

АЛЕКСИТИМИЯ, ЧУВСТВИТЕЛНОСТ КЪМ ТРЕВОЖНОСТ И МЕНТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ЛИЦА, ДИАГНОСТИЦИРАНИ С ДИАБЕТ ТИП I ИЛИ ТИП II

Мая ИГНАТОВА, Светослав САВОВ

*Нов български университет
департамент „Когнитивна наука и психология“*

БЪЛГАРИЯ, София 1618, бул. Монтевидео № 21

ignatovamaya@gmail.com; ssavov@nbu.bg

Резюме. Дефицитите в емоционалната преработка представляват особен интерес за изследване, тъй като имат значим ефект върху регулацията и качеството на цялостното психично функциониране на индивидите. Те биха могли да доведат до негативни последици както за протичането, така и за лечението на различни психосоматични заболявания, сред които и диабет. Това хронично заболяване е със силно прогресиращо разпространение по целия свят, водещо до нарушено качество на живот на пациентите. Изследването и познаването на нивата на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализация при индивиди, страдащи от диабет би дало предимство, като информира различни индивидуализирани подходи в клиничната практика. Основна цел на настоящето изследване бе да се оценят нивата на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализация при индивиди, страдащи от диабет, и да се провери дали има и какви са връзките между тези конструкти. За целта бяха изследвани лица, диагностицирани с диабет тип I или тип II и здрави лица, чрез използването на самооценъчните въпросници Скала за алекситимия Торонто (TAS – 20: Toronto Alexithymia Scale - 20), Индекс за чувствителност към тревожност (Anxiety Sensitivity Index) и Скала за ментализирана афективност (MAS). Потвърдиха се очакваните резултати изследваните лица с диабет да демонстрират по-високи нива на алекситимия и чувствителност към тревожност и по-ниски нива на ментализирана афективност в сравнение с лицата от контролната група. Не бе открита връзка между алекситимия и чувствителност към тревожност, както и между ментализирана афективност и чувствителност към тревожност в двете изследвани групи. Частично се потвърди очакването за връзка между по-високите нива на алекситимия и по-ниските нива на ментализирана афективност.

Ключови думи: диабет; алекситимия; ментализация; чувствителност към тревожност; афективна регулация; психосоматика.

Благодарности

Авторите изказват своята специална благодарност за подкрепата и съдействието на:

проф. Анна-Мария Борисова – УСБАЛ „Софиямед“

проф. Цветалина Танкова – УСБАЛЕ „Акад. Иван Пенчев“

д-р Димитър Игнатов

Наталия Петкова – Радойчева

Български институт по зависимости

Статията да се цитира по следния начин:

Игнатова, М., Савов, С. (2021). Алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализация при лица, диагностицирани с диабет тип I или тип II. *Психологични изследвания*, том 24, кн. 1, 2021, 84-111. ISSN 1311-4700 (Print); ISSN 2367-9174 (Online).

© М. Игнатова, С. Савов, 2021

Приноси на авторите в статията:

Мая Игнатова – Резюме, Въведение Теоретични предпоставки, Методология, Резултати и обсъждане, Обработка на данните и графичното им представяне, Изводи и заключение, Използвана литература.

Светослав Савов – Теоретични предпоставки, Методология, Резултати и обсъждане.

Статията е постъпила през февруари 2021

Приета за публикуване през май 2021

Публикувана през юни 2021

Авторите са прочели и одобрили окончателния вариант на ръкописа.

ALEXITHYMIA, ANXIETY SENSITIVITY AND MENTALIZATION IN INDIVIDUALS HAVING DIABETES TYPE I AND II

Maya IGNATOVA, Svetoslav SAVOV

*New Bulgarian University
Department of Cognitive Science and Psychology*

BULGARIA, Sofia 1618, 21 Montevideo blv.

ignatovamaya@gmail.com; ssavov@nbu.bg

Abstract. *The deficits in emotional processing have emerged as researcher's interest, due to the fact that they have a significant role on the regulation and the quality of the overall mental functioning of individuals. They could lead to negative consequences both for the clinical course and for the treatment's outcome of various psychosomatic diseases, including Diabetes. This chronic disease has a highly growing prevalence all over the world, leading to impaired quality of patients' lives. The research and knowledge of the levels of alexithymia, anxiety sensitivity and mentalization in individuals with Diabetes would be advantageous by informing different individualized approaches in the clinical practice. The aim of this study was to investigate the levels of alexithymia, anxiety sensitivity and mentalization and their associations. We tested patients having Diabetes type I and II and healthy controls using self – report measures Toronto Alexithymia Scale (TAS - 20), Anxiety Sensitivity Index and Mentalized Affectivity Scale (MAS). The findings of the present study support the view that individuals with Diabetes showed higher levels of alexithymia and anxiety sensitivity and lower levels of mentalized affectivity. No connection was found between alexithymia and anxiety sensitivity; anxiety sensitivity and mentalized affectivity. These results were similar for both groups. The expectation of an association between higher levels of alexithymia and lower levels of mentalized affectivity was partially confirmed.*

Keywords: Diabetes; alexithymia; mentalization; anxiety sensitivity; affect regulation; psychosomatization.

Acknowledgements

The authors would like to thank Prof. Anna – Maria Borisova – University Hospital “Sofamed”; Prof. Tsvetalina Tankova - University Hospital of Endocrinology; Dr. Dimitar Ignatov; Nataliya Petkova – Radoychева and Bulgarian Addictions Institute for their support and assistance.

Алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализация при лица, диагностицирани с диабет тип I или тип II

The article can be cited as follows:

Ignatova, M., Savov, S. (2021). Aleksitimiya, chuvstvitelnost kam trevozhnost i mentalizatsiya pri litsa, diagnostitsirani s diabet tip I ili tip II. [Alexithymia, Anxiety Sensitivity and Mentalization in Individuals Having Diabetes Type I and II]. *Psychological Research*, Volume 24, Number 1, 84-111. ISSN 1311-4700 (Print); ISSN 2367-9174 (Online), (in Bulgarian).

© M. Ignatova, S. Savov, 2021

Contribution:

Maya Ignatova – Abstract, Introduction, Theoretical background, Methodology, Results & Discussion, Data processing and graphics, Conclusions, References.

Svetoslav Savov – Theoretical background, Methodology, Results & Discussion.

Submitted – February 2021

Revised – May 2021

Published – June 2021

The authors have read and approved the final manuscript.

ВЪВЕДЕНИЕ

Последните данни за разпространението на заболяването диабет сочат бърз темп на разрастване с тенденция диагностицираните да достигнат 592 милиона до 2035 г. (WHO, 2016). Като хронично заболяване диабетът се превръща в световен социален проблем. Това флукутиращо и трудно повлияващо се от терапия заболяване нееднократно води до негативни физически последиствия за индивида. Вероятно поради тази причина литературата е фокусирана предимно върху физиологичната симптоматика, но диабетът често е придружен от психологични симптоми, които биха могли да оказват влияние върху протичането на болестта и тежестта на симптоматиката. Познанието ни за същността и въздействието на психичните симптоми, придружаващи заболяването диабет, е възможност за по-задълбочено разбиране върху цялостното психично функциониране на пациентите.

Изследвания установяват специфики във функционирането на индивиди, страдащи от диабет, които включват затруднената афективна регулация, трудно идентифициране и бедна вербализация на емоциите, склонност към поведенческо, нерелексивно реагиране на конфликти, „страх от страха“, минимална или липсваща фантазменост. Тези симптоми се свързват с конструкти като *психосоматизация, алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализация*, за които в литературата съществуват редица изследвания, представящи както връзка помежду им, така и по отделно специфични нива в извадки с болни от диабет спрямо здрави индивиди. От направения преглед по темата за емоционалната регулация на индивиди, страдащи от диабет, стана ясно, че изследванията са оскъдни. Ето защо избрахме посочените конструкти и смятаме, че едно по-задълбочено изследване би имало значими приложения в лечението и създаването на по-ефективни и индивидуализирани техники за психологична работа с пациенти с диагноза диабет.

ДИАБЕТ И ПСИХОСОМАТИЧНА СИМПТОМАТИКА

Диабетът е хронично заболяване, при което производството на инсулин е недостатъчно или произведеното количество инсулин не може да се използва ефективно от организма. Различават се три основни типа диабет – тип I (инсулино зависим, характерен за деца и младежи), тип II (неинсулино зависим, развива се основно при възрастни) и гестационен (временно състояние по време на бременност, с възможност за последващо развитие на диабет тип II).

За целите на настоящето изследване вниманието ще е основно фокусирано върху първите два типа. При тях се счита, че има влияние на наследствени гени като в първия се отчита въздействие на фактори на околната среда, а при втория – на метаболитни процеси.

Често диабетът е свързан с редица емоционални проблеми, в това число депресия, тревожност, хранителни разстройства и проблеми в личните отношения (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002). Пациентите с диабет са 2-3 пъти по-уязвими към развиването на депресия в сравнение със здрави лица (Barnard et al., 2006, цит. по Nash, 2016). Гликемичният индекс може да бъде повлиян от стреса и тревожността. За добрия му контрол е необходимо и добро управление на емоциите. Съществуват данни, че над 50% от изследвани пациенти с диабет тип I са диагностицирани с едно или повече психични заболявания. Поради това и ниският глюкозен контрол се приема за предиктор за развитието им (Lustman, 1986). Пациентите с диабет са в постоянния обсег на емоционалните реакции, свързани с диагнозата им. Вербализирането на това, което изпитват и преживяват, е важно за подобряване на общото състояние. Психотерапия, насочена към поощряване на назоваването на мислите и чувствата при деца с особена форма на диабет (brittle diabetes), влияе положително на нивата на кръвна захар (Moran, Fonagy, Kurtz, Bolton & Brook, 1991, цит. по Ханчева, 2019).

Разширявайки погледа от диабета към полето на психосоматиката, към която често го причисляват, трябва да се отбележи внушителния принос на представителите на Парижкия институт по психосоматика (Institut de Psychosomatique) Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David, Michael Fain. Те извеждат два вида соматизация – чрез регрес и чрез разплитане на нагоните. При първия вид личностовата организация е невротично-нормална и соматизацията възниква в следствие на разстройство в психичното функциониране (irregularity in mental functioning). Проявава се при психосоматични пациенти с астма или колит. Вторият вид – чрез разплитане на нагоните – се свързва с нарцистичната загуба и липса на невротичен Аз. Говори се за „операторско мислене“ (pensee operateure) и „операторски начин на живот“ (vie operateure). То е фактологично, неметафорично, речта е бедна на символи и липсва фантазмена активност. Други психоаналитични възгледи за функционирането на психосоматичните пациенти се разгръщат в липсата на ментализация, изтласкване на психичното съдържание и директно оттичане в тялото (Mc Dougall, 1989, цит. по Григорова, 2017).

Сред характеристиките, типични за пациентите с диабет са: слабост, раздразнителност, чести промени в настроението, депресия, хипохондрия, нерешителност, емоционална съдържаност, лоша автономност, неяснота относно емоциите, затруднения в социалните отношения, сексуални дисфункции (Menninger, 1935; Dunbar, 1943; Hinkle, 1956, цит. по Wilkinson, 1981). В своя труд *Psychosomatic Diagnosis* Dunbar (1943, цит. по Wilkinson, 1981) дава описание на т.нар. „диабетна личност“, правейки своите заключения след 90 интервюта с хоспитализирани пациенти. Според нея този тип личностова предизпозиция може да предхожда самата болест, да е причина за нея, както и да я засилва. Когнитивната парадигма поставя в основата на връзката тяло – психика модела за „когнитивна уязвимост“ на боледуващия пациент (Alloy et al., 1999, Abramson et al.,

1989, Riskind, Black, 2000, цит. по Иванов, 2006). Тази уязвимост се изразява в дисфункционални вярвания за света, себе си и околните. Важно е да се отбележат дисфункционалните вярвания, свързани с тревогата за здравето, които могат да доведат до задълбочаване и неблагоприятен изход на телесните болести.

Отключването на различни психични и соматични симптоми е причина за компроментиране на психичното функциониране. Това се свързва и с нарушена адаптация спрямо фактори на дистреса, породена от дефицити в емоционалната и когнитивна преработка на афектите (Pinard et al., 1996; Saarijärvi et al., 2001; Salminen et al., 1994, цит. по Mikolajczak & Luminet, 2006). Ето защо е важно да бъдат изследвани спецификите на емоционалното функциониране при диабетно болни, тъй като то може да оказва влияние на цялостното протичане на болестта.

АЛЕКСИТИМИЯ

Алекситимията (в превод от гръцки „без думи за чувствата“) е конструкт с нарастващата значимост за терапевтичния процес и особено в полето на психосоматичните заболявания. Предиктор е както за отключване на различни психични разстройства, така и за хода и изхода от терапевтичната работа. Определена е като констелация от специфични дефицити в следните направления – (1) трудности в идентифицирането и диференциране между чувства и телесни усещания; (2) трудности в описването на емоционалните състояния; (3) ограничена способност за фантазиране; (4) специфичен ориентиран навън стил на мислене, който се свързва с намалено отчिане на вътрешните преживявания и е насочен предимно към външни събития и детайли (Taylor, Bagby, & Parker, 1997, цит. по Пседелерска, Бозгунов, Василев, Неделчев, Георгиева, Василева, 2016).

Първото споменаване на термина се свързва с името на Peter Sifneos (1973). Той обяснява за специфично личностово функциониране с много характерни осо-

бености като нисък емоционален капацитет; беден речник по отношение на описване на преживявания и емоции и „операторско мислене“ (*pensee operateire*), което е дефинирано години по-рано от Pierre Marty и Michel de M'Uzan от Парижкия институт по психосоматика. Френските психоаналитици говорят за фактологично мислене, т.е. мислене без препратки към вътрешния свят на пациентите, без метафори, само факти от външната обективност (Marty & de M'Uzan, 1962, цит. по Aisenstein & Smadja, 2010). Тези характеристики до голяма степен са сходни при психосоматичните пациенти без оглед на конкретно заболяване (Sifneos, 1996, цит. по Григорова, 2017).

В литературата по отношение същността на алекситимията има няколко гледни точки. Едната я разглежда като състояние, активиращо се като защитна функция срещу стрес, тревожност, депресия. Honkalampi et al. (2000, цит. по Пседерска, Бозгунов, Василев, Неделчев, Георгиева, Василева, 2016) установяват намаляване на нивата на алекситимия при психиатрични пациенти след лечение на емоционален дистрес. Другата гледна точка е на автори, които определят алекситимията като стабилна личностова черта въз основа на дефицити при преработката на афектите. Известни са редица изследвания с пациенти с различни диагнози (ПТСР, паническо разстройство, есенциална хипертония, функционални стомашно-чревни разстройства и др.), които потвърждават това (Freyberger, 1977, цит. по Григорова, 2017). Алекситимичните личности може да отчитат неправилно соматичното си състояние и именно заради затруднената афективна преработка, физиологичната възбуда да се интерпретира като физически симптом.

Етиологично алекситимията се разделя на първична – стабилна личностова черта с наличие на травматични преживявания от ранното детство и предизпозиция към отключване на психиатрични симптоми и вторична – резултат също от травми, но от по-късен житейски период (de Vente,

Kamphuis & Emmelkamp, 2006, цит. по Пседерска, Бозгунов, Василев, Неделчев, Георгиева, Василева, 2016).

Bankier, Aigner & Bach (2001, цит. по Leweke, Leichsenring, Kruse, Hermes, 2010) анонсират увеличаващо се разпространение на алекситимията при редица психични разстройства – соматоформни, хранителни, obsесивно-компулсивни, тревожни, депресия, зависимости и патологично залагане. В мета-анализ по темата De Gucht & Heiser (2003) съобщават за публикации, в които са установени по-високи нива на алекситимия при пациенти с функционални соматични синдроми в сравнение със здрави контроли (Bagedahl-Strindlund, Ilie, Furhoff, Tomson, Larsson, Sandborgh-Englund, Torstenson & Wretling, 1997; Miyaoka, Kamijima, Katayama, Ebihara & Nagai, 1996; Lumley, Tomakowsky, Torosian 1997; Porcelli, Taylor, Bagby & De Carne, 1999; Scheidt, Waller, Schnock, Becker-Stoll, Zimmermann, Lucking & Wirsching, 1999, цит. по De Gucht & Heiser, 2010). Тази „прагматичност“ на мисленето, пряко свързана с конструкта алекситимия, се открива и при индивиди, страдащи от диабет. Установена е връзка между алекситимията и влошен гликемичен контрол при пациенти с диабет тип II (Abramson et al. 1991, Chatzi et al. 2009, цит. по Timoney & Holder, 2013). При изследване с проективни техники (TAT) диабетиците демонстрират по-високи нива на алекситимия спрямо здрави контроли, показвайки изключително слабо развито въображение и трудно изразяване на емоциите си (Abramson, McClelland, Brown & Kelner, 1991).

Алекситимията е конструкт с особена значимост за цялостното психично функциониране, но не е особено изследвана при индивиди с диабет. Това дава основания за по-задълбоченото ѝ изследване, което в този контекст би могло да има важни клинични приложения в лечението. Nehmia и Sifneos (1980) смятат, че дефицитите, наблюдавани при алекситимия, водят до различни прояви като нетипични физиологични реакции, склонност към импулсивно поведение, дискомфорт или

избягване на социални взаимоотношения, затруднен капацитет за самостоятелна грижа и саморегулация. Ограничената способност за когнитивно преработване на емоциите като осъзнати такива води до засилване на соматичните усещания и до физическа реакция като отговор на неприятни стимули като симптомите на тревожността.

ЧУВСТВИТЕЛНОСТ КЪМ ТРЕВОЖНОСТ

Тревожността е вроден адаптивен механизъм, който подготвя и предпазва индивида от евентуални заплахи. При хронично болните, каквито са и пациентите с диабет, тревожността е често срещана поради голямото напрежение и стрес, което тези индивиди преживяват при приемането и адаптирането към диагнозата. Първичната превенция на тревожната патология може да бъде с акцент върху факторите за уязвимост към нея. Reise (1991, цит. по Lerew, 1999) смята, че основните фактори за развитие на реакции на тревожност са страх от негативни оценки на околните, чувствителност към болест или нараняване и чувствителност към тревожност.

Чувствителността към тревожност (*anxiety sensitivity*) е независим конструкт от тревожността като състояние или личностова черта. Чувствителността към тревожност се свързва най-вече със страх от преживяването на симптоми на тревожност, произтичащ от негативните вярвания, свързани с последиците от преживяването на тревожност. Тя се разглежда като преморбиден фактор за развитие на тревожна патология (Reiss, 1991, цит. по Lerew, 1999). В основата на концепта е неправилната когнитивна оценка, която води индивидите до това да интерпретират усещанията, свързани с тревожност като много по-заплашителни, отколкото обективно са. Индивидите с високи нива на чувствителност към тревожност ще разпознават определени телесни симптоми и усещания като такива, но вярванията им за тях, че са застрашаващи живота им, ще водят до грешни заключения и съответно

до преживяване на тревожност и паника. Три са основните психологически модели, хипотезиращи конструкта и с малки различия те се обединяват около становището, че паниката е предхождана от соматични симптоми (Clark, 1986; Barlow, 1988, Reiss, 1991, цит. по Lerew, 1999). Clark (1986, цит. по Lerew, 1999) отбелязва ролята на биологичните фактори при паниката, смятайки че те увеличават уязвимостта към нея чрез усилване на интензитета на телесните усещания. Например, диабетиците може да са по-податливи на паника в следствие на колебания на кръвната захар. Всъщност индивидуалните различия са възможни на база личния опит от различни преживявания, довели до придобиване на вярвания за потенциално нежелателни последствия от афекти.

Zeitlin & McNally (1993, цит. по Devine, Stewart & Watt, 1999) намират значима положителна корелация между резултатите от Индекса за чувствителност към тревожност и общия резултат от Скалата за алекситимия от Торонто при пациенти с паническо разстройство. Съществуват данни, че при пациенти с хронични заболявания, показали високи нива на алекситимия, са значително високи и нивата на чувствителност към тревожност, сравнени с хронично болни, но неалекситимични лица. Изследователите правят заключението, че положителната връзка между двата конструкта не се отнася само до пациенти с история на панически атаки (Cox, Kuch, Parker, Shulman & Evans, 1994, цит. по Devine, Stewart & Watt, 1999).

МЕНТАЛИЗАЦИЯ И МЕНТАЛИЗИРАНА АФЕКТИВНОСТ

В ранните 60 години на XX в. теоретиците от Парижкия институт по психосоматика (Institut de Psychosomatique), изследват психосоматични пациенти и откриват трудности в психичното им функциониране. Особено впечатление прави явното обедняване, с което се характеризира психичния им живот. Тогава за първи път се въвежда терминът ментализация,

рефериран към превръщането на соматична възбуда в психични репрезентации (Marty, 1990, 1991, цит. по Lecours & Bouchard, 1997). Marty (1968) я определя като способност на ума за разбиране на телесни стимули и реализиране на съответен отговор или реакция към тях. По отношение генезиса на психосоматичните заболявания френските психоаналитици говорят за „ням/безсловесен/мълчалив ум“ (speechless mind), виждайки в проявите на операторското мислене, есенциалната депресия и алекситимията връзката между проявената психосоматична симптоматика и трудностите в ментализацията (Sechaud, 2006; Smadja, 2010; Krystal, 1997; McDougall, 1986, цит. по Gubb, 2013). Концептуализирането на отношението физическо – психическо (тяло - ум) свързват с едinodeйствието между тях. По този начин между болестите на ума и тялото не се прави разлика.

Едновременно с Marty в описанието, дефинирането и развитието на ментализацията като конструкт работи и Luquet. Той я разглежда като „имунна система“ на психиката. Също така свързва различните нива на ментализация с начините на мислене през различните периоди на съзряване на психичния апарат (Lecours & Bouchard, 1997). Luquet (1968, цит. по Lecours & Bouchard, 1997) дефинира четири нива на ментализация. Първичната ментализация (*mentalisation primaire*) се свързва с изграждането на предметни представи или т. нар. базисни символи. Създават се психични репрезентации за несъзнаваните фантазии (*basic symbols; representations d'action*). Инвестицията е насочена към соматизация. Вторичната ментализация (*secondary symbolic mentalisation*) създава вторичните символи, които могат да се открият в сънищата, изкуството и играта и са с редуцирана афективно-соматична инвестиция. Сетивната информация и първичните несъзнавани фантазии обаче все още съществуват в ментализираното съдържание. Интуитивното метасъзнавано мислене (*pensee intuitive metaconsciente*) е третото ниво на ментализация според

Luquet. Една от основните му характеристики е повишен и бърз асоциативен поток, което улеснява достъпа до знания и е добър фундамент в изграждането на мнения, интереси, преценки и правене на избор. За Luquet това е мисленето зад вербалното мислене (*pensee verbale*), което е четвъртото ниво на ментализация. Съзнателната мисъл е подредена и логична. Словесната мисъл, придобита от майчиния език, е отдалечена от телесните процеси, по-силно ментализирана и поддържа „живия език“ (*living language; langue vivante*) (Lecours & Bouchard, 1997; Атанасов, 2007).

Lecours & Bouchard (1997) опирайки се на модела на Luquet, синтезират две основни идеи за ментализацията: (1) тя е предсъзнавана дейност, при която тече процес на преработване и трансформация на соматични и афективни състояния в психични преживявания и (2) реферира към теоретична йерархия за нивата на психична преработка в две измерения: чрез четири канала за изразяване на афекта – соматичен, двигателен, от въображението и вербален и чрез пет степени на афективна толерантност – разрушаващ импулс, модулиран/променен импулс, екстернализация, овладяване на импулса и абстрактно-рефлексивни смислови асоциации.

Макар и да се основават на различни теоретични модели работите на Lecours & Bouchard и на Fonagy ни дават своите гледни точки, разширявайки знанието за ментализацията. Името на Fonagy се свързва със съвременните дефиниции на конструкта – от кратката „мислене за мисленето“ (Fonagy, 1991, цит. по Ханчева, 2019, стр. 21) до широко приетата „предимно предсъзнавана, основана на въображението, психична активност, интерпретираща човешкото поведение в термините на преднамерени психични състояния (нужди, желания, чувства, вярвания, цели и причини)“ (Fonagy, 2008, р. 4, цит. по Савов, 2016). Това дава основания ментализацията да се приема като основа за разбирането на личния и чуждия вътрешен свят, прави възможно осъществяването на адекватното социално общуване. Осъзнатото съществу-

ване се реализира именно чрез този капацитет на ума, който позволява трансформацията на соматичното в телесно, структурира личността, участва в саморегулацията и формира близките отношения (Fonagy et al., 2002, цит. по Ханчева, 2019).

За да осветли ментализацията, Fonagy използва теорията на ума (theory of mind) в духа на развитийната психология (developmental psychology) (Frith and Happe, 1994; Harris, 1989, цит по Jurist, 2010), която поставя акцент върху когнитивното познание (осъзнаването на мислите и вярванията) и търси разбиране за това как мозъкът става ум. Принос в този процес според него има основно родителят или грижещата се фигура, чрез която се реализира чувството за сигурност и се насърчава развитието на бебешкия ум. Теорията на ума се подкрепя от привързаността като детето вярва, че съществуващото в ума съществува по същия начин и в обективния свят. В следствие това се трансформира чрез детската игра и умът оформя и интерпретира кое е реално (Fonagy, 2001; Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996, цит. по Jurist, 2005). Умът на родителя и по-точно неговият начин на отразяването на емоциите спомага бебето да разбере, че другите също имат своите психични състояния (Jurist, 2010). Това ни отвежда към теорията на Bowlby за привързаността (attachment theory), около която Fonagy организира своята теория за ментализацията. Той определя качеството на интеракциите дете – родител за водещ фактор в развитието на капацитета за ментализация. Детето наблюдава и регистрира отношението, присъствието и грижите на значимите фигури. Също така то интернализира способностите на възрастния да отразява неговите афекти. Разбирането и свързването с другия реализира идеята за привързаността. Проблемни отношения или травми от ранното детство, довели до несигурна привързаност, могат да компроментират капацитета за ментализация и това да има негативно влияние върху афективната преработка или да е причина за редица психични разстройства (Fonagy et al.,

2012, цит. по Ханчева, 2019). Въз основа на това Fonagy разработва своя модел за разбиране на характеристиките на граничната личностова патология (Fonagy & Bateman, 2007).

Fonagy свързва ментализацията с регулирането на афектите, т.е. разбирането на значението на собствените афективни състояния и свързването им с телесната проява. Това той нарича *ментализирана афективност* (Атанасов, 2007), която е определяна е и като маркер за зрялост на индивида (Ханчева, 2019, стр. 49). Емоционалната регулация се свързва с имплицитни и експлицитни процеси, реализирани чрез наблюдение, оценка, промяна на емоциите или по-конкретно чрез осъзнаването и идентифицирането им, което от друга страна е същността на ментализацията. В този контекст Jurist ни представя своята теория за ментализирана афективност, в която постулира, че афективната регулация разчита на способността за ментализация (Jurist, 2005, цит. по Greenberg, Kolasi, Hegsted, Berkowitz & Jurist, 2017). Според нея емоциите не просто се регулират, те се променят поради смисъла им. Затова е важно да се мисли и разсъждава върху тези процеси, като се взимат предвид и фактори като преживявания от детството или настоящия контекст на индивида. Именно по този начин се подпомага разбирането им и съответно се подобрява бъдещия афективен опит. В рамките на теорията си Jurist предлага три основни аспекта на емоционалната регулация (Jurist, 2005). Първият – идентифициране на емоциите (Identifying) – включва разбиране и осмисляне на емоциите. При него може да се намери отговор на въпроса „Защо се чувствам по този начин?“ в контекста на личната история. Идентифицирането способства за установяване на връзка между отделно преживяни афекти. Следва обработване на емоциите (Processing), при което се променят (по интензивност и продължителност) и регулират емоциите. Важен акцент е, че влиянието на даден афект може да се трансформира. Възможно е усъвършенстване на афектите в зависимост от задълбочаването

в сложността им. Изразяване на емоциите (Expressing) е третият описан аспект. При него се извършва съобщаването, вербално или не, на мислите и чувствата. Свързан е с междуличностното общуване и получаването на обратна връзка от заобикалящата среда. Аспектите са последователни като процеси и предишният емоционален опит има значение за реализирането им. Не на последно място, тези три елемента са свързани с контрола на емоциите по следния начин: идентифицирането – с началната му поява; обработването – с актуализирането му; изразяването – с резултатите от манифестирането му. Така посоченото идентифициране на елементите на ментализираната афективност прави изследването й по-достъпно. В този контекст Скалата за ментализирана афективност е подходящ инструмент в клинично-изследователската практика, за да се разбере кои пациенти имат афективни затруднения и как да се „култивира“ у тях ментализирана афективност. Използван в лонгитюдни изследвания, особено в болнична среда, инструментът би дал информация за напредъка на терапията (Greenberg, Kolasi, Hegsted, Berkowitz & Jurist, 2017).

Известни са редица изследвания, хипотезиращи връзка между слаба способност за ментализация и определени патологични състояния. Fonagy and Bateman (2007) допускат, че влошеното качество на ментализацията е предпоставка за развитието на гранично личностово разстройство. Greenberg, Kolasi, Hegsted, Berkowitz & Jurist (2017) изследват как ментализираната афективност се свързва с 18 психични разстройства, в т.ч. тревожни, личностови и хранителни разстройства, депресия и др. Bouchard & Lecours (2008, цит. по Gubb 2013) предполагат, че negliжирани деца ще имат затруднения с капацитета за ментализация и себерегулацията. Двупосочната връзка между злоупотребата с психоактивни вещества и ментализацията е обект на изследване за Allen, Fonagy & Bateman (2008, цит. по Савов, 2016). В литературата не бяха открити данни, подкрепящи категорична връзка между нисък капацитет за

ментализация и заболяването диабет. Важно е да припомним, че ментализацията е фундаментална за разбирането на психосоматичното функциониране. Fonagy and Moran (1994, цит. по Taylor, Bagby & Parker, 1999) смятат, че диабетно болните не могат да произведат мисловни репрезентации за себе си и грижешите се фигури от детството. Това от своя страна води до трудности в афективната регулация.

Тук е мястото да споменем отново работата на учените от Парижкия институт по психосоматика (Institut de Psychosomatique), които предполагат, че пациенти с нисък капацитет за ментализация ще демонстрират високи нива на алекситимия (Krystal, 1997; McDougall, 1986, цит. по Gubb, 2013). Такива пациенти трудно различават и изразяват както своите, така и чуждите, афекти и чувства. Ментализацията може да бъде компрометирана в зависимост от обстоятелства, в които е поставен индивидът, както и от степента на стрес и тревожност (Ханчева, 2019). Fonagy, Gergely, Jurist, Target (2002) правят предположение, че хората, интерпретиращи като катастрофални симптомите на тревожност като сърцебиене, куркане на черва, задух – основни аспекти на чувствителността към тревожност, имат метареизентации за емоционалното си състояние, но това не може да ограничи интензивността им чрез символизиране. Отдават това на съществуващите вече репрезентации, свързани с отразяването от страна на родителя или грижешката се фигура и създадени в ситуации на дистрес.

Увеличаващото се разпространение и огромната социална значимост на заболяването диабет дават основания да се постави на дневен ред и темата за емоционалното функциониране на тези пациенти. Изследванията на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализация при диабетно болни не са особено много на брой. От друга страна важноста на трите конструкта все повече нараства и придобива значение за терапията. В допълнение, алекситимията и чувствителността към тревожност са

приети за предиктори на изхода от лечение, което е важно при избора на терапия. Ментализацията като конструкт, свързан със саморегулацията, конотира с капацитета за разбиране на собствения свят и установяване на адекватно социо-емоционално функциониране. Всичко това дава основания за по-задълбочено изследване на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализация при индивиди, страдащи от диабет. Разширяването на познанието би подпомогнало ново мислене и задълбочено разбиране на тази клинична популация, а също и увеличаване на изследователската работа.

Цели и задачи

Целите на настоящето изследване са: (1) Да се проверят нивата на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност при болни от диабет и здрави лица; (2) Да се проучи съществуват ли връзки между алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност при болни от диабет и здрави лица.

Във връзка с дефинираните цели **задачите**, които си поставихме в рамките на настоящето изследване, са: (1) събиране на данни за нивата на алекситимията, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност при болни от диабет и здрави лица; (2) изследване на връзките между алекситимия и чувствителност към тревожност; алекситимия и ментализирана афективност и чувствителност към тревожност и ментализация при болни от диабет и здрави лица.

Хипотези

Предполагаме, че при изследваните лица с диабет ще се наблюдават по-високи нива на алекситимия и чувствителност към тревожност и по-ниски нива на ментализирана афективност спрямо контролната група. По отношение на взаимовръзката между конструктите очакваме: положителна връзка между нивата на алекситимия и чувст-

вителност към тревожност; ниските нива на ментализирана афективност да се свържат с по-високите нива на алекситимия и на чувствителност към тревожност.

Метод

Участници

Извадката на текущото изследване включва общо 60 изследвани лица, разпределени в две групи: клинична група - лица, диагностицирани с диабет тип I или тип II, и контролна група - здрави лица без поставена диагноза диабет. Критериите, на които трябва да отговарят изследваните лица, са следните: да са навършили 18 години и да са на повече от 60 години; да имат минимум завършено основно образование; да могат да четат на български език; да нямат други медицински заболявания или психични разстройства с оглед влиянието и връзката им с алекситимията и чувствителността към тревожност. За клиничната група друг основен критерий беше диабетът да е основна диагноза, а не в следствие на други ендокринни заболявания, което се контролираше чрез информация от историята на заболяването на всеки пациент, предоставена ни от старшата сестра на отделието. Изследването беше проведено между октомври 2019 г. и януари 2020 г., след получаване на одобрение от Комисията по етика на научните изследвания към департамент „Когнитивна наука и психология“, НБУ.

В клиничната група 23.3% (N=7) са мъже и 76.7% (N=23) са жени. Средната възраст на лицата е 45.87 (SD = $\pm$ 7.83, диапазон 29 – 59), като медианата е 46, а модата е 56. 36.7% (N=11) от тях са със средно образование, 50% (N=15) са завършили висше, а 13.3% (N=4) имат основно образование. В контролната група 36.7% (N=11) са мъже и 63.3% (N=19) са жени. Средната възраст на лицата е 39.30 (SD = $\pm$ 10.24, диапазон 23 - 59), като медианата е 37, а модата е 29. 16.7% (N=5) от тях са със средно образование, 83.3% (N=25) са завършили висше.

Процедура

Събирането на данни за лицата, страдащи от диабет, извършихме в Клиника по Ендокринология към Университетска специализирана болница за активно лечение „Софиямед“, гр. София и в Клиника по диабет към Университетска болница за активно лечение по Ендокринология „Акад. Иван Пенчев“, гр. София. Изследваните лица бяха на стационарно лечение и изследователските сесии се провеждаха в болничните стаи – самостоятелни или за по три лица. Оказано бе съдействие от страна на старшите сестри и в двете отделения, които първоначално питаха пациентите дали са съгласни да участват в изследването.

След получаване на съгласие давахме изчерпателни разяснения за целите и процедурата на изследването и предоставяхме бланка за информирано съгласие за участие. След прочитане всяко изследваното лице и изследователят подписваха две копия, като едно от тях оставаше за изследваното лице. Напомняно бе за доброволния характер на участието, за възможността за отказ по всяко време и за почивка в случай на умора или емоционален дискомфорт. Обяснено бе, че при необходимост могат да бъдат насочени за консултация към лекуващия им лекар. На отделен лист изследователят попълваше данни за пол, възраст, образование и тип диабет, съобщавани устно от изследваните лица. След това една по една подавахме бланките на въпросниците Скала за алекситимия от Торонто, Индекс за чувствителност към тревожност и Скала за ментализирана афективност. За всяка скала бяха дадени инструкции за попълване, а именно да се избере степента на съгласие с всяко твърдение, така както най-точно описва начина на мислене, чувстване и поведение на изследваното лице. Във всяка бланка също са написани съответните инструкции. Всеки пациент имаше своя маса, на която уединено да попълва въпросниците. Попълнените бланки се предаваха на изследователя.

Събирането на данни за лицата от контролната група извършихме в НБУ и в офиса на голяма корпорация в гр. София. И в двете организации изследването се проведе на места, където да не се смущава вниманието и концентрацията изследваните лица. Процедурата по разяснението и попълването на въпросниците беше същата като при клиничната група. Обяснено бе, че при необходимост могат да бъдат насочени за консултация към клиничен психолог. На отделен лист изследователят попълваше данни за пол, възраст, образование, съобщавани устно от изследваните лица. Липсата на диагноза диабет се отбелязваше с изписване на „контрола“ (от контролна група) в позицията тип диабет от бланката.

Инструменти

За целите на настоящето изследване събрахме демографски данни за изследваните лица (възраст, пол, образование) и по отношение оценката на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност използвахме методики с широко приложение в клиничната практика.

Скала за алекситимия от Торонто (TAS – 20: Toronto Alexithymia Scale – 20, Bagby, Parker, Taylor, 1994) е ревизирана версия на 26-айтемната Toronto Alexithymia Scale. Представява самооценъчна скала, състояща се от 20 айтема, оценявани по 5-степенна Ликертова скала от „силно несъгласен“ до „силно съгласен“. Оригиналната структура на скалата е три факторна – (F1) трудности в идентифицирането на чувства, (F2) трудности в описанието на чувства, (F3) външно ориентирано мислене (Bagby, Parker & Taylor, 1994, цит. по Попов, Пседерска, Пенева, Бозгунов, Василев, Неделчев, & Василева, 2016). Скалата съдържа и реверсирани айтеми.

Индекс за чувствителност към тревожност (Anxiety Sensitivity Index) – Скалата измерва чувствителност към тревожност, а не самата тревожност (Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986, цит. по Попов,

Пседерска, Пенева, Бозгунов, Василев, Неделчев, & Василева, 2016). Състои се от 16 айтема, включващи твърдения, оценяващи страха от негативна социална оценка („За мен е важно да контролирам емоциите си“), страха от физическите симптоми („Страх ме е, когато имам сърцебиене“) и страха от когнитивни/психологически симптоми („Когато не мога да се съсредоточа, се притеснявам, че полудявам“). Чрез 5-степенна Ликертова скала (много малко, малко, до известна степен, много, напълно) се измерва съгласието на изследваните лица с всяко посочено твърдение. Високи стойности по скалата отразяват по-силни отрицателни усещания при изпитването на тревожност и съответно по-високи нива на чувствителност към тревожност. Въпросникът е в процес на адаптация в България, преведен е от английски на български от екипа на Български институт по зависимости (БИЗ) при спазване на правилата за прав и обратен превод до постигане на удовлетворително сходство с оригинала. Също така е част от изследователската батерия на научен проект, разработен и провеждан от Института. Използването на въпросника е със съдействието и съгласието на БИЗ.

Скала за ментализирана афективност (MAS, Greenberg, Kolasi, Hegsted, Berkowitz, & Jurist, 2017) се състои от 60 айтема, оценявани по 7-степенна Ликертова скала от „напълно несъгласен“ до „напълно съгласен“. Измерва емоционалната афективност по три дименсии: (1) идентифициране – изследване и осмисляне на смисъла на емоциите; (2) обработване – промяна и регулация на емоциите; (3) изразяване – съобщаване на мисли и емоции. Трите аспекта се свързват с теорията за ментализираната афективност, която постулира капацитета за ментализация като основен фактор на афективната регулация. Въпросникът е в процес на адаптация за българската популация.

За оценка на вътрешната консистентност на въпросниците в настоящата извадка изчислихме α на Кронбах. Използвахме и по-надежден метод за оценка на

вътрешна консистентност и хомогенност – изчисляване на средната корелация между айтемите в скалите (Clark & Watson, 1995), тъй като α на Кронбах се влияе от броя на айтеми и е консистентно по-ниска в по-кратки скали. Изведеният от Clark & Watson (1995) критерий за вътрешна консистентност е приемливи стойности на средна корелация между айтемите да попадат между .15 и .50.

Скала за алекситимия от Торонто (TAS – 20) демонстрира добра вътрешна консистентност за тази извадка със следните резултати: за общата скала ($\alpha = .852$), за подскала Трудности в идентифицирането на чувства ($\alpha = .773$), за подскала Трудности в описването на чувства ($\alpha = .709$) и за подскала Външно ориентирано мислене ($\alpha = .730$). По отношение на средните корелации между айтемите резултатите отговарят на изведения от Clark & Watson (1995) критерий за вътрешна консистентност – за общата скала ($r = .228$), за подскала Трудности в идентифицирането на чувства ($r = .336$), за подскала Трудности в описването на чувства ($r = .328$) и за подскала Външно ориентирано мислене ($r = .264$). В табл. 1 са представени всички посочени резултати за общата извадка, както и по отделно за двете изследвани групи.

Добра вътрешна консистентност ($\alpha = .880$) за тази извадка демонстрира и Скала за оценка на чувствителност към тревожност. Средните корелации между айтемите ($r = .313$) попаднаха в интервала по Clark & Watson. Табл. 2 представя всички посочени резултати за общата извадка, както и по отделно за двете изследвани групи.

Резултатите на Скала за оценка на ментализирана афективност (MAS) също демонстрират добра вътрешна консистентност за тази извадка със следните резултати: за *общата скала* ($\alpha = .827$), за подскала Идентифициране на емоциите ($\alpha = .928$), за подскала Обработване на емоциите ($\alpha = .582$) и за подскала Изразяване на емоциите ($\alpha = .752$). По отношение на средните корелации между айтемите ре-

Таблица 1

Алфа на Кронбах и средна корелация между айтемите на Скала за оценка на АЛЕКСИТИМИЯ ОТ ТОРОНТО (TAS-20)

TABLE 1

CRONBACH'S ALPHA AND MEAN INTER ITEM CORRELATION OF THE TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20)

	Извадка	Алфа на Кронбах	Средни корелации между айтемите
TAS-20 Трудности в идентифицирането на чувства	Контролна група	.773	.336
	Клинична група	.685	.162
	Обща извадка	.773	.336
TAS-20 Трудности в описването на чувства	Контролна група	.799	.445
	Клинична група	.608	.223
	Обща извадка	.709	.328
TAS-20 Външно ориентирано мислене	Контролна група	.703	.274
	Клинична група	.613	.174
	Обща извадка	.730	.264
TAS-20 Обща стойност	Контролна група	.820	.210
	Клинична група	.739	.127
	Обща извадка	.852	.228

Таблица 2

Алфа на Кронбах и средни корелации между айтемите на Скала за оценка на чувствителност към тревожност

TABLE 2

CRONBACH'S ALPHA AND MEAN INTER ITEM CORRELATION OF ANXIETY SENSITIVITY INDEX (ASI)

	Извадка	Алфа на Кронбах	Средни корелации между айтемите
Индекс за чувствителност към тревожност – Обща стойност	Контролна група	.857	.280
	Клинична група	.875	.296
	Обща извадка	.880	.313

зултатите отговарят на изведения от Clark & Watson (1995) критерий за вътрешна консистентност - за общата скала ($r = .148$), за подскала Идентифициране на емоциите ($r = .347$), за подскала Обработване на емо-

циите ($r = .210$) и за подскала Изразяване на емоциите ($r = .178$). В табл. 3 са представени всички посочени резултати за общата извадка, както и по отделно за двете изследвани групи.

ТАБЛИЦА 3
АЛФА НА КРОНБАХ И СРЕДНИ КОРЕЛАЦИИ МЕЖДУ АЙТЕМИТЕ НА СКАЛА
ЗА ОЦЕНКА МЕНТАЛИЗАЦИЯ (MAS)

TABLE 3
CRONBACH'S ALPHA AND MEAN INTER ITEM CORRELATION OF MENTALIZED AFFECTIVITY SCALE (MAS)

	Извадка	Алфа на Кронбах	Средни корелации между айтемите
MAS Идентифициране на емоциите	Контролна група	.943	.421
	Клинична група	.905	.281
	Обща извадка	.928	.347
MAS Обработване на емоциите	Контролна група	.509	.385
	Клинична група	.725	.108
	Обща извадка	.582	.210
MAS Изразяване на емоциите	Контролна група	.841	.274
	Клинична група	.638	.105
	Обща извадка	.752	.178
MAS Обща стойност	Контролна група	.795	.245
	Клинична група	.814	.069
	Обща извадка	.827	.148

Резултати

Обработката на данните се извърши чрез статистическата програма SPSS, версия 19.0. За анализ на данните бяха използвани следните статистически методи:

- описателни статистики за демографските променливи (възраст, пол, образование) и за нивата на нивата на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност;
- за проверка на хипотезите: t-тест за оценка на междугрупови различия в нивата на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност;
- корелационни анализи за оценка на връзките между конструктите в клиничната и контролната група.

Описателните статистики на данните, отнасящи се до демографските характеристики на участниците в настоящата извадка, са представени в табл. 4. Данните представляват средни стойности и стандартни отклонения (в скоби), а за категориалните променливи – процентно разпределение.

Описателните статистики на инструмента за оценка на алекситимия (TAS-20) в настоящата извадка са представени в табл. 5. Разгледани са общите стойности и стойностите, получени по трите фактора в двете групи изследвани лица.

В табл. 6 са представени описателните статистики на инструмента за оценка на чувствителност към тревожност в настоящата извадка, като са разгледани общите стойности в двете групи изследвани лица.

Таблица 4

ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗСЛЕДВАНИТЕ ЛИЦА В КЛИНИЧНАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА.
ГРУПОВИ РАЗЛИКИ ПО ПРОМЕНЛИВИТЕ ВЪЗРАСТ, ПОЛ, ОБРАЗОВАНИЕ

TABLE 4

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS IN THE CLINICAL AND THE CONTROL GROUP.
GROUP DIFFERENCES BY AGE, GENDER, EDUCATION

		Клинична група	Контролна група	P
Възраст		45.87 (7.83)	39.30 (10.24)	.007
Пол	Мъже	23.3%	36.7%	-
	Жени	76.7%	63.3%	-
Образование	Основно	13.3%	0%	-
	Средно	36.7%	16.7%	-
	Висше	50.0%	83.3%	-

Таблица 5

ОПИСАТЕЛНА СТАТИСТИКА НА СКАЛАТА ЗА ОЦЕНКА НА АЛЕКСИТИМИЯ (TAS-20)

TABLE 5

DESCRIPTIVE STATISTICS OF TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20)

		Брой	Средна стойност (SD)	Мин.	Макс.	Мода	Медиана
TAS-20 Трудности в идентифицирането на емоции	Контролна група	30	12.43 (3.32)	7.00	24.00	11.00	12.50
	Клинична група	30	18.50 (3.95)	12.00	28.00	18.00	18.00
TAS-20 Трудности в описването на емоции	Контролна група	30	10.23 (3.22)	5.00	22.00	9.00	10.00
	Клинична група	30	12.40 (3.76)	6.00	21.00	10.00	12.00
TAS-20 Външно- ориентирано мислене	Контролна група	30	16.23 (4.24)	8.00	24.00	16.00	16.00
	Клинична група	30	21.67 (5.36)	12.00	32.00	24.00	22.00
TAS-20 Обща стойност	Контролна група	30	38.90 (8.46)	25.00	59.00	40.00	39.50
	Клинична група	30	52.57 (9.80)	35.00	73.00	51.00	52.00

Заб.: Удебелени са значимите разлики.

ТАБЛИЦА 6
Описателни статистики на Скалата за оценка на чувствителност към тревожност.

TABLE 6
DESCRIPTIVE STATISTICS OF ANXIETY SENSITIVITY INDEX (ASI)

		Брой	Средна стойност (SD)	Мин.	Макс.	Мода	Медиана
Индекс за чувствителност към тревожност	Контролна група	30	17.77 (8.37)	2.00	44.00	15.00	16.50
	Клинична група	30	23.67 (12.03)	2.00	49.00	21.00	21.50

Заб.: Удебелени са значимите разлики.

ТАБЛИЦА 7
Описателни статистики на Скалата за оценка на ментализирана афективност (MAS)

TABLE 7
DESCRIPTIVE STATISTICS OF MENTALIZED AFFECTIVITY SCALE (MAS)

		Брой	Средна стойност (SD)	Мин.	Макс.	Мода	Медиана
MAS Идентифициране на емоциите	Контролна група	30	131.60 (22.48)	79.00	167.00	113.00	133.00
	Клинична група	30	117.20 (25.02)	59.00	149.00	100.00	125.50
MAS Обработване на емоциите	Контролна група	30	118.07 (25.96)	47.00	214.00	107.00	118.50
	Клинична група	30	106.30 (14.59)	81.00	138.00	86.00	106.00
MAS Изразяване на емоциите	Контролна група	30	61.33 (11.37)	26.00	91.00	56.00	60.50
	Клинична група	30	54.40 (11.32)	32.00	77.00	53.00	54.00
MAS Обща стойност	Контролна група	30	311.00 (44.06)	185.00	394.00	285.00	311.50
	Клинична група	30	277.90 (30.25)	203.00	339.00	245.00	282.00

Заб.: Удебелени са значимите разлики.

Описателните статистики на инструмента за оценка на ментализирана афективност (MAS) в настоящата извадка са представени в табл. 7. Разгледани са общите стойности и стойностите, получени по трите фактора в двете групи изследвани лица.

На следващия етап от изследването беше използван t-тест за независими извадки, за да проверим дали има разлика между клиничната и контролна група по отношение нивата на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност.

При конструкта алекситимия изследваните лица се различаваха значимо по Общата стойност на скалата за оценка на алекситимия, $t(58) = -5.780$, $p = .000$. По отношение на скалата за Трудности в идентифицирането на емоции диабетно болните показваха по-високи стойности в сравнение с контролната група, $t(58) = -6.437$, $p = .000$. По отношение на скалата за Трудности в описването на емоции диабетно болните показваха по-високи стойности в сравнение с контролната група, $t(58) = -2.394$, $p = .020$. По отношение на скалата за Външно ориентирано мислене диабетно болните показваха по-високи стойности в сравнение с

контролната група, $t(58) = -4.355$, $p = .000$. Резултатите са представени в табл. 8.

Анализът на данните при проверката на различията в нивата на чувствителност към тревожност между двете групи показва, че изследваните лица се различаваха значимо по Общата стойност на скалата за оценка на Чувствителност към тревожност, $t(58) = -2.205$, $p = .031$. В табл. 9 са представени разликите между групите по чувствителност към тревожност.

Резултатите за нивата на ментализирана афективност сочат, че изследваните лица се различаваха значимо по общата стойност на скалата за оценка на ментализи-

ТАБЛИЦА 8

РАЗЛИКИ МЕЖДУ ГРУПИТЕ В НИВАТА НА АЛЕКСИТИМИЯ

TABLE 8

GROUP DIFFERENCES IN LEVELS OF ALEXITHYMIA

		Брой	Средна стойност	Ст. отклонение	Ниво на значимост
TAS-20 Трудности в идентифицирането на емоции	Контролна група	30	12.43	3.32	.000
	Клинична група	30	18.50	3.95	
TAS-20 Трудности в описването на емоции	Контролна група	30	10.23	3.22	.020
	Клинична група	30	12.40	3.76	
TAS-20 Външно-ориентирано мислене	Контролна група	23	16.23	4.24	.000
	Клинична група	21	21.67	5.36	
TAS-20 Обща стойност	Контролна група	23	38.90	8.46	.000
	Клинична група	21	52.57	9.80	

Заб.: Удебелени са значимите разлики.

ТАБЛИЦА 9

РАЗЛИКИ МЕЖДУ ГРУПИТЕ В НИВАТА НА ЧУВСТВИТЕЛНОСТ КЪМ ТРЕВОЖНОСТ

TABLE 9

GROUP DIFFERENCES IN LEVELS OF ANXIETY SENSITIVITY

		Брой	Средна стойност	Ст. отклонение	Ниво на значимост
Индекс за чувствителност към тревожност	Контролна група	30	17.77	8.37	.031
	Клинична група	30	23.67	12.03	

Заб.: Удебелени са значимите разлики.

рана афективност, $t(58) = 3.392$, $p = .001$. По отношение на скалата за Идентифициране на емоции диабетно болните показва по-ниски стойности в сравнение с контролната група, $t(42) = 2.345$, $p = .022$. По отношение на скалата за Обработване на емоции диабетно болните също показва по-ниски стойности в сравнение с контролната група, $t(42) = 2.164$, $p = .035$. И по отношение на скалата за Описване на емоции диабетно болните показва по-ниски стойности в сравнение с контролната група, $t(42) = 2.366$, $p = .021$. Резултатите са представени в табл. 10.

Получените резултати подкрепят очакванията, формулирани в хипотезите, касаещи различията между групите в нивата на трите конструкта.

Бяха проведени корелационни анализи, за да бъдат оценени връзките между дименсиите и общите стойности на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност. Резултатите

от корелационните анализи са разделени на две секции – изчислени са корелационните коефициенти за търсените връзки за клиничната ($N = 30$) и за контролната ($N = 30$) група.

Между нивата на алекситимия и чувствителност към тревожност неочаквано не бяха открити значими взаимовръзки и при двете групи изследвани лица. Връзките са представени в табл. 11 и табл. 12.

От данните при търсенето на връзки между алекситимия и ментализирана афективност в клиничната група се установи отрицателна корелация между скалите:

- MAS Идентифициране на емоции и TAS-20 Външно-ориентирано мислене;
- MAS Изразяване на емоции и всички дименсии на Скалата за оценка на алекситимия TAS-20 с изключение на TAS-20 Външно-ориентирано мислене;

ТАБЛИЦА 10

РАЗЛИКИ МЕЖДУ ГРУПИТЕ В НИВАТА НА МЕНТАЛИЗИРАНА АФЕКТИВНОСТ

TABLE 10

GROUP DIFFERENCES IN LEVELS OF MENTALIZED AFFECTIVITY

		Брой	Средна стойност	Ст. отклонение	Ниво на значимост
MAS Идентифициране на емоциите	Контролна група	30	131.60	22.48	.022
	Клинична група	30	117.20	25.02	
MAS Обработване на емоциите	Контролна група	30	118.07	25.96	.035
	Клинична група	30	106.30	14.59	
MAS Изразяване на емоциите	Контролна група	23	61.33	11.37	.021
	Клинична група	21	54.50	11.32	
MAS Обща стойност	Контролна група	23	311.00	44.06	.001
	Клинична група	21	277.90	30.25	

Заб.: Удебелени са значимите разлики.

ТАБЛИЦА 11

Връзка между Алекситимия и чувствителност към тревожност в контролна група

TABLE 11

ASSOCIATION BETWEEN ALEXITHYMIA AND ANXIETY SENSITIVITY IN THE CONTROL GROUP

	TAS-20 Трудности в идентифицирането на емоции	TAS-20 Трудности в описването на емоции	TAS-20 Външно- ориентирано мислене	TAS-20 Обща стойност
Индекс за чувствителност към тревожност (обща стойност)	.101	.286	-.179	.059

Забележка: Корелацията е значима на ниво 0.01 (2-tailed)

ТАБЛИЦА 12

Връзка между Алекситимия и чувствителност към тревожност в клинична група

TABLE 12

ASSOCIATION BETWEEN ALEXITHYMIA AND ANXIETY SENSITIVITY IN THE CLINICAL GROUP

	TAS-20 Трудности в идентифицирането на емоции	TAS-20 Трудности в описването на емоции	TAS-20 Външно- ориентирано мислене	TAS-20 Обща стойност
Индекс за чувствителност към тревожност (обща стойност)	.280	.237	-.036	.184

Забележка: Корелацията е значима на ниво .01 (2-tailed). Корелацията е значима на ниво .05 (2-tailed).

ТАБЛИЦА 13

Връзка между Алекситимия и ментализирана афективност в клинична група

TABLE 13

ASSOCIATION BETWEEN ALEXITHYMIA AND MENTALIZED AFFECTIVITY IN CLINICAL GROUP

	TAS-20 Трудности в идентифицирането на емоции	TAS-20 Трудности в описването на емоции	TAS-20 Външно- ориентирано мислене	TAS-20 Обща стойност
MAS Идентифициране на емоциите	.239	-.027	-.657**	-.273
MAS Обработване на емоциите	-.321	-.175	.013	-.189
MAS Изразяване на емоциите	-.491**	-.681**	-.123	-.514**
MAS Обща стойност	-.406*	-.577**	-.011	-.391*

Забележка: ** Корелацията е значима на ниво .01 (2-tailed). * Корелацията е значима на ниво .05

- MAS Обща стойност и всички дименсии на Скалата за оценка на алекситимия TAS-20 с изключение на TAS-20 Външно-ориентирано мислене.

Връзките между алекситимия и ментализирана афективност в клиничната група са представени в табл. 13.

В контролната група Скала MAS Идентифициране на емоциите беше свързана отрицателно с всички дименсии на Скалата TAS-20; Скала MAS Обработване на емоциите корелира отрицателно с всички дименсии на Скалата TAS-20, с изключение на TAS-20 Външно – ориентирано мислене; при Скала изразяване на емоциите се

установи отрицателна връзка с всички дименсии на Скалата TAS-20, с изключение на TAS-20 Външно – ориентирано мислене; Скала MAS Обща стойност беше свързана отрицателно с всички дименсии на алекситимия. Данните са представени в табл. 14.

При корелационния анализ, с който бе проверено дали при двете групи изследвани лица ще се наблюдава връзка между чувствителност към тревожност и ментализирана афективност, такава не се откри с изключение на отрицателна корелация между скалите Индекс за чувствителност към тревожност Обща Стойност и MAS Изразяване на емоции в контролната група. Връзките между двата конструкта са представени в табл. 15 и табл. 16.

Таблица 14

Връзка между алекситимия и ментализирана афективност в контролна група

TABLE 14

ASSOCIATION BETWEEN ALEXITHYMIA AND MENTALIZED AFFECTIVITY IN CONTROL GROUP

	TAS-20 рудности в идентифицирането на емоции	TAS-20 Трудности в описването на емоции	TAS-20 Външно- ориентирано мислене	TAS-20 Обща стойност
MAS Идентифициране на емоциите	-.394*	-.386*	-.657**	-.631**
MAS Обработване на емоциите	-.373*	-.432*	-.041	-.331
MAS Изразяване на емоциите	-.491**	-.681**	-.123	-.514**
MAS Обща стойност	-.547**	-.627**	-.391*	-.649**

Забележка: ** Корелацията е значима на ниво .01 (2-tailed). * Корелацията е значима на ниво .05

Таблица 15

Връзка между чувствителност към тревожност и ментализирана афективност в клинична група

TABLE 15

ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY SENSITIVITY AND MENTALIZED AFFECTIVITY IN CLINICAL GROUP

	MAS Идентифициране на емоции	MAS Обработване на емоции	MAS Изразяване на емоции	MAS Обща стойност
Индекс за чувствителност към тревожност (обща стойност)	.228	-.329	-.204	-.046

Забележка: Корелацията е значима на ниво .01 (2-tailed). Корелацията е значима на ниво .05 (2-tailed).

ТАБЛИЦА 16
ВРЪЗКА МЕЖДУ ЧУВСТВИТЕЛНОСТ КЪМ ТРЕВОЖНОСТ И МЕНТАЛИЗИРАНА
АФЕКТИВНОСТ В КОНТРОЛНА ГРУПА

TABLE 16
ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY SENSITIVITY AND MENTALIZED AFFECTIVITY IN THE CONTROL GROUP

	MAS Идентифициране на емоции	MAS Обработване на емоции	MAS Изразяване на емоции	MAS Обща стойност
Индекс за чувствителност към тревожност (обща стойност)	.028	-.125	-.385*	-.159

Забележка: **Корелацията е значима на ниво .01 (2-tailed). * Корелацията е значима на ниво .05 (2-tailed).

Дискусия

Целите на това изследване бяха да се проверят нивата на алекситимия, чувствителност към тревожност и ментализирана афективност при индивиди, страдащи от диабет и здрави лица, както и да се проучи съществуват ли връзки между конструктите в двете групи изследвани лица. Резултатите от изследването показаха високи нива на алекситимия и чувствителност към тревожност и ниски нива на ментализирана афективност по отношение на диагностицираните с диабет лица в сравнение със здравите. Важно е да отбележим, че това потвърждение може да се дължи действително на връзката на диагнозата с конструктите, но може и да се демонстрира поради малкия брой изследвани лица.

Очакваната положителна връзка между алекситимия и чувствителност към тревожност не беше демонстрирана и в двете изследователски групи. Също така и в двете групи не се установи връзка между чувствителност към тревожност и ментализирана афективност. Това отново може да бъде обяснено с малкия обем на извадката или с възможността реално да не съществуват такива връзки.

Потвърждението на допускането за високи нива на алекситимия при пациентите с диабет подкрепя твърдението за специфики в психичното им функциониране. Резултатите са консистентни на предишни

проучвания, които докладват за слаборазвито въображение и трудно изразяване на емоциите при лица с диагноза диабет (Abramson, McClelland, Brown & Kelner, 1991). От друга страна, тревожността на пациентите, характерна за диагнозата им (Grigsby et al., 2002) или емоционалният дистрес от болничния престой биха могли да бъдат обяснение за високите нива на алекситимия и тя да е израз на състоянието им (Taylor & Bagby, 2004, цит. по Григорова, 2017).

Успешното извличане на трифакторната структура на инструмента за настоящата извадка можем да обясним със спецификата на клиничната група (Попов, Пседелерска, Пенева, Бозгунов, Василев, Неделчев, & Василева, 2016). Освен това можем да считаме, че психометричните качества и на трите инструмента ги правят подходящи в диагностичната практика.

Отчетените високи резултати по фактора TAS-20 Външно ориентирано мислене, който отразява идеята за фактологично мислене (Marty & de M'Uzan, 1962, цит. по Aisenstein & Smadja, 2010), могат да се отнесат към твърдението на Sifneos (1996, цит. по Григорова, 2017), че това е една от характеристиките на психосоматичните пациенти без оглед на конкретно заболяване. Както бе споменато, диабетът е една от болестите, която също се счита за такъв тип заболяване.

Демонстрираните високи нива на чувствителност към тревожност при лица с по-

ставена диагноза диабет е потвърждение, че тези индивиди имат вярвания за собствените си телесни симптоми и усещания като застрашаващи живота им. Както твърди Reise (1991, цит. по Lerew, 1999), един от основните фактори за развитие на реакции на тревожност е чувствителност към болест и това също дава основания, с които да *обясним* получените резултати. Тези данни са консистентни и на предишни изследвания установили, че при пациенти с хронични заболявания, какъвто е и диабетът, показали високи нива на алекситимия, са високи и нивата на чувствителност към тревожност (Cox, Kuch, Parker, Shulman & Evans, 1994, цит. по Devine, Stewart & Watt, 1999). Чувствителността към тревожност се разглежда като преморбиден фактор за развитие на тревожна патология (Reiss, 1991, цит. по Lerew, 1999) и отчетените ѝ високи нива при лицата в клиничната група биха могли да се свържат с установената вече по-висока тревожност на пациентите (Grigsby et al., 2002).

Макар и резултатите да не демонстрират връзка между алекситимия и чувствителност към тревожност, изказваме предположението, че в по-голяма извадка ще се открие. На това навеждат предишни изследвания, както и твърдението, че като алекситимични личности индивидите с диабет отчитат неправилно соматичното си състояние, което се демонстрира с високите нива на чувствителност към тревожност, получени в настоящето изследване.

Установените ниски нива на ментализирана афективност в клиничната група може да свържем с трудностите в афектната регулация, характерни за тези пациенти и описани от Fonagy and Moran (1994, цит. по Taylor, Bagby & Parker, 1999). Потвърждението на очакването ни индивидите с диабет да покажат по-ниски нива на ментализирана афективност ни позволява да реферираме резултатите към изводите на Krystal и McDougall (1997; 1986, цит. по Gubb, 2013), че пациенти с нисък капацитет за ментализация ще демонстрират високи нива на алекситимия. В прицелната

изследвана група връзките между алекситимия и ментализирана афективност са значими, с най-силно изразена свързаност на MAS Изразяване на емоции и TAS-20 Трудности в идентифицирането; MAS Изразяване на емоции и TAS-20 Трудности в описването, както и на общия бал по двете скали. Тези функции могат да са влошени както поради травматичната ситуация, в която са пациентите, а именно болничното лечение, така и от индивидуалния опит на всеки пациент с диагнозата.

Въпреки потвърждението на голяма част от хипотезите, обемът на извадките е твърде малък за генерализации и окончателни потвърждения, но имаме основания да смятаме, че изследваните конструкти имат връзка с диагнозата и влияние върху психичното функциониране на диабетно болните.

ОГРАНИЧЕНИЯ

В обсъждането на резултатите от настоящето изследване е необходимо да се вземат предвид редица ограничения. Основното от тях е малкият брой изследвани лица. Както бе отбелязано, това затруднява извличането на по-генерални обобщения за популацията на индивиди с диабет. Друго ограничение, което смятаме за важно, е сложността на конструктите. Въпреки даваните допълнителни разяснения, голяма част от пациентите докладваха за затруднения. Не бива да се пропуска и факта, че две от методиките са в процес на адаптация на български език. Към това се добавя и самооценъчността, която също оказва влияние върху изследването на конструктите и особено в клиничната група може да бъде опосредствявана от дългия опит на пациентите с болестта, която може да доведе до характерни дефицити в ресурсите за интроспекция.

Съществено ограничение е и болничната среда, в която бяха събрани данните за индивидите с диабет. Дистресът, който изпитват пациентите по време на престоя си, се отчита като фактор, повлияващ и вероятно пречещ на изследването.

Отбелязваме ограничения в още две посоки – липса на сходство по отношение на степента на образование на изследваните лица в двете групи и разлика в средната възраст в групите (45.87 г. за клиничната група и 39.30 г за контролната група). Въпреки сходния диапазон на възрастта (23-59 г. за контролната група и 29 – 59 г. за клиничната група), чувствителна е разликата в модата (56 г. за клиничната група и 29 г. за контролната), което дава основания възрастта да бъде отчетена като ограничаващ фактор, тъй като изследваните лица се намират в значително различни житейски етапи, което също дава отражение върху оценката на собствения психичен свят.

ПРЕПОРЪКИ ЗА БЪДЕЩИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Необходимо е в бъдещи изследвания резултатите да бъдат сравнявани и спрямо типа диабет, тъй като съществуват данни, че пациенти с диабет тип I биха могли да са диагностицирани с едно или повече психични заболявания.

Увеличаването на броя изследвани лица ще подпомогне постигането на по-високо сходство по отношение на демографските характеристики (пол, възраст и образование).

В допълнение бъдещи изследвания могат да включват по-детайлизирано изследване на психосоматичната симптоматика, на личностова организация при индивиди, страдащи от диабет, както и да бъдат включени друг тип методики с по-ясно изразена експлоративност като клинични интервюта и проективни тестове. Това би осветлило в по-големи мащаби психичното функциониране на тези пациенти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проведеното изследване демонстрират, че индивидите с диагноза за диабет се характеризират с по-високи нива на алекситимия и чувствителност към тревожност и по-ниски нива на ментализирана афективност спрямо здрави

лица. Данните потвърждават необходимостта от бъдещи изследвания в областта на психичното функциониране на индивиди, страдащи от диабет. Задълбочаването на познанието в тази област би могло да подпомогне лечението и намаляване на тежестта на протичане на болестта чрез разработване на индивидуализирани техники за психологична работа с пациентите. Разбирането на емоционалното функциониране на индивидите, диагностицирани с диабет, е възможност да се подобри качеството на живота им чрез редуциране на физиологическата симптоматика и предоставяне на адекватна психологична подкрепа.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Атанасов, Н.** (2007). Ментализация и референтна активност: психоаналитични измерения на познанието. *Годишник на Департамент Когнитивна наука и психология*, НБУ, 111-128
2. **Григорова, Т.** (2017). Алекситимия или трудността да мислим за чувствата. *Психологични изследвания*, 20(1), 37-43.
3. **Иванов, К.** (2012). Оценка на психосоматичния риск в психологичното консултиране. ВСУ „Черноризец Храбър“, Университетско издателство.
4. **Попов, В., Пседерска, Е., Пенева, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Неделчев, Д., Василева, Ж.** (2016). Психометрични характеристики на българската версия на самооценъчната скала за алекситимия от Торонто (TAS-20; Toronto Alexithymia Scale-20). *Психологични изследвания*, 2(19), 25-41.
5. **Пседерска, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Неделчев, Д., Георгиева, В., Василева, Ж.** (2016). Възникване, развитие и значимост на конструкта алекситимия. В сб. *Приложна психология и социална практика*, Варна, ВСУ „Черноризец Храбър“, 2016.
6. **Савов, Св.** (2016). Ментализация и личностова организация при хероинозависими пациенти. Автореферат на дисертационен труд. *Департамент Когнитивна наука и психология*, НБУ.
7. **Ханчева, К.** (2019). Ментализация и ранни етапи на социо-емоционално развитие. Университетско издателство „Св. Климент Охридски“

8. Abramson, L., McClelland, D. C., Brown, D., Kelnner, J. S. (1991). Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(8), 490 – 494.
9. Aisenstein, M., Smadja, C. (2010). Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 621 – 640.
10. Clark, L. A. & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological assessment*, 7(3), 309 – 319.
11. De Gucht, V., Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 425 – 434.
12. Devine, H., Stewart, S. H. & Watt, M. C. (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 145 – 158.
13. Fonagy, P., Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83 – 101.
14. Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Int. J. Psycho Anal*, 77, 217 – 234.
15. Greenberg, D. M., Kolasi, J., Hegsted, C. P., Berkowitz, Y. & Jurist, E. L. (2017). Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. *PloS one*, 12(10).
16. Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1053 – 1060.
17. Gubb, K. (2013). Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice. *The Psychoanalytic Review*, 100(1), 103 – 142.
18. Jurist E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426.
19. Jurist, E. L. (2010). Mentalizing minds. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 289 – 300.
20. Lecours, S. & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855 – 875.
21. Lerew, D. R. (1999). *Anxiety sensitivity and psychological vulnerability*. Uniformed Services University Of The Health Sciences Bethesda United States.
22. Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J. & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22 – 28.
23. Lumley, M. A., Stettner, L. & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 505 – 518.
24. Lustman, P. J., Griffith, L. S., Clouse, R. E. & Cryer, P. E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 736 – 742.
25. Marty, P. (1968). A major process of somatization: The progressive disorganization. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 49: 246 – 249.
26. Mikolajczak, M. & Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation?. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1399 – 1408.
27. Nash, J. (2014). Understanding the psychological impact of diabetes and the role of clinical psychology. *Journal of Diabetes Nursing*, 18(4), 137 – 142.
28. Nemiah J, Sifneos P. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorder. Book: In Modern trends in Psychosomatic Medicine, ed. Ow H. Vol. Vol 2. 1970, London UK: Butterworths. 26-34.
29. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22: 255 – 262.
30. Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
31. Timoney, L. R. & Holder, M. D. (2013). *Emotional processing deficits and happiness: Assessing the measurement, correlates, and well-being of people with alexithymia*. Springer Science & Business Media.
32. Wilkinson, D. G. (1981). Psychiatric aspects of diabetes mellitus. *The British Journal of Psychiatry*, 138(1), 1 – 9.
33. Winnicott, D. W. (1966). Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 510 – 516.
34. World Health Organisation (2016). WHO Global report on diabetes: A summary. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 1(1), 3.

REFERENCES

1. **Atanasov, N.** (2007). Mentalizatsia i referentna aktivnost: psihoanalitichni izmerenia na poznanieto. *Godishnik na Departament Kognitivna nauka i psihologia*, NBU, 111 – 128. [Mentalization and reference activity: psychoanalytic dimensions of self-knowledge, *Yearbook of the Department of Cognitive Science and Psychology*, New Bulgarian University, 111 – 128.], (in Bulgarian).
2. **Grigotova, T.** (2017). Aleksitimia ili trudnostta da mislim za chuvstvata. *Psihologichni izsledvania*, 20(1), 37-43. [Alexithymia or how difficult is to think about feelings, *Psychological Research*, Volume 20, Part 1, 2017, 37 – 43], (in Bulgarian).
3. **Ivanov, K.** (2012). Otsenka na psihosomatichtnia risk v psihologichnoto konsultirane. VSU "Chernorizetz Hrabar", Universitetsko izdatelstvo. [Assessment of psychosomatic risk in psychological counseling. Varna Free University "Chernorizetz Hrabar"], (in Bulgarian).
4. **Popov, V., Psederska, E., Peneva, E., Bozgunov, K., Vasilev, G., Nedelchev, D., Vasileva, Zh.** (2016). Psihometrichni harakteristiki na balgarskata versia na samootsenachnata skala za aleksitimia ot Toronto (TAS-20; Toronto Alexithymia Scale-20). *Psihologichni izsledvania*, 19(2), 25-41. [Psychometric Characteristics of the Bulgarian Version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), *Psychological Research*, Volume 19, Part 2, 2016, 25-41], (in Bulgarian).
5. **Psederska, E., Bozgunov, K., Vasilev, G., Nedelchev, D., Georgieva, V., Vasileva, Zh.** (2016). Vaznikvane, razvitie i znachimost na konstrukta aleksitimia. Sbornik Prilozhna psihologia i sotsialna praktika, Varna, VSU "Chernorizetz Hrabar". [Origin, development and significance of the alexithymia construct. Collection *Applied Psychology and Social Practice*, Varna Free University "Chernorizetz Hrabar", University Press, 2016], (in Bulgarian).
6. **Savov, Sv.** (2016). Mentalizatsia i lichnostova organizatsia pri heroinizavisimi patsienti. Avtoreferat na disertacionen trud. Departament Kognitivna nauka I psihologia, NBU. [Mentalization and personality organization in heroin addicted patients. Abstract of PhD Thesis, Department of Cognitive Science and Psychology, New Bulgarian University, 2016], (in Bulgarian).
7. **Hancheva, K.** (2019). Mentalizatsia i ranni etapi na sotsio – emotsionalno razvitie. Universitetsko izdatelstvo "Sv. Kliment Ohridski". [Mentalization and early stages of socio - emotional development. University Press "Sv. Kliment Ohridski", 2019], (in Bulgarian).
8. **Abramson, L., McClelland, D. C., Brown, D., Kelner, J. S.** (1991). Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(8), 490 – 494.
9. **Aisenstein, M., Smadja, C.** (2010). Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 621 – 640.
10. **Clark, L. A. & Watson, D.** (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological assessment*, 7(3), 309 – 319.
11. **De Gucht, V., Heiser, W.** (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 425 – 434.
12. **Devine, H., Stewart, S. H. & Watt, M. C.** (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 145 – 158.
13. **Fonagy, P., Bateman, A. W.** (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83 – 101.
14. **Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E. & Target, M.** (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Int. J. Psycho Anal*, 77, 217 – 234.
15. **Greenberg, D. M., Kolasi, J., Hegsted, C. P., Berkowitz, Y., & Jurist, E. L.** (2017). Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. *PloS one*, 12(10).
16. **Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J.** (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1053 – 1060.
17. **Gubb, K.** (2013). Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice. *The Psychoanalytic Review*, 100(1), 103 – 142.
18. **Jurist, E. L.** (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426.
19. **Jurist, E. L.** (2010). Mentalizing minds. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 289 – 300.
20. **Lecours, S. & Bouchard, M. A.** (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855 – 875.
21. **Lerew, D. R.** (1999). *Anxiety sensitivity and psychological vulnerability*. Uniformed Services

- es University Of The Health Sciences Bethesda United States.
22. **Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J. & Hermes, S.** (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22 – 28.
 23. **Lumley, M. A., Stettner, L. & Wehmer, F.** (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 505 – 518.
 24. **Lustman, P. J., Griffith, L. S., Clouse, R. E. & Cryer, P. E.** (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 736 – 742.
 25. **Marty, P.** (1968). A major process of somatization: The progressive disorganization *Internat. J. Psycho-Anal.*, 49: 246 – 249
 26. **Mikolajczak, M. & Luminet, O.** (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1399 – 1408.
 27. **Nash, J.** (2014). Understanding the psychological impact of diabetes and the role of clinical psychology. *Journal of Diabetes Nursing*, 18(4), 137 – 142.
 28. **Nemiah J, Sifneos P.** Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorder. Book: In Modern trends in Psychosomatic Medicine, ed. Ow H. Vol. Vol 2. 1970, London UK: Butterworths. 26 – 34.
 29. **Sifneos, P. E.** (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22: 255 – 262.
 30. **Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D.** (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
 31. **Timoney, L. R. & Holder, M. D.** (2013). *Emotional processing deficits and happiness: Assessing the measurement, correlates, and well-being of people with alexithymia*. Springer Science & Business Media.
 32. **Wilkinson, D. G.** (1981). Psychiatric aspects of diabetes mellitus. *The British Journal of Psychiatry*, 138(1), 1 – 9.
 33. **Winnicott, D. W.** (1966). Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 510 – 516.
 34. **World Health Organisation** (2016). WHO Global report on diabetes: A summary. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 1(1), 3.

Maya IGNATOVA,

Bachelor of Psychology, student in the MA program Clinical Psychology – Psychoanalytic Perspective, Department of Cognitive Science and Psychology, New Bulgarian University
BULGARIA, Sofia 1618, 21 Montevideo blv.

ignatovamaya@gmail.com

Svetoslav SAVOV,

PhD, assistant professor at the department of Cognitive Science and Psychology, New Bulgarian University
BULGARIA, Sofia 1618, 21 Montevideo blv.

ssavov@nbu.bg