало да се научат да виждат и това е един продължителен и болезнен процес, като някои от децата в крайна сметка предпочитат да останат слепи. Според него преживяванията на родените слепи, които се учат да виждат, могат да се съпоставят с преживяванията на новороденото през първите 6 месеца от живота. Майката, особено в началото, осигурява до голяма степен защитата на детето срещу външни дразнители. Наред с това тя осигурява възможност за разтоварване на нагонното напрежение и води с детето своеобразен „диалог. Шпиц вижда развитието на

детето като изцяло опосредствано от майката. То е процес, извършващ се в диадата майка-дете.

В този смисъл активността и присъствието на майката е от особено значение за бебето още от първия ден на неговото раждане. Една депресивна майка може много по-трудно да изпълни такава функция. При нея т.нар. „родителски капацитет” е блокиран, вследствие на травматичното преживяване и е наложително тя да бъде придружена, за да ѝ се помогне да бъде пълноценен партньор на своето дете. Ситуациите на травматизъм и криза, обичайно са свързани с травматичен регрес – поради изпитвания блокаж и затруднение, нормалното функциониране на личността се нарушава и защитно тя се връща към по-ранни, базови етапи на своето развитие – т.нар. регрес. Ето защо отношенията, които младата майка е имала сама по себе си като дете с нейната собствена майка тук имат огромно значение, тъй като те създават основата за възможността да се възстанови по-бързо нормалното функциониране и да се реактивира грижещата способност или съответно – да не е възможно това. В този смисъл подкрепата от някой, който може да „изиграе” ролята на достатъчно добър родител, като реактивира или създаде наново представата за една подкрепяща и окуражаваща фигура, може да ускори процеса на възстановяване от кризата.

§5. Лекарят като „достатъчно добра майка” – символичният аспект на ролите

Когато става дума за удържане в криза, едно специфично удържане на майката и опит тя да бъде стимулирана към интегриране и възстановяване на иманентния ѝ ресурс за родителстване и връщайки се към термина на Балинт – т.е. към идеята за важността на отношението на лекаря към пациента – „лекарството доктор”/„the drug doctor”, Balint, 1957/, в контекста на грижещите и подкрепящи отношения става видно, че много пъти подкрепата от страна на медицинския екип е по линията на едно символично пресъздаване на ролята на достатъчно добра майка – утеха, удържане, а по-късно и стимулиране на сепарацията и опит за индивидуация – подтикване на майката да стане отговорна за своето бебе и да започне да взема решения за него, да гледа на него като на жив човек и да има очаквания – били те положителни или отрицателни. В периоди на криза, регрес и дезорганизация, е възможно друга грижеща се фигура да представлява символична, ролева

репрезентация на майчината фигура, по силата на идентификациите и повтарянето на модели, обектността на отношенията и репетицията на заучения ролеви репертоар.

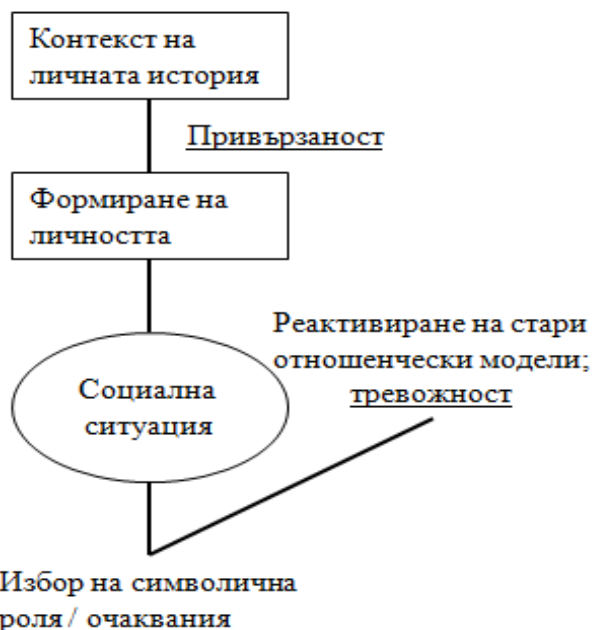
Тук е редно да се върнем към идеите на символния интеракционизъм /Goffman,1950/, защото именно той се фокусира върху връзката между „символ“ (т.е. споделено значение) и интеракция (т.е. вербални и невербални действия и комуникация) /LaRossa, Reitzes, 1993/. В своя съвременен аспект тази теория разработва концепти като прехвърлянето на семейните роли в по-широк социален контекст, изхождайки от концептуализирането на семейството като основна социална група и идеята, че символите, поради факта на тяхната споделена значимост, могат да бъдат репрезентирани от различни обекти /Handel, 1985/.

Ако припомним тук и идеите на Малер, Тайсън и Тайсън, Сюрулник и Шапотие /Mahler, Tyson & Tyson, Cyrulnik and Charoutier/, свързани с тревожността, то тя от една страна може да се разглежда като преципитиращ фактор – силната тревожност се свързва със засилено търсене на доверен обект, а от друга – като сигнал за степента на невъзможност да бъде „преработена“, дадена ситуация – т.е. да бъдат интегрирани случващите се събития и личността да адаптира поведението си спрямо нея. По този начин тревожността фактически се превръща в особено значим фактор в отношенията майка–лекар, защото тя, като показател за вътрешната емоционална несъстоятелност на балансиращите механизми от една страна „предсказва“ колко силно ще бъде търсенето на някой, който да поеме ролята на „майка“ или „добър обект“ /Н. Атанасов, 2009/, а от друга ни отвежда към ролята ѝ на маркер, показващ липсата на такава връзка в историята на самата майка.

Разглеждайки социалната интеракция лекар–майка–родилка през опита за идентифициране на социалнопсихологичните интересубективни символични интерпретации на участниците в нея и изяснявайки кои фактори определят избора на съответен символ, отигран в конкретна социална роля, в настоящето изследване приемаме от една страна идеята за личностните развитийни интрапсихични фактори, формирани в историята на личността, разгледани през психоаналитичните теории за социалното взаимодействие и се опитваме да ги „срещнем“ с теорията за символния интеракционизъм, изследващ ролевото поведение по отношение на социалните интеракции. Базирайки се на тези два основни подхода, от една страна ще изследваме личностните субективни фактори, определящи очакванията и нагласите, които мотивират определен избор на символична роля, а от

друга – аспектите на социалното взаимодействие през призмата на социалната драматургия – т.е. развитието на символичните роли в самото социално „представление“. По този начин имаме възможност да проследим развитието на един и същи феномен през две различни гледни точки – интрасубективната и интерсубективната (Фиг.1)

Психоаналитични теории за развитието



Социално-драматургична теория



Фигура 1. Представяне на използвания теоретичен модел

Четвърта глава. Емпирично изследване на взаимоотношенията в клиники за недоносени бебета. Постановка на изследването.

§1. Цели и задачи

1.1. Цел:

Целта на изследването е да бъдат установени социалнопсихологичните фактори, повлияващи отношенията между майката на новороденото бебе и лекаря му в неонатологичното отделение, като се провери доколко възможността лекарят да посрещне „символичната роля“ на „достатъчно добра майка“ се улеснява или затруднява от тях.

1.2. Задачи

Настоящият труд си поставя следните конкретни задачи:

1. Да конструира релевантен инструментариум, чрез който да се изследват социалноотношенческите и ролеви аспекти на взаимодействията в клиниката за недоносени бебета
2. Да се характеризират отношенията лекар–родилка като се определи тяхната специфика на отношенчески взаимодействия от социалнопсихологична гледна точка.
3. Да се проучат и анализират факторите, които предпоставят и опосредстват тези отношения и процеса на интерпретиране на социалните роли.
4. Да се установят социалнопсихологичните ролеви механизми и норми, регулиращи отношенията.
5. Да се открие връзката между предполагаемото влияние на тревожността – личностова и ситуативна, ролевия конфликт и незадоволителната комуникация – по отношение на посещането на емоционалната заявка на майките към лекарите, както и да се изследва кои са факторите, от страна на медицинските лица, правещи понасянето и разбирането на тревожността в родилките, трудно и незадоволително

Прегледът на разгледаните до тук теоретични модели и емпирични изследвания в литературата показва отделни опити за дефиниране на символичния аспект на една роля, като детерминиран от представи, определяни от фактори в личната история на майките, като се коментира важността на здравословните отношения и т.нар. “добри връзки“ с грижещата фигура и евентуалното им компенсиране, когато в по-късни житейски етапи се създаде доверена връзка с т.нар. „нов развитиен обект“. Настоящото изследване продължава тази изследователска линия, като се базира на представените теоретични модели и на тази основа са формулирани следните хипотези, които се проверяват в емпиричното проучване.

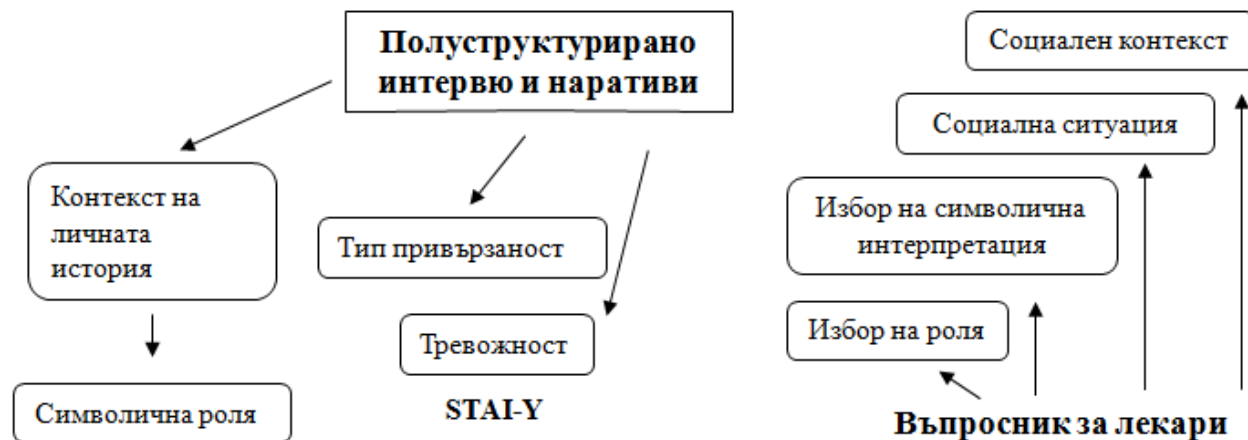
1. Очакваме, че нагласите на родилките-майки на недоносени бебета към лекарите ще съдържат по-скоро очаквания за междуличностни отношения с тях и емоционална подкрепа, отколкото конкретно-информативни действия.
2. Допускаме, че при дефицит на емоционален опит за добра връзка със значим Друг, майките ще възприемат лекарите като „достатъчно добра майка“, докато лекарите ще интерпретират ситуацията в термините на професионалната си роля.

3. Предполагаме, че майките ще проявяват висока ситуативна тревожност, предвид кризисната ситуация, а също така ще демонстрират по-силно изразена необходимост от подкрепата на лекаря.
4. Майките-родилки с по-високо изразена личностова тревожност ще бъдат възприемани от лекарите като по-объркващи, трудни и изискващи пациенти.
5. Допускаме, че колкото по-силно изразено е личното и емоционално изискване към лекаря, свързано с висока тревожност, дезорганизация и очакване за подкрепа, толкова по-трудно и объркващо ще бъде преживяването на лекаря във взаимодействието с тези пациенти, независимо от медицинската история на бебето.
6. Колкото по-затруднени са лекарите в общуването с майките, толкова по-мощен ще бъде междуролевият конфликт, ролевото напрежение и съответно по-незадоволителна комуникацията.
7. Предполагаме, че степента на изразеното очакване от страна на майките се обуславя от предишния личен и социален опит и това може да бъде проследено във всички аспекти на социалното функциониране на майката-родилка.

§3. Процедура и дизайн на изследването

За да изследваме вътрешните работни модели, нагласите, очакванията, историята на привързаност и начините за справяне на личността на майките – фактори, които бяха идентифицирани в литературния обзор на психоаналитичните теоретични подходи като значими във формирането на избрано поведение и избор на символ, които да бъде комуникиран като съзнателна или несъзнателна роля, използваме полуструктурирано интервю и анализ на наративи. Те са конструирани на база на проследените в психоаналитичната литература категории и обследват личностовото развитие във всички по-важни сфери на функциониране – личен живот, социална и професионална адаптация, типични патерни на правене на връзки със значимите други. Това дава възможност да се идентифицират несъзнателните нагласи и очаквания към авторитети, евентуалната зависимост или независимост от тях, типичният начин на справяне при кризи.

За да изследваме наличната или неналична тревожност, предлагаме на изследваните майки-родилки за попълване въпросник за ситуативна и личностна тревожност на Спилбъргър (Фиг.2)



Фигура 2. Представяне на използваните методи

За да проверим доколко действително емоционалният контекст има отношение към ролеви конфликт, изразен в избор на взаимоотношващи се, некомплементарни роли, предлагаме на лекарите специално разработен въпросник, който изследва редица проблемни фактори в общуването с майки-пациентки, изведени от работата на фокус-група. Въпросите, базирани на дефинираните и обсъдени в групата проблемни точки, са структурирани с оглед опита да изследват дали действително основното затруднение в комуникацията с майките на недоносени бебета, идва от заявката за посрещане на емоционалните им нужди /подкрепа, удържане, приемане, разбиране/, дали евентуалното наличие на друг специалист, който да поеме тази тежест – различна от чисто професионалната роля на лекар, се намира за улесняващо и доколко част от тежестта на общуването идва от парадоксалното поведение на пациента /майка/ - търсене на подкрепа и същевременно отхвърляне на дадените съвети – феномен, типичен за състояние на криза, както и за ситуации, при които се дава отговор, различен от нуждата – напр. търси се емоционална подкрепа, а се отговаря с рационален съвет за определено действие. По този начин, целта на инструмента е да провери доколко въприятието на лекаря за майките-родилки наистина е повлияно от емоционалната им заявка и дали действително очакването на пациента за близост е фактор, който провокира защитна реакция.

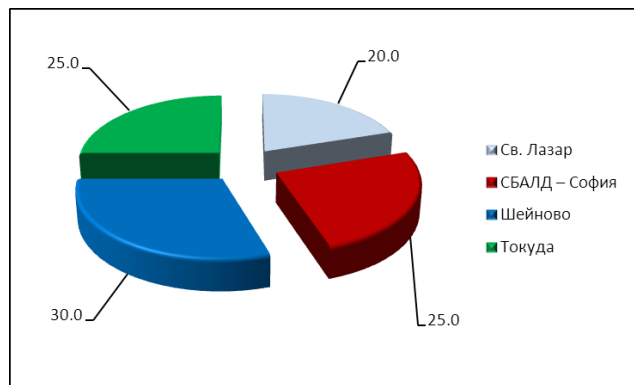
§4. Метод

Изследването, ориентирано към верификация на издигнатите хипотези, беше конструирано и проведено в следните параметри.

4.1. Извадка

Изследването е проведено в два етапа, като в единия бяха включени лекари, а в другия – майки-родилки.

Проучването е проведено върху извадка от 40 души - лекари, със специалност „Неонатология“ или специализанти, на които предстои взимане на специалност, но работят в Неонатологично отделение. Лекарите и специализантите са от четири софийски болници – две частни и две държавни, като броят им беше разпределен поравно - болниците са съответно II САГБАЛ „Шейново“, СБАЛД „София“ /държавни/ и АГ болница „Св. Лазар“ и Токуда болница - София /частни/. Възрастта на изследваните лекари варира от 29 до 59 години, като средната възраст е 42 ($X=41,65$; $SD=9,86$). От респондентите 16 д. са мъже (40%), 24 д. – жени (60%).



Фигура 3. Разпределение на изследваните лица по болнични заведения

В изследването са включени и 10 представени случая на майки-родилки на недоносени бебета, чиито новородени в момента на интервюиране са настанени в неонатологично отделение, с различна степен на заплахата за живота и различна степен на неяснота, но всички с елемент на застрашеност. Освен по този критерий, те са избрани в хода на комуникация с медицинския персонал – всички майки са предложени от екипите на

съответните клиници и описани като особено ангажиращи, трудни, „дразнещи“. Поради този факт представлява интерес тяхното изследване, тъй като независимо от факта, че не беше възможно да проверим с точност коя майка от кой лекар е намирана за особено трудна /хипотеза 2/, прави впечатление етикетването им като „трудни“, но не като професионален медицински казус, а в термините на общуването с тях.

4.2. Инструментариум

4.2.1. Инструментариум за емпиричното изследване при лекари

В проведеното емпирично изследване, ориентирано към верификация на посочените вече хипотези, за изследването на лекари беше използван специално разработен за целта въпросник, който се попълва самостоятелно, анонимен е, а участието в изследването е доброволно.

Въпросите са изготвени на база проведена фокус-група с неонатолози на тема „Срещани трудности в общуването с пациента“. В нея взеха участие 12 лекари със специалност неонатология или педиатрия. Дискусията в групата имаше за цел да събере обективна информация във връзка с конструирането на подходящ инструментариум за изследването на отношенията лекар-майка и възможните ключови фактори, които го съставят, същностното формулиране на проблеми в отношенчески аспект и доизясняване на конкретните области, на намираните за „затрудняващи“ феномени.. Фокус-групата, като внимателно подготвена дискусия, обобщава и дефинира понятия в определена област или дейност, поради което бе сметена за подходящ метод за формиране на анкетните въпроси. Положителна роля изигра фактът, че фокус групата беше съставена от специалисти, участващи в Балинт група – т.е. сработени помежду си и насочени към отношенческата проблематика лекар-пациент.

4.2.2. Изследователски инструментариум за проучване на майки-родилки на бебета, настанени в неонатология

Различният подход към изследването наложи търсенето на специфичен инструментариум, който да отговори на дизайна на изследването и да позволи проследяване на историята на майките, както и репрезентацията на вътрешните личностови модели за отношенията, за

да могат да бъдат обрисувани характеристиките на очакванията и интензивността им – или евентуално липсата на такава, при отношенията с лекаря на застрашеното бебе.

Дълбочинно полуструктурирано интервю и описание на случай

Въпросите са организирани в 7 тематични кръга, основани на анализа на литературата и на синтеза на терапевтичния опит на експерти с подобни пациентки, както следва:

1. Лична история и актуално събитие – 4 въпроса /житейски контекст и ход на бременността, протичане на раждането/. Въпросите изследват контекста на актуалното събитие, като са организирани насочено към неговото конкретизиране като субективен смисъл за личността.
2. Самооценка и отношения със значимите други – 19 въпроса /рожденно семейство, зависимост/независимост, влияние на първите отношения, справяне, необходимост от подкрепа/,
3. Професионална сфера – 7 въпроса /избор на поле за реализация, зависимост/независимост на решението, необходимост от подкрепа в справянето, усещане за лична значимост и реализация, идентичност, способност за целепологане/,
4. Авторитети – 3 въпроса /отношение към авторитети – от майка до респективно – лекар/,
5. Адаптивност – 3 въпроса /репрезентация на вътрешната сигурност/,
6. Отношение към медицинския екип - 7 въпроса /доверие/недоверие, фантазии, опасения, очаквания/,
7. Отношение към актуалното събитие, емоционален контекст и отношение към детето – 4 въпроса /способност за интегриране на емоционалното преживяване, кризисност, родителски капацитет за инвестиране на детето и опосредстваността му от нуждата от удържаща и подкрепяща фигура/.

Изследваните сфери са идентифицирани на базата на систематизиране на двугодишен клиничен терапевтичен опит с подобни пациентки, както и на основанията от теоретичен анализ на описани феномени в литературата, като наблюдаваните характеристики са обобщени чрез сравнителен анализ, т.е. открити са повтарящите се в литературата и

клиничния материал основни тематични кръгове, коментирани при случаите на майки, родили недоносени бебета. По този начин са формулирани 7-те тематични кръга.

В таблица 1 е представена основната тежест на отношенческите феномени, които се отнасят до формирането на нагласи у майките-родилки на недоносени бебета към медицинския екип.

Табл.1. Сравнителен анализ на идентифицирани в литературата феномени

Майки на недоносени бебета	Отношенчески феномени
Основна тежест	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лична история и успешност на връзките 2. Отношения със собствената майка 3. Реализация в обществото

За сравнение беше използвано експертно мнение на 35-тима колеги-психотерапевти – как биха ранжирали по важност така организираниите значимите фактори /вж. табл. 2/.

Табл.2 Експертно ранжиране

Ранг	Важни сфери на функциониране
1	Лична история и актуално събитие
2	Самооценка и отношения със значимите други
3	Професионална сфера
4	Авторитети
5	Адаптивност

6	Отношение към медицинския екип
---	--------------------------------

Неструктурираната част на интервюто е свързана с възможност да бъдат изследвани по-детайлно значимите отношения на родилката с нейната собствена майка като обект на привързаност, характера на тази връзка и съответно – нейните реализации в други важни отношенчески аспекти със света и значимите други, като това проследяване се явява свързано с нашето допускане за възможността тази изначална и основна връзка да се активира като модел в моменти на криза.

Експертно ранжиране

Контент-анализ

Тест за личностна и ситуативна тревожност STAI-Y на Спилбъргър

Очакваме чрез Въпросника за лекари да се верифицират издигнатите Хипотеза 3 и 4; теста за тревожност и контент-анализа на наративи – съответно Хипотези 1, 2, 3 и 5.

5. Представяне на резултатите и интерпретация

5.1. Изследване на лекарските нагласи, емоции и отношение в неонатологии

Събраните данни са обработени с помощта на програмата IBM Statistics – SPSS, версия 20.

За проверка на издигнатите хипотези са използвани методи на описателната и дедуктивната статистика:

5.1.1. Описателни статистики

Въз основа на методите на описателната статистика могат да се изведат определени тенденции в резултатите. Поради сравнително малката извадка, обяснимо с клиничните й параметри, ще разгледаме подробно всички възможни информативни за нас анализи. Данните са представени в таблица 3.

Табл. 3. Описателни статистики на данните за отношението на лекарите към майките-родилки (в %)

№	Въпрос	Скала за оценка					
		Винаги	Много често	Често	Рядко	Много рядко	Никога
1	Имам усещането, че натоварването в работата ми влияе негативно на отношението ми спрямо пациентите/майките на бебетата	7,5	30	30	7,5	22,5	2,5
2	Има моменти, в които усещам безпомощност в общуването с родителите, независимо, че съм направил/а всичко в рамките на медицинската ми експертност	-	30	10	35	25	-
3	Когато усещам, че майките изискват грижа и внимание, отиващи отвъд обхвата на медицинската ми компетентност като лекар и по-скоро в човешки план /личен контакт, споделяне, подкрепа/, се случва това да ме напруга	-	37,5	45	7,5	10	-
4	Смятам, че споделянето и емоционалната подкрепа са част от професионалните отношения между лекар и пациент	30	37,5	32,5	-	-	-

5	Случва се понякога пациентите / в случая майките на недоносени бебета/ да ме търсят с въпроси и желание за споделяне, без да имам разумно обяснение защо се случва това	2,5	25	55	15	-	2,5
7	Изпитвал съм необходимост от подкрепата на такъв колега	-	25	55	20		
8	Случва се майките на бебетата да не изпълняват мои препоръки и въпреки това да продължават настоятелно да ме търсят	-	17,5	32,5	40	10	-

5.1.2. Разпределение на нагласите на лекарите към майките-родилки

За проверка на разпределението на нагласите на лекарите към майките-родилки е приложен χ^2 (кростабулации). Получените резултати очертават следната картина.

Статистически значими различия се установяват в разпределението на отговорите на респондентите на въпрос №2 „Има моменти, в които усещам безпомощност в общуването с родителите, независимо, че съм направил/а всичко в рамките на медицинската ми експертност“ в зависимост от пола ($\chi^2 = 10,317$; $p < 0,05$). 20% от жените отговарят с „много често“, 10% - съответно с „често“, в сравнение с 25% за „рядко“. 20% от мъжете отговарят с „много рядко“.

Възрастта също е диференциращ фактор за разпределение на отговорите на респондентите по този въпрос („№2 „Има моменти, в които усещам безпомощност в общуването с родителите, независимо, че съм направил/а всичко в рамките на медицинската ми експертност““), ($\chi^2 = 8,092$; $p < 0,05$). 27,5% от по-младите респонденти се усещат

безпомощни „рядко“, 5% „много рядко“, като това съответства на 7,5% за „рядко“ и 20% за „много рядко“ при по-възрастната група.

Регистрират се и статистически значими различия по въпрос №3 “ Когато усещам, че майките изискват грижа и внимание, отиващи отвъд обхвата на медицинската ми компетентност като лекар и по-скоро в човешки план /личен контакт, споделяне, подкрепа/, се случва това да ме напряга“ отново в зависимост от възрастта ($\chi^2 = 10,081$; $p < 0,05$). 35% от по-младите респонденти определят подобно усещане като „често“, 15% като „много често“, докато при по-възрастните това е 22,5% за „много често“ и 10% за „често“.

5.1.3. Вариации в нагласите на лекарите към майките-родилки

За проверка на значимите различия в нагласите лекарите към майките-родилки е използван еднофакторен дисперсионен анализ за независими извадки.

Получените резултати показват значими различия единствено по отношение на моментите на безпомощност при лекарите при общуването с родители в зависимост от пола на респондентите ($F=4,231$; $p < 0,05$). Установява се, че мъжете се чувстват значително по-рядко безпомощни ($X=4,00$; $SD=1,265$), за разлика от жените ($X=3,25$; $SD=1,032$).

Възрастта и болницата не са фактори, които диференцират значимо нагласите към майките-родилки.

5.1.4. Влияние на възприетото емоционално състояние на майките-родилки върху отношението на лекарите към тях

За проверка на хипотезата за очакваното допускане, че колкото по-силно изразено е личното и емоционално изискване към лекаря, свързано с висока тревожност, дезорганизация и очакване за подкрепа, толкова по-трудно и объркващо ще бъде преживяването на лекаря във взаимодействието с тези пациенти, независимо от медицинската история на бебето /Хипотеза №5/, е приложен регресионен анализ по метода Enter, резултатите от който регистрират следната картина.

В регресионното уравнение като независима променлива са въведени „Когато усещам, че майките изискват грижа и внимание, отиващи отвъд обхвата на медицинската ми компетентност като лекар и по-скоро в човешки план /личен контакт, споделяне, подкрепа/, се случва това да ме напруга“ и възрастта на респондентите, а като зависими – „Имам усещането, че натоварването в работата ми влияе негативно на отношението ми спрямо пациентите/майките на бебетата“ – при всички респонденти и съответно „Има моменти, в които усещам безпомощност в общуването с родителите, независимо, че съм направил/а всичко необходимо в рамките на медицинската ми експертност“ – при всички респонденти и отново според възрастта.

Получените резултати демонстрират значима връзка между изпитваното от лекаря напрежение и отношението му към майките на бебета ($\beta=0,606$; $p<0,001$), като влиянието е при 35% от отношението към пациентите/майките с бебета се определя от напрежението, което изпитва лекарят, когато майките изискват грижа и внимание извън неговата компетентност ($R^2= 0,350$). В този смисъл напрежението на лекаря, породено от търсенето с емоционални, а не конкретно-професионални въпроси, е силен и значим предиктор за отношенията лекар-пациент. Предвид малката извадка резултатът прави впечатление със своята категоричност. С други думи, колкото по-рядко се случва лекарят да е напрегнат, толкова по-рядко това се отразява и на отношенията му с пациентите.

Табл.5 Влияние на възприетото емоционално състояние на майките-родилки върху отношението на лекарите към тях

	Когато усещам, че майките изискват грижа и внимание, отиващи отвъд обхвата на медицинската ми компетентност като лекар и по-скоро в човешки план /личен контакт, споделяне, подкрепа/, се случва това да ме напруга? (предиктор)			Прецизиран коефициент (adjusted R2)
	Стандартизиран коефициент (β)	t	P	
Имам усещането, че натоварването в работата ми влияе негативно на отношението ми спрямо пациентите /майките на бебетата? – при всички респонденти	0,606	4,691	0,000	0,350
29-38 г. Включително	0,467	2,304	0,033	0,177
40-59 г. включително	0,837	6,307	0,000	0,683

Има моменти, в които усещам безпомощност в общуването с родителите, независимо, че съм направил/а всичко необходимо в рамките на медицинската експертност? – при всички респонденти	0,616	4,816	0,000	0,363
29-38 Включително	г. 0,767	5,204	0,000	0,566
40-59 Включително	г. 0,540	2,648	0,017	0,250

При прилагането на регресионния анализ при двете възрастови групи също се установяват статистически значими различия. При изследваните лица над 40 годишна възраст стойностите са по-високи – по-възрастните се усещат по-затруднени ($\beta = 0,837$; $p < 0,000$), като влиянието е при 68,3% ($R^2 = 0,683$). При по-младите данните показват, че по-младите респонденти изпитват сравнително по-малка степен на субективно усещане за затруднение ($\beta = 0,467$; $p < 0,033$), като влиянието е при 17,7 % ($R^2 = 0,177$).

Табл.6 Влияние на незачитането на експертните съвети на лекаря от майките-родилки върху отношението на лекарите към тях

	Случва се майките на бебетата да не изпълняват мои препоръки и въпреки това да продължават настоятелно да ме търсят. (предиктор)			Прецизиран коефициент (adjusted R2)
	Стандартизиран коефициент (β)	t	P	
Имам усещането, че натоварването в работата ми влияе негативно на отношението ми спрямо пациентите /майките на бебетата?– при всички респонденти	0,325	2,119	0,41	0,082
Има моменти, в които усещам безпомощност в общуването с родителите, независимо, че съм направил/а всичко необходимо в рамките на медицинската експертност? при всички респонденти	0,668	5,535	0,000	0,432

Данните от въпросника за лекари ни дават възможност да проверим няколко възможни аспекта на зависимости. Напр. от една страна представлява интерес въпросът доколко емоционалното натоварване в желанието на майките на бебета да търсят за контакт техните лекари може да провокира безпокойство и натоварване в лекарите. В същото време е важно дали изобщо за лекарите е възможно да разпознаят това търсене като емоционална заявка и дали именно тази неяснота не предизвиква усещането за натоварване или безпомощност. Не на последно място, значение би имало дали идеята, че споделянето като цяло е важно, се разпознава като „нуждаеща се от някой друг, който да я поеме“ или напротив – дори не съществува идея какво може да бъде „правена“.

Тук в регресионното уравнение като независима променлива е въведено твърдението „Случва се майките на бебетата да не изпълняват мои препоръки и въпреки това да продължават настоятелно да ме търсят.“, а като зависими отново – „Имам усещането, че натоварването в работата ми влияе негативно на отношението ми спрямо пациентите /майките на бебетата“ – при всички респонденти; и съответно „Има моменти, в които усещам безпомощност в общуването с родителите, независимо, че съм направил/а всичко необходимо в рамките на медицинската ми експертност“ – при всички респонденти.

Получените резултати показват значима връзка между изпитваното от лекаря усещане за безпомощност в зависимост от настоятелното търсене от страна на майките, независимо, че то не спазва формалната рамка на социалната ситуация и роли – т.е. майките очевидно се адресират към лекарите ($\beta=0,668$; $p<0,000$), като влиянието е в 43,2% от случаите ($R^2=0,432$). В този смисъл можем да прогнозираме, че колкото по-рядко майките, неизпълняващи препоръките на лекаря, го търсят настоятелно, толкова по-рядко той ще чувства безпомощност при общуване с родителите. Оттук можем да направим заключението, че очевидната ролява неяснота и различно интерпретиране на социалната ситуация между майки и лекари, създава усещане за безпокойство и тревога при лекарите, които не могат да се ориентират в това какво търсене отправят към тях майките а бебета, след като не взимат предвид професионалната им компетенция.

В същото време обаче, изглежда лекарите се усещат ангажирани в тази своеобразна отношенческа „връзка“ с майките на своите малки пациенти, независимо от трудните

преживявания за натоварване и безпомощност, тъй като те не смятат, че има необходимост от отделен специалист, към когото да адресират желанието на жените да разговарят, като считат, че това е част от професионалните отношения лекар-пациент. Така споделянето и емоционалната подкрепа не са предиктор за необходимостта от подкрепата на такъв колега ($\beta = 0,097$, $p > 0,552$), а влияние на практика не се наблюдава ($R^2 = -0,017$) /вж.табл.7/

Табл.7 Влияние на необходимостта от специалист-психолог от наличието на емоционална страна и искане за подкрепа в професията на лекарите

	Смятам, че споделянето и емоционалната подкрепа са част от професионалните отношения между лекар и пациент. (предиктор)	t	p	Прецизиран коефициент (adjusted R2)
	Стандартизиран коефициент (β)			
Изпитвал съм необходимост от подкрепата на такъв колега	0,097	0,601	0,552	-,017

Получените данни ни насочват да мислим в посока на това колко голямо значение има наличието на емоционален компонент в отношението на майките към лекарите, за това последните да усещат напрежение, натовареност и безпомощност, независимо, че се чувстват ангажирани в този контакт и не биха искали да го преотстъпват на друг

Също така е интересно, че единственият значимо диференциращ предиктор се оказва пола на респондента – жените, се оказват по-чувствителни към наличието на емоция в

търсенето на майките. Тук възможни за мислене могат да бъдат аспекти като половата роля, предполагаща връзката жена-майка-чувствителност към емоционални сигнали, както и безпрекословната значимост на социалната ѝ детерминация.

.2. Майки, родили недоносени бебета, настанени в неонатология

5.2.1.Описание и анализ на представените случаи:

В изследването са включени и 10 представени случая на майки-родилки на недоносени бебета, чиито новородени в момента на интервюиране са настанени в неонатологично отделение, с различна степен на заплахата за живота и различна степен на неяснота, но всички с елемент на застрашеност. Освен по този критерий, те са избрани в хода на комуникация с медицинския персонал – всички майки са предложени от екипите на съответните клиници и описани като особено ангажиращи, трудни, „дразнещи“

5.2.2. Данни от контент-анализа на съдържанието на наративите

Като последващ опит за верифициране консистентността на тенденциите в отговорите на изследваните лица, на следващ етап с всяко от тях са проведени по две допълнителни консултативни сесии в свободен формат, в които бяха обговорени стратегиите за справяне, гледната точка към лекаря и кризата, очакванията на пациентките. Свободният запис показва консистентност по манифестираните тенденции, което позволи прилагането на контент анализ.

Таблица 8 Влияние на личната история върху очакванията към лекаря

№	възраст	Бр Раждани я	Сем.пол.	Профес. реализация **	Отношение към собствената майка	Очаквания към лекаря***	Тип Привър заност****

1	29г.	1	Семейна	Да	Дистантно	Завишени	Пр
2	42г.	1	Семейна	Да	Дистантно	Завишени	Пл
3	29г.	1	Несемейна	Не	дистантно, зависимо	Негативни	Об
4	36г.	2	Семейна	относително добра	дистантно,зависимо	Негативни	Пл/ Об
5	40г	1	Семейна	Да	Дистантно	Завишени	Пл
6	32г.	2	Семейна	Да		-	Пл
7	32г.	1	Семейна	Да	дистантно, дезорганизирано	-	Пл
8	30г.	1	Несемейна	Да	дистантно, зависимо	Завишени	Пр
9	37	2	Семейна	Да	Дистантно	Завишени,директна идентификация	Пл
10	33	1	Несемейна	Да	Отсъстваща, Вина	Завишени	Пр

професионалната реализация се ранжира на база на споделените обективни данни, а не на субективното преживяване на изследваното лице за успешност/неуспешност, като преценката е въз основа на наличие/липса на работа, кариерно развитие, възнаграждение.

Не – обозначават отсъствието на такава, **относително добра** – среден ръст на развитие, като хода му е накъсан и затруднен /започване на работа, смяна на работното място, неконсистентност/, **да** – наличие на последователно и възходящо професионално развитие.

***очакванията към лекаря се означават по следната скала: **реалистични** – ограничаващи се в рамките на медицинската му компетентност като експертно лице, **завишени** – когато те включват очакване за емоционална подкрепа и **негативни** – когато са свързани с преживяването, че на никого и на нищо не може да се разчита.

**** Пр – преангажиран, Пл – плашещ се, Об – обезценяващ

Контент-анализа на интервютата на 10-те майки на недоносени бебета показва смислово разпределение на отговорите в няколко основни категории в семантико-психологичното поле:

- ✓ **амбивалентност и вина** – свързани едновременно с високи очаквания към лекаря и усещане за собствена проваленост;
- ✓ **несигурна дезорганизирана или несигурна амбивалентна привързаност /Bowlby, Ainsworth/, съответно преангажиран, плашещ се или обезценяващ тип /по Bartholomew & Harowitz/ -** характеризиращи се с противоречиво изразяване на много основна нужда от подкрепа, често манифестирана като negliжиране;
- ✓ **зависимост и значимост на оценката на Другия** – характеризиращи се с ориентация към търсене на положителна оценка и задоволяване на хипотетичните очаквания на всеки авторитет;
- ✓ **отношенчески травматизъм** – реално споделен в интервюто спомен за травматизъм при отношенията със собствените родители – negliжиране, жестокост, физическо или емоционално малтретиране;

- ✓ **неувереност и тревога** – ясно манифестирани в колебания за собствената ценност, приписване на заслуги на странични хора и фактори, обърканост, ажитираност, безпокойство.
- ✓ **базова нужда от подкрепа** – свързана с многократно търсене на одобрение.

Всички описани категории потвърждават описаните в литературата такива, като по този начин дават основание да бъдат използвани като отправна точка в анализа на представените случаи.

5.2.3. Анализ и коментар на семантико-психологичните категории. Разпределение по случаи

Таблица 9 Разпределение на категориите от контент-анализа при изследваните случаи

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Амбивалентност и вина	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓		✓
Зависимост	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-
Травматизъм	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Тревога	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-
Нужда от подкрепа	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	-	-
Дезорганизирана привързаност	✓		✓	✓	-	✓	✓	-	-	-

Тип връзка с лекаря	Изис кваш а	изис кваш а	Кон фрон тира ща	Кон фрон тира ща	Изис кваш а	-	-	изис кваш а	изис кваш а	изис кваш а
------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------	---	---	-------------------	-------------------	-------------------

5.2.4. Изследване на тревожността като личностна черта

По отношение на тревожността като катализатор на кризата – тук тя е разгледана и като допълнителен акцент, агравиращ отношенческия модел, поради което резултатите са цитирани индивидуално за всеки разглеждан случай, прави впечатление категорично високите стойности и на ситуативна, и на личностова тревожност и при 10-те изследвани лица (балът се съотнася към стандартизираните за българска популация норми на Паспаланов и Щетински, 1989).

Таблица 10. *Тревожност, суров бал по Спилбъргър, (Паспаланов, Щетински, 1989)*

№ ИЛ	S	T
1	45	57
2	47	45
3	49	45
4	45	46
5	45	60
6	38	47
7	38	57
8	45	59

9	38	63
10	63	65

§6 Анализ и интерпретация на получените резултати

1. Изводи за предиктивни фактори за ролеви сблъсък при интеракцията лекари-майки

Както става ясно от получените данни, лекарите без съмнение констатират напрежението и натоварването в тяхната работа, но очевидно са амбивалентни и затруднени в интерпретирането му като феномен и в опита да го съотнесат към нещо конкретно. Те споделят, че се усещат натоварени, без да могат конкретно да определят от какво. В същото време обаче, когато конкретно бъдат помолени да мислят по посока на емоционалното ангажиране с определени пациенти, се оказва, че свързват напрежението си с тази форма на емоционален натиск и тежест върху тях.

С други думи, получените данни категорично говорят в подкрепа на хипотезата, че лекарите усещат като натиск и натоварване апела за ангажиране, на който не знаят как да отговорят, нито дали да приемат или откажат, всеки път, когато питанията на търсещите ги носят нюанса на емоционална заявка, търсене на подкрепа, отсянка на психична репрезентация на тези отношения като важни по един индивидуален и личен начин. Идеята, че отношението лекар-пациент е не само техническо и предполага по-сериозна връзка, формално съществува, но тя няма приложение в практическия контекст на действиелната социална интеракция.

В определен смисъл, това се отразява и от организационния контекст, или „setting“-а на срещата лекар-майка. В повечето случаи, тази среща се случва „между другото“, някъде по коридорите или пред вратите на отделението. Формално съществува договорена среща – определен ден и час за „получаване на информация“, като също така формално в тези болници, в които майките пребивават все още в родилните отделения, например след секцио, а бебетата са в неонатология в същата болница, съществува възможността

бебетата да бъдат посещавани по всяко време. Реалната липса на систематизираност, на определеност, на място, час и помещение за срещите между майката (или родителите заедно) и лекуващия лекар на бебето, пресъдават още веднъж неконсистентността на случване на тази „среща – която не е среща“, която „я има“ и „я няма“ и на невъзможността за удържане, подкрепа и „вписване“ на майките в хода на грижите за едно недоносено бебе.

Можем да заключим, че лекарите се оказват чувствителни към търсенето на лична връзка от типа „грижеща се фигура“ у майките на своите малки пациенти, но това ги наточава и те се усещат подготвени да отговарят единствено в медицинския аспект на грижите, в ролята на формален авторитет, от позицията на експертност и професионализъм.

Силната съпротива към емоционалното търсене може да се обясни с конфликта на ролите – професионалната „лекар“ и личната „грижеща се фигура/майка“, но също така и с конфликта на изискването „лекарят трябва винаги да знае“ и факта, че един родител много пъти е изправен пред ситуации, в които не знае какъв е верният отговор и трябва да действа по сърце.

Интерпретацията на ролята на лекаря е възможна в два аспекта: през призмата на професионалното и през призмата на личното. В първият случай това би означавало експертност, а във втория – родителстване. Конфликтът между тях е явен. Лекарите – както е видно и от получените данни, предпочитано избират първия вариант, не само защото цялото им медицинско образование и практика преминава през обучението да бъдат „добри професионалисти“, но и защото личното означава и провокация на целия емоционален, фантазен и преживелищен свят на личността. С други думи това би означавало да бъдат хора с всеки свой случай, което е свързано с прекомерна емоционална тежест. И предизвикателството да се понася и посреща човешка мъка, която провокира съответния отклик. По този начин единствената съхраняваща позиция е на оттегленост и професионализъм. Т.е. тук става дума не толкова за ролева дистанция, колкото за дълбоко различие в типа роли, така че по-скоро тук бихме могли да говорим за сериозен ролеви конфликт.

Както става ясно от описаните посредством контент-анализа категории и при 10-те описани случая наблюдаваме наличие на трудна лична история и нарушеност във

формирането на привързаността със значимата грижеща се фигура. Само в един от случаите /№10/ може да се мисли за известни добри основи, на които такава може да се развива, но там фигурира травматизъм, породен от много ранната загуба на обекта на привързаност. При всички останали става дума за привързаност от някой от трите описани дисфункционални типа - преангажиран, плашещ се или обезценяващ тип /по Bartholomew & Harowitz/.

Сериозно увредена връзка със значимите други, в следствие на която изследваните лица се преживяват като отхвърляни, а другите като едновременно обезценяващи и свръх значими и крайно важни, съставлява основен аспект от вътрешната карта на интернализираните патерни на отношения. Раненият личностен Аз, ограбен от липсата на добра връзка с приемаща фигура, Аз-ът, който се изгражда през другите, поставя формиращата се интеракция в много специфичен контекст, като категорично ѝ влияе. Императивният натиск да се търси подкрепа и одобрение трансформира отношенията от партньорски – за каквито би бил подготвен един лекар-експерт, очакващ да се намира в равнопоставена, партньорска ситуация, в която да изиграе една професионална роля – в неравнопоставени, отношения между родител и дете, между водещ, ментор и ученик, които са лични, имат лична значимост и в които очакванията са формирани от предишна, неизвестна за него, лична история. По този начин от него се очаква да бъде добра или – поради натрупването на травматични феномени – да бъде отхвърляща майка. Да бъде добър, подкрепящ, обясняващ и разбиращ родител или да бъде лош, дисквалифициращ и отхвърлящ. Когато отношеническият контекст е формиран от такова несъзнателно очакване, за да бъде потвърдена тази неосъзнавана конфигурация,.

От друга страна тук трябва да се припомни сериозното ролево и емоционално блокиране у лекарите, които са изправени пред трудността да изберат между две роли – професионална и лична, строго формална и човешко-емоционална и емпатична. Това остава тази нужда невъзможна за посрещане. И за отговаряне.

Трудността да направиш връзка драматично се свързва с представата за Аз-а – за това дали самият индивид, инициращ търсенето, се възприема като нещо красиво, стойностно и добро. Тази изначална представа за селфа се формира в най-голяма степен типа на първите диадни отношения, получени в ранните години на живота. Как е бил инвестиран.

Качеството и знака на тези инвестиции. Ако по някаква причина се е случило така, че това усещане не се е инсталирало, личността непрекъснато преживява всяко добро отношение като подаяние и живее под непрекъснатия натиск на необходимостта от подобрене – физическа или емоционална /Lemna, 2010/. Така във всяка значима социална интеракция, особено за тази в криза, се преповтаря търсенето и заявката за една фантазирана майка, която със сигурност ще ни обича, каквито и да сме.

С други думи феномени като зависимост, чувствителност към желанията на другите, усещане за липсваща себестойност и за някой друг, който да даде опора, център и посока характеризират очакванията на интервюираните и типа отношение, който те проявяват към лекарите на техните бебета, в търсенето на една фактически лична заявка, която е формирана в личната история на недостатъчност на връзката с грижещата се фигура. Това представлява отношенчески феномен на преповтаряне при всяка критична ситуация, чиято цел е търсене на опора и удържащ механизъм „отвън“, поради провала на интроецирането му.

2. Проверка на хипотезите и дискусия

По отношение на основната ни хипотеза, данните от контент-анализа на наративите на представените случаи и разгледаните полу-структурирани интервюта дават основание да приемем, че нашите допускания се потвърждават. В ситуация на криза, търсенето с което майките влизат в социалната интеракция с лекаря на тяхното бебе, е чисто емоционално и предиктирано най-вече от дефицитите в тяхната лична история – т.е. в момента на криза, поради психологичния феномен на регрес – т.е. на преминаване към по-ранни етапи на функциониране в развитиен план, се актуализира стара кризисна ситуация, обусловена от типа привързаност на личността. По този начин реалната интеракция се превръща във имагинерен тревожен опит на личността да търси репарация, който обаче е посрещнат от отговор на присъстващ в реалната социална ситуация - професионалност и експертност - от страна на лекарите. Те, от своя страна, не са в състояние да я напуснат поради начина на интерпретация на тяхната роля и естествения им стремеж да запазят баланс.

1. Очакваме, че нагласите на родилките-майки на недоносени бебета към лекарите ще съдържат по-скоро очаквания за междуличностни отношения с тях и емоционална подкрепа, отколкото конкретно-информативни действия.

Търсене от порядъка на одобрение, приемане и успокоение, каквото е било някога търсенето на детето към възрастния в ситуации, които го тревожат, а то е твърде слабо, за да се справи, характеризират обръщането на майките към лекарите, които безпогрешно разпознават преминаването извън обхвата на професионалната роля, в която те са подготвени да реагират, като отговарят с преживяването на субективно усещане за натиск, напрежение и в крайна сметка – безпомощност, защото не разбират с каква друга роля да заменят опита си да бъдат експерти срещу едно лично търсене. По този начин установяваме потвърждение и на хипотеза 2. *Допускаме, че поради дефицит на емоционален опит за добра връзка със значим Друг, майките ще възприемат лекарите като «достатъчно добра майка», докато лекарите интерпретират ситуацията в термините на професионалната си роля.* Качествените данни от контент-анализа на интервюта и наративи, показва във всичките 10 разгледани случая наличие на травматична история, с липса на добра привързаност. Майките са лабилни, тревожни и очакващи подкрепа, от която са много зависими. В същото време, данните от Въпросника за лекари показват по много категоричен начин, че емоционалната компонентна в търсенето на контакт с тях ги напруга и че това напрежение категорично е фактор, който влияе на отношението им към майките. И тук става дума по-скоро за тотална подмяна на контекста на социалната ситуация и конфликт, идващ от различието в типа роли – лична и професионална, отколкото от ролевата дистанция.

3. *Предполагаме, че майките ще проявяват висока ситуативна тревожност, предвид кризисната ситуация, а също така ще демонстрират по-силно изразена необходимост от подкрепата на лекаря.*

Данните показват, че тревожността на майките – и ситуативна, и личностна, е висока. обусловено от факти в личната им развитийна история. Високата тревожност, (получените данни съотнасяме към стандартизираните за българска популация норми) – както ситуативна, така и личностова, неизменно ни препраща към очакване за „дефект“ и недостатъчност на връзката с доверения обект, която самата майка е имала в историята си и която, респективно, се манифестира отново при всяка нова, различна ситуация, разпознавана като застрашителна, с латентно търсене към значима фигура, която да изиграе отново ролята на организиращ помощен Аз. Колкото по-голяма е

недостатъчността на тази връзка в личната история на индивида, толкова по-силна е манифестираната тревожност и следователно толкова по-настойчиво е търсенето към обект, който да изиграе ролята на „майка“, на подпомагащ и организиращ помощен Аз.

Тези резултати не представляват изненада, тъй като са потвърдени и в други изследвания (George, С.).

4. Майките-родилки с по-високо изразена личностова тревожност ще бъдат възприемани от лекарите като по-объркващи, трудни и изискващи пациенти.

Предвид данните от дисперсионния и регресионен анализ, показващи, че колкото по-настоятелно и несъобразяващо се с дадените напътствия и колкото по-емоционално заредено е едно търсене на контакт с тях, толкова по-натоварени и безпомощни се усещат лекарите, считаме, че имаме данни за потвърждаването на тази хипотеза.

По отношение на хипотеза 5. *Допускаме, че колкото по-силно изразено е личното и емоционално изискване към лекаря, свързано с висока тревожност, дезорганизация и очакване за подкрепа, толкова по-трудно и объркващо ще бъде преживяването на лекаря във взаимодействието с тези пациенти, независимо от медицинската история на бебето*, статистически значимите взаимовръзки от Въпросника, попълнен от лекари дават възможност да се приеме, че тази хипотеза също бе потвърдена. Емоционалната компонента се преживява особено негативно от страна на лекарите като напрежение, а то се оказва сигнификативен предиктор за отношението, което те ще имат. Проведеният регресионен анализ показва, че съществува връзка между изпитваното от лекаря напрежение и съответното му отношение към майките на бебета - 35% от отношението към пациентите/майките с бебета се определя от напрежението, което изпитва лекарят, когато майките изискват грижа и внимание извън неговата компетентност. Данните показват още, че напрежението на лекаря, породено от търсенето с емоционални, а не конкретно-професионални въпроси, е силен и значим предиктор за отношенията лекар-пациент (като предвид малката извадка, резултатът прави впечатление със своята категоричност.

6. Колкото по-затруднени са лекарите в общуването с майките, толкова по-мащабен ще бъде междуролевият конфликт, ролевото напрежение и съответно по-незадоволителна

комуникацията. Резултатите от Въпросника показват, че колкото по-рядко лекарите се усещат напрегнати, толкова по-рядко ще се установява усещане за безпомощност, което съответно провокира защитно поведение, блокаж и невъзможност за гъвкавост в ролевия репертоар, до отказ от социална интеракция.

7. Предполагаме, че степента на изразеното очакване от страна на майките се обуславя от предишния личен и социален опит и това може да бъде проследено във всички аспекти на социалното функциониране на майката-родилка.

Историята на описаните случаи посочва недвусмислени данни, че ранната лична история на майката е коректен предиктор на очакването и нагласата ѝ към лекаря на нейното бебе, като бихме добавили, че това очакване касае най-вече емоционалните аспекти на интеракцията. Идентифицираните чрез контент-анализа категории имат до една значимо влияние в процеса на развитие на личността и определят степента на изразено очакване. В клиничната психология се коментира, че механизмите на защита се намират между потребностите на личността и тяхното удовлетворение. Оттук – защитата има огледално отражение на възможен, но нереализиран от личността процес на мотивация или отражение на неосъществените, но в миналото желани цели. Тогава непродуктивността от действието на психичните защити е свързана с несъвпадение на целите и средствата за тяхното достигане или с нарушаване на съотношение между мотива и силите, положени за тяхната реализация или за поведението спрямо противоположни цели. По такъв начин, психичната защита се явява естествено противопоставяне на човека спрямо обкръжаващата среда. Тя несъзнавано го предпазва от емоционално негативно претоварване. Всички разнообразни техники за психична защита могат да бъдат сведени към една обща функция: каквото и да се прави, единственото важно е да бъде достигнато комфортно състояние на безопасност. В процеса на социализация защитните механизми възникват, променят се, преустройват се под въздействие на социалните взаимодействия. В крайна сметка, защитите стават начин на съществуване на нереализируемите влечения, желания, потребности. Съгласно теорията на привързаността, защитните механизми играят огромна роля във формирането на работните модели. Всичко това обяснява защо една неразрешена емоционална ситуация се преповтаря, без личността да отчита различния социален контекст или по-скоро – отчитайки го формално, без да е, поради

защити, в състояние да отчете своите собствени интрапсихични модели, които определят символичното отиграване на друга социална ситуация, с други роли и контекст.

В цялост бихме могли да кажем, че резултатите от настоящето изследване дават основание да приемем, че очакванията ни, бяха потвърдени и че те дават основание да бъде планирано по-нататъчно изследователско проучване, касаещо ефективността на отношенията лекар – майка на недоносено бебе в контекста на неонатологичното отделение.

Важността на връзката лекар-майка на недоносено бебе, е широко описана в литературата, най-вече през примата на нейната важност по отношение качеството на родителския капацитет на майката, чието реактивиране в момента на криза се обвързва с възможността за по-добро качество на грижа за бебето в емоционален и психичен план (присъствие, допир, докосване, инвестиране), което от своя страна е критично, оказва се дори за физическото оцеляване и развитие на детето. Възможността една емоционална адекватна подкрепа да асистира процеса на справяне, който да реактивира родителския потенциал на майката и да подпомогне връзката ѝ с новороденото бебе – връзка, която редица изследвания посочват като жизненоважна за физическото оцеляване на детето, за пореден път поставя акцент върху значимостта на социалния контекст и общуването, както и върху приоритета на социалната интеракция за съществуването и развитието на личността. Когато тази връзка е прекъсната, осуетена, недобра или невъзможна, приложният и изследователски интерес логично е насочен към факторите, които могат да повлияят и – съответно – чрез чиято манипулация, тя може да бъде оптимизирана.

Драматичното разминаване в очакване при иницирирането на отношенческо взаимодействие в социалната ситуация на среща – лично при майките и професионално, експертно при лекарите, се оказва обяснимо, предвид проследените фактори.

3. Заключение

Лекарите не винаги имат време да слушат в дълбочина пациентите си и това е разбираемо. Работата им не е да ги разбират, а да ги спасяват. Видно е също, че „слушането” няма да спаси пациента на масата така, както ще го спасят знанията, уменията и ръцете на хирурга, бързината и обучеността на екипа. И все пак, срещата в тази връзка е специфична.

Това обяснява защо, когато една изглеждаща формално и в същото време характеризираща се по своята същност с емоционален личен контекст от предишни значими отношения, заявка се ориентира към лекарите, те не са в състояние да я разпознаят като нищо друго, освен „натоварване“ и „натиск“. Анализът на събраните от 10-те случая данни недвусмислено показва, че именно жени с тежка отношенческа обремененост и дефицити в личната връзка, а оттам – и капацитет за създаване на отношения, с налагащи се определени патерни в тези отношения, са идентифицирани като „особено натоварващи“ и „трудни“, „досадни“. “Какво ме питате? Сега и майки ли трябва да бъдем, освен лекари?“ е написал в полето на анкетната карта един от респондентите. Невъзможността да се отговори и резистентността към подобно търсене обяснява трудността на създаване на удържаща връзка.

Основните фактори, характеризиращи отношенията лекар-родилка, систематично се явяват качество на привързаността, предишна история, тревожност и неизменно - вида социална роля, в чиято призма се случват отношенията. Т.е. тук се потвърждава отново нашето допускане, че личната история и повлияната от нея интерпретация на ситуации и ролите, влияят в най-голяма степен върху социалната интеракция. Влияят, както се оказва, повече, отколкото фактори като организационен контекст, среда и ситуативност. Всичко това поставя социалната среща в една нова светлина – светлината на личното. И издига пред научното изследване нови, интригуващи въпроси.

Считаме резултатите от настоящия труд за важни и ги намираме за повод за осмислянето на следващи научни аспекти на изследователски интерес в сложната многофакторна констелация на едни от най-важните отношения – тези, при срещата между лекар и пациент, още повече когато крайният реципиент на произлизащите ефекти от нейното случване или не-случване е бъдещото качество на живот на едно преждевременно родено бебе. Те също така водят до възможността за важни практически препоръки, свързани с обучението на лекари в социално-психологични умения за общуване с пациента. Някои от тях дадоха основание и възможност за разработването в процеса на работа с отделните неонатологични клиники на систематизирана програма за обучение на акушер-гинеколози и неонатолози за комуникация с пациента, като първите тренингови групи вече функционират. В ситуация на демографска криза, въвеждането на специализирани

обучителни модули и групи за медици би подпомогнало сензитивността им и способността да подкрепят и емоционално в грижите си майките на своите малки пациенти, като по този начин осигуряват запазването и развитието на най-ценния социален капитал – децата.

Приноси:

1. Осъществяване на систематизиран теоретичен обзор на релевантната литература в два различни психологически клона, свързана с проблематиката на отношенията родилка-лекар, който да предостави база за по-широки последващи изследвания и разработки.
2. Реализиран експлораторен изследователски подход в трудна за изследване сфера – майчинство в ситуация на новородено недоносено бебе в болнични условия и факторите при развите на отношенията лекар-родилка
3. Изработване на систематизирана програма за обучение на акушер-гинеколози и неонатолози за комуникация с пациента /вече в сила/.
4. Изработване на авторова полу-структурирана форма за консултиране на майки, чиито бебета са настанени в неонатология, която да бъде използвана от психолога, работещ в съответното болнично заведение, състояща се от полу-структурираното интервю, използвано при настоящето изследване и две последователни консултативни сесии.
5. Проведен качествен дълбинен анализ на наративите в проведените интервюта и консултативните сесии.
6. База за разработване на други обучителни програми за лекари

Научни публикации, свързани с темата на дисертационния труд:

1. Донкина, В., Дойновска, Р. „Емоционална интелигентност и психологична грамотност в медицинските грижи”, // сп „Сестринско дело” – издание на МУ София и Централна медицинска библиотека, XLIV/3/2012, с.24-29.

2. В. Донкина, П. Карагъзов, А. Шеф, „Общуването лекар-пациент – отношенчески аспекти на срещата. Работата на психолога в отделението“ // сп. Клинична психология, година VI, брой 2(20) 2014, стр. с.26-33.

3. В. Донкина, „Лекарят, пациентът и болестта или когато думите лекуват“, // сп. Българска наука, бр.64/2014, стр.93-98.