



НОВ БЪЛГАРСКИ УНИВЕРСИТЕТ

Департамент „Когнитивна наука и психология”

**МЕНТАЛИЗАЦИЯ И ЛИЧНОСТОВА
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИ ХЕРОИНОЗАВИСИМИ
ПАЦИЕНТИ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

Научна специалност: 050601 Обща психология

Светослав Светославов Савов

Научен ръководител:

доц. д-р Никола Атанасов

Рецензенти:

проф. д-р Цанка Попзлатева

доц. д-р Емилия Алексиева

София, 2016г.

Дисертационният труд е обсъден в департамент „Когнитивна наука и психология”, Нов български университет, и е насочен за защита пред комисия в състав:

Председател: доц. д-р Емилия Алексиева (Нов български университет)

Членове: доц. д-р Никола Атанасов (Нов български университет)

проф. д-р Цанка Попзлатева (Софийски университет „Св. Климент Охридски”)

доц. д-р Павлина Петкова (Варненски свободен университет)

доц. д-р Диана Циркова (Бургаски свободен университет)

Обем: 166 страници

Литература: 263 източника

Графики: 25

Таблицы: 31

Приложения: 3

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 2016г. отч. в зала на Нов български университет.

Материалите по защитата са публикувани в уебстраницата на Нов български университет и са на разположение на интересуващите се в 401к. – 1 корпус.

Резюме

Ментализацията е форма на когнитивно-афективна себерегулация, при която телесната възбуда се свързва с психични представи и бива вербализирана. Клиничният опит показва, че наркозависимите пациенти се провалят в този процес, в резултат на което страдат от преживявания на свръхвъзбуда и откъснатост от чувствата. Въз основа на тези наблюдения си поставихме за цел да получим оценка на личностовата организация и афективната ментализация при пациенти с хероинова зависимост, както и да потърсим връзки между измеренията на личностовата организация и качеството на ментализация. Проведохме емпирично изследване, съчетаващо количествена и качествена методология. Изследвани бяха 30 хероинозависими пациенти в амбулаторно лечение и контролна група, паралелна по възраст, пол и образование. Изполваните изследователски инструменти са Структурирано интервю за личностова организация 1.07 (СИЛО) и инструментите за контент анализ Схема за вербална преработка на афекта 7 (СВПА) и Измерител за идентификацията на афективните съдържания 2 (ИИАС). Резултатите показват значими различия между хероинозависимите пациенти и контролната група при всички измервани дименсии на личностовата организация, както и при основни области от вербалната преработка на афектите. Капацитетът за афективна ментализация се оказва значимо свързан с нивото личностова организация. Тези резултати са дискутирани от гледна точка на представените теоретични модели и следствията за терапевтична работа в био-психосоциалния модел.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Резюме.....	1
Списък на таблиците.....	4
Списък на графиките.....	5

ПЪРВА ГЛАВА

ВЪВЕДЕНИЕ

1. Въведение.....	6
2. Цели и задачи.....	9
3. Психоаналитичната изследователска традиция.....	9
3.1 Характеристики на изследванията на наративи и контент анализа.....	13
3.2 Значение на полуструктурираното интервю в клиничните изследвания.....	15

ВТОРА ГЛАВА

НАРКОЗАВИСИМОСТИ

1. Основни дефиниции, диагностика и разпространение.....	19
2. Развитие на психоаналитичните теории за наркозависимостите.....	21

ТРЕТА ГЛАВА

ЛИЧНОСТОВА ОРГАНИЗАЦИЯ

1. Гранично личностово разстройство: диагностика и коморбидност.....	27
2. Психоаналитичен подход към класификация на личностовата патология и зависимостите.....	30
3. Корени на личностовата патология и зависимостите в ранното психично развитие.....	36
4. Емпирични изследвания на личностовата организация.....	45

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА

МЕНТАЛИЗАЦИЯ

1. Ментализация: въведение.....	49
2. Нива на анализ и психоаналитични корени на понятието.....	49
2.1 Психично представяне на нагоните.....	49
2.2 Психична преработка, мислене.....	50
2.3 Афективна регулация.....	53
3. Интердисциплинарни подходи към ментализацията.....	60
4. Съвременни психоаналитични подходи.....	63
4.1 Рефлексивно функциониране.....	63
4.2 Вербална преработка на афекта.....	69
4.3 Референтна активност.....	73
4.4 Емпирични изследвания на ментализацията.....	75
5. Дискусия.....	79

**ПЕТА ГЛАВА
ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЧНОСТОВАТА ОРГАНИЗАЦИЯ И
ВЕРБАЛНАТА ПРЕРАБОТКА НА АФЕКТА ПРИ ХЕРОИНОЗАВИСИМИ
ПАЦИЕНТИ**

1. Увод.....	84
2. Хипотези.....	85
3. Дизайн и процедура.....	85
4. Изследвани лица.....	86
5. Методи.....	89
5.1 Инструменти.....	89
5.1.1 Структурирано интервю за личностова организация 1.07 (СИЛО).....	89
5.1.2 Схема за вербална преработка на афекта 7 (СВПА)	94
5.1.3 Измерител за идентификацията на афективните съдържания (ИИАС)	98
6. Резултати.....	99
6.1 Анализ на надеждността на използваните инструменти.....	99
6.1.1 СИЛО.....	99
6.1.2 СВПА и ИИАС.....	101
6.2 Описателна статистика.....	102
6.2.1 СИЛО.....	102
6.2.2 СВПА и ИИАС.....	110
6.3 Проверка на хипотезите.....	123
7. Дискусия.....	129
8. Ограничения и възможности за бъдещи изследвания.....	132
9. Заключение.....	134
Литература.....	136
Справка на научните и приложни приноси в дисертационния труд.....	150
Научни публикации.....	151
Приложения.....	152
• Вътрешна надеждност на скалите на СИЛО по айтеми.....	153
• Форма за отговори (СИЛО).....	156
• Бланка за информирано съгласие.....	165

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Въведение в темата

Настоящият дисертационен труд представлява теоретико-емпирично изследване на измеренията на ментализацията и личностовата организация при хероинозависими пациенти. Класическото разбиране за ментализацията произлиза от френската психосоматична школа и се отнася до когнитивно-афективна трансформация, при която телесната възбуда се свързва с представи и думи (Lecours & Bouchard, 1997). Наркозависимите пациенти се провалят в тази функция - те не успяват да регулират емоциите си и често се преживяват като залети от непоносимо болезнени афекти или лишени и откъснати от чувствата си. От тази гледна точка теорията за ментализацията представлява особен интерес в работата със зависими пациенти.

Другият основен конструкт, обект на настоящето изследване - личностовата организация, е дефиниран от Kernberg (1975) като „стабилна, предимно несъзнавана и динамично организирана структура, която обединява ранни преживявания и нагонни структури”. Понятието се отнася до съдържания и процеси като обектни отношения, защитни механизми и несъзнаваните измерения на представите за Аз-а и обектите. Личностовата организация се простира от изключително разстроена (психотична), през сравнително ориентирана към реалността (гранична) до добре структурираната невротична организация. Наркозависимите пациенти най-често се свързват с функциониране в модела на граничната личностова организация.

Цели и задачи:

Стремежът ни в настоящето изследване е да проучим тези два основни психологически фактора във функционирането на хероинозависимите пациенти.

Поставихме си следните цели и задачи:

Цели:

- 1) оценка на личностовата организация и ментализацията при хероинозависими пациенти

- 2) изследване на връзки между измеренията на личностовата организация и качеството на ментализация.

Задачи:

- 1) Да се предложи теоретичен модел за концептуален анализ на поставените проблеми.
- 2) Да се дефинират критерии, според които да се формира група изследвани лица с хероинова зависимост.
- 3) Да се подберат лица с хероинова зависимост, които да формират клиничната група.
- 4) Да се определят от гледна точка на изследването релевантни характеристики на клиничната група, въз основа на които да се подбере контролна група.
- 5) Да се изследват двете групи със съответните методики.
- 6) Да се сравнят резултатите на двете групи изследвани лица.

Структура и съдържание на дисертационния труд

Тъй като изхождаме от психоаналитичната перспектива, още в първа глава е засегнат въпросът за научния статут на психоанализата и проблемите пред провеждането на психоаналитично ориентирани изследвания, включително чрез полуструктурирани интервюта и анализ на наративи. Във втора глава е разгледан клиничният синдром „наркозависимост” в неговите психиатрични и диагностични аспекти. Проследена е логиката в развитието на теориите за наркозависимостите, която следва и еволюцията на общата психоаналитична теория. В трета глава разглеждаме патологичните личностови организации, наблюдавани при хероинозависими пациенти, и ги свързваме с дефицитите на ранното психично развитие. Четвърта глава е посветена на ментализацията и обединява класически понятия като психична преработка, афективна регулация, свързване на нагони и представи и др. Дискутирани са най-влиятелните съвременни психоаналитични модели за ментализацията и са изведени техни следствия за разбирането на наркозависимостите. Последните две глави

резюмират проведени до момента емпирични изследвания. Пета глава представя изследване на личностовата организация и вербалната преработка на афекта при хероинозависими пациенти, съчетаващо количествена и качествена методология. Дисертацията завършва с обобщение на получените резултати и очертава следствия за психодиагностиката и терапевтичната работа.

Актуалност

Професионалистите от областта на психичното здравеопазване често гледат с предразсъдък към наркозависимите пациенти и по този начин игнорират клиничната реалност, че зависимостта не е морална категория, а психиатрично заболяване. Впечатляващо е, че дълбокият страх от изследване на емоционалните фактори и вътрешните конфликти често преследва не само злоупотребяващите с наркотици, но и тези, които се стремят да им помогнат, а и обществото като цяло, което често се задоволява със социално-икономически обяснения на този проблем. Последствията от него обаче са мащабни и Khantzian (2002) - може би най-влиятелният психоаналитичен изследовател в областта, определя зависимостите като „най-разпространения социален и психично здравен проблем на нашето време”. По данни на Националния център по наркомании (2014), 30 000 българи са зависими от хероин, а броят на употребяващите психоактивни вещества е значително по-висок.

КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ПЪРВА ГЛАВА

ВЪВЕДЕНИЕ

Тъй като теоретичният и емпиричен подход в настоящето изследване е психоаналитично ориентиран, разгледахме някои основни позиции, свързани с психоаналитичната изследователска традиция, засягащи в частност дилемата „количествени-качествени изследвания”. Съществува тенденция психоаналитичните

клиницисти да разглеждат емпиричните изследвания като „акумулиране на количествена информация без значителна полза”, а изследователите често определят клиничната теория като сбор от „неясни формулировки, неподатливи на емпирична проверка” (Galatzer-Levy, 1997). Някои възможни обяснения за тази поларизация, както и за „застоя” в развитието на изследователска методология след Фройд, може да бъдат потърсени в корените на психоанализата, а именно в клиничната ѝ рамка (Cartwright, 2004): терапевтичните цели по начало засенчват нуждата от заимстване на мултидисциплинарна изследователска методология, тъй като рамката се приема сама по себе си като метод за изследване на несъзнавани процеси. Недостигът на разработена изследователска методология води до нарастваща изолация от останалите научни и терапевтични дисциплини. Очевидно е все пак, че през последните десетилетия се наблюдава силно свиване на поларизацията по отношение на изследванията. Както посочва Galatzer-Levy (1977), дихотомията клиника/изследвания е подвеждаща. Въпросът е не „дали”, а как биха могли да бъдат провеждани смислени изследвания с реален принос към психоаналитичната теория и практика. Явен е, например, засиленият интерес към т.нар. концептуални изследвания и валидизацията на психоаналитични конструкти. Не е изненадващо също така, че емпиричните изследвания в общата психология подкрепят фундаментални психоаналитични понятия като несъзнаваната мотивация, значението на вътрешно психичния конфликт, влиянието на ранно детските преживявания и др. (Lowder, Hansell & McWilliams, 2008). В следствие на това вече се наблюдава и интеграция на разнообразие от подходи: рандомизирани контролирани изследвания, натуралистични изследвания, формализирани изследвания на единичен случай, неврофизиологични методи др.

ВТОРА ГЛАВА

КАТЕГОРИЯТА НАРКОЗАВИСИМОСТ

Основни дефиниции, диагностика и разпространение

Wurmser (1980, p.71) дефинира наркозависимостта като „форма на злоупотреба с вещества, при която е налице значителна субективна психологическа нужда да се

възобновява или продължава използването на психоактивни вещества, въпреки възможните вредни последствия, които тази употреба влече в социален, правен, соматичен или психологически план”. Диагностичните критерии по отношение това психиатрично разстройство са поведенчески неспецифични, защото не поведенческият модел, неговата цел, честота или социална приемливост са факторите, които определят дали той може да се определи като пристрастеност, а как този поведенчески модел повлиява живота на индивида (Goodman, 1993). Двете водещи психиатрични класификации DSM-V (APA, 2013) и МКБ-10 (СЗО, 1998) описват зависимостта като синдром от психични, поведенчески и физиологични симптоми, показващи, че индивидът продължава употребата на определено вещество въпреки свързаните с него значими проблеми (Benjamin & Sadock (Eds.), 2000). И двете класификации търсят три или повече специфични диагностични критерии в 12-месечен период.

Развитие на психоаналитичните теории за наркозависимостите

Развитието на психоаналитичните идеи за наркозависимостите отразява цялостната еволюция в теорията. Първите опити за тяхното разбиране се основават на ранната либидна теория и развиването на подобна симптоматика се обяснява основно с регрес към орални фиксации (Abraham, 1926; Radó, 1928). Работата на Glover (1932) оказва значим принос с хипотезата, че наркотикът може да се използва и „прогресивно” (в контраст с преобладаващата тогава гледна точка за регресивното задоволяване), за да предпазва субекта от примитивни садистични импулси или дори от психоза. Тези идеи водят до две следствия: първо, авторите започват да обръщат сериозно внимание на нарцистичните аспекти във функционирането на наркозависимите, като сексуалните и „удоволствени” аспекти на употребата се разглеждат по-скоро като защитни отговори на тези подлежащи проблеми; второ, Khantzian (1987) предлага своята „себелечебна” хипотеза, която описва функциите, развитието и значението на зависимостта в цялостната психична организация на субект с разстроен капацитет за вербализация и символизация.

ТРЕТА ГЛАВА

ЛИЧНОСТОВА ОРГАНИЗАЦИЯ

Данните показват, че пациенти, диагностицирани с личностови и поведенчески разстройства, са два пъти по-склонни да развият и разстройство с употреба на психоактивни вещества (Aleman, 2007). Наличието на гранично личностово разстройство обикновено се свързва с по-тежка злоупотреба, започнала на по-ранна възраст. То се характеризира с постоянен модел на затруднена емоционална регулация и импулсен контрол, както и нестабилност в отношенията и представата за себе си (Skodal et al., цит. по Bateman & Fonagy, 2004).

Граничната личностова организация, обект на непрестанен интерес в психоаналитичната литература през последните повече от 60 години, се разглежда като трайна форма на психопатология между невротичната и психотичната, обхващаща латентните психози с псевдоневротична симптоматика и полисимптоматичните личностови разстройства (Лапланш и Понталис, 2009, стр. 79). Тези пациенти не страдат от хаотичността и дезорганизацията в преценката на реалността, свързани с психотичните състояния, но демонстрират липса на свързаност и стабилност във връзките и афективната регулация, които по дефиниция присъстват при невротичните пациенти.

Gunderson & Singer (1975, цит. по Raifman, 1984) извеждат шест основни за граничните пациенти диагностични характеристики, които обикновено наблюдаваме и при пациенти с наркозависимост:

1. Интензивен афект, обикновено депресивен (анхедоничен) или враждебен
2. История на импулсивно поведение
3. Вид социална адаптивност, при която се наблюдава постигане на цели и осъзнатост за другите, но по-скоро под формата на маскирана мимикрия
4. Кратки психотични реакции
5. Разкъсано мислене в неструктурирани ситуации

- б. Връзки, колебаещи се между преходна повърхностност и интензивна зависимост.

Проведени са поредица изследвания на личностова организация и нейните дименсии, целящи количествена оценка на регистрираните в клиничната практика феномени. Walter et al. (2009) стигат до извода, че граничните пациенти показват по-високи нива на тревожност, депресивност и разстройство на идентичността в сравнение с пациентите с голям депресивен епизод без личностово разстройство. Dammann et al. (2011) демонстрират, че типичните емоции, които граничните пациенти споделят, са тъга, гняв и тревожност. Пациентите с депресивен епизод от своя страна демонстрират по-голямо разнообразие от емоции - както щастие, така и тъга и тревожност. Граничните пациенти се характеризират с повърхностна представа за себе си, акцентираща върху алтруизма, чувствителността и страданието. Авторите на изследването намират в тези данни потвърждение на психоаналитичните теории за разстройство в идентичността и обектните отношения. Rentrop et al. (2013) интервюират 50 пациенти, хоспитализирани в токсикология, и откриват, че всички пациенти имат поне едно разстройство от втора ос на DSM, като 100% от пациентите се намират в нивото на граничната личностова организация, според оценка от Структурираното интервю за личностова организация (СИЛО).

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА

МЕНТАЛИЗАЦИЯ

Използвано от Claparède още през 1928г., понятието ментализация е възприето в следствие от френския психоаналитик Marty, който го разглежда от гледна точка на обедняване на психичните функции в психосоматичната икономика. В своето преобразуване на понятието водещият психоаналитичен изследовател и клиницист Peter Fonagy интегрира вътрешните афективни компоненти с емпиричния, външно ориентиран когнитивен фокус (Choi-Kain & Gunderson, 2008). В една вече наложила се дефиниция ментализацията е разглеждана като „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, p. 4).

Fonagy смята, че провалите в ментализацията при пациентите с гранично личностово разстройство представляват дефицит на развитието, създаден в контекста на несигурна привързаност, като по този начин той основава теорията си върху работата на Bowlby. На базата на този модел Fonagy (2000) преразглежда разбирането за някои централни аспекти от психопатологията на граничните състояния. Импулсивността, например, се обяснява с неосъзнатост за собствените емоционални състояния, липсата на символни представи за тях и доминиране на предментализационни, ориентирани към действията стратегии.

В разбирането на ментализацията ние се придържаме към модела на Lecours & Bouchard (2011), които концептуализират ментализацията като интегративно понятие, което обхваща процесите на представяне, символизация и абстракция. Фокусиран върху развитието на мисловната активност посредством свързване на нагонния натиск в предсъзнавани представни мрежи, моделът на Bouchard & Lecours (2008) описва пътя, по който психичната преработка предотвратява директното разтоварване на възбудата през действия или соматизации. Тези автори поставят акцент върху ролята на представните механизми във вербалната афективна ментализация, а не толкова върху общата способност за ментализация на психични състояния, описана от Fonagy. Различните форми на импулсивност и соматизация се разглеждат като израз на акумулирани нагонни възбуди без придаден психичен смисъл.

Bouchard, Target, Lecours & Fonagy (2008) показват емпирично, че високото качество на вербална преработка на афекта и рефлексивно функциониране е значимо свързано с ограничение в броя диагнози от втора ос, и има по-голяма предсказваща стойност за тях от вида привързаност или дори патологията от първа ос. Това означава, че е по-вероятно тежко малтретирани индивиди да покрият критериите на DSM-IV за гранично личностово разстройство, ако тяхната рефлексивна функция е ниска. Сходни изследвания откриват умерена връзка между вида личностова организация и рефлексивното функциониране (Fischer-Kern et al., 2010).

Различните модели за ментализацията все още са предпазливо прилагани към проблема за зависимостите. В една от малкото публикации, засягащи този проблем,

Allen, Fonagy & Bateman (2008) описват двупосочна връзка между злоупотребата с психоактивни вещества и ментализацията. От една страна зависимостта и интоксикацията разстройват ментализацията, но от друга влошената способност за ментализиране на емоциите допринася за ригидни и импулсивни реакции, водещи от висока възбуда и склонност към злоупотреба с вещества. Емпиричната оценка на афективната ментализация на хероинозависими пациенти също остава отворен въпрос. В единственото ни известно изключение Levy & Truman (2002) показват, че при използващи кокаин майки, майчиното рефлексивно функциониране опосредства връзката между злоупотребата с психоактивни вещества и няколко показателя за психосоциалното развитие на децата (внимание, социални умения, отдръпване и др.).

В обобщение, ментализацията предоставя цялостен и убедителен модел, свързващ афективната регулация с клиничните симптоми. По този начин тя представлява една концептуална, но и емпирична връзка между мозъка и психиката, между основаната на доказателства медицина и психоаналитичната херменевтика.

ПЕТА ГЛАВА

ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЧНОСТОВАТА ОРГАНИЗАЦИЯ И ВЕРБАЛНАТА ПРЕРАБОТКА НА АФЕКТА ПРИ ХЕРОИНОЗАВИСИМИ ПАЦИЕНТИ

Увод

Както става ясно от предходните глави, емпиричните изследвания на личностовата организация на пациенти с хероинова зависимост са твърде оскъдни, като проведените до този момент се фокусират основно върху определени Аз-ови функции, но не и върху цялостна оценка на психичната структура. От друга страна липсват изследвания на капацитета за ментализация при тази клинична група. Наличните проучвания включват зависими пациенти в по-обширни психиатрични извадки, без да ги разглеждат като самостоятелна клинична група. Въз основа на тези наблюдения ние си поставихме за цел да извършим диференцирана емпирична оценка на личностовата

организация и качеството на афективна ментализация при хероинозависими пациенти, като я съпоставим със стойностите на контролна група.

Прегледът на литературата показва първи опити за търсене на връзки между личностовата организация, съпътстващи психиатрични разстройства и дефицитите на ментализацията при хетерогенни клинични извадки. Настоящото изследване продължава тази изследователска линия, като нашият фокус е върху взаимовръзки между дименсиите на личностовата организация, разграничени в модела на Kernberg, и вербалната преработка на афекта при зависими пациенти. Ние изхождаме от позицията, че зависимостта е патологично явление в контекста на цялостно разстройство в структурирането на личността, резултат от дефицити в ранното психично развитие. Тези дефицити са тясно обвързани с влошено развитие на капацитета за ментализация, разгръщане се именно в условията на „не достатъчно добра“ обгрижваща първична семейна среда. Формулирахме четири хипотези, като стъпихме както на представените теоретични модели за видовете личностова организация и нивата на афективна ментализация, така и на проведените до този момент изследвания, търсещи връзки между тези конструкти.

Хипотези

1. Хероинозависимите пациенти ще покажат значимо по-ниски резултати в сравнение с контролната група по отношение на дименсиите на личностовата организация.
2. Хероинозависимите пациенти ще покажат значимо по-ниски резултати за качеството на вербална преработка на афекта (ВПА) в сравнение с контролната група.
 - 2.1 Групата на хероинозависимите пациенти ще използва в по-голяма степен поведенчески и соматични канали за репрезентация на афектите, както и по-слабо ментализираните нива на вербална преработка на афекта.
3. Дименсиите на личностовата организация ще бъдат значимо свързани с качеството на вербална преработка на афекта.

Дизайн и процедура

Формирахме клинична група от 30 хероинозависими пациенти в амбулаторно лечение, които изследвахме със следните инструменти: 1) Структурирано интервю за личностова организация 1.07 (СИЛО), 2) Схема за вербална преработка на афекта 7 (СВПА), и 3) Измерител за идентификацията на афективните съдържания 2 (ИИАС).

СИЛО предоставя дименсионална оценка на личностовата организация, както и наратив, който се транскрибира, сегментира и кодира с помощта на двата инструмента за контент анализ - СВПА и ИИАС. Кодировката се използва за статистическа оценка на равнищата и каналите на вербално изразена афективност при всяко изследвано лице, в изследваната група като цяло, както и в рамките на различните афективни категории на ИИАС (тъга, любов към другите, гняв към другите и т.н.). Получените резултати от клиничната група съпоставихме със съответните стойности на здрава контролна група от 30 изследвани лица, паралелни по възраст, пол и образование. На следващия етап на анализ качеството на вербална преработка на афекта беше обвързано с видовете личностова организация в техните шест дименсии.

Интервютата са проведени в периода август, 2011г., - февруари, 2013г., от автора на изследването (Светослав Савов) - клиничен психолог с опит в работата с хероинозависими пациенти. Преди началото на изследването е проведена поредица от учебни интервюта, а работата със СИЛО е консултирана периодично (на живо и по и-мейл) с Barry Stern и John Clarkin – двама от авторите на инструмента.

Администрирането на СИЛО продължава между час и половина и два часа, като някои от интервютата са разделени на две части поради голямата им продължителност. Дължината на транскрибираните наративи е между 14 и 20 страници (със средна дължина от 16 страници). От изследваните лица е взето информирано съгласие за тяхното участие, като е потвърдено, че техен отказ няма да се отрази на лечението им. Интервютата са проведени в психологическите кабинети на МЦ „Хоризонт” и „Доверие за здраве”, гр. София.

Давана е следната стандартна инструкция: „Проведеното интервю ще бъде записано и съдържанието му ще бъде използвано за целите на психологическо изследване. Личните Ви данните ще бъдат пазени конфиденциални. Ще Ви задам поредица от въпроси относно Вашата житейска ситуация и личните Ви характеристики. Моля Ви

да отговорите на въпросите колкото е възможно по-открито и честно. В отговора мислете за обичайното Ви състояние през последните пет години. В някои случаи, може да Ви попитам допълнителни въпроси, за да уточня отговорите Ви, а в други случаи може да Ви прекъсна, докато говорите – обикновено ще правя това, защото вече разполагам с нужната информация, и тъй като е важно да приключим цялото интервю. Имате ли някакви въпроси?”

Интервютата се записват на аудио носител, след което се транскрибират изцяло според метода на Mergenthaler & Stinson (1992). Избраният описателно-интерпретативен подход следва принципите на методологията при изследвания, съчетаващи качествена и количествена оценка (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999).

Изследвани лица

Критерият за формиране на клиничната група е диагностицирана хероинова зависимост. Критериите за изключване са наличие на психотичен епизод или интоксикация (контролирана от екип на медицинския център чрез уринни тестове). Критериите за формиране на контролната група са липса на данни за злоупотреба с психоактивни вещества, както и паралелност по възраст, пол и образование спрямо клиничната група. За съставянето на контролната група е използвана „достъпна” извадка. Изследваните лица не са подбирани на случаен или представителен принцип. В изследването участват единствено българи и изводите от него са културно ограничени.

Изследвани са общо 60 лица – по 30 от всяка група. Средната възраст на изследваните лица в клиничната група е 29,9 години ($SD=\pm 4,19$, диапазон 22-38 години). Мнозинството (70%) са на възраст между 26 и 34 години. 13% са в началото на 20-те, а 17% са на възраст над 35 години. 15 от изследваните лица са от женски пол (50%). 3 (10%) изследвани лица са със основно образование, 23 (76,67%) – със средно, и 4 (13,33%) – с висше. 18 (60%) работят към момента на изследването. 13 (43,33%) от изследваните лица са омъжени/женени или обвързани, а 17 (56,67%) са необвързани. Средната продължителност на употреба на хероин е 11,3 години ($SD=\pm 4,01$, диапазон 5-20 години). Средната доза на метадон е 139,83ml ($SD=\pm 77,75$, диапазон 30-300ml).

Средната възраст на изследваните лица в контролната група е 29,3 години ($SD=\pm 5,08$, диапазон 20-44 години). Мнозинството (60%) са на възраст между 26 и 34 години. 23% са в началото на 20-те, а 17% са на възраст над 35 години. 15 от изследваните лица са от женски пол (50%). 3 (10%) изследвани лица са със основно образование, 17 (56,67%) – със средно, и 9 (30%) – с висше. 18 (60%) работят към момента на изследването. Може да се заключи, че двете групи са паралелни по възраст, пол и работна заетост, като се наблюдават минимални различия в степента на получена образователна степен.

Методи

Инструменти

СИЛО 1.07

Структурирано интервю за личностова организация 1.07 (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2006) предоставя ръководство за операционализирана оценка на организацията на личността в съответствие с психодинамичната концепция на Kernberg (1995) за трите нива на личностова организация – невротична, гранична и психотична. Интервюиращият и интервюираният заедно създават субективна перспектива върху „фактите”, т.е. акцентът се измества от фактологията към начина, по който изследваното лице реконструира определено събитие. Чрез изследване както поведенческия, така и вътрешния свят на пациента, СИЛО създава едновременно полисимптоматична картина и оценка на структурната организация на личността. Измерват се следните дименсии на личността:

1. **Идентичност:** описател на организацията и съдържанието на вътрешния свят на субекта.
2. **Качество на обектните отношения:** отнася се едновременно до качеството на междуличностните отношения, както и до естеството на индивидуалното вътрешно преживяване за себе си и другите във взаимодействие.
3. **Примитивни защити:** защитите са обичайни реакции, които субектът използва, за да се справя с тревожността.

4. **Справяне и ригидност:** справянето се отнася до способността на индивида гъвкаво и адаптивно да отговаря на ситуации, които са потенциално стресиращи. Ригидността се отнася до хронична склонност да се отговаря на потенциално стресиращи ситуации по автоматичен и стереотипен начин, който в някаква степен е и маладаптивен.

5. **Агресия:** отнася се до степента, в която вътрешният живот на индивида и неговото външно поведение са доминирани от агресия и защити срещу агресивността.

6. **Морални ценности:** Моралността се отнася до степента, в която субектът е интернализирал стабилни ценности и морал, които въздействат на неговото вътрешно преживяване и ръководят поведението му.

Айтемите започват с основен въпрос, последван от допълнения в зависимост от първоначалния отговор на изследваното лице. За повечето айтеми интервюиращият трябва да помоли изследваното лице да задълбочи утвърдителните си отговори чрез предоставяне на убедителен пример, след което се определя доколко даденото качество е характерно за изследваното лице, и степента, в която то причинява разстройство във функционирането му.

Всеки айтем (от общо 87) е оценяван по скала 0-2, като 0 отразява липсата на патология в изследваната от дадения въпрос характеристика, 2 отразява ясната наличност на патология, а 1 отразява междинен статус. Резултатите за всяка област и подскала в СИЛО са изчислени чрез усредняване на резултатите 0-2 за айтемите в тази конкретна област или подскала – това са т.нар. „аритметични скали“. В допълнение интервюиращият съставя 5-точкова оценка за всяка област и няколко допълнителни подскали на интервюто. 5-точковите скали определят интервала на здраве и патология за всяка оценявана секция. Те позволяват на интервюиращия, в зависимост от неговата или нейна клинична преценка, диференциално да придаде тежест на айтемите в рамките на дадена област при изчисляването на 5-точковия резултат.

Предимството на структурната оценка на СИЛО е, че съчетава феноменологичните (близки до преживяването) и метапсихологичните или структурни нива на описание. Skodal et al. (2002, цит. по Bateman & Fonagy, 2004) отбелязват, че в психодиагностиката на граничното личностово разстройство полуструктурираните интервюта постигат по-надеждни резултати от самооценъчните въпросници. Най-

сериозната трудност са индивидуалните различия в оценката, дължащи се на опита, теоретичната насоченост и други индивидуални характеристики на изследователите, поради което се налага и оценка на консенсусната надеждност на експертната оценка.

За целите на настоящето изследване е извършен превод на инструмента от двама преводачи, клинични психолози. Техните версии са сравнени, като различията са обсъдени с трети експерт. Поради липсата на сериозни различия в преводите не е предприет обратен превод на инструмента. Би следвало да се приеме, че СИЛО не може да бъде стандартизиран в традиционния смисъл на думата, тъй като всеки клиницист въвежда свой индивидуален подход в неговото провеждане (Clarkin, личен разговор). Проведените изследвания все пак недвусмислено показват, че инструментът предоставя добри възможности за надеждна и валидна оценка на личностовата организация (Hörz et al., 2010; Stern et al., 2010).

Схема за вербална преработка на афекта 7 (СВПА)

Схема за вербална преработка на афекта 7 (СВПА) (Lecours, 2013) (вж. таблица 2) е инструмент, пренасящ традицията на контент анализа в психоанализата. Скалата е разработена въз основа на теорията за ментализацията на Bouchard & Lecours (2008). Тя измерва вербалната преработка на афекта посредством изследване на наративи, които биват сегментирани и кодирани. СВПА се състои от две ортогонални измерения: 1) четири канала на изразяване на афекта - соматизация, двигателна активност, създаване на образи и вербализация; 2) пет нива на толериране и абстракция на афекта и неговите представи - експлозивна импулсивност, модулирана импулсивност (спонтанност), психично отхвърляне (екстернализация), абстрактно описание (присвояване) и смислова връзка.

Таблица 2: Схема за вербална преработка на афекта (СВПА 7)

	Соматизация	Двигателна функция	Създаване на образи	Вербализация
Смислова връзка	Сом5	Дв5	Обр5	Вер5
Присвояване (Абстрактно описание)	Сом4	Дв4	Обр4	Вер4
Екстериоризация (Психично отхвърляне)	Сом3	Дв3	Обр3	Вер3
Модулирана импулсивност (Спонтанност)	Сом2	Дв2	Обр2	Вер2
Експлозивна импулсивност (Отиграване)	Сом1	Дв1	Обр1	Вер1

Ще илюстрираме модалностите на представянето. Пациент, който споделя внезапно гадене и главоболие, използва соматичен канал, за да изрази афект чрез вербализация на вътрешно физиологично усещане. Двигателят канал включва позоваване на специфично поведение, което може да включва употреба на тялото (например, "Напих се и ударих жена ми") или по-високо ниво на удържане и по-абстрактни поведенческите нагласи ("Първоначално бях враждебен към жена ми"). Метафорите, фантазиите и сънищата често използват създаване на образи за комуникация на афект. В рамките на образния канал на по-ниско ниво на удържане човек може да чуе изрази като: "Виждам се как пронизвам детето ми с нож", до по-съответни, като: "Чувствах, че съм на път да избухна." Чрез канала за вербализация афектът се изразява на общоприет език. При по-ниско ниво на удържане имаме пациент, който импулсивно повтаря на колеги, почти крещейки, че шефът му е "тъпак", за разлика от по-удържана форма, използвана от друг служител, който успешно конфронтира ръководството в определена конфликтна ситуация.

Петте нива на толериране и абстракция на афекта и неговите представи показват „дълбочината“ на психичната преработка и нейното ниво на абстракция. Те съответстват на различни степени на удържане, толериране и диференциация на

афекта, както и на връзката на афективните изживявания със съответните представни компоненти (Beretta et al., 2006):

При нивото на експлозивна импулсивност удържането е минимално, тъй като афектът се изразява директно, без да преминава през мисълта. Експлозивната импулсивност кореспондира с непосредствено разтоварване на емоционално преживяване, което не е толерирано от субекта, и загуба на Аз-ов контрол. Това ниво е съвместимо с отиграването и клинични феномени като хистерична конверсия, парапраксис, халюцинация или соматизация. Например, „Исках да умра” се кодира по следния начин: (ver1-(cs)), където “cs” обозначава „агресия към себе си” или: „Наръгах го” – кодира се като (mot1-(ca)), където “ca” обозначава „агресия към другите”. Модулираната импулсивност съответства на ниво, в което афективното изразяване е спонтанно и импулсивно, но донякъде по-съответно и с по-добро поддържане на Аз-ов контрол. Например, „Той е толкова глупав” (ver2-(ma)), където „ma” обозначава „презрение към другите”. При ниво на екстернализация (външно изразяване или психично изхвърляне) афектът все още не е достатъчно толериран, за да бъде сметен за изцяло принадлежащ на селф-а, като собствено вътрешно психично, интимно, субективно изживяване. Субектът е дистанциран от афектите чрез обяснение на емоциите си и приписване на причинно-следствени връзки на събитията чрез генерализация и интелектуализация или чрез отнасяне към афекта като към „обект”. Например, „Депресията е такова мъчение” (v4g-(t)), където “t” обозначава “тъга”. Тук се използва допълнителен код “g” (генерализация), който сваля нивото до трето. При ниво на присвояване на афекта от селф-а и на неговото абстрактно описание афектът може да бъде понесен, удържан и считан за психично изживяване. Личността припознава своя афект и говори от първо лице. Например, „Аз съм му толкова ядосан” (v4-(ca)). Нивото на установяване на смислови връзки се счита за достигнато, когато са създадени смислови връзки между афектите, или между даден афект и дадена хипотеза за неговия смисъл. Афектът е толериран и свързан с други психични съдържания по интроспективен и хипотетичен начин, който звучи смислено за субекта. Например, „Бях прекалено учтив, за да избегна чувството на вина, че сънувах жена му” (ver5-(cu)), където “cu” обозначава „вина”.

Това са общо 20 възможни форми (4 канала X 5 нива), в които да се разположи дадено афективно изразяване. Те служат за изчисляване на коефициент за качеството на

афективната ментализация. СВПА се прилага върху вербален материал от психотерапевтични сесии или друг вид текстови данни (транскрибиран текст). Скалата се занимава с формалните аспекти на афективното изразяване, а не със специфичните съдържания (например, гняв, тъга и т.н.), които са обект на интерес в ИИАС.

Процедурата на оценяване включва две стъпки: афективните единици се идентифицират и след това кодират с СВПА. Те се състоят от части от транскрибта, които включват манифестираното обсъждане на афект. Обикновено са съставени от граматически независими изрази, които са част от изречение, или представляват самостоятелно изречение. Идентификацията на афективните единици е основана на широка дефиниция на афект, включваща изразяване на нагонни производни, както и емоции. Сегментирането се извършва консервативно и само недвусмислени примери за афективно изразяване се включват в анализа.

За да се контролира ефекта от дължината на интервюто, основната единица на анализ е пропорционален резултат: броят афективни единици в дадена област (например, ver_4 за вербалната модалност на ниво на присвояване) за дадена афективна категория (например, тъга), разделен на общия брой афективни единици. За опростяване на анализа 20-те основни категории се комбинират в резултат, простиращ се от 0,25 до 4. На всяка модалност се приписва определено тегло (вербално = 4, образно = 3, и т.н.), умножено по средното ниво на толериране/абстракция за всяка модалност, адаптирана към пропорцията на всяка афективна единица за тази модалност. По този начин резултатът за качеството на вербална преработка се изчислява за всяка различна афективна категория.

Публикуваните данни показват, че СВПА позволява надеждна и валидна оценка на качеството на афективната ментализация при индивидуални пациенти или цели клинични групи (Lecours et al., 2000; Bouchard et al., 2008; Lecours et al., 2007). Двамата експерти-оценители в настоящето изследване са преминали 5-дневно обучение със Serge Lecours – основен автор на двата инструмента за контент анализ (СВПА и ИИАС), като той бе ангажиран в периодични консултации на живо и по-имейл при обработката на резултатите.

Измерител за идентификацията на афективните съдържания 2 (ИИАС)

Измерител за идентификацията на афективните съдържания 2 (ИИАС) (Lecours, 2000b) е инструмент-допълнение към СВПА, позволяващ категоризация на две афективни групи: 1) първични, универсални и вродени емоции (например, радост), и 2) вторични емоции, които могат да бъдат разглеждани като комбинация от две или повече първични емоции (например, възхищение от другите, което може да бъде комбинация от радост, интерес, любов, желание и възхищение от себе си). Основана на теорията на емоциите на Izard (1991), ИИАС класифицира афективните преживявания в 24 категории. Инструментът позволява фокусирана оценка на качеството на ментализация при тези афективни категории, като за целите на настоящето изследване сме се спрели на следните афекти: тъга, гняв към другите, любов към другите, страх, отвращение от другите, както и обобщено към положителните и негативните афекти.

Резултати

Анализ на надеждността на използваните инструменти

СИЛО

Вътрешната надеждност на скалите на СИЛО, демонстрирана в настоящето изследване, е задоволителна (вж. таблица 7). Калкулираният α на Кронбах за 6-те големи аритметични скали на СИЛО се простира от 0,74 (Справяне и ригидност) до 0,93 за скалата Идентичност, като общата надеждност за всички 87 айтема е 0,97. При субскалите най-висока вътрешна надеждност се наблюдава при Способност за инвестиции ($\alpha=0,91$), а най-ниска при Вътрешен работен модел на взаимоотношения ($\alpha=0,65$). Тези резултати са сходни с публикуваните данни в немската адаптация на инструмента (Doering et al. (2013), и поради тази причина не сме предприели премахване на айтеми с цел повишаване на вътрешната надеждност на скалите.

Таблица 7: Вътрешна надеждност на СИЛО по скали

Скали	α на Кронбах	Субскали	α на Кронбах
Идентичност (29 айтема)	0,93	Способност за инвестиции (11 айтема)	0,91
		Представа за Аза (9 айтема)	0,75
		Представа за другите (9 айтема)	0,83
Обектни отношения (22 айтема)	0,90	Междупличностни отношения (5 айтема)	0,88
		Интимни отношения и сексуалност (11 айтема)	0,82
		Вътрешен работен модел на взаимоотношения (6 айтема)	0,65
Примитивни защиты (9 айтема)	0,78		
Справяне и Ригидност (8 айтема)	0,74		
Агресия (11 айтема)	0,80	Насочена към себе си агресия (6 айтема)	0,81
		Насочена към другите агресия (6 айтема)	0,69
Морални ценности (8 айтема)	0,86		
Общо (87 айтема)	0,97		

Надеждността на експертната оценка е проверена чрез калкулиране на вътрешнокласови корелации между 5-точковите рейтинги при 5 оценени интервюта от втори експерт-клинист чрез прослушване на аудио-записи. Корелациите варират от 0,87 (Справяне и ригидност) до 0,94 (Идентичност) за 6-те големи дименсии на СИЛО, и 100% за окончателната оценка на личностовата организация, което ни дава основание да приемем, че резултатите от експертната оценка показват много добра надеждност.

СВПА и ИИАС

Вътрешната надеждност на СВПА, демонстрирана в настоящето изследване, е задоволителна (вж. таблица 8). Калкулиран е α на Кронбах за четирите нива на вербално изразена афективност, като Ниво 1 показва най-ниска стойност: $\alpha=0,60$, а Ниво 3 – най-висока ($\alpha=0,85$). При каналите на изразяване на афективността Вербалният показва най-висока стойност на вътрешна надеждност ($\alpha=0,82$), а Соматичният – най-ниска ($\alpha=0,71$).

Таблица 8: Вътрешна надеждност на СВПА

Ниво	α на Кронбах		Канал	α на Кронбах
1	0,60		Моторен	0,74
2	0,81		Соматичен	0,71
3	0,85		Образен	0,78
4	0,78		Вербален	0,82

Консенсусната надеждност на експертната оценка при кодиране на наративи с СВПА и ИИАС е изчислена от автора на инструмента въз основа на 3 сегментирани и кодирани интервюта (вж. таблица 9). Тези данни за надеждността са в ниския, но все пак приемлив спектър, и са сравними с други изследвания, проведени с СВПА: процентът съгласие при идентификацията на афективните единици между двамата експерти-оценители и автора на инструмента е съответно 0,74 и 0,70, за средно 367 афективни единици в интервю. За категориите в СВПА и ИИАС се използват резултатите за всички афективни единици, за да се изчислят Карра коефициенти, простиращи се от 0,54 до 0,55 за модалностите, и от 0,79 до 0,97 за разграничение себе си/друг. Важно е да се отбележи, че това са резултати от първите три интервюта, сегментирани и кодирани едновременно и от двамата експерти-оценители преди започване на реалното кодиране на наративите, след което разликите в подходите бяха обсъдени, с цел уеднаквяване на процедурата.

Таблица 9: Консенсусни нива на експертната оценка в СВПА и ИИАС

	Сегментиране	Канали	Ниво	Себе си / Друг	Валентност	ИИАС
Експерт 1	0,74	0,55	0,62	0,97	0,76	0,83
Експерт 2	0,70	0,54	0,54	0,79	0,62	0,60

Проверка на хипотезите

Хипотеза 1: Хероинозависимите пациенти ще покажат значимо по-ниски резултати в сравнение с контролната група по отношение на димензиите на личностовата организация.

Скалата Идентичност е нормално разпределена и поради тази причина е приложен Т-тест, който показва статистически значими резултати ($t=12,28$, $p<0,01$). Групата на хероинозависимите пациенти показва средна стойност от 1,10 по скалата Идентичност, докато контролната група постига резултат от 0,37 (вж. таблица 19).

Таблица 19: Сравнение между групите по скала Идентичност

Група	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
Хероинозависими пациенти	1,10	0,26	0,05
Контролна група	0,37	0,20	0,04

Таблица 20 показва разликите между клиничната и контролната група по отношение на аритметичните скали на СИЛО. Пациентите с хероинова зависимост показват значително по-ниски стойности във всички изследвани области в сравнение с ИЛ без зависимост. Нивото на значимост при всички скали е $p<0,01$, следователно разликите са статистически значими. Най-голяма разлика се наблюдава при скала Агресия (45,05 спрямо 15,95, съответно за хероинозависимите пациенти и контролната група). Най-малка е разликата при скалата Справяне и ригидност (съответно 38,53 спрямо 22,47). Тези резултати не са изненадващи, тъй като вече е демонстрирано в сходни

изследвания със СИЛО, че 100% от извадка, съставена от психиатрични пациенти, се класифицира в граничния спектър на личностовата патология (Fischer-Kern et al., 2010; Rentrop et al., 2013). Хипотеза 1 се потвърждава.

Таблица 20: Разлики между двете изследвани групи по отношение на скалите на СИЛО

	Група	Средна стойност	Значимост (двустранна)
Личностова организация	Хероинозависими пациенти	40,63	0,00
	Контролна група	20,37	
Обектни отношения	Хероинозависими пациенти	42,42	0,00
	Контролна група	18,58	
Примитивни защиты	Хероинозависими пациенти	41,65	0,00
	Контролна група	19,35	
Справяне и ригидност	Хероинозависими пациенти	38,53	0,00
	Контролна група	22,47	
Агресивност	Хероинозависими пациенти	45,05	0,00
	Контролна група	15,95	
Моралност	Хероинозависими пациенти	44,35	0,00
	Контролна група	16,65	

Хипотеза 2: Хероинозависимите пациенти ще покажат значимо по-ниски резултати за качеството на вербална преработка на афекта (ВПА) в сравнение с контролната група.

Хипотеза 2.1: Групата на хероинозависимите пациенти ще използва в по-голяма степен поведенчески и соматични канали за репрезентация на афектите, както и по-слабо ментализираните нива на вербална преработка на афекта.

Чрез Т-тест е извършена проверка за наличие на разлики между двете изследвани групи по отношение на нормално разпределените скали на СВПА (вж. таблица 21).

Статистически значими разлики се наблюдават при скалите Ниво 2 ($t=5,01$; $p<0,01$), Ниво 3 ($t=-4,13$; $p<0,01$), Моторен канал ($t=3,24$; $p<0,01$) и Негативни афекти ($t=-3,51$; $p<0,01$).

Таблица 21: Т-тест за проверка на разлики между групите по отношение на нормално разпределените скали на СВПА

Скала	T	df	Значимост	Разлика между средните стойности	Стандартна грешка
Ниво 2	5,01	58	0,00	0,10	0,02
Ниво 3	-4,13	58	0,00	-0,11	0,03
Моторен канал	3,24	52,28	0,00	0,05	0,02
Образен канал	-1,66	48,10	0,10	-0,03	0,02
Вербален канал	-0,42	58	0,67	-0,01	0,02
Цялостна ВПА	-1,79	58	0,08	-0,10	0,05
Тъга	-1,69	48,59	0,10	-0,10	0,06
Любов към другите	-0,55	58	0,59	-0,04	0,09
Негативни афекти	-3,51	58	0,00	-0,24	0,07

Таблица 22 илюстрира разликите в средните стойности: при Ниво 2 и Моторен канал хероинозависимите пациенти показват по-високи средни стойности - съответно 0,26 и 0,27 спрямо 0,16 и 0,22 при контролната група. При скалите Ниво 3 и Негативни афекти контролната група показва по-високи средни стойности – съответно 0,44 и 2,61 спрямо 0,32 и 2,61 при групата на хероинозависимите пациенти. Тези резултати показват, че хероинозависимите пациенти действително вербализират афективността си в по-голяма степен чрез модулирана импулсивност (Ниво 2) и поведенчески представи (Моторния канал), докато контролната група се свързва с вербална преработка на афекта в по-голяма степен на нивото на психична екстернализация (Ниво 3). По-високият резултат при скала Негативни афекти обозначава по-висока степен на ментализация обобщено при всички негативни афективни категории (Тъга,

Гняв към другите, Отвращение към другите и Страх). Тези данни кореспондират и с наблюденията на Bouchard et al. (2008) и Lecours et al. (2007), според които степента на ментализация на негативните афекти предсказва наличието на личностова патология.

Таблица 22: Сравнение между групите по отношение на нормално разпределените скали на СВПА

	Група	Средна стойност	Стандартно отклонение	Стандартна грешка
Ниво 2	Хероинозависими пациенти	0,26	0,08	0,01
	Контролна група	0,16	0,07	0,01
Ниво 3	Хероинозависими пациенти	0,32	0,11	0,02
	Контролна група	0,44	0,10	0,02
Моторен канал	Хероинозависими пациенти	0,27	0,07	0,01
	Контролна група	0,22	0,05	0,01
Образен канал	Хероинозависими пациенти	0,13	0,04	0,01
	Контролна група	0,15	0,07	0,01
Вербален канал	Хероинозависими пациенти	0,57	0,08	0,01
	Контролна група	0,58	0,09	0,02
Цялостна ВПА	Хероинозависими пациенти	2,60	0,24	0,04
	Контролна група	2,70	0,18	0,03
Тъга	Хероинозависими пациенти	2,77	0,29	0,05
	Контролна група	2,88	0,18	0,03
Любов към другите	Хероинозависими пациенти	2,73	0,33	0,06
	Контролна група	2,78	0,31	0,06
Негативни афекти	Хероинозависими пациенти	2,37	0,30	0,05
	Контролна група	2,61	0,22	0,04

Таблица 23 показва разлики между клиничната и контролната група по отношение на асиметрично разпределените скали на СВПА. Изненадващо пациентите с хероинова зависимост показват значимо по-ниски средни стойности по скала Соматичен канал

(24,33 срещу 36,67, при $p < 0,01$), което означава, че тя се използва с по-висока честота при контролната група. Същевременно, в съзвучие с формулираните хипотези, хероинозависимите пациенти показват значимо по-ниска степен на ментализация при афективната категория Отвращение от другите (23,38 спрямо 37,62, при $p < 0,01$). Очаквано клиничната група показва по-високи средни стойности при Ниво 1 (34,47 спрямо 26,53 при контролната група; $p < 0,01$). Следователно Хипотеза 2 и Хипотеза 2.1 се потвърждават частично.

Таблица 23: Тест на Ман-Уитни за проверка на разликите между групите по отношение на асиметрично разпределените скали на СВПА

	Група	Средна стойност	Значимост (двустранна)
Соматичен канал	Хероинозависими пациенти	24,33	0,01
	Контролна група	36,67	
Ниво 4	Хероинозависими пациенти	30,83	0,88
	Контролна група	30,17	
Ниво 1	Хероинозависими пациенти	34,47	0,05
	Контролна група	26,53	
Позитивни афекти	Хероинозависими пациенти	27,30	0,16
	Контролна група	33,70	
Гняв към другите	Хероинозависими пациенти	32,08	0,48
	Контролна група	28,92	
Страх	Хероинозависими пациенти	28,03	0,27
	Контролна група	32,97	
Отвращение към другите	Хероинозависими пациенти	23,38	0,00
	Контролна група	37,62	

Хипотеза 3: Димензиите на личностовата организация ще бъдат значимо свързани с качеството на вербална преработка на афекта.

Таблицы 24 и 25 показват наличието на значими връзки между димензиите на личностовата организация и категориите на вербална преработка на афекта (ВПА):

Таблица 24: Взаимовръзка между скалите на СИЛО и СВПА

		Позитивни афекти	Тъга	Гняв към другите	Страх	Отвращение към другите	Любов към другите	Негативни афекти	Цялостна ВПА
Идентичност	Корелация на Спиърмън	0,01	-0,27*	0,06	-0,11	-0,52**	-0,14	-0,45**	-0,35**
	Значимост	0,96	0,04	0,64	0,38	0,00	0,29	0,00	0,01
Обектни отношения	Корелация на Спиърмън	0,05	-0,18	0,08	0,01	-0,49**	-0,03	-0,44**	-0,28*
	Значимост	0,70	0,16	0,56	0,93	0,00	0,83	0,00	0,03
Примитивни защити	Корелация на Спиърмън	-0,00	-0,13	0,07	-0,03	-0,45**	-0,02	-0,49**	-0,32*
	Значимост	0,97	0,32	0,58	0,79	0,00	0,88	0,00	0,01
Справяне и ригидност	Корелация на Спиърмън	0,08	0,02	0,01	0,12	-0,27*	0,06	-0,33**	-0,14
	Значимост	0,53	0,87	0,96	0,37	0,03	0,64	0,01	0,30
Агресия	Корелация на Спиърмън	-0,04	-0,27*	-0,01	-0,15	-0,52**	0,03	-0,54**	-0,37**
	Значимост	0,77	0,04	0,95	0,26	0,00	0,81	0,00	0,00
Моралност	Корелация на Спиърмън	0,01	-0,24	-0,04	-0,04	-0,42**	0,02	-0,44**	-0,28*
	Значимост	0,95	0,06	0,75	0,78	0,00	0,86	0,00	0,03
Личностова организация	Корелация на Спиърмън	0,07	-0,34**	0,04	-0,11	-0,47**	-0,09	-0,39**	-0,34**
	Значимост	0,57	,01	0,78	0,41	0,00	0,49	0,00	0,01

** . Значима корелация при ниво на значимост <.01 (двустранно).

Таблица 25: Взаимовръзка между скала Идентичност и скалите на СВПА

		Тъга	Любов към другите	Негативни афекти	Цялостна оценка на ВПА
Идентичност	Корелация на Пиърсън	-0,28*	-0,10	-0,45**	-0,33*
	Значимост	0,03	0,45	0,00	0,01

** . Значима корелация при ниво на значимост <.01 (двустранно).

Значителна корелация се наблюдава между скалата Идентичност и афективната категория Отвращение към другите ($r=-0,52$, ниво на значимост $p<0,01$), а умерена – между същата дименсия и скалите Негативни афекти и Цялостна оценка на ВПА (съответно, $r=-0,49$ и $r=-0,38$; $p<0,01$). Корелациите са отрицателни, тъй като в случая по-висок резултат по Идентичност показва по-тежка патология в тази област. Значителна отрицателна корелация се наблюдава и между скалата на СИЛО Агресия и скалите на СВПА Отвращение към другите и Негативни афекти ($r=-0,52$ и $r=-0,54$; $p<0,01$). Наблюдават се и умерени корелации между скалата на СИЛО Обектни отношения и скалите на СВПА Отвращение към другите и Негативни афекти (съответно, $r=-0,49$ и $r=-0,47$, $p<0,01$). Личностовата дименсия Примитивни защити е свързана значимо чрез умерени отрицателни корелации с категориите Отвращение към другите, Негативни афекти и Цялостна оценка на ВПА (съответно $r=-0,45$, $r=-0,49$ и $r=-0,32$, при $p<0,01$). Може би най-важният резултат е умерената отрицателна корелация между Личностовата организация и Цялостната оценка на ВПА ($r=-0,34$, $p<0,01$), което показва, че личностовата патология действително е свързана с дефицити в афективната ментализация. Хипотеза 3 се потвърждава частично.

Дискусия

Първата цел на настоящето изследване бе да проучим различия между пациенти с хероинова зависимост и здрава контролна група по отношение на основните области на личностовата организация, концептуализирани в теорията на Kernberg. Получените резултати потвърждават предишни данни, според които пациенти с гранично личностово разстройство показват статистически значими различия във всички дименсии на СИЛО в сравнение със здрава контролна група (Doering et al, 2013). За

първи път обаче подобни резултати са демонстрирани при хероинозависими пациенти. Тази клинична група се характеризира със сериозно разстройство във всички изследвани области, което е и емпирично потвърждение на ядрото на теорията на Kernberg, според което граничните пациенти страдат от дифузия на идентичността, разстроен капацитет за създаване и поддържане на пълноценни обектни отношения, и прекомерна употреба на защитни механизми от примитивния спектър (основно разцепване и проективна идентификация).

Според дименсионалните аритметични рейтинги на СИЛО най-тежко разстройство се наблюдава при скалата Идентичност, следвана от Агресия и Морални ценности. Това не е изненадващо, като се има предвид, че според Kernberg основната диференциална характеристика на граничното личностно разстройство е именно дифузията на идентичността. Клиничният опит показва, че хероинозависимите пациенти са трайно ангажирани в антисоциално поведение, което кореспондира и със завишените стойности по скалите Агресия и Морални ценности. Най-близки стойности между двете групи се наблюдават по скалата Справяне и ригидност, което може да бъде разбрано в контекста на извадката – пациентите, включени в настоящето изследване, се лекуват в комплексна био-психо-социална програма, която предполага едно задоволително ниво на социално функциониране. В обобщение на тази част от изследването, може да се каже, че СИЛО предоставя добри възможности за първоначална дименционална психологическа оценка по области и на ниво цялостна личностна организация.

Втората част на изследването е свързана с проучване на особеностите на вербална преработка на афекта при хероинозависими пациенти, и връзката между този конструкт и дименсиите на личностовата организация. Очакванията ни бяха в известна степен потвърдени, като клиничната група показва значимо по-ниско качество на афективна ментализация при афективните категории Негативни афекти и Отвращение към другите. Тези резултати са очаквани, тъй като дефицитите в преработката на негативни афекти се смятат за значим предиктор на личностовата патология (Walter et al, 2009; Lecours & Bouchard, 2011), а категорията Отвращение към другите е свързана с трудности във вербализацията на емоциите в междуличностни отношения. Нещо повече, хероинозависимите пациенти показват значимо по-висока употреба на Моторния канал и Нива 1 и 2, които по начало са свързани с тенденция към

импулсивно, поведенческо отиграване на слабо ментализирани афекти. Очаквано, Ниво 3 на вербална преработка на афекта е използвано в по-голяма степен при контролната група, тъй като макар и екстернализирана, афективността при него е в по-висока степен субективизирана. Неочакван резултат е по-високата употреба на Соматичния канал при контролната група, което може да бъде интерпретирано от гледна точка на получените до този момент данни: вероятно при двете най-слабо ментализирани нива на вербална преработка на афекта (Ниво 1 и Ниво 2) хероинозависимите пациенти се изправят пред дилема – репрезентиране на афектите чрез поведенчески или чрез соматични представи. Данните от настоящето изследване показват, че при хероинозависимите пациенти поведенческият канал взема връх пред соматичния. Бихме могли да предположим, че метадон-асистираното лечение също оказва влияние, тъй като характерните за тази клинична група абстинентни състояния до голяма степен биват редуцирани, и на тяхно място пациентите се изправят пред необходимостта от адаптивно справяне с актуалната реалност.

Следващият етап от изследването е свързан със задълбочаване на разбирането ни за характеристиките на афективната ментализация, и за тази цел изследвахме връзки между нейното качество и дименсиите на личностовата организация. Получените резултати показват, че трите личностови дименсии, определящи за диференциалната оценка на граничното личностово разстройство (Идентичност, Обектни отношения и Примитивни защиты), действително са свързани с качеството на афективна ментализация. Нещо повече, общото ниво на вербална преработка се оказва значимо свързано с личностовата организация. Личностовата организация също така е значимо свързана с ментализацията на депресивните афекти, което е очакван резултат, като се има предвид затрудненията на граничните пациенти при преработката на раздели и загуби. Тези резултати потвърждават данни на Fischer-Kern et al. (2010), според които личностовата организация е свързана с нивото на рефлексивно функциониране.

Тези резултати налагат извода, че личностовата организация и ментализацията са значимо свързани конструкти. Докато вербалната преработка на афекта обаче покрива репрезентацията на афектите в речта, то личностовата организация се оказва по-общ конструкт, който обхваща аспекти на възприятието за себе си и другите, и включва измерения като психичните защиты и агресивността.

Данните, получени в настоящето изследване, подсказват, че феноменологията на граничните пациенти е доминирана от трайна негативна афективност и недобре артикулирана (изразена нереклексивно и поведенчески) непоносимост от влизане в пълноценни обектни отношения. В тази връзка би трябвало да се отбележи, че афективната категория Страх, отговаряща най-общо за степента на ментализация на тревожността, не е свързана значимо с нито една дименсия на личностовата организация. Това би могло да се обясни с относително малкия брой афективни единици от категорията, кодирани в наративите. Бихме могли да предположим, че в интервю, насочващо вниманието на изследваните лица към бъдещи тревожност ситуации, резултатите биха били различни.

Демонстрираните нарушения в ментализацията на афектите и дименсиите на личностовата организация биха могли да се разглеждат и като кореспондиращи с неврофизиологичните и биохимични изследвания за настъпваща при пациенти с хероинова зависимост дисфункция в лимбичната система (de Arcos F, et al., 2008). Пораженията във взаимовръзките между таламуса, амигдалата, хипокампа и центъра на удоволствието, смалвяването на обема на тези центрове, както и снижаването на възможността те да осигурят преживяване на позитивни емоции, е свързано със затруднения в отлагането на получаване на удоволствие, което от своя страна води до незрели модели на ментализация с импулсивни афективни и поведенчески реакции. В този смисъл оценката на качеството на ментализация при специфични афективни категории (гняв, тревожност) би могло да се използва като форма на ранен скрийнинг за предразположеност към развиване на разстройства със злоупотреба на психоактивни вещества. Би трябвало да се отбележи обаче, че някои юноши се ангажират в тежки антисоциални прояви още преди началото на злоупотребата с наркотици. В този смисъл въпросът за разрушителното въздействие на дългогодишната хероинова зависимост остава отворен.

Ограничения и възможности за бъдещи изследвания

Когато се обсъждат резултатите от настоящето емпирично изследване, би следвало да бъдат взети предвид следните ограничения:

На първо място, броят на изследваните лица в двете групи е сравнително малък ($n=30$), което се налага от вида методология, съчетаваща качествена и количествена обработка на резултатите. Съзнателният ни избор да се спрем на такъв вид интегративна методология е продиктуван от нашите наблюдения, че някои области от психопатологията като например граничното личностово разстройство и психосоматичната патология се характеризират с дефицити във възможностите за интроспекция и поради тази причина полуструктурираните интервюта предоставят възможност за една по-надеждна форма на клинична оценка в сравнение със самооценъчните въпросници. Същевременно една от най-често срещаните причини за избор на качествена методология е експлоративният характер на изследвания, които са насочени към една нова и недостатъчно добре изследвана област. В нашия случай, ние разполагаме с твърде ограничени данни от емпирични изследвания на афективната ментализация и личностовата организация при хероинозависими пациенти. Това наложи и един по-„отворен“ подход, оставящ достатъчно пространство за изследване на субективната перспектива на участниците.

На второ място, контролната група е паралелна на клиничната по пол, възраст и работна заетост, както и до голяма степен по получена образователна степен, но все пак интелектуалното ниво и вербалните умения на изследваните лица не са контролирани. Смятаме, че тези променливи биха могли да окажат влияние, и поради тази причина би трябвало да бъдат взети предвид при бъдещи изследвания, с цел една по-глобална и диференцирана оценка на социалните, личностови и когнитивни дефицити на хероинозависимите пациенти.

Друг проблем е свързан с процедурата на провеждане на интервютата, тяхната оценка и кодирането на наративите. В идеалния случай тези задачи би трябвало да бъдат поети от независими експерти, различни от автора на изследването, които също така не познават изследователските хипотези. Тези експерти обаче би трябвало да притежават сериозна подготовка в поне няколко области: консултативен и теоретичен опит, клиничен опит със зависими пациенти, обучение в работата с изследователските инструменти. Поради тези причини, налагащи спазване на качеството на изследването, експертната оценка е извършена съвместно с обучен експерт, като са посочени стойностите на консенсусна надеждност и те са съпоставени с получени резултати от предишни изследвания, извършени от авторите на използваните инструменти.

Би трябвало да се вземе предвид и пилотният характер на емпиричното изследване – инструментите не са стандартизирани за българските условия, което според нас не ограничава стойността на получените резултати, тъй като самото естество на полуструктурираните интервюта за оценка предполага индивидуален подход на изследвателя, което естествено води и до разлики в провеждането на всяко интервю. От друга страна, трябва да отбележим, че протоколът на СИЛО и инструкциите за кодиране на СВПА и ИИАС са спазени максимално стриктно с всички изследвани лица.

На последно място, избраният крос-секционен дизайн не позволява проследяване на функционирането на изследваните лица през времето, както и тест-ретест оценка на надеждността на резултатите.

Като посока за бъдещи изследвания биха могли да бъдат посочени следните възможности:

- Измерването на промени в димензиите на личностовата организация и качеството на ментализация като израз на структурно развитие в личността, следствие от терапевтична работа.
- Сравнение на личностовата организация и ментализацията при пациенти, зависими от различни вещества (хероин, кокаин, амфетамини, алкохол и др.)
- Сравнение между клинични групи, споделящи дефицити в развитието на способности за ментализация (пациенти с психосоматична патология или хранителни разстройства).

Заклучение

Настоящата работа бе опит за задълбочаване на разбирането ни за спецификите на психичната структура и качеството на ментализация при хероинозависими пациенти. Резултатите от проведеното емпирично изследване показват ясно, че тази клинична група се характеризира с трайно влошени показатели в основните дименсии на личностовата организация. Зависимите пациенти демонстрират разстроен капацитет за балансирана и диференцирана гледна точка за себе си и другите, както и понижен

капацитет за създаване на трайни и пълноценни отношения, с хронична тенденция към ангажиране в агресивно и/или себеразрушително поведение. Тези дефицити във важни области от личностовото функциониране са съпътствани от разстроен капацитет за преработка на емоционалността, водещ до нейното импулсивно поведенческо отиграване.

Данните подчертават още веднъж значимостта на тежката нарцистична патология, лежаща в основата на зависимостите с фокус върху дефицитите в развитието на ментализираната афективност. Въз основа на тях бихме могли да заключим, че програма, която включва медицински и социални аспекти от рехабилитацията на зависимите пациенти, но игнорира необходимостта от повлияване на психичната им организация, би имала ограничени и нетрайни резултати, тъй като не адресира основни области, в които тази клинична група среща затруднения. Ефективната терапевтична програма би трябвало да бъде насочена именно към повишаване на способностите за ментализация в области, които са клинично и емпирично показани като дефицитни, а именно преработката на афективността от негативния спектър (агресивност, тревожност, депресивност).

Справка на научните и приложни приноси в дисертационния труд

1. Въз основа на проведено емпирично изследване са посочени дефицитни области в личностовата организация и афективната ментализация при хероинозависими пациенти.
2. Показани са статистически значими връзки между дименсиите на личностовата организация и областите на афективна ментализация.
3. Проведено е пилотно за България изследване с психодинамично ориентирани инструменти за оценка на личностовата организация и ментализацията. Демонстрирани са възможностите на подобни инструментите при диференциална оценка на граничната личностова организация.
4. В следствие от получените резултати са изведени следствия за терапевтичната работа с хероинозависими пациенти в био-психо-социалния модел.

Научни публикации

Научни публикации по темата на дисертационния труд

1. **Савов, С.** (2010). „Представяне на психоаналитичния подход към наркозависимостите”. Клинична и консултативна психология, 4(6): 19-28
2. **Савов, С.** (2012). „Съвременни психодинамични подходи към терапевтичната работа с хероинозависими пациенти”. Сборник научни доклади - Първи национален конгрес по клинична и консултативна психология, 18-25
3. **Savov, S. & Atanassov, N.** (2013). ‘Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: theoretical and clinical aspects’. ISRN Addiction, Article ID 250751, 6 pages, doi:10.1155/2013/250751
4. Atanassov, N. & **Savov, S.** (In Press). ‘Psychic Trauma and Addiction’. Trauma, Trust, and Memory: Social Trauma and Reconciliation in Psychoanalysis, Psychotherapy and Cultural Memory. (Ed. Hamburger, A.). London: Karnac

Други научни публикации

5. **Савов, С.** (2014). „Приятелите на Зипи“: Програма за подпомагане на психичното здраве и подобрене на уменията за справяне при деца на 5-7-годишна възраст". Сборник със статии от VII Национален конгрес по психология, 423-428стр.