

**ПРАКТИЧЕСКА ПСИХОСОМАТИКА.  
ЛИЧНОСТОВА ПРЕДИСПОЗИЦИЯ ТИП „Е“**

**Доц.д-р Красимир Иванов**

Катедра „Психология“

ВСУ“Черноризец Храбър“

***Резюме :** Статията има за цел да представи определени специфични трудни в диагностично отношение проблеми, свързани с определяне на личностовата типология на пациента/клиента. Изследването на емоционалните предиктори на психосоматични пациенти води до формиране на специфичен сегмент условно наречен личностов тип „Е“.*

***Ключови думи:** психосоматика, личностов тип, невроендокринен синдром.*

**PRACTICAL PSYCHOSOMATIC.  
PERSONALITY PREDISPOSITION TYPE “E”.**

**Assoc. prof. Dr Krasimir Ivanov.**

VFU “Chernorizets Hrabar”

***Summary:** The article aims to present certain specific difficult diagnostic problems related to determining the personal typology of the patient/client. The study of emotional predictors of psychosomatic patients leads to the formation of a specific segment conditionally called personality type "E".*

***Key words:** psychosomatic, personality type, neuroendocrine syndrome*

С развитието на медицинската наука все повече нараства делът на изучените нозологични единици и алгоритми за тяхното лечение.

Тясната специализация достигна до краен предел водещ изследователя към детайлизиране на отделни сегменти от дадено заболяване, отчитане на етиологичните фактори и анализ на все повече данни в подкрепа на добрата диагностична практика. Безспорен успех в диагностиката бе отчитането на психологичната компонента от етиологията на заболяванията. Определяне на психологичният фактор даде нов тласък в развитието на психосоматичните изследвания и постави на фокус отново проблема за изследване на личността на пациента. Тази актуалност произтича от влиянието на специфичните личностни особености и черти върху протичането на дадено заболяване. Предизвикателство което изисква промяна на диагностичния тип мислене , излизане от тясната рамка на описание на видната симптоматика към аналитично обследване на трудно доказуеми феномени , но все пак съществуващи. Модел наподобяващ първите опити на пионерите в психосоматичното познание.

Към настоящият момент времето на „свещената седморка“ на психосоматичните заболявания определени от Франц Александър и Флорънс Дънбар отдавна е отминало, днес едва има състояние в което да не бъде открита психологична предпоставка за неговото възникване , дори както обикновено се случва в определени моменти се изпада в прекалена психологизация не дотам оправдана , а може би отчасти вредна за отделни състояния. Вниманието в крайна сметка отново е насочено към личността и тук се проявява големия принос на Александър и Дънбар с идеята им за формирането на определена личностова типология, която да позволи определянето на специфични черти подпомагащи диагностиката и прогнозата на болестта. Сега фокусът е променен личностовата типология е

не само помощ в диагностиката но и в подкрепа на психологичната консултативна и терапевтична практика. Това изисква един друг подход при определяне на личностовата предиспозиция и статията е анонс към този нов модел.

На професионалистите са познати личностовите типове А, В, С и D, и от години се ползва тази класификация за различни изследвания в резултат на което има достатъчно публикувана информация, те не са обект на тази публикация. Изяснени са физиологичните и психологични аспекти на типовете и специфичния болестен процес към който се отнасят.

Но практикуващите лекари и психолози се натъкват в реалната психотерапевтична дейност определени сегментарни модели които показват определена устойчивост на параметрите си и при едно екзактно проведено изследване биха могли да бъдат обособени в отделен клъстер, не съвпадащ с вече известните досега. Условно бихме ги нарекли личностова типология „Е“, което носи в себе си двояк смисъл, първо че основно се изследва динамиката на емоционалния процес с неговите особености и второ очевидният факт, че тази динамика е водеща при пациенти с ендокринологични заболявания. Важно уточнение е че не се изследва конкретно ендокринологично заболяване, а се отчитат емоционалните протуберанси при пациенти от тази обща група.

Най честите особености могат да бъдат обединени в две основни насоки:

Психофизиологична включваща психо емоционалните нарушения породени от променената функционална връзка между нервната и ендокринната система, и зависимостта при която промяната на хормоналната функция на една жлеза се отразява на цялата верига позната като невроендокринен синдром. Този механизъм е обект на изучаване от

нов научен раздел носещ името психоендокринология конкретно ангажиран с изучаването на тези механизми. (1)

Интересното за психолозите е една особеност на невроендокринният синдром и тя е, че в много случаи неговата дисфункция се проявява през промени на триадата мислене ,емоции , поведение.

Триадата е до болка позната на когнитивно поведенчески ориентирани специалисти. Като основна причина за това е стресорната реакция на организма и компенсаторната реакция на тялото преминаваща през разрушаване на регулативните механизми и развитие на непсихотични синдроми- астеничен, неврозоподобен и психопатологични реакции от вегетативен тип.

Веднъж активиран този комплекс вкарва страдащите в „омагьосан кръг“ представен като трудна жизнена ситуация изпълнена с напрежение и страх в много случаи дори безпочвен, вътрешното безпокойство лесно трансформиращо се в двигателна възбуда. Стимулиран по този механизъм мозъка изисква хормонален отговор от ендокринните жлези и те реагират с повишена секреция. На тялото тази секреция меко казано му идва в повече и то я преразпределя и през желанието да я преработи вкарва в режим готовност целия организъм. Така денонощния ритъм се променя и тези пациенти са в непрекъсната тревожна активация или както те го описват „да живееш нащрек“. Самия Франц Александър 1951г. казва че“... животът на ендокринологичните пациенти е непрекъсната ежедневна борба със страхът от смъртта, въпреки това тя отново ги тегли...”(1)

Гореописания модел се проявява през променена активност и повишена обща чувствителност, която първоначално осигурява една добра витална приспособимост на личността, дееспособност много над нормата, но без възможност за отдих и отпускане и превключване.

Търсещата активност в началото се превръща в патологичен стремеж и най малката травматична ситуация е стартер за тежки психогенни преживявания на страх, уплаха и тревожно негативно очакване. Ако това продължи определен период от време води до устойчиво закрепване от нервната система на тези реакции и стабилизирането на изкривен, нереалистичен модел на преработване на импулсите и формиране на устойчива патология. В резултат на това се формира специфична личностова особеност на тези пациенти определена Любан-Плоц, Пелдингер и Креггер(2) като „повишена необходимост от стимулация,,.

В индивидуалния профил впечатление прави привидната личностовата зрялост, която обаче не винаги е адекватна към ситуацията и трудно прикрива слабостта и страхът от различни житейски провали. Отчитат се значителни нива на отговорност за себе си и другите за собственото и тяхното преживяване съпроводено с чувство на вина, фантазии изпълнени с умирање и смърт .

Могат да бъдат изведени три основни сфери на специфични личностови особености характеризиращи профил тип “Е“:

Предлагам една работна схема на изследване, която има възможност да се допълва и обогатява на фона на по задълбочено изследване включваща следните компоненти.

- **Умствена интелигентност (компетентност)**
- ✓ Подвижност /ригидност при напредване на заболяванията на психичните процеси
- ✓ Високо ниво на езекутивните процеси (наблюдателност, съобразителност, комбинативност, използване на личностовия потенциал като знания и опит; използване опита на другите)

✓ Обича продължителната работоспособност от физически и умствен тип работа.

✓ Харесва напрежението в работата, предизвикателствата и нестандартните цели

- **Емоционална интелигентност**

✓ Широк диапазон и бързо променящ се регистър на емоционалните преживявания

✓ Екстремно нарастващ интензитет на афекта и потребност от неговото експлозивно отреагиране, но със изразено висок самоконтрол и системно „поглъщане“ на този афект; няма потребност от неговото преработване или преосмисляне, или промяна

✓ Доминиране на гневна раздраза; тревожно напрежение; афективен импулс на могъщество; афективен импулс на себеотстояване, въвеждане на справедливост;

✓ Застойност на кумулиран афект в продължение на години, без промяна и без експлициране

✓ Преживяване за „емоционална нараненост“ по дребен повод; склонност към себеотносни, лични негативни интерпретации, които не споделя, но продължителни периоди преживява;

- **Социална интелигентност**

✓ Амбициозност и високи цели, които упорито преследва;

✓ Преследване на цели с алтруистични подбуди, които носят преживяване на удовлетвореност и героичност

✓ Много добри умения за комуникация, но с доминиране на светско поведение, зад което остава скрити личните травми, обиди, проблеми, които не обича да споделя

✓ Склонност към подкрепа и подпомагане на другите, дори, когато това му носи затруднения

✓ Има дисфункционални вярвания, които остават дълбоко изтласкани и покрити от позитивни вярвания за света и другите

✓ Често има дисфункционални вярвания за своя физически Аз и психични качество, които непрекъснато се стреми да не бъдат разпознати от околните, да не получи присмех, или дисквалифициране

✓ Доминиращи защитни механизми: идеализация, частично изтласкване, формиране на реакция, отмяна, соматизация, разцепване.

*Трудността в диференциално диагностичен аспект според Бройтигам идва от факта, че този тип пациенти притежават изключителен стремежът към социален успех , желанието за труд и отговорност носи при тях ефект на самоуспокоение и се проявява през контрафобични черти и често остава неразпознат като патогномоничен показател.*

При изследване на процесите за възникване на тези личностови особености, може да се достигне до ранния опит на индивида и да се отбележат няколко основни акцента пряко свързани с психодинамичните теории обвързани с ранното развитие, което се установява в екзактно проведено диагностично интервю (Кръстева М,2020).(3)

Отбелязват се силна привързаност към майката и сериозна патологична зависимост от нейната любов и внимание. Друг фактор се явява недостатъчната грижа , поради икономически ,емоционални и поведенчески провали на отглеждащите. Травматични моменти с различен интензитет като разпад на семейството , смърт на близък или пренебрегване поради много деца в семейството също могат да доведат до неуспешна идентификация и е предпоставка за възникване на интензивно стресово

натоварване , което на полето на личностовата незрялост стимулира претоварване на ендокринната система. Тази претовареност се манифестира в поведенческо желание за доминиране и самоутвърждаване без да има вътрешен патерн на емоционална стабилност.

При продължителност на това състояние се изчерпва психофизиологичния толеранс на организма и стартира процес на декомпенсация и всичко се повтаря отново и отново. Разгъват се трите основни пътя на декомпенсация свързани помежду си .

Афективен свързан с емоционална лабилност, несъразмерност на интензитета на емоциите спрямо активирация стимул.

Когнитивен при който се отчита се промяна на нивото на внимание , памет , волевите процеси.

Поведенчески/соматичен манифестира през поведенчески разстройства по типа астении проявени през изразена физическа слабост, миастенични симптоми и апатикоабулично състояние с нарушение на мотивацията.

**Тези промени потвърждават вероятността от развитие на невроендокринен синдром и последващо разгъване на специфична нозология с личностова предиспозиция причислена към личностов тип „Е“**

#### **Библиография:**

- 1 Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер. с англ. — М.: Перрлс, 2000
2. В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева НЕВРОЗОЛОГИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА Москва 2002
3. Кръстева М Първичното интервю в индивидуалната психологична практика