



ПСИХОСОМАТИКАТА ПРЕЗ ПРИЗМАТА НА ПРИВЪРЗАНОСТТА И АЛЕКСИТИМИЯТА

Моника Паскалева

Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“

ел. поща: monikapaskaleva@gmail.com

Резюме: Психосоматичните разстройства силно корелират с алекситимията – черта, за която се смята, че представлява общ рисков трансдиагностичен фактор за проблеми с психо-физическото здраве. Като личностна черта, свързана с дефицити в когнитивната обработка и регулиране на афектите, алекситимията е тясно свързана с качеството на привързаността. Настоящата статия подчертава важността на разбирането на ролята на привързаността и алекситимията в контекста на психосоматичното здраве. Изследването на взаимодействията между привързаност, алекситимия и психосоматика може да допринесе за разработване на по-ефективни методи за превенция и интервенция.

Abstract: Psychosomatic disorders correlate strongly with alexithymia, a trait thought to represent a common transdiagnostic risk factor for psychological-physical health problems. As a personality trait associated with deficits in cognitive processing and affect regulation, alexithymia is closely related to attachment quality. This article highlights the importance of understanding the role of attachment and alexithymia in the context of psychosomatic health. Exploring the interactions between attachment, alexithymia and psychosomatics may contribute to the development of more effective prevention and intervention methods.

Увод

Разпространеността на психосоматичните разстройства, както при децата и юношите, така и при възрастните показва тенденция постоянно да се увеличава. Процентното съотношения в общия брой заболявания според различни данни варира силно между приблизително 40 и 60 %. Факторите оказващи влияние за това са много и от най-различно естество – техническият прогрес, влошените условия на среда, затруднените взаимоотношения водят до психогенни соматични разстройства. Тясната специализация и разделянето на тялото от ума, доведе до фрагментарно разглеждане на личността на човек и увеличаване на нозологичните едининци, както и тяхното по-задълбочено изучаване.

Разглеждането на човек в неговата цялостност и отчитането на психологичните фактори в развитието на психосоматичните разстройства, води до един холистичен възглед за здравето и благополучието включващ сомата и психиката, като взаимодействащи си елементи. При отчитането на тази концепция за цялостност силно засътпена като обяснение за етиопатогенезата на соматоформните заболявания е алекситимията. Разбирана най-общо като невъзможност и/или трудност при разпознаване и описване на емоционалните преживявания, тя е повлияна силно от формирания стил на привързаност. Имайки предвид, че стилът на привързаност, развит в детството,

остава относително стабилен през целия живот и дори може да се предава между поколенията, е много важно да се разбере връзката между тези феномени.

Тази първоначална връзка има основополагащо значение и влияние за пълноценното функциониране и психосоматичното здраве (Малкина-Пых, 2020).

Психосоматика и психосоматични разстройства

В ежедневието и в научната литература думата „психосоматично“ се използва много често, макар до момента да няма единно определение. Най-общо значението на този термин се извежда от думите, които се включват в него (душа и тяло). От една страна, терминът предполага научно направление, което установява връзката между психиката и телесните функции, изследва как психологическите преживявания влияят на телесните функции, как преживяванията могат да причинят определени заболявания. От друга страна, терминът „психосоматика“ се отнася до редица явления, свързани с взаимодействието между психичното и телесното, включително редица патологични разстройства. От трета страна, психосоматиката се отнася до клон от медицината, който има за цел да лекува психосоматични разстройства. Може да се направи изводът, че психосоматиката е интердисциплинарна научна област (Малкина-Пых, 2020).

Психосоматичните взаимовръзки са един от най-сложните проблеми в съвременната медицина независимо че взаимодействието между душата и тялото, между психичните и соматичните фактори при заболяванията са известни и се обсъждат от древността. За целите на текущата разработка психосоматиката ще бъде разглеждана в широкия смисъл на всички взаимодействия между поведението (мисли, чувства, действия) и телесната болест (Тарейн, 2011). Основна идея се явява, че болестите не протичат във вакуум, те съществуват само в пациентите разглеждани като цялост, а не като отделен болен орган (Малкина-Пых, 2020; Тарейн, 2011)

Психосоматичните разстройства се разглеждат като „тип телесна болест, чиято етиология или протичане са свързани със значими психологически фактори“ (Корсини, 936 стр. цит. по Тарейн, 2011). Според Смулевич (Иванов, 2011) те са група болестни състояния, които възникват на основата на взаимодействие между психични и соматични фактори и се проявяват в соматизация на психични нарушения или разстройства, отразяват развитие и реакции на соматична патология (Иванов, 2011). Емоционалните фактори са главна детерминанта за етиопатогенезата на тези разстройства. За пациентите това е частично или напълно неосъзнано, т.е. истинска соматизация на преживяванията има в случаите, когато умът, в усилията си да запази психологическото равновесие, причинява вреда на физическото благосъстояние (Иванов, 2011; Тарейн, 2011; Малкина-Пых, 2020).

Има много трудове и теории разработени за разбирането на психосоматичните разстройства. През 1965 г. Световната здравна организация (СЗО) публикува доклад посветен на тях. Основният резултат в него е заключението, че емоциите са важни за възникването на соматичните разстройства. Свързващото понятие между психологическата и соматичната сфера се явява афектът, изразен главно под формата на копнеж и постоянна тревожност, както и характерното чувство на страх (Малкина-Пых, 2020). Личността представлява динамична система от отношения, оценки, качества, свойства, състояния. Чрез тази динамична система действителността се разглежда пристрасно и оценъчно призмата на емоциите и това води до еуфория или дисфория, скука или депресия, екстаз или умиротворение. Зад тези състояния има реални факти, но без оценка и отношение те нямат никаква стойност. А ако не могат да бъдат предадени с думи и/или превалират страх, тревожност, дискомфорт, то се създава



проблемна ситуация. Така афектът се оказва свързващо звено между психичната и соматичната сфери, като особено значение имат неотреагираните отрицателни емоции (Иванов, 2011). От физиологична гледна точка е без значение, че субективната оценка на опасността може да е неадекватна. Тъй като именно физиологичните и моторните елементи на цялата реакция са тези, които задвижват механизма на соматичните последици (Psychosomatic Disorders, 1965 цит. по Малкина-Пых, 2020).

Основоположника на съвременната психосоматика Франц Александър също заключава, че „нарастващото знание за връзките на емоциите с нормалните и разстроени телесни функции изисква за модерния лекар емоционалните конфликти да станат също толкова реални и веществени, колкото и видимите микроорганизми“ (Alexander, 1939 цит. по Тарейн, 2011).

Различните теории за психосоматичните разстройства могат да бъдат обобщени в две категории – за специфичността и за неспецифичността. Целта на теориите за специфичността е да обяснят защо конкретен пациент развива конкретно заболяване, като по този начин изяснят психологически избора на конкретен телесен симптом. От друга страна, теориите за неспецифичността също считат, че психологичните фактори са отговорни за генезиса на някои заболявания, но не търсят обяснение за избора на симптом, а се облягат на идеята за *органна уязвимост*. При тази хипотеза централно място заема алекситимията, като неспособност за изразяване и изживяване на емоциите и преживяванията. Счита се, че хората с алекситимични черти са особено податливи да използват соматична изразна форма (Шишков, 2000 цит. по Тарейн, 2011).

Психофизиологичните теории, които включват различни изследвания за последиците от емоционалния стрес, установяват влиянието и на хроничните и на екстремните стресови ситуации върху генезиса, развитието и лечението на психосоматичните заболявания. Тук влизат теориите на Уолтър Кенън за телесната хомеостаза и адаптационните отговори на стресови ситуации, и на Селие – общ адаптационен синдром. През тяхната работа се демонстрира връзката между емоциите и промените, които настъпват в централната нервна система (ЦНС) (Малкина-Пых, 2020; Тарейн, 2011). Функциите на ЦНС показват най-ясно единството на организма. Тя регулира както вътрешните вегетативни процеси, така и външните, а също и връзките със средата. Интеграцията на всички дейности на тялото се осъществява от висшите центрове на нервната система, които всъщност са личността на човека. Така психологичните явления се представляват субективни образи на физиологичните процеси (Тарейн, 2011).

Стеничните негативни емоции се разглеждат като защитни реакции от типа „борба или бягство“, поради това изпитваните гняв или страх са биологично целесъобразни: те подготвят организма за засилване на мускулната активност, което ще му позволи успешно да влезе в борба или да избяга (Cannon, 1929 цит. по Малкина-Пых, 2020). Докато за първобитния човек този механизъм е бил изключително важен, за съвременния – създава повече проблеми, тъй като противоречи на правилата за поведение в цивилизованото общество. На малко по-късен етап (1936-1946) Селие започва да разглежда стреса като общ адаптационен синдром и да използва термина за общото адаптационно напрежение. В процеса на човешката еволюция универсалният механизъм за адаптиране на човешката психика към околната среда постепенно се нарушава. С промяната на човешката психология и околната среда се появяват нови психологически симптоми и синдроми, а съществуващите се увеличават. Древните инстинктивни програми на човешкото поведение са подпомагали устояването на

глад, студ, нападения на врагове и хищници, чрез присъщите на човек сила, гъвкавост, подвижност, терморегулация и някои характеристики на сетивата. В хода на развитието, стресовите, срещу които няма генетични защитни програми, се променят и сега адаптацията към околната среда зависи повече от умствените способности на човека, отколкото от фактори като сила на мускулите, здравина на кости и сухожилия и скорост на бягане. Опасно е станало не оръжието на врага, а словото. Човешките емоции, първоначално предназначени да мобилизират организма за защита, сега все по-често се потискат, враждат се в социалния контекст и с времето се изкривяват, като престават да бъдат разпознавани от своя притежател и могат да станат причина за деструктивни процеси в организма (Малкина-Пых, 2020; Радченко, 2001).

В съвременното в повечето ситуации нито физическата агресия, нито обикновеното бягство помагат за решаване на проблемите. Въпреки че човек, изправен пред неприятна информация, се напруга вътрешно в подготовка за действие (и съответно мускулите се напругат, налягането се повишава и сърдечната честота се увеличава, за да осигури на организма енергия), самото действие не се извършва. Остават физиологичните промени, представляващи автономна подкрепа на нереализираните емоции, които с течение на времето могат да доведат до формирането на определени заболявания (Малкина-Пых, 2020).

Алекситимия

Съвременните изследвания в опит да обяснят соматизацията включват следните рискови фактори – генетична и биологична предразположеност, социодемографски променливи, културни и социални условия, семеен контекст, стресови събития и психологически травми. Важни, от гледна точка на социалните промени са психологическите рискови фактори за соматизация. Затова ще се разгледа алекситимията и как тя като личностна характеристика може да се формира през привързаността в процеса на развитие.

Юрген Рюш (Ruesch, 1948) идентифицира характерни нарушения на вербалното и символното изразяване при психосоматичните пациенти, като представя подробно описание на „инфантилизация“, явяваща се основният проблем. С този термин означава ограничено вербално изразяване на чувствата, оскъдно въображение, характерни симбиотични отношения с обектите и демонстративна покорност. Емоциите, без да са представени в неокортекса и изразени в символична форма, намират непосредствен отдушник чрез автономните нервни пътища. По този начин процесът на реални органични промени, възникващи в резултат на определени стресови ситуации, които не могат да бъдат преодоленни на психологическо ниво, започва да се описва с термина „соматизация“. Освен това е предложен и механизъм на самата соматизация: отсъствие на психологическа обработка на емоциите на ниво висши кортикални участъци на мозъка и като следствие – засилване на вегетативния им компонент (Малкина-Пых, 2017).

Неспособността за психологическа обработка на емоциите се обозначава с термина алекситимия. Буквалният превод означава „без дума за чувство“, „без дума за име на чувство“. С този термин Сифнеос през 1973 г. описва специфични личностни промени и особености в пациенти с психосоматични разстройства. Концепцията за алекситимия е предшествана от по-ранни наблюдения, както по-горе е посочено. Като правило се установява, че голяма част от психосоматично заболелите проявяват трудности във вербализиране и символично изразяване на емоциите си. Тази идея се обяснява причините и произхода на психосоматичните заболявания чрез неспособността



да се осъзнават собствените преживявания, емоции и усещания и неспособността да се осъществи контакт с вътрешния свят (Иванов, 2011).

Алекситимията се характеризира с някои когнитивно-афективни и поведенчески особености, като трудности в идентификацията и описването на собствените чувства, както и в различаването на чувства и телесни усещания; наблюдава се също намалена способност за символизация, бедност на фантазията и въображението, както и конкретно-оперативно мислене с фокус повече върху външни събития, отколкото на вътрешни преживявания (Малкина-Пых, 2020; Тарейн, 2011; Иванов, 2011).

Описва се и като трудност в регулирането на емоциите (Besharat & Khajavi, 2013; Bermond, Bierman, Cladder, Moormann, & Vorst, 2010; Stasiewicz, Bradizza, Gudleski, Coffey, Schlauch et al., 2012), което представлява сложен процес на взаимодействие между неврофизиологичните, моторно-експресивните и когнитивно-експерименталните системи на емоциите. Поради това алекситимията се проявява в различни форми, като например затруднения в концептуализирането на афекта, разграничаването на емоциите, съзнателното преживяване на емоциите и описването на стреса, който се измества към телесни дисфункции (Besharat & Khajavi, 2013; Nemiah, 2000)

Два модела обясняват синдрома на алекситимия: „отрицание” и „дефицит”. Първият предполага цялостно затормозяване на афектите. Тъй като отрицанието се разглежда като психологическа защита, то е възможно да се очаква обратимост на защитния процес. Клиничният опит, обаче показва, че при повечето психосоматични пациенти алекситимичните прояви са необратими. Тогава идеята за „вторична алекситимия”, възникнала след психическа травма се измества от тази за „първична алекситимия”, която се базира на отсъствие на функции. Тази неразвита способност за разпознаване и изразяване на емоции се изразява в модела за дефицита (Малкина-Пых, 2020; Иванов, 2011). Последният е свързан с формирането на емоционална регулация в детска възраст на основата на изградената връзка с основният грижещ се.

Значителната роля на емоциите в психопатологията е довела до свързването на алекситимията, която се фокусира върху емоционални дисфункции, с различни психологически и физически здравословни проблеми, както се вижда в голяма част от литературата, разглеждаща този конструкт последните пет десетилетия (Bankier, Aigner, & Bach, 2001). Тя е свързана с широк спектър от проблеми, включително депресия, посттравматично стресово разстройство соматизация/медицински необясними симптоми, хронична/соматоформна болка, тревожност за здравето, синдром на раздразненото черво, аутизъм, употреба на наркотични вещества, хранителни разстройства, тревожни разстройства и стомашно-чревни проблеми, както и дерматологични заболявания като псориазис, атопичен дерматит, витилиго, уртикария и други (Marchesi, C., 2015; Foran & O'Leary, 2012; Willesmen, et al., 2008; Marchesi, Fontò, Balista, Cimmino, & Maggini, 2005; Taylor & Bagby, 2004; Waller & Scheidt, 2004; Honkalampi et al., 2000; Pinard, et al., 1996; de Groot, et al. 1995; Krystal, 1968 цит. по Тодореева, 2022). Поради силната връзка между алекситимията и почти всички изследвани до момента разстройства, тя е описвана често като общ, трансдиагностичен рисков фактор за психичното и физическото здраве (Kojima et al., 2012 цит. по Малкина-Пых, 2020).

Привързаност

Теорията за привързаността разглежда опита от ранните взаимоотношения на детето с родителите и значимите други хора (Bowlby, 1982). Боулби е първият изследовател, който свързва развитието на привързаността с адаптацията и оцеляването на

детето. Той установява, че привързаността на детето към майка му, формирана в ранна детска възраст, запазва активната си роля и значение през целия живот на човека и по този начин привързаността оказва огромно влияние върху междуличностните отношения и всички когнитивни процеси (Бурменская, 2011). Основната функция на обекта на привързаност не е да задоволява вродената потребност от любов или физиологичните потребности на детето, а да осигурява защита и сигурност. Следователно наличието на привързаност е предпоставка за изследователско поведение и когнитивно развитие на детето. Качеството на тази първичната привързаност, от своя страна, се отразява на когнитивната активност и изследователската мотивация на детето (Малкина-Пых, 2020).

До края на първата година от живота на детето на основата на връзката с основният грижещ се и в резултат на интериоризацията се формира т.нар. вътрешен работен модел. Според Боулби в процеса на взаимодействие с другите хора и със света като цяло индивидът изгражда работни модели на най-важните аспекти на този свят и с тяхна помощ след това той възприема и интерпретира събития, ситуации и взаимоотношения с други хора (Bowlby, 1982). Работният модел е дълбока структура на самосъзнанието, която не се разпознава от личността, но именно чрез нея той възприема и осъзнава себе си и света около себе си. Представите за привързаност определят поведението и афективната оценка на преживяванията (Малкина-Пых, 2020).

Решаващото значение на типа привързаност, който детето формира се дължи на факта, че по-нататък тя определя в значителна степен развитието на личността на детето и отношенията му със света (Малкина-Пых, 2020), както и върху стратегиите за регулиране на афектите в зряла възраст (Montebarocci, Codispoti, Baldaro & Rosii, 2004). Всъщност системата на привързаност включва две противоположни тенденции: от една страна, търсенето на подкрепа и защита от страна на детето, а от друга – желанието на детето за новото, т.е. за възможната „опасност“. Съответно тя се активира, когато се сблъска с някаква опасност или нова, непозната ситуация, и не работи в позната, безопасна среда. Друга важна характеристика на работния модел, а и на привързаността като цяло е качеството на привързаността. Тя се основава на сигурността (или несигурността), която се предоставя (или не се предоставя) от обекта на привързаност (Малкина-Пых, 2020). Основен фактор, определящ качеството на привързаността и съответно начина, по който детето се научава да регулира стресиращите афекти и да се отнасят към други хора се явява чувствителността и отзивчивостта на основния грижещ се за детето към емоционалните му състояния (Bowlby, 1969; Bretherton, 1985; Tennant, 1988 цит. по Montebarocci, Codispoti, Baldaro & Rosii, 2004; Матанова, 2015).

В основата на работните модели стоят два процеса, основани на афекта - афективна реактивност и регулация. Афективната реактивност се свързва конкретно с чувствителността към заплахата, тъй като се предполага, че именно заплахата активира системата на привързаност (Bowlby, 1973; Simpson & Rholes, 1994 цит. по Pietromonaco, Barrett & Powers, 2006). Индивидите изпитват усещане за заплахата, когато се чувстват неспособни да се справят, като това преживяване може да бъде предизвикано както външно от фактори на средата, така и вътрешно от негативен афект (Pietromonaco, Barrett & Powers, 2006).

Емоционалното развитие на детето се осъществява именно в този период на кърмаческа и ранна детска възраст, когато се формира и привързаността. Първоначално новородените притежават само т.нар. емоции предвестници. Те се явяват преадаптивни стимулни конфигурации и са насочени към основният грижещ се. За да се



развият тези емоции предвестници във функционираща емоционална система, която може да доведе до действия, които да обслужват мотиви в интраперсоналната регулация с основният грижещ се, са необходими няколко елемента: 1) полагащият грижи да осигурява адекватна интерпретация на нефокусираните детски експресивни и телесни реакции, 2) да отразява това в преувеличени експресии и 3) да отговаря своевременно с обслужващи мотива действия. По този начин се осъществява взаимодействие между афектното отражение на детската емоционална изразителност, моторното подражание на емоционалните изрази на детето и ученето през опита. Този детски емоционален процес, първоначално споделен в корегулативната система между основният грижещ се и детето, постепенно от няколко емоции предвестници се развива в нов диапазон от емоционални качества (Костова, 2020).

След 3-тата година на детето започва интернализацията на мисловните процеси, децата започват да стават все по-способни, че не трябва просто да следват емоциите си, но и да ги регулират, ако искат да задоволят по-висши мотиви. В този период могат да се регулират действията чрез емоции и воля, а също и да се променят емоциите волево. Всяка система от емоции започва да съдържа обективен компонент, който другите могат да възприемат чрез експресията и реакциите на тялото. Появява се мисловно ниво на експресия, реч и действие и чрез интернализация експресиите и реакциите на тялото се преобразуват в мисловни експресивни сигнали (Костова, 2020).

Може да се направи извода, че основавайки се на формирането на стил на привързаност на базата на интеракциите в диадата майка-дете с двата основни фактора чувствителност и отзивчивост към сигналите на детето, се формира и емоционалното развитие с двата основни фактора отразяване и отговор на емоционалните и телесни експресии на детето, т.е. част от изграждането на привързаността е и изграждането на функционираща система за емоционална регулация. Стилът на привързаност включва когнитивни, афективни и поведенчески процеси, които влияят върху регулацията на емоциите (Малкина-Пых, 2020). Като дефиниция привързаността включва модели формиращи въз основа на качеството на взаимодействието на децата с техните родители и оказват влияние на очакванията, убежденията, потребностите, стратегиите за регулиране на емоциите и социалните действия, които ще се извършват в хода на близките взаимоотношения в бъдеще (Bowlby, 1982).

Проучванията показват, че опитът в детството с фигури на привързаност, които не изразяват емоциите си и използват недостатъчни стратегии за реагиране на отрицателните емоции на децата, оказва силно влияние върху регулирането на емоциите в зряла възраст (Carre'ge & Bowie, 2011; Roque & Veríssimo, 2011). Тези данни предполагат, че способността за разпознаване, описване и регулиране на емоциите е свързана с взаимоотношенията на детето с фигурите на привързаност (Besharat & Khajavi, 2013).

Изследванията на връзката между стиловете на привързаност и алекситимията показват, че алекситимичните характеристики са по-често срещани при несигурните стилове на привързаност. Децата, израснали в емоционално и физически несигурна среда, в която се пречи на изразяването на емоции, не се научават на успешно справяне с емоциите си и следователно изпитват дискомфорт, когато изпитват емоции (Besharat & Khajavi, 2013; Besharat, 2010). Тези трудности в допълнение към липсата на подходящи модели за изразяването им могат да доведат до тревожност и амбивалентност към демонстрирането на емоции (Besharat & Khajavi, 2013; Karukivi et al., 2011). Индивидите изпитали недостатъчна грижа демонстрират несигурни модели на

привързаност, което води до неуспех в научаването на това как да се чувства и възпрепятства развитието на ефективни умения за регулиране на афектите (Besharat & Khajavi, 2013; Wearden, Lambertson, Crook, & Walsh, 2005; Montebanocci, Codispoti, Baldaro & Rosii, 2004). Тези личности показват характеристики на алекситимия, особено трудности при изразяването на емоции (Besharat & Khajavi, 2013; Karukivi et al., 2011). Преживяванията на несигурност в отношенията на привързаност предвиждат цялостно дефекти и неадекватност в идентифицирането и изразяването на емоциите (Besharat & Khajavi, 2013; Dewitte, Houwer, Goubert, & Buysse, 2010). Освен това индивидите с несигурен стил на привързаност изпитват по-малко положителен афект от тези със сигурна привързаност и проявяват дефицити в способността за саморегулиране на тревожността, депресията и други негативни афекти (Parker, 1982 цит. по Montebanocci, Codispoti, Baldaro & Rosii, 2004)

Децата, които се привързват сигурно, изпитват оптимално и последователно изразяване на отзивчивост и научават, че модулираното емоционално изразяване има положителни резултати (Montebanocci, Codispoti, Baldaro & Rosii, 2004). Проучванията установяват, че индивиди със сигурен стил на привързаност съобщават за ниски нива на негативен афект и формират силни взаимоотношения с други хора, към които се обръщат за подкрепа при емоционален дистрес (Hindy & Schwarz, 1994; Rothbard & Shaver, 1994 цит. по Montebanocci, Codispoti, Baldaro & Rosii, 2004).

Заклучение

Неуспехът да се обработят емоциите на психологическо ниво води до тяхното соматизиране. И дори може да се каже, че ограниченията в осъзнаването на емоциите и затрудненията в когнитивна им преработка води до фокусиране върху соматичния компонент на емоционалната възбуда, като по този начин се усилват физиологичните реакции водещи до психосоматични заболявания (Иванов, 2011). Разбирането на това, какво не е наред с емоциите при алекситимията, има значителни последици, тъй като дава представа за ролята им в психопатологията и здравето. От друга гледна точка, теорията за привързаността изяснява сложните взаимодействия между поведението на привързаност при възрастни, качеството на тази връзка и алекситимичните характеристики като когнитивен дефицит и такъв за регулиране на афекта. Привързаността в зряла възраст е разглеждана като стабилната тенденция на индивида да полага значителни усилия да търси и поддържа близост и контакт с един или няколко конкретни индивида, които осигуряват субективния потенциал за физическа и психологическа безопасност и сигурност. Поглеждайки към влиянието ѝ за появата на психосоматичните разстройства, може да се изведат три основни механизма, чрез които се осъществява: 1) нарушена регулация на стреса, 2) използване на външни регулатори на афекта и 3) пренебрегване на защитното поведение (Малкина-Пых, 2020).

Разработването на интервенции за алекситимия може да бъде и начин за предотвратяване на психологическите и физическите разстройства, които са свързани с тази конструкция. Но разработването на стратегии за изграждането на вътрешни работни модели на привързаност, които бъдат сигурни или регулирани и променени, без промяната в реалния опит, ще доведе до интервенции насочени към по-дълбока и основополагаща промяна. Познаването на личността на болния, както и социално-културната среда, в която функционира, са също фактори от съществено значение за профилактиката и терапията на психосоматични разстройства. Изграждането на терапевтичната съгласуваност между медицинския и психологичен персонал и пациента трябва да отчита и динамиката на тези взаимоотношения.



Докладът е изпълнен в рамките на проект № МУПД23-ПФ-016, „Психично здраве и процъфтяване през жизнения цикъл“, финансиран от Фонд „Научни изследвания“ при Пловдивския университет „Паисий Хилендарски“.

Литература:

1. Бурменская Г. В. Мировосприятие детей с разными типами привязанности к матери // Вестник МГУ, сер. 14, Психология. 2011. № 2. С. 21–36.
2. Иванов, Кр., (2011). Психофизиология и психосоматика” e-Journal VFU, раздел Психология и социални дейности, бр.4. ISSN 1313-7514.
3. Корсини, Р. Дж., (1998). Енциклопедия по психология. Наука и изкуство.
4. Костова, Зл. (2020). Емоционална регулация при разстройства от аутистичния спектър. Стено.
5. Малкина-Пых, И. (2020). Психосоматика – учебник. Директ-Медиа.
6. Малкина-Пых И.Г., (2017). Психосоматика и типове привязанности у възрастни (на основе обзора зарубежных исследований). Вып. 1, т. 27, с. 8-19.
7. Матанова, В. (2015). Привързаност – там и тогава, тук и сега. Стено.
8. Радченко, А. (2001). Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств. Методы современной психотерапии. Учебное пособие. Кроль Л. М., Пуртова Е. А. (сост.). Класс.
9. Тарейн, М. (2011). Психосоматика и онкологични заболявания – научни възгледи и противоречия. Годишник СУ „Св. Климент Охридски“, Философски факултет, Книга Психология, Т. 101, 2011, с. 157-184.
10. Тодореева, И. (2022). Алекситимия, депресивност и темпераментови особености при психосоматично болни. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“ по психология.
11. Шишков, Ат. (2000). Психосоматична медицина.
12. Alexander, Fr. (1939). Psychological Aspects of Medicine, Psychosomatic Medicine, Vol. 1, XXIV, No. 1.
13. Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 42(3), 235–240.
14. Bermond, B., Bierman, D.J., Cladder, M.A., Moormann, P.P., Vorst, H.C.M., 2010. The cognitive and affective alexithymia dimensions in the regulation of sympathetic responses. *International Journal of Psychophysiology* 75 (3), 227-233.
15. Besharat, M.A., 2010. Attachment styles and alexithymia. *Psychological Research* 24 (3-4), 63-80.
16. Besharat, M.A., Khajavi, Z., (2013). The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of defense mechanisms. *Asian Journal of Psychiatry*, 6 (6), 571-576.
17. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss, vol. 1 Attachment. Basic books. ISBN ISBN 0465005438
18. Carrère, S., Bowie, B.H., 2012. Like parent, like child: parent and child emotion dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing* 26 (3), 23-30.
19. Dewitte, M., Houwer, J.D., Goubert, L., Buysse, A., 2010. A multi-modal approach to the study of attachment-related distress. *Biological Psychology* 85, 149-162.

20. Goldberg, S. (1991). Recent developments in attachment theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 393-400.
21. Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K-M., Liuksila, P.R., et al., 2011. Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry Research* 187(1-2), 254-260.
22. Montebanacci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., Rosii, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences* 36(3):499-507
23. Nemiah, J.C., 2000. A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62 (3), 299-303.
24. Pietromonaco, P., Barrett, L.F., Powers, S. (2006). Emotion Regulation in Couples And Families: Pathways to Dysfunction And Health in D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health*, pp. 57-74. Washington, D.C. American Psychological Association.
25. Roque, L. Veríssimo, M., 2011. Emotional context, maternal behavior and emotion regulation. *Infant Behavior and Development* 34 (4), 617-626.
26. Stasiewicz, P.R., Bradizza, C.M., Gudleski, G.D., Coffey, S.F., Schlauch, R.C., Bailey, S.T., et al., 2012. The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37 (4), 469-476.
27. Wearden, A.J., Lambertson, N., Crook, N., Walsh, V., 2005. Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research* 58 (3), 279-288.