

# ИЗСЛЕДВАНЕ НА ВЗАИМОВРЪЗКИТЕ МЕЖДУ ХАРАКТЕРОВИТЕ ЧЕРТИ И ХИПОХОНДРИЧНАТА ПРЕДИСПОЗИЦИЯ НА ЛИЦА С ПРЕДПОСТАВКИ ЗА НЕЙНОТО РАЗВИТИЕ

**АНИЦА ХУГАСИЯН- ХАЧМЕРЯН**

Докторант

Катедра „Психология“

ВСУ „Черноризец Храбър“

***Резюме:** В статията се представят част от резултатите от проведеното през 2022- 2023 г. емпирично изследване на 170 лица относно наличието на хипохондрична предиспозиция. То се базира на предложения от автора комплексен метод на изследване, включващ оценка за наличие на тревожни и соматични разстройства, тест за определяне на хипохондрична предиспозиция, установяване на симптоми за стрес и устойчивост на личността в различни житейски области, както и предложен от автора скрининг за определяне на хипохондрична предиспозиция. Анализирани са установените корелационни зависимости между скалите на MTG тест за психосоматична предиспозиция и съставената от нас скала за наличие на хипохондрия.*

***Ключови думи:** хипохондрия, хипохондрична предиспозиция, MTG тест, психосоматични симптом.*

## STUDY OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN CHARACTER TRAITS AND THE HYPOCHONDRIC PREDISPOSITION OF PERSONS WITH PREMISES FOR ITS DEVELOPMENT

**Anitsa Hugasiyan - Hachmerqan**

Doctoral student

Department of Psychology

VFU"Chernorizets Hraber"

***Summary:** The article presents part of the results of an empirical study of 170 individuals conducted in 2022-2023 regarding the presence of a hypochondriacal predisposition. It is based on the complex research method proposed by the author, including*

*an assessment for the presence of anxiety and somatic disorders, a test to determine hypochondriacal predisposition, establishing stress symptoms and personality resilience in various life areas, as well as a screening proposed by the author for determination of hypochondriacal predisposition. The established correlations between the scales of the MTG test for psychosomatic predisposition and the scale for the presence of hypochondria compiled by us were analyzed.*

**Key words:** *hypochondria, hypochondriacal predisposition, psychosomatic symptom*

## **Увод**

Хипохондрията, като невро-психологично разстройство, представлява сложна реакция на организма, която често се активира при интензивни фрустрационни преживявания. Тези преживявания възникват в резултат на неспособността на индивида да удовлетвори неговите емоционални потребности, които често са базирани на нереалистични или илюзорни очаквания. Несъответствието между желанията и действителността създава вътрешен конфликт, който поражда чувства на страх, съмнение и недоверие .

Емоционалният дисбаланс, характерен за тези състояния, нарушава нормалната нервна регулация. Това се изразява чрез системни „импулсни пропуквания“ в нервната система, които създават хаотични и некоординирани сигнали. Резултатът е натрупано напрежение, което допълнително усложнява адаптацията на индивида към ежедневните стресови фактори. Организмът започва да произвежда огромни количества енергия за справяне с негативните преживявания, което води до състояние на системен емоционален бърнаут. При това състояние способността за възстановяване се нарушава, а организмът функционира в режим на постоянен енергиен дефицит.

Прекомерното натоварване влияе негативно, както върху емоционалната регулация, така и върху когнитивните процеси. Индивидът изпитва затруднения в концентрацията, паметта и вземането на решения. Тази неспособност за пълноценно психоемоционално възстановяване води до физиологични последици, които се проявяват под формата на соматични симптоми като главоболие, мускулна болка и стомашно-чревни разстройства. В дългосрочен план емоционалният и когнитивният дисбаланс създава предпоставки за развитие на невротични разстройства, които се изразяват чрез хронична тревожност, панически атаки и усещане за изтощение.

Терминът „психосоматика“ е въведен през 1918 г. от немския психиатър Кристиан Хайнрот, а през 1922 г. е официално утвърден като медицински термин от виенския психоаналитик Феликс Дойч. Появата на психосоматичната медицина като самостоятелно управление в клиничната практика за потвърждаване на идеята за цялостния и интегративен подход към човека, който разглежда душата и тялото като взаимосвързани аспекти на здравето. Този хуманистичен подход поставя психичния фактор на централно място, насочвайки вниманието на лекарите към необходимостта от комбинирано лечение на психични и соматични причини, които лежат в основата на заболяването на пациента.

През 1936 г. Хелене Дънбар изследва специфичните личностови предиспозиции и въвежда термина „личностен профил на болестта“. Тази концепция позволява успешно да диагностицира редица заболявания още преди тези симптоми да се проявят. Дънбар подчертава, че определянето на черти на личността може да бъде индикатор за предразположеност към конкретното заболяване, дори в отсъствие на видими физиологични прояви. Нейният подход интегрира психологическите и соматичните фактори, поставяйки основите на психосоматичната диагностика. Чрез анализа на личностните характеристики тя създава рамка, която позволява предсказване на болните за заболявания въз основа на емоционални, когнитивни и поведенчески модели, като по този начин е ефективен за ранната интервенция и превенция.

През 1936 г. Франц Александър се насочва към изучаването на хистеричната конверсионна реакция и така наречените органични неврози, които според него произтичат от несъзнавани конфликти. Тези конфликти често възникват между агресивните желания на индивида или нуждата от зависимост и стреса на Егото и Суперегото за поддържане на контрол върху хроничния емоционален дистрес. Александър класифицира тези разстройства в група от седем основни психосоматични заболявания, известни като „свещената седморка“.

1. хипертонична болест,
2. ревматоиден артрит,
3. язва на дванадесетопръстника,
4. язвен колит,
5. бронхиална астма,
6. невродермит,
7. тиреотоксикоза.

Теорията на Александър поставя акцент върху психодинамичния произход на тези заболявания, като подчертава връзката между емоционалните конфликти и соматичните прояви. Тази концепция значително разширява разбирането за психосоматичните процеси и утвърждава необходимостта от интегративен подход, който включва психологическа и медицинска интервенция в лечението.

През 30-те години на XX век Хелене Дънбар (1934) и Франц Александър (1936) развиват психоаналитичната теория, която я трансформира в самостоятелно психосоматично направление. Провеждат изследвания върху пациентите, анализират техните индивидуални личностни характеристики и връзката им с преживените конфликти. Подходът, който прилагат, се основава на разбирането за взаимодействието между средата, генетичните предразположения и психосоциалните фактори, които заедно формират контекста на болестните симптоми.

Франц Александър изтъква, че специфичните конфликти водят до соматични заболявания само при личността с определена предразположеност. Това предполага, че не само външните условия, но и вътрешните характеристики на индивида играят ключова роля за развитието на болест. Индивидуалният подход, който Дънбар и Александър въвеждат, поставя основите на модерната психосоматична медицина, акцентирайки върху необходимостта от интегративно разбиране на пациента. Те отбелязват, че конфликтите, които остават нерешени на подсъзнателно ниво, могат да доведат до соматизация, като емоционалното напрежение намира израз в телесни симптоми. Според тях външните фактори, като стрес и социална подкрепа, взаимодействат с личностните предразположения на пациента, създавайки условия за проява на психосоматични разстройства. Този холистичен модел поставя основите на основните психосоматични интервенции, като насочва вниманието към цялостното разбиране на индивида, а не само към лечението.

През 50-те години на миналия век американските кардиолози Майер Фридман и Реймънд Розенман провеждат изследване от което установяват, че хора с определен набор от поведенчески реакции като постоянно преживяване на стрес, чувство за неотложност, враждебност, постоянна състезателност, самокритичност, дисциплинираност и високи изисквания в сремежа си за постигане на успех, ниска толерантност и емпатия към околните, са предразположени към сърдечно-съдови заболявания и високо кръвно налягане. Фридман и Розенман ги групират в категория „личностов тип А“. Съществува вариант, в който човек, ориентиран към постигане на успехи в живота си, но е по хармоничен и емоционално зрял, се причислява към

„Личностов тип В“. Такъв типаж стандартно функционира и се справя с житейските изпитания на живота през ефективни „*копинг стратегии*“.

Допълнително е дефиниран и „личност тип С“, който се свързва с висока предразположеност към онкологични заболявания. Индивидите от този тип често потискат емоциите си, демонстрират привидна емпатия и избягват конфликти чрез поведение, насочено към преувеличена социална желателност. Това потискане на емоциите обаче води до автоагресия, която се проявява чрез соматизация и дълбоко преживяване на често преживяване на гняв и обида към света. Тези личностни характеристики представляват основен рисков фактор за здравето, подчертавайки значимостта на емоционалната регулация.

„Личностов тип D,, е разработен от Й. Денолет (2002) - професор по медицина от Тилбургския университет, Холандия. В проведеното от Денолет емпирично изследване, са включени пациенти със сърдечно-съдови заболявания и хипертония. От тях 21 % са с установена „*хронична негативна възбудимост*“, с ниска самооценка и контрол над емоциите си, типичните песимисти. Изследванията показват, че пациенти от личностов тип D са с 4 пъти по-висок риск от смъртност след прекаран инфаркт на миокарда в сравнение с хора, който не спадат към тази група.

Целта на настоящето изследването е да се установят взаимовръзки между характеровите черти на лица от „личностова предиспозиция тип E“ и изследваните лица и наличието на хипохондрична предиспозиция.

С въпросникът на доц. Д-р Кр. Иванов за оценка на психосоматичния риск в психологичното консултиране, както и авторските публикации относно особеностите и разпространението на хипохондрията като психосоматично заболяване и психологичните аспекти на хипохондричното разстройство, Иванов въвежда понятието „личностно поведение тип E“, което се отличава с високо ниво на емоционално напрежение, доминиране на тревожност и специфични когнитивни и социални модели на. Личностните черти на тип „E“ включват:

- Висок самоконтрол и екзекутивни процеси;
- Емоционално напрежение с потиснат афект, проявяващо се в кумулиран стрес;
- Социална адаптивност, която често маскира вътрешни травматични преживявания.

Според Иванов (2023), този тип е особено податлив на невроендокринни разстройства, като се наблюдава дезадаптивна реакция при хроничен стрес, водещ до

соматизация. Тази концепция кореспондира с класическите теории на Франц Александър за „органичните неврози“ и подчертава важноста на емоционалната регулация като детерминанта за психосоматично здраве.

### **1. Общ профил на изследваните лица**

Емпиричното изследване обхваща общо 170 лица, 47 (27.6%) от които са мъже и 123 (72.4%) - жени. Те са на възраст от 18 до 83 години, като средната им възраст е 50 години при стандартно отклонение 16 години. Най-често срещаната възраст е Mode= 50 години, а за 50% от извадковото множество средната възраст е Median = 49 години.

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

Анализът показва, че преобладават лицата с висше образование – магистър, които са 76 (44.7%). Други 57 лица (33.5%) са със средно образование, а със степен бакалавър са 32-ма (18.8%). Трима (1.8%) са с научна степен „доктор“ и само 1 лице (0.6%) е с основно образование.

### **2. Изследване за наличие на хипохондрична предиспозиция**

За анализ на хипохондричната предиспозиция е създадена анкетна карта, включваща 11 въпроса, отчетени по 5-степенна ликертова скала (1 – „Не, не е така“, 2 – „Не, не бих казал“, 3 – „Не знам“, 4 – Напълно съм съгласен/а“ и 5 – „Да, така е. Това се отнася за мен“). Степените 4 и 5 определят наличието на хипохондрична предиспозиция.

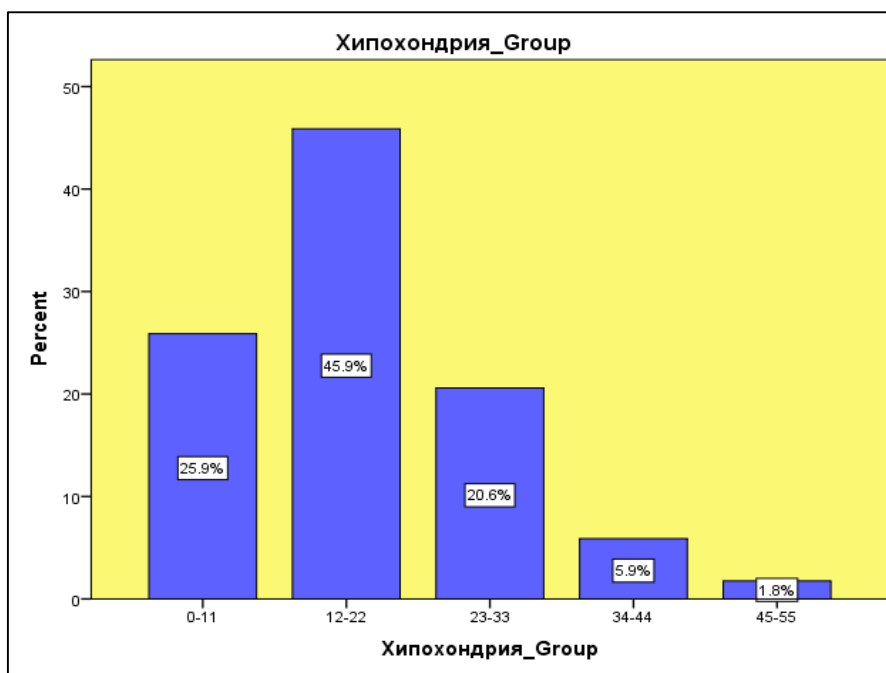
Баловите по 11-те въпроса от анкетата са сумирани и оценени по следния начин:

- от 0 до 11 бала – категорично няма хипохондрична предиспозиция;
- от 12 до 22 бала - няма хипохондрична предиспозиция;
- от 23 до 33 бала – гранични случаи на хипохондрична предиспозиция;
- от 34 до 44 бала – наличие на хипохондрична предиспозиция и
- от 45 до 55 бала – наличие на хипохондрия.

Прилагайки тази оценъчна скала е направена класификация на всички изследвани лица по петте категории за наличие или отсъствие на хипохондрия.

Резултатите показват, че при 44 лица (25.9%) категорично няма хипохондрична предиспозиция. При 78 лица (45.9%) също, не е изявена хипохондрична предиспозиция. Гранични случаи на хипохондрична предиспозиция се наблюдават при 35 лица с относителен дял 20.6%. При 10 лица (5.9%) е установено наличие на хипохондрична предиспозиция, а при други 3 лица (1.8%) е установено наличие на хипохондрична предиспозиция.

Полученото разпределение е представено в относителни дялове (%) на следващата фигура.



**Фигура 1.** Отн. дял на разпределението на лицата по оценъчната скала за наличие на хипохондрична предиспозиция

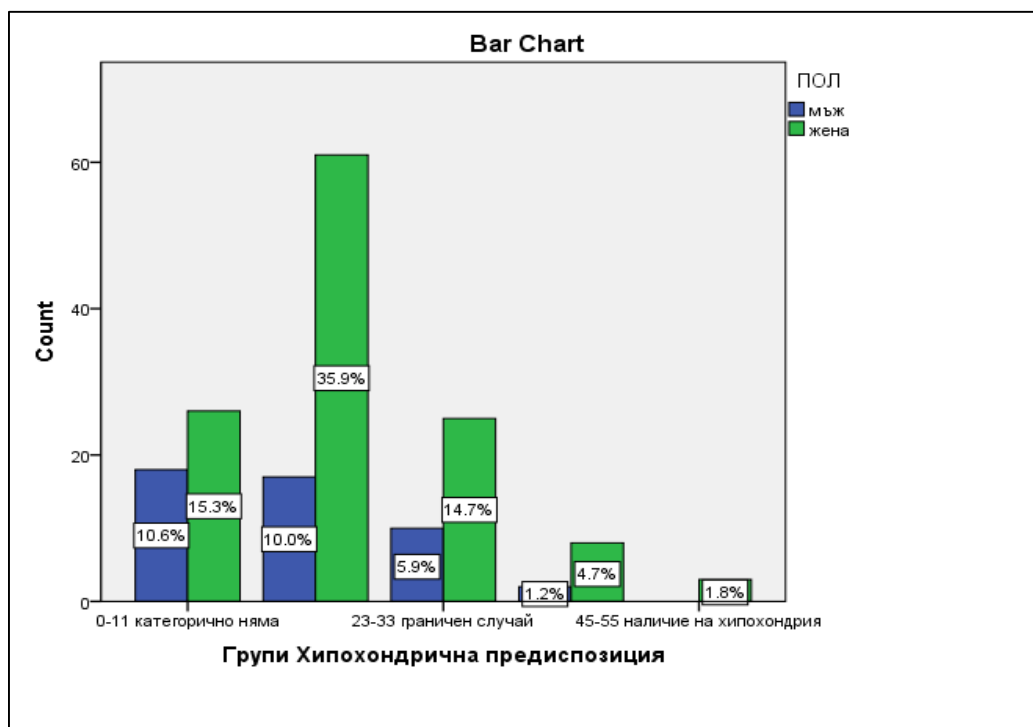
### 3. Профил на изследваните лица по пол, възраст и степен на образование

От 44 лица, които категорично нямат хипохондрична предиспозиция (0 – 11 бала) 18 (10.6%) са мъже, а 26 (15.3%) са жени. От 78 лица във втората група (12-22 бала), които също нямат хипохондрична предиспозиция, 17 (10.0%) са мъже, а 61 (35.9%) са жени.

Разпределението по пол на лицата с хипохондрична предиспозиция показва, че от общо 48 лица с такава предразположеност 12 (25%) са мъже и 36 (75%) – жени. В групата на граничните случаи 10 (28.6% от тази група и общ относителен дял 20.8%) са мъже, а 25 (71.4% от тази група и общ относителен дял 52.1%) са жени. В групата с наличие на хипохондрична предиспозиция 2-ма (20% от тази група и 4.2% общ

относителен дял) са мъже, а 8 (80% от тази група и общ относителен дял 16.7%) са жени. В групата с наличие на хипохондрия са 3 жени, които имат общ относителен дял 6.3%.

Това разпределение е показано на следващата графика.



**Фигура 2.** Относителен дял на лицата по пол (%)

Средната възраст на лицата, които категорично нямат хипохондрична предиспозиция(0-11 бала) е 41.91 години при стандартно отклонение 14.60 години, а за тези, които също нямат хипохондрична предиспозиция(12-22 бала) е 51.65 години при стандартно отклонение 15.61.

Граничните случаи (23-33 бала) имат по-голяма средна възраст 52.74 години при стандартно отклонение 14.65 години. За лицата с установена хипохондрична предиспозиция (34-44 бала) средната възраст възлиза на 54.70 години при стандартно отклонение 17.26 години. Следва да се отбележи, че лицата с установена хипохондрия са най-възрастни – средната им възраст е 64.00 години при голямо стандартно отклонение от 29.46 години.

Прилагайки ANOVA тест се доказва (виж Таблица 1), че разликите в средната възраст на изследваните пет групи лица са статистически значими. Основание за това дава характеристиката  $F = 4.323$ , чието равнище на значимост е  $\text{Sig.} = 0.002 < \alpha = 0.05$ .

**Таблица 1.** ANOVA тест за средната възраст на изследваните лица



ANOVA					
ВЪЗРАСТ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4155.548	4	1038.887	4.323	.002
Within Groups	39648.076	165	240.291		
Total	43803.624	169			

От направения анализ следва заключението, че **възрастта влияе на хипохондричната предиспозиция.**

Таблица 2 показва разпределението на изследваните лица по степен на образование.

**Таблица 2.** Разпределение на изследваните лица по степени на образование

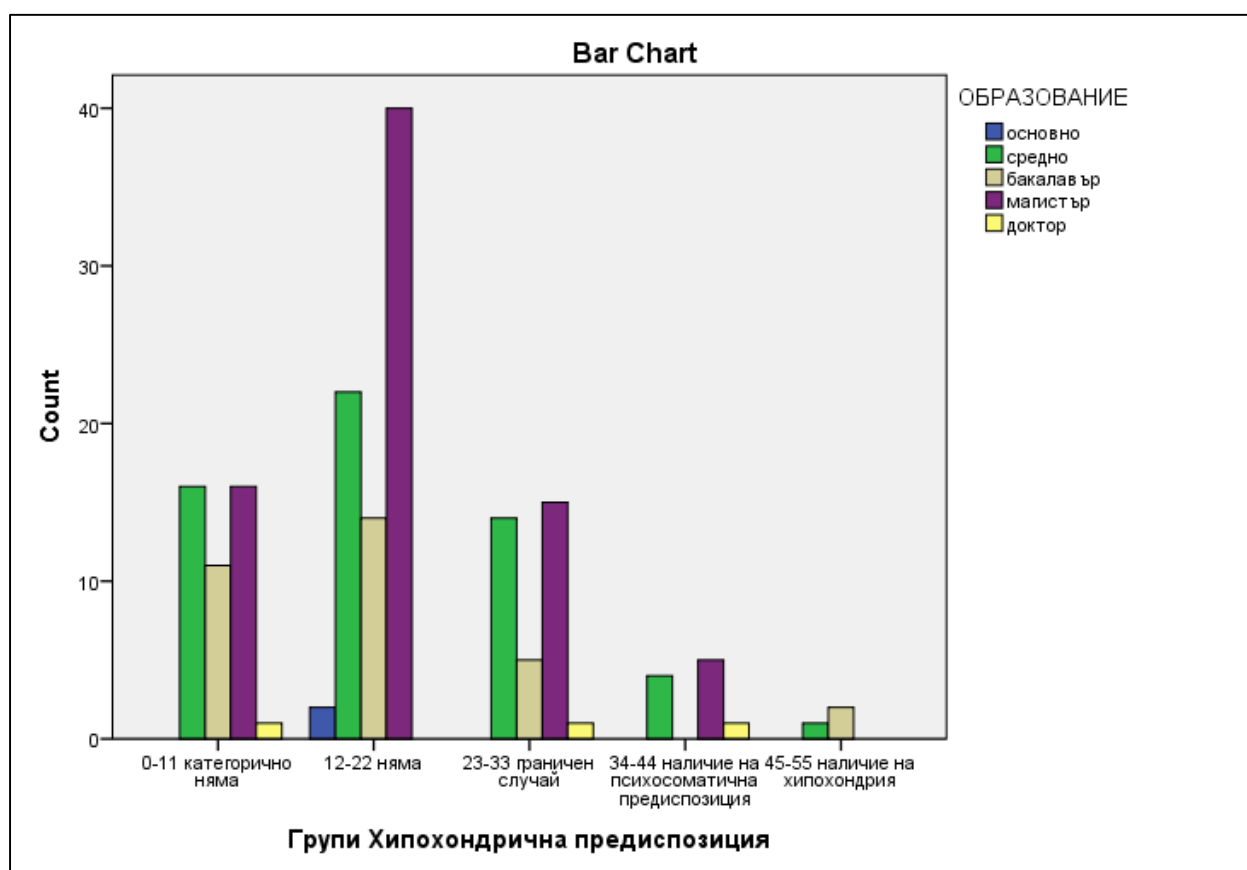
		ОБРАЗОВАНИЕ					Общо
		основно	средно	бакалавър	магистър	доктор	
0-11 категорично няма	Брой	0	16	11	16	1	44
	% от Групата	0.0%	36.4%	25.0%	36.4%	2.3%	100.0%
	% от ОБРАЗОВАНИЕ	0.0%	28.1%	34.4%	21.1%	33.3%	25.9%
	% от Общо	0.0%	9.4%	6.5%	9.4%	0.6%	25.9%
12-22 няма	Брой	2	22	14	40	0	78
	% от Групата	2.6%	28.2%	17.9%	51.3%	0.0%	100.0%
	% от ОБРАЗОВАНИЕ	100.0%	38.6%	43.8%	52.6%	0.0%	45.9%
	% от Общо	1.2%	12.9%	8.2%	23.5%	0.0%	45.9%
23-33 граничен случай	Брой	0	14	5	15	1	35
	% от Групата	0.0%	40.0%	14.3%	42.9%	2.9%	100.0%
	% от ОБРАЗОВАНИЕ	0.0%	24.6%	15.6%	19.7%	33.3%	20.6%
	% от Общо	0.0%	8.2%	2.9%	8.8%	0.6%	20.6%
34-44 наличие на хипохондрична предиспозиция	Брой	0	4	0	5	1	10
	% от Групата	0.0%	40.0%	0.0%	50.0%	10.0%	100.0%
	% от ОБРАЗОВАНИЕ	0.0%	7.0%	0.0%	6.6%	33.3%	5.9%
	% от Общо	0.0%	2.4%	0.0%	2.9%	0.6%	5.9%
45-55 наличие на хипохондрия	Брой	0	1	2	0	0	3
	% от Групата	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%
	% от ОБРАЗОВАНИЕ	0.0%	1.8%	6.3%	0.0%	0.0%	1.8%
	% от Общо	0.0%	0.6%	1.2%	0.0%	0.0%	1.8%
Общо:	Брой	2	57	32	76	3	170
	% от Групата	1.2%	33.5%	18.8%	44.7%	1.8%	100.0%
	% от ОБРАЗОВАНИЕ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% от Общо	1.2%	33.5%	18.8%	44.7%	1.8%	100.0%

Разпределението по степени на образование показва, че с основно образование са 2 лица, но за тях няма индикация за хипохондрична предиспозиция. От 57 лица със средно образование с общ относителен дял 33.5%, граничен случай се наблюдава при

14 лица (8.2%), наличие на хипохондрична предиспозиция – при 4 (2.4%) и 1 (0.6%) е с наличие на хипохондрия.

От 32 лица с висша степен „-ма (2.9%) са граничен случай, а други 2-ма (1.2%) с наличие на хипохондрия. От 76 лица с висша степен „магистър“ 15 (8.8%) са с граничен случай, а 5-ма (2.9%) са с наличие на хипохондрична предиспозиция. От 3-ма души със степен „доктор“ 1 е граничен случай и 1 с хипохондрична предиспозиция.

Това разпределение е показано на Фигура 3



Фигура 3. Относителен дял на лицата по степен на образование (%)

## 6. Изследване за наличие на корелации за скалите от Въпросника MTG и Скала „Хипохондрия“

Прилагайки множествен корелационен анализ е получена обща корелационна матрица, включваща скалите от скалите от Въпросника MTG и Скала „Хипохондрия“. Установени са 2 умерени и 4 слаби положителни взаимовръзки, чиито **коэффициенти на корелации на Пирсън (r) са с равнища на значимост Sig. (2-tailed) <math>< \alpha = 0,05</math>.**

### Умерени взаимовръзки по Въпросника MTG и Скала Хипохондрия

**(0,3 ≤ r < 0.5)**

1. r (Скала\_MTG3\_Интраличностен тип поведение, Скала Хипохондрия) = 0,336 – умерена положителна взаимовръзка.

2. r (Мета1\_Поведенчески контрол, Скала Хипохондрия) = 0,321 – умерена положителна взаимовръзка.

**Слаби взаимовръзки по Въпросника MTG и Скала Хипохондрия**

**(0 < r < 0.3)**

1. r (Скала\_MTG2\_Екстраличностен тип поведение, Скала Хипохондрия) = -0,218 – слаба положителна взаимовръзка.

2. r (Скала\_MTG4\_Емоционални състояния и дисфункция, Скала Хипохондрия) = 0,169 – слаба положителна взаимовръзка.

3. r (Скала\_MTG5\_Когнитивни вярвания за Аза, Скала Хипохондрия) = 0,178 – слаба положителна взаимовръзка.

4. r (Мета2\_Психосоматични релации, Скала Хипохондрия) = 0,164 – слаба положителна взаимовръзка.

**Изводи**

Резултатите от направеното изследване за хипохондрия, дават основание да се направят следните изводи:

1. Установено от извадковото множество от 170 лица показва, че гранични случаи на хипохондрична предиспозиция се наблюдават при 35 лица с относителен дял 20.6%. При 10 лица (5.9%) е установено наличие на хипохондрична предиспозиция, а при други 3 лица (1.8%) е установено наличие на хипохондрия.

2. Разпределението по пол на лицата с хипохондрична предиспозиция показва, че от общо 48 лица с такава предразположеност 12 (25%) са мъже и 36 (75%) – жени. В групата на граничните случаи 10 (28.6% от тази група и общ относителен дял 20.8%) са мъже, а 25 (71.4% от тази група и общ относителен дял 52.1%) са жени. В групата с наличие на хипохондрична предиспозиция 2-ма (20% от тази група и 4.2% общ относителен дял) са мъже, а 8 (80% от тази група и общ относителен дял 16.7%) са жени. В групата с наличие на хипохондрия са 3 жени, които имат общ относителен дял 6.3%.

3. Граничните случаи (23-33 бала) имат по-голяма средна възраст 52.74 години при стандартно отклонение 14.65 години. За лицата с установена хипохондрична

предиспозиция (34-44 бала) средната възраст възлиза на 54.70 години при стандартно отклонение 17.26 години. Следва да се отбележи, че лицата с установена хипохондрия са най-възрастни – средната им възраст е 64.00 години при голямо стандартно отклонение от 29.46 години.

4. Чрез множествен корелационен анализ е получена обща корелационна матрица, включваща скалите от Въпросника MTG и Скала „Хипохондрия“.

5. Установено е умерено взаимодействие на скали от въпросника на MTG на „*Интраличностен тип поведение*“ със скалата за наличие на хипохондрия.

6. Установено е умерено взаимодействие на мета 1 скали от въпросника на MTG и „*Поведенчески контрол*“ също с наличие на хипохондрия.

**Заклучение:** В базата на представените резултати и допълнителни идентифицирани корелации между скалите на Въпросника MTG и Скала „Хипохондрия“ може да се използват полезни изводи за връзката между личностните особености и предразположението към хипохондрично предиспозиционно изследване и хипохондрия. Данните показват, че граничните случаи и изявената хипохондрична предиспозиция се срещат сред възрасти, но най-високият риск се наблюдава сред по-възрастните жени. Това кореспондира с общите научни наблюдения за повишена уязвимост към психосоматични разстройства в по-късните възрастови периоди, особено когато е налице продължителен стрес.

Корелационният анализ разкрива умерени зависимости между „Вътрешен тип поведение“ и „Поведенчески контрол“ от Въпросника MTG и наличието на хипохондрия. Тези резултати подчертават значението на личностните фактори като ключови предиктори за развитие на хипохондрията. Индивидите с подчертана склонност към интроспекция, самокритика и контрол върху емоциите са по-уязвими към соматизация.

Връзката между данните от изследването и концепцията за „личност тип Е“, въведена от доц. д-р Красимир Иванов, също е ясно очертана. Личностова предиспозиция тип Е се отличава със специфични психологични особености, като повишен самоконтрол, изразена тревожност и склонност към натрупване на неекспресирани емоции. Тези черти се включват с профила на индивида, идентифицирани в изследването като гранични случаи или с изявена хипохондрична предиспозиция.

Съществуването на умерени корелации между скалите на Въпросника MTG и Скала „Хипохондрия“ показва, че дълбокото разбиране на интрапсихичните и поведенческите механизми е от ключово значение за адекватната оценка на риска. Интегрирането на личностните фактори в психосоматичната диагностика позволява по-прецизна оценка и създаване на индивидуализирани стратегии за терапия.

Настоящите изводи подчертават значението на мултидисциплинарния подход в разбирането на хипохондричната предиспозиция. Препоръчва се прилагане на интервенционни програми, които да включват психологическа подкрепа, когнитивно-поведенчески методи и обучение за управление на стреса, като се отчита спецификата на личностния профил на пациентите. Това ще позволи не само ефективно лечение, но и превенция на по-тежки психосоматични разстройства, което има огромно значение за повишаване на ефективността на живота на страдащите лица.

## Литература

1. Иванов, Кр. (2012). Оценка на психосоматичния риск в психологичното консултиране, ВСУ „Черноризец Храбър“.
2. Иванов, Кр, доц. д-р Петкова, Пав. Психологична оценка на видовете риск при психосоматични разстройства. ВСУ „Черноризец Храбър“.
3. Иванов. Кр. Практическа психосоматика. Личностова предиспозиция тип „Е“ ВСУ „Черноризец Храбър“.
4. Хугасиян-Хачмерян А. (2022) Психологични аспекти на хипохондричното разстройство ВСУ „Черноризец Храбър“.
5. Alexander, Fr. Psychosomatic Medicine: Somatization reactions, Psychosomatic
6. Denollet, J., Pedersen, S.S. (2008) Prognostic value of Type D personality compared with depressive symptoms.// Arch Intern.Med.
7. Denollet, J(2005) DS14: standart assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality.//Psyhosom. Med.,
8. Friedman, M., Rosenman R. H., Carroll, V. (1958) Changes in the serum cholesteric and blood clotting time in men subjected to cyclic Variation of occupational stress.//Circulation