



Универзитет „Св. Кирил и Методиј” - Скопје

Филозофски факултет – Скопје

Студиска програма: Психологија



**АЛЕКСИТИМИЈА, ЕКСПЛАНАТОРЕН СТИЛ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИ
СТРАТЕГИИ НА СПРАВУВАЊЕ СО СТРЕС КАЈ КАРДИОХИРУРШКИ
ПАЦИЕНТИ СО И БЕЗ КОРОНАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ**

(магистерска теза)

Студентка:

Љубица Лилик

Ментор:

проф. др. Огнен Спасовски

Скопје, ноември, 2016

РЕЗИМЕ	2
ВОВЕД	4
ИСТРАЖУВАЧКИ ПРОБЛЕМ	7
ТЕОРИСКА ПОЗАДИНА	8
Алекситимија	8
Експланаторен стил	13
Дисфункционални СТРАТЕГИИ НА СПРАВУВАЊЕ СО СТРЕС	18
Коронарно заболување	25
РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА	29
ИСТРАЖУВАЧКИ ХИПОТЕЗИ	36
МЕТОД НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	38
ОПЕРАЦИОНАЛНА ДЕФИНИЦИЈА НА ВАРИЈАБЛИТЕ	38
ПРИМЕРОК	40
КОНТРОЛА НА РЕЛЕВАНТНИТЕ ВАРИЈАБЛИ	40
МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ	41
ПОСТАПКА ЗА СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ	47
РЕЗУЛТАТИ	48
ДИСКУСИЈА	68
ЛИТЕРАТУРА	97
ПРИЛОЗИ	107

РЕЗИМЕ

Кардиоваскуларните заболувања се сè уште фактор број еден за смртноста на светското население. Во Р. Македонија до јуни 2013 година (според податоците од СБХБ „Филип Втори“) направени се над 10.000 операции на срце. Од тие причини продолжуваат бројните истражувања на фактори на ризици кои придонесуваат во развојот на ова комплексно заболување.

Во овој магистерски труд предмет на истражувањето беа три психолошки концепти и нивната поврзаност со кардиоваскуларните заболувања: алекситимијата, експланаторниот стил и дисфункционалните стратегии на справување со стрес. За мерење на алекситимијата се користеше Торонто скала на алекситимија „ТАС-20“, за мерење на експланаторниот стил - прашалникот за атрибуциски стилови „ASQ“ и за мерење на дисфункционалните стратегии - Инвентарот за мерење на справувањето со доживеаните проблеми (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory – COPE Inventory). Добиените податоци беа статистички обработени во статистичкиот програм SPSS и соодветно интерпретирани.

Од добиените резултати произлезе дека кардиохируршките пациенти со коронарно заболување се поалекситимични, имаат попесимистичен експланаторен стил, но не користат повисок степен на ниту една од трите дисфункционални стратегии на справување со стрес, споредени со кардиохируршките пациенти без коронарно заболување.

Понатаму, кардиохируршките пациенти со повисока алекситимија нема да пројават пооптимистичен експланаторен стил од кардиохируршките пациенти со пониска алекситимија. На пројавувањето на експланаторниот стил не влијае вкрстувањето на двата фактора (алекситимија и коронарно заболување).

На крајот се утврди и дека кардиохируршките пациенти со повисока алекситимија во споредба со кардиохируршките пациенти со пониска алекситимија во поголем степен ги користат менталната неангажираност и бихевиоралната неангажираност како дисфункционални стратегии на справување со стрес, но не и празнењето на емоции. Вкрстувањето на двата фактора (алекситимијата и коронарното заболување) влијае на пројавувањето на

празнење на емоциите и бихевиоралната неангажираност, но не и на пројавувањето на менталната неангажираност како дисфункционална стратегија на справување.

Иако доказите во поглед на поврзаноста на алекситимијата, експланаторниот стил, дисфункционални стратегии на справување со стрес и коронарното заболување се сè уште спротивставени, најмногу поради комплексноста на коронарните заболувања и психолошките концепти, овој магистерски труд овозможува да се расветли дел од комплексната поврзаност. Разгледувањето на трите психолошки концепти низ перспективата на кардиоваскуларните заболувања беше со цел да се утврди нивната поврзаност и да се погледне во можноста истите да се променат, коригираат и модификуваат.

Клучни зборови: *алекситимија, експланаторен стил, дисфункционални стратегии за справување со стрес, коронарно заболување, стрес, здравје*

1. ВОВЕД

Во рамките на Специјалната болница за хируршки болести „Филип Втори“ пациентите кои се со кардиоваскуларни заболувања, предоперативно психолошки се подготвуваат за претстојната операција на отворено срце. Во текот на работата во институцијата, неодминливо се формира впечатокот за поврзаноста на психолошките концепти и кардиоваскуларните заболувања.

Дел од прашањата кои произлегуваат од секојдневната работа со пациентите се во врска со природата на психолошките проблеми со кои тие се соочуваат, најчестите теориски концепти во областа на кардиопсихологијата, типот на личноста на пациентите со коронарно заболување како и соодветните психотераписки импликации и интервенции.

Кардиоваскуларните заболувања се комплексно заболување со различни манифестации и етиологија која не е докрај позната. Според Светската Здравствена Организација (СЗО) овие заболувања се причина број еден за смртноста и инвалидитет на населението во светот, а до 2003 година проценето е дека околу 16,7 милиони луѓе искусиле проблеми со коронарните заболувања (World Health Organization [WHO], 2003). Статистички гледано, во Р. Македонија до јуни 2013 година според податоците од Специјална болница за хируршки болести (СБХБ) „Филип Втори“ (Специјална болница за хируршки болести – СБХБ „Филип Втори“, 2015) направени се над 10.000 операции на срце, не вклучувајќи ги интервентните и медикаментозните решавања на коронарните заболувања. Оттука, бројот на истражувања поврзани со етиологијата на кардиоваскуларните заболувања е оправдан и тој континуирано се зголемува. Најголем дел од истражувањата се насочени кон идентификување на традиционалните фактори на ризик во развојот на кардиоваскуларните заболувања како што се фамилијарната генеза, присуството на висок крвен притисок, дијабетес мелитус, хиперлипидемија и нездравите животни навики кои водат до прекумерната тежина, итн. (Gallo, Ghaed & Bracken, 2004; Sanders, 2003; Curtis, 2000). Во последно време сè повеќе се поддржува експлорацијата на новите предиктор варијабли, како што се на пример психосоцијалните фактори и нивната улога во развојот и прогресијата на кардиоваскуларните заболувања. Притоа, кога се зборува за психосоцијалните варијабли се мисли на емоциите и

когнитивните процеси кои се поврзаните со стресот (на пр. депресија, анксиозност, хостилност, лутина и слични конструкти). Смит и Рузи (Smith & Rusi, 2002) сметале дека психосоцијалните варијабли еднакво како и традиционалните фактори може да предизвикаат оштетување на кардиоваскуларниот систем и тоа, преку психолошки алтернации и избори на животен стил (според Gallo et al., 2004). Сандерс (Sanders, 2003) утврдил дека стресот има значајно влијание врз здравствениот систем на човекот и тоа резултира со физички последици на нервниот, ендокриниот, имуниот и кардиоваскуларниот систем. Уште посспецифично, влијанието на стресот врз кардиоваскуларниот систем е истражувано и потврдено, а последиците се од физиолошка и психолошка природа (Sanders, 2013; Nateghian, 2008; Havelka, 2002).

Поврзаноста на (негативните) емоциите и кардиоваскуларните заболувања е истражувана уште од времето на самите почетоци на психосоматската медицина. Истражувањата систематски почнуваат од Александер (Alexander, 1939), кој уште во 1939-та година зборува за „светите седум“ психосоматски болести (според Lippsit, 2006), а меѓу позначајните се вбројуваат и кардиолозите Фридман и Розман (Friedman & Rosmann, 1987) кои зборуваат за концептот на личноста „Тип А“ (според Taylor, 2004). Утврдено е дека личностите „Тип А“ имаат специфична шема на однесување која придонесува за развојот на кардиоваскуларното заболување (Verrier & Mittleman, 2000; Matthews, 1982; Sayar&Ismail, 2001). Подоцна се утврдило дека всушност, не станува збор за личноста како фактор во развојот на кардиоваскуларното заболување, туку дека станува збор за конкретни црти (или аспекти) на личноста, а тоа се цртите на: непријателство или хостилност и лутина. Хостилноста и лутината се сметаат за критични компоненти на коронарната личност „Тип А“ сметал Тејлор (Taylor, 2004). Подоцна, актуелен станува и концептот на Деноле (Denolett, 2000) за личноста „Тип Д“. Концептот на Деноле (Denolett, 2000) е новина во кардиопсихологијата, а се однесува на состојбата на хроничен негативен афективитет. Овој концепт се покажал како подобар предиктор за акутните кардиоваскуларни стресни реакции.

Денеска низ бројни студии одново и одново се докажува дека негативните емоции (на пр. анксиозноста, лутината, стравот и тагата) се асоцирани со болести

и се сигнификантни предиктори за кардиоваскуларно заболување (Friedman & Booth-Kewley, 1987a; Verrier et al., 1997; Kubzansky & Kawachi, 2000; Verrier et al., 2000; Smith, 2001; Tannant & Mcleand, 2001; Todaro et al., 2003; Siror & Berry, 2003; Gallo et al., 2004; Eaker et al., 2004; Mauss & Gross, 2004; Geipert, N., 2007; Sanders, 2013). Утврдено е дека депресијата го отежнува процесот на заздравување на пациенти со кардиоваскуларно заболување (Barefoot et al., 2000; Kubzansky et al., 2001; Sapiro, 2005), а многупати е документирано и истражувано негативното влијание на стресот во развојот и прогресијата на кардиоваскуларните заболувања (Sanders, 2013; Nateghian, 2008; Havelka, 2000). Како важни психолошки фактори на ризик за развој на кардиоваскуларната болест, Петерсон ги наведува и психолошките состојби на песимизам, беспомошност, безнадежност и апатија кои се истражувани во една понова област, односно, областа на позитивната психологија (Peterson, 1988).

Тенденцијата на современите истражувачи е да се сумираат познатите фактори на ризик за развој на кардиоваскуларните заболувања во еден поширок кластер на фактори на ризик, кој би ги опфатил веќе добро познатите традиционални фактори на ризик за развојот на заболувањето, но би ги опфатил и оние фактори на ризик кои се нетрадиционални или помалку познати, а со тоа ќе ја расветли комплексната етиологија на кардиоваскуларните заболувања.

Во оваа магистерска работа ќе се направи обид за расветлување на дел од нетрадиционалните фактори на ризик за развој на кардиоваскуларното заболување. Тоа ќе овозможи, да се истражат некои психолошки фактори на ризик во развојот на заболувањето, а воедно и да се опишат дел од психолошките аспекти на кардиохируршките пациенти со и без коронарно заболување.

1.1 ИСТРАЖУВАЧКИ ПРОБЛЕМ

Првиот истражувачки проблем во оваа магистерска работа е: *Дали постојат разлики во однос на алекситимијата, експланаторниот стил и дисфункционалните стратегии на справување со стрес кај кардиохируршките пациенти со коронарно заболување и кардиохируршките пациенти без коронарно заболување?*

Со поставување на првиот истражувачки проблем, чија цел е предикција, ќе добиеме одговор на прашањата дали емоционалната регулација гледана низ концептот на алекситимија се разликува меѓу кардиохируршките пациентите со и без коронарно заболување и дали има разлика меѓу нив во тенденцијата да се објаснуваат настаните низ песимистичен или низ оптимистичен експланаторен стил. Исто така ќе добиеме одговор на прашањето за доминантната дисфункционална стратегија за справување со стрес кај оваа специфична популација.

Вториот истражувачки проблем во оваа магистерска работа е: *Дали постои поврзаност помеѓу алекситимијата, експланаторниот стил и коронарното заболување кај кардиохируршките пациенти.*

Третиот истражувачки проблем во оваа магистерска работа е: *Дали постои поврзаност помеѓу алекситимијата, дисфункционалните стратегии за справување со стрес и коронарното заболување кај кардиохируршките пациенти.*

Преку поставување на првиот и вториот истражувачки проблем, низ оваа магистерска работа ќе се направи обид да се презентираат интерконекциите на експланаторниот стил, алекситимијата, дисфункционалните стратегии на справување со стрес и коронарното заболување кај кардиохируршките пациенти. Гледањето на кардиохируршките пациенти низ овие концепти ќе овозможи да се обелодени дел од комплексноста на психосоматските заболувања какво што е кардиоваскуларното заболување. Во перспектива, тоа би значело, изнаоѓање на адекватни третмани и психотераписки интервенции, кои ќе соодветствуваат на потребите на пациентите, со цел да се подобри квалитетот на живеење и здравјето на овие лица.

1.2 ТЕОРИСКА ПОЗАДИНА

1.2.1 Алекситимија

Помеѓу многубројните различни конструкти кои се поврзани со емоциите, а од друга страна се асоцирани со здравјето и болеста, алекситимијата има најдолга историја. Формулирана од Немаја (Nemiah, 1976) во раните 70-ти години, конструктот на алекситимија еволуирал од клиничка опсервација до теоретска идеја (според Taylor, 2004). Најпрво се јавила како поим во областа на медицината и психијатријата, а потоа и во психологијата. Од пред три децении па до денеска, концептот подлежи на рedefинирање, мерење, темелно разработување и утврдување на влијанието на алекситимијата врз здравјето.

Етимолошко значење на поимот алекситимија е со корени од старогрчкиот корен на збор алекситимија ($\alpha\text{-}\lambda\epsilon\chi\iota\text{-}\tau\eta\psi\mu\alpha$), кој се дели на ($\alpha\text{-}\lambda\epsilon\chi\iota\text{-}\tau\eta\psi\mu\alpha$), кој во буквална смисла значи „без зборови за чувствата“. Зборот е пласиран за првпат од страна на психотерапевтот Сифнеос (Siphneos, 1973). Сифнеос и Немаја (Siphneos & Nemiah, 1970) во заедничка соработка опсервирале постоење на заедничка карактеристика кај психосоматските болни (според Taylor, 2004). Тие сметале дека психосоматските болни освен проблемот во искажувањето и пројавувањето на своите емоции, имале осиромашен живот од фантазии, а мислите биле со содржина која се карактеризирала со преокупираност на детали поврзани со објектите и настаните од надворешното опкружување (според Taylor, 2004). Сифнеос (Siphneos, 1973) сметал дека алекситимијата не е дијагноза, туку користен конструкт кој ги карактеризира психосоматските пациенти со суб-клиничка неспособност да ги идентификуваат и опишат емоциите (според Taylor, 2004). Како клучни карактеристики на алекситимијата Сифнеос (Siphneos, 1973) ги навел следниве: дисфункционалност во емоционалната свесност, дисфункционалност во афективната приврзаност и дисфункционалност во интерперсоналните релации. Ова е важна определба на алекситимијата, бидејќи како конструкт ја оддалечува од дотогашната, исклучиво клиничка определба, која ја категоризирала алекситимијата пред сè како медицинска состојба и како концепт поврзан со физичкото здравје, а ја приближува сè повеќе до психичкото здравје и емоциите. Така алекситимијата станува сè поинтересна за

психолошките науки и како таква ќе биде проследена и во рамките на ова истражување.

Може да се каже дека алекситимичните пациенти имаат потешкотии во идентификацијата и вербализацијата на емоциите. Кај нив има и изразена тенденција за екстерно мислење ориентирано кон надвор. Според Стефансон (Stephenson, 1996) теоретски може да се каже дека на алекситимичните лица им недостасува способност за трансферирање на емоционалното (биолошкото) искуство во чувство (или фантазија), кое ќе ја симболизира и изрази емоцијата. Покрај тоа што алекситимичните лица имаат потешкотии, односно дефицит, во вербалната експресија, централен е и дефицитот во невербалната експресија наведува Стоименова – Цаневска (2005). Дополнително, алекситимичните поединци се карактеризираат со неспособност да почувствуваат задоволство или пак воопшто не чувствуваат задоволство (т.н. анхедонија). Бидејќи не ги разбираат своите чувства, тие имаат потешкотии и во разбирање на емоциите на останатите. Овие карактеристики го приближуваат концептот на алекситимија до концептот на емоционалната интелигенција, кој според повеќе истражувачи е и најсроден концепт на алекситимијата (Velasco et al., 2006; Ghiabi&Besrat, 2011; Rooth & Padmakuri, 2014).

Во рамките на ова истражување на алекситимијата ќе се гледа како на концепт кој индиректно ја објаснува емоционалната регулација. Ќе се користи моделот кој е дефиниран од групата на истражувачи од Торонто. Во 1988 година Тејлор и соработниците направиле ревизија на сите дотогашни емпириски студии и методи на мерење на алекситимијата и ги дефинирале карактеристиките на алекситимијата, по кои таа и денеска е препознатлива:

- проучувањето на алекситимијата овозможува да се разбере влијанието на емоциите и личноста врз здравјето, дефинирале Тејлор и соработниците (Taylor et al., 1991, според Стоименова-Цаневска (2005).
- алекситимијата е определена како континуирана варијабла според Тејлор и соработниците (Taylor et al., 1985, според Стоименова-Цаневска, 2005).
- алекситимијата е црта на личноста, дефинирале Тејлор и соработниците (Taylor et al., 1985, според Стоименова-Цаневска, 2005).

- алекситимијата понекогаш може да се сретне како привремена состојба, но и како секундарно пројавена како последица на телесен стрес според Тејлор и соработниците (Taylor et al., 1988 според Стоименова-Цаневска, 2005).
- алекситимијата не е поврзана со времетраењето и тежината на болеста сметале Порцели и соработниците (Porcelli et al. 1999, според Стоименова-Цаневска, 2005).

Вака определена, алекситимијата станува прецизно дефиниран концепт и овозможува бројни истражувања во клинички контекст. Багби во 1994 (според Taylor, 2004) година најконкретно ги групирал карактеристиките на алекситимичните пациенти и ја дефинирал алекситимијата низ три фактора: F1- *потешкотија во идентификување на чувствата*, F2 - *потешкотја во опишување на своите чувства* и F3 - *екстерно ориентирано мислење*. Низ овие три фактори, алекситимијата може да се измери со прашалникот Торонто скала на алекситимија-20, за кој ќе стане збор подоцна.

Во однос на етиологија на алекситимијата, односно невролошките, биолошките и/или психолошките основи на алекситимијата, мислењата се поделени. Ларсен, Бранд, Бермонт и Хијман (Larsen, Brand, Bermond, Hijman, 2003) во статијата „*За когнитивните и емоционалните карактеристики на алекситимијата: Преглед на невробиолошките студии*“ укажуваат на многубројните дилеми поврзани со утврдувањето на основите на алекситимијата. Тоа е пред сè заради спротивставените и непотврдените генерални факти за невролошките основи на алекситимијата како и за поврзаноста на алекситимијата со психосоматиката. Истражувачите кои во основата на алекситимијата ја согледуваат неврологијата (Taylor, 2004; Larsen et al., 2003; Lumley & Sileky, 2000; Jesemmir & Markheim, 1997) сметаат дека алекситимијата се појавува како резултат на намалената интерхемисферна трансмисија во некои невролошки структури, како што е corpus callosum. Односно, тие сметаат дека постои нарушена комуникација помеѓу левата и десната хемисфера. Повеќе истражувачи потврдиле дека лицата кои се алекситимични, независно дали се издвоени од клиничката или неклиничката популација, имаат намален двонасочен трансфер на сензомоторните информации помеѓу левата и десната хемисфера (Lumley & Sileky, 2000; Jesemmir & Markheim, 1997). Во

истражувањето на Јесимер и Маркхајм (Jesemmir & Markheim, 1997) публикувано во статијата „За невролошките корени на алекситимијата“, присуството на алекситимија е конкретно поврзано со дисфункционалност на десната хемисфера. Додека пак Тејлор и соработниците (Taylor et al., 1997) сметале дека алекситимијата укажува на когнитивен дефицит (според Luminet et al., 2006).

Од другата страна се истражувачите кои во основите на алекситимијата ги наоѓаат релациите од раното детство – поточно дијадната врска помеѓу детето и мајката (или било кој друг објект кој би претставувал сигурност и љубов за детето) (Huynh-Nhy et al., 2002; Стоименова-Цаневска, 2003). Десната хемисфера интензивно се развива во периодот до втората година на детето и развојот е условен и од богатството на емоционалниот живот на детето. Бидејќи поврзаноста со мајката (или било која друга личност која обезбедува сигурност и љубов) го стимулира развојот и функциите на десната хемисфера, помалото користење на десната хемисфера може да се должи на емоционалната неповрзаност на детето со родителите. На тој начин се намалува нејзината функција, која се согледува во развојот на психичките одбранбени механизми и емоционалната стабилност (според Стоименова – Цаневска, 2003). Тука се истакнува значењето и влијанието на семејната функционалност, наспроти семејната дисфункционалност.

Оваа насока на размислување за концептот на алекситимијата е можеби од суштинско значење за психолозите и психотерапевтите, заради можноста тераписки да се интервенира кај пациентите со алекситимија, како и можноста таа да се надмине како состојба. Она што е досега познато во однос на интервенциите за надминување на алекситимијата најмногу се поврзува со групната психотерапија. Поконкретно, групната психотерапија на поддршка се покажала како најефективна, но исто така ефективни се покажале и следниве техники: поддршка, тренингот за вербална експресија на емоциите, фокусирање кон соништата и фантазиите, развој на емоционалната свесност како и подобрување на квалитетот на емоционалните шеми (Taylor & Bagbi, 1988; Taylor & Bagbi, 2004; Beresneviatė, 2000; Pinna et al., 2014; Ogrodniczuk et al., 2014). Истражувачите наведуваат дека најголем успех од третманот на алекситимијата се бележи кај секундарната алекситимија.

Според Месина, Бедли и Парадисо (Messina, Beadle & Paradiso, 2014) Лесер (Lesser, 1985) прави разлика помеѓу примарна и секундарна алекситимија.

Според авторите алекситимијата се третира како *примарна* кога се појавува како животна предиспозиција и/или е фактор на ризик кој може да доведе до психосоматско заболување и во поново време, сè повеќе се третира како потенцијален фактор на ризик за развој на психијатриски растројства (Messina et al., 2014). Според нив, примарната алекситимија може да произлезе од психичка траума во детството или од негативна поврзаност и негативна интеракција со значајните фигури (Messina et al., 2014).

Секундарната алекситимија се појавува подоцна во животот како последица на околности кои се од психолошко значење за личноста, како на пример последица на болест или медицинско-хируршки настан, кои директно или индиректно влијаат на мозочната функција. Таа не се појавува како последица на развојниот период. Затоа, ако примарната алекситимија се смета за фактор на ризик во развојот на менталните заболувања, секундарната алекситимија се смета за последица на заболувањата. Затоа, понекогаш кога алекситимијата се појавува како последица на стресни настани, на неа се гледа како на одбранбен механизам или обид на личноста да се избори со стресната медицинска дијагноза.

Во поново време се споменува и *органска алекситимија* за која се смета дека е субкатегија на секундарната алекситимија. Органската алекситимија се појавува како последица на повреда на мозокот (трауматска, васкуларна или друга мозочна повреда). Таа е поврзана со повреда на специфични региони на нервниот систем (како на пример повреда на базалните ганглии, амигдалата или десната хемисфера) што го отежнува емоционалното процесирање, сметаат Месина и соработниците (Messina et al., 2014).

Она што е од важност за ова истражување е наодот на Месина и соработниците (Messina et al., 2014) според кои психотераписките третмани бележат најголем успех кај секундарната алекситимија чии корени се во појавата на психолошки стрес и која најчесто е поврзана со развој на хроничните болести, како на пример дијабетесот, Паркинсоновата болест, ракот итн. Клиентите кои страдаат од секундарна алекситимија имаат променлив одговор на фармаколошка терапија, но имаат позитивен одговор на психотераписките третмани. Најслаб одговор на психотераписките третмани имаат клиенти кои се дијагностицирани со примарна алекситимија и клиенти кои имаат дијагностицирано органска алекситимија. Клиенти кои се дијагностицирани со

примарна алекситимија изразуваат отпор спрема психотераписките третмани. Според Месина и соработниците (Messina et al., 2014) кај клиентите кои имаат дијагностицирано органска алекситимија, за жал како ефективен се покажал само фармаколошкиот третман.

Ова дава една позитивна насока на размислување и можност за практично делување на психолозите и психотерапевтите во областа на модификација на емоционалната регулација кај клиентите кои страдаат од алекситимија, преку психотераписки третмани адаптирани за специфичната состојба. Она што е важно, е да се следи трендот на проширување на спектарот на делување во здравствената психологија и во таа насока да се прават обиди во оваа област, да се документираат и следат ефектите од истата.

1.2.2 Експланаторен стил

Концептот за експланаторниот стил потекнува од атрибуциска реформулација на моделот за научена беспомошност на Абрамсон, Селигман и Тисдејл (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Мартин Селигман во 1960-те години истражувал за поврзаноста помеѓу стравот и психичкиот процес на учење и дошол до наоди, кои не можеле да бидат објаснети преку дотогашните бихевиористички концепции, па одговорите се барале во когнитивната психологија.

Станува збор за низата на експерименти со кучиња, кои Селигман, Мајер и Гир (Seligman, Maier & Geer, 1968) ги спровеле, користејќи го Павловиот експеримент. Во своите експерименти Селигман и соработниците ја вградиле основната претпоставка на Павлов од класично условување. Во класичното условување или во Павловиот експеримент кога на субјектот (кучето) ќе му покажеме дразба (храна), субјектот (кучето) почнува да манифестира одредено однесување (лачи плунка). Кога првата дразба (храната) е презентирана заедно со втора дразба (свонење од свонче), субјектот (кучето) повторно ќе го манифестира истото однесување (лачи плунка). Во иднина, утврдил Павлов, кога ќе се воспостави т.н. условен рефлекс, субјектот (кучето) ќе реагира (лачи плунка) и само на втората дразба (свончето), без првата дразба (храната) да му биде презентирана. Селигман ги искористил овие претпоставки на Павлов, но ги

збогатил така што во својот експеримент храната ја спарувал со звук од своно, но и со болна дразба од која не можело да се избега, заради тоа што кучето било ставено во тесна кутија. Идејата на Селигман и соработниците (Seligman et al., 1968) била дека, откако кучето ќе го научи ова, ќе научи да се плаши и при самата презентација на звукот ќе истрча, ќе избега или ќе манифестира друго слично однесување. Според нивните претпоставки кучето секој следен пат, штом ќе го слушне своното побрзо ќе ја избегнува болната дразба (Seligman et al., 1968).

Тој конструирал посебна кутија, поделена на половина, со ниска ограда преку која кучето можело лесно да прескокне и да побегне. Неговата претпоставка била дека, кога ќе го стави кучето во кутија и ќе засвонеле со своното (по што следела болната дразба), кучето ќе ја види можноста да ја прескокне оградата во кутијата и на тој начин ќе ја избегне болната дразба. За Селигман и неговите соработници нормална и очекувана реакција била кучето да скокне во другиот дел, односно да избега од непријатната дразба што е можно побргу. Но, на големо изненадување на сите не се случило ништо и кучето болно цвичело и останало да лежи онаму каде што било. Наместо да избега, повеќе личело дека кучето се откажало од можноста да бега, се „предало“ или пасивно го прифатило шокот. После ова, тие решиле наместо да свонат со своно, да го изложат директно на болна дразба. И овој пат, ништо не се случило, односно кучето повторно останало да лежи и болно да цвичи. Овие наоди биле навистина чудни и неочекувани. За да можат подобро да разберат што се случило, Селигман и соработниците (Seligman et al., 1968) во второто повторување на експериментот, ставиле во кутијата куче кое претходно не било условувано. Откако му била зададена болна дразба, ова куче веднаш скокнало во другиот дел, односно избегало од непријатната дразба.

Еден од главните заклучоци од овие експерименти бил дека врз однесувањето, освен видливите награди и казни, влијае и она што го мислиме. Однесувањето на кучето од експериментот се должело на претходно наученото однесување, каде што беспомошноста односно неможноста да се влијае врз ситуацијата била научена и одржувана во новата ситуација.

Оттука произлегла дефиницијата на авторите за *научената беспомошност*, како состојба во која една личност научила да се однесува беспомошно дури и во

ситуации кога постои можност таа да си помогне себе и тоа преку избегнување на непријатните услови кои на некој начин ѝ нанесуваат штета, а на кои е изложена во моментот, дефинирале Абрамсон и соработниците (Abramson et al., 1978). Теоријата за научена беспомошност наскоро била проширена - од лабораториски услови - на полето на човековото однесување, при што станала најупотребуваната теорија за објаснување на депресијата кај луѓето. Според оваа теорија депресијата кај луѓето се јавува затоа што, луѓето научиле да бидат беспомошни, односно во текот на нивниот живот тие научиле дека немаат контрола врз сопствениот живот. Абрамсон и соработниците (Abramson et al., 1978) заклучиле дека теоријата за научена беспомошност е едно гледиште кое клиничката депресија и сличните ментални нарушувања ги разгледува од аспект на чувство на намалена или отсуство на контрола врз животните настани и ситуации.

Од друга страна, свесноста или увереноста на луѓето дека тие имаат контрола врз надворешните фактори, имаат можност да влијаат врз ситуацијата и имаат можност да ја избегнат непријатната дразба, е сосема доволна луѓето да го отстранат или занемарат негативното дејство на непријатната дразба. Според Абрамсон и соработниците (Abramson et al., 1978) дури и без реално да се отстрани изворот, може да се влијае врз сопственото однесување.

Но, иако оваа теорија имала голема прифатеност, Селигман наишол на поголем број испитаници кои и покрај негативните настани во својот живот не станале депресивни. Тој увидел дека депресивните луѓе размислуваат за негативните настани од својот живот на многу оптимистичен начин од оние кои не се депресивни. Овој образец на мислење тој го нарекол *експланаторен стил*.

Експланаторниот стил според Петерсон, Селигман и Ваилант (Peterson, Seligman & Vailant, 1988) е тенденција на личноста на определен начин да си ги објаснува причините за успех или неуспех во минатото и врз основа на тоа да се формира одредено „причинско-последична“ законитост за светот околу неа и според тоа да ги формира своите очекувања и мотивација во однос на понатамошното однесување. Според Дјукема, Багбовер, Доктера и Петерсон (Dykema, Bagbower, Doctera & Peterson, 1996), Петерсон и Селигман (Peterson & Seligman, 1984) го дефинирале експланаторниот стил како когнитивна личносна

варијабла која ја рефлектира тенденцијата да се објаснат добрите, односно лошите (негативните) настани кои им се случуваат на луѓето. Концептот за експланаторен стил е структуриран во три димензии:

- Персонализација која се однесува на интернализација на причините - колку субјектот смета дека причините за настанот се внатрешни (зависат од него лично) или се надворешни (зависат од надворешни фактори);
- Стабилност која се однесува на временското одредување на причината. Ова всушност означува колку субјектот смета дека причината ќе биде присутна, односно со која фреквенција ќе се пројавува и во иднината;
- Глобалност која се однесува на специфичноста на причината, односно дали причината се гледа како специфична, ограничена на тој настан или е универзална и влијае на повеќе аспекти од животот на субјектот.

Според Петерсон и соработниците (Peterson et al., 1988) кога причината е интернализирана таа укажува на нешто поврзано со селфот (на пр.: Тоа се случи заради мене), додека пак екстернализирана причина укажува на поврзаност со другите луѓе и ситуации (на пр.: Не е до мене, до времето е). Кога причината е стабилна таа е во врска со долготрајноста на влијанието на истата (на пр.: Ова никогаш нема да се реши) додека пак, нестабилна причина се однесува на нејзината транзиторност (на пр.: Ова се случи само еднаш). Кога причината е глобална тоа укажува на фактот дека причината влијае на широк домен на активности (на пр.: Овој настан, ќе сруши сè што имам досега направено) додека пак, ако причина е специфична таа укажува на ограниченоста на причината (на пр.: Тоа не влијае на ништо од мојот живот).

Експланаторниот стил се разгледува и по однос на тоа каква е тенденцијата за припишување на причините за позитивните и негативните исходи од настаните во животот. Оттука, за лицата кои имаат тенденција за негативните настани или исходи во животот да припишуваат причини кои се внатрешни, стабилни и глобални, а за позитивните исходи да припишуваат причини кои се надворешни, нестабилни и специфични, велеме дека имаат т.н. депресоген (песимистичен) експланаторен стил. Спротивно на ова, за лицата кои имаат тенденција за негативите исходи на настаните да припишуваат причини кои се надворешни, нестабилни и специфични, а за позитивните исходи причини кои

се внатрешни, трајни (временски стабилни) и глобални, велиме дека имаат оптимистички експланаторен стил. Според Дјукема и соработниците (Duckema et al., 1996) Петерсон и Селигман (Peterson & Seligman, 1984) сметаат дека првите имаат поизразена тенденција и повисок степен на ризик да развијат депресија, деморализираност, пасивност, неуспех и останати конструкти на беспомошност во споредба со другите поединци.

Во контекст на песимистичен односно оптимистичен експланаторен стил важно е да се направи дистинкција на термините со термините на оптимизам и песимизам кои неправедно може да ги поистоветиме. Најпрво, термините оптимизам и песимизам се извлечени од секојдневната, ненаучна терминологија. Второ, оптимистично е кога причините за некои негативни исходи од настаните се гледаат како надворешни, привремени и специфични, и тоа е оној аспект од експланаторниот стил кој што е поврзан со оптимизмот. Но, експланаторниот стил е многу поширок концепт, кој што вклучува многу повеќе димензии во себе. Најнакрај, во секојдневниот говор оптимизмот се однесува на една наклонетост кон верувањето дека работите ќе се случат во најдобар можен начин за нас, а термините на оптимизам и песимизам се единствено насочени кон нашите очекувања од идните настани, поедноставува Реивич (Reivich, 2015). За разлика од нив експланаторниот стил во себе ја содржи и оваа димензија, меѓутоа е и многу поширок концепт, и ги вклучува причинско последичните каузалните атрибуции кај личноста. Експланаторниот стил означува тенденција личноста на определен начин да си ги објаснува причините за успех и неуспех во минатото, врз основа на тоа да формира одредени „причинско - последични“ законитости за светот околу неа, според тоа да ги формира своите очекувања и својата мотивација во однос на понатамошното однесување. Термините оптимизам се однесуваат (во контекст на споредбата со експланаторниот стил) само на видот т.е. насоката на очекувањата од иднината кои се формираат кај личноста. Оптимизмот и песимизмот се димензии кои се поврзани, но не се еднакви со конструктот на експланаторниот стил.

Во последниве години интересот за експланаторниот стил сè повеќе расте. Публикувани се стотици студии во кои е истражувана врската помеѓу експланаторниот стил и важни аспекти на физичкото и психичкото здравје. Некои од актуелните теми на истражувањата се за поврзаноста на

експланаторниот стил со депресијата, со перформансата и продуктивноста, со физичкото здравје и со задоволството во бракот. Експланаторниот стил е испитуван во стотици студии, особено во контекст на добра или лоша адаптација (Buchanan & Seligman, 1995; Peterson et al., 1998). Истите потврдуваат дека песимистичниот експланаторен стил е најчесто поврзан со појава на депресија, болест или ниски академски постигнувања (Peterson, 1988; Peterson, 1995; Peterson & Bossio, 1991; Peterson & Seligman, 1984; Dukema et al., 1996). Истражувањата се продлабочуваат и во контекст на поврзаноста на песимистичниот експланаторен стил со кардиоваскуларните заболувања.

1.2.3 Дисфункционални стратегии на справување со стрес

Стресот е тема која е актуелна во нашето секојдневие. Присутен во секоја сфера од нашето живеење - работата, здравјето, семејството, интерперсоналните релации и школувањето. Темата на стрес станува сè поактуелна. Причините за тоа не се само заради тоа што стресот е пропратен дел од секојдневното живеење, туку и заради сè позаснованите научни претпоставки дека стресот е важен фактор на ризик во појавувањето на банални, но и сериозни физички заболувања и ментални растројства. За вообичаени извори на стрес се сметаат персоналните ситуации, професионалните ситуации, надворешно (средински) условен притисок и внатрешно условен притисок (притисок кој самите си го поставуваме) и/или ситуации во кои ни недостасува контрола.

Интересот за начинот на кој луѓето се справуваат со стресот драматично се зголемуваше последните 40 години. Теориите за стрес и надминување на стресот се темелат на наодите на Канон и Сејли, но се развиваат преку концептот на Лазарус. Денес на концептот на стрес може да се гледа и пошироко, како на пр. низ призмата на биопсихосоцијалниот модел кој е актуелен во современата здравствена психологија.

Познато е дека стресот влијае на здравјето, но прв модел кој ја објаснува најдиректно врската помеѓу здравјето и стресот е моделот на Канон. Познат како генерален синдром за адаптирање (GAS General Adaptation Syndrome) или „бегај или бори се“ одговор на стресна ситуација (fight-or-flight response). Тој објаснува

како организмот/телото реагира на стресот со текот на времето. Најпрво се јавува фазата на аларм, во која телото иницијално се мобилизира за да се бори со стресорот. Потоа следи фазата на отпор, во која телото сеуште се труди да се справи со заканата. На крајот, доаѓа фазата на исцрпеност, во која ресурсите на телото се исцрпени а со тоа, организмот повеќе подлежи на разболување и болест. Моделот денеска е разработен во нови верзии кои ги рефлектираат современите истражувања и наоди. Новите модели кои ја објаснуваат врската помеѓу здравјето и стресот ја вклучуваат личносната индивидуална реакција на стрес, улогата на полот како важен фактор во начинот на кој луѓето рагираат на стрес, влијанието на типот и времетраењето на стресот врз физиолошките реакции на организмот.

Кога се зборува за *стресот* во областа на здравствената психологија, Сандерс (Sanders, 2003, стр.139) смета дека вообичаено се мисли или на „искусување на важни настани или перцепирање дека недостасуваат ресурси кои ќе помогнат во справувањето со тој важен настан“. Меѓу различните дефиниции за стресот најчеста е онаа каде стресот се дефинира како негативно емоционално искуство придружено со предвидливи биохемиски, физиолошки, когнитивни и бихејвиорални промени, кои се насочени кон менување на стресниот настан и адаптирање на неговите ефекти (Curtis, 2000). За Сејли (Salys, 1956, според Curtis, 2000) стресот е поврзан со болеста и предизвикува хормонална промена во организмот што доведува до општа слабост на имунитетот, што пак води до болест. Ваквото гледиште на стресот е строго биологистичко, но се надминува со појавувањето на концепцијата на Лазарус и Фолкман. Тие стресот го гледаат како состојба која се јавува како резултат на несогласност помеѓу барањата на средината кон поединецот и можностите на поединецот за реагирање (Lasarus & Folkman, 1991 според Curtis, 2000).

За пациентите кои се соочени со операција на отворено срце медицинската процедура за нив претставува стресен настан. Самиот процес на справување со стресот има значајна улога во менаџирањето на целокупниот процес на хоспитализација на пациентот во предоперативната подготовка и неговото постоперативното заздравување.

Темата на справувањето со стресот е тема која природно се надоврзува на темата за стрес. И овој концепт на почетокот бил сфатен како синдром за адаптација еднакво биологистички како и првите сфаќања за стресот. Според Карвер, Шеиер и Вајнтрауб (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) Лазарус (Lazarus, 1991) го надминал биологистичкото гледиште на процесот на справување со стрес, гледајќи го како процес на справување со заканите (било да се внатрешни или надворешни) кој се одвивал врз основа на барањата од околината и ресурсите на личноста. Лазарус (Lazarus, 1966) сметал дека стресот се состои од три процеси. Првиот процес се однесува на проценка на потенцијалната закана која личноста ја прави кога е соочена со стресен настан (т.н. примарна проценка), а потоа следи процесот на проценка на личноста на своите способности за менаџирање со ситуацијата и со своите емоции (т.н. секундарна проценка). Последен процес е самиот процес на справување со стресот, кој се јавува како резултат на првите два процеса. Вака прикажани, изгледа дека процесите линеарно течат, но во реалноста и самиот Лазарус сметал дека тие ретко се појавуваат во линеарна низа, а почесто се преплетуваат. Во нивната позната книга *Stress, Appraisal and Coping*, Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1991, стр. 178) справувањето со стрес го дефинираат како „когнитивни и бихевиорални напори кои константно се менуваат за да се изменаираат некои специфични внатрешни и/или надворешни барања кои се проценуваат како захтевни или ги надминуваат ресурсите на личноста“. Во *Cambridge Dictionary of Psychology* (Matsumoto, 2009, стр. 134), справувањето е дефинирано како „процес на менаџирање во тешки околности кој вклучува развој на стратегии за соочување со внатрешниот и надворешниот стрес, како и проширување на напорите за изнаоѓање на најкорисните можни начини при исполнување на некоја задача додека некои други задачи се одложуваат со цел да се исполни онаа која најмногу прави притисок“. Во поновата литература, на пример, *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Wittchen & Hoyer, 2011, стр. 22) справувањето се дефинира како “степенот до кој луѓето со потешкотии и стресни животни настани се подготвени да ги менаџираат истите”.

Различните индивидуи користат различни стратегии за справување со стресот. Стратегиите за справување со стресот се развиваат со цел да се развијат механизми кои се потребни и важни како во периодот на акутен стрес (како на пример некоја природна катастрофа) така и кај пациентите кои страдаат од

хронични заболувања како на пример депресија, коронарните заболувања или ракот.

Според Карвер и соработниците (Carver, et al., 1989), Лазарус (Lazarus & Folkman, 1980) дефинирал 8 стратегии на справување групирани во два основни видови: *стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот* и *стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на емоции*. Стратегиите на справување со стрес кои се *фокусирани на проблемот*, се насочени кон решавање на проблемот и/или кон менување на изворот на стресот, додека пак стратегиите на справување со стрес кои се *фокусирани на емоциите* се насочени кон редуцирање и/или менаџирање на емоционалниот стрес кој е асоциран или предизвикан од стресот. Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1980) сметале дека стратегиите на справување со стрес кои се *фокусирани на проблемот*, се доминантни кога личноста смета дека може нешто конструктивно да стори, додека пак стратегиите на справување со стрес *фокусирани на емоциите* се доминантни кога личноста смета дека стресот е нешто што мора да се „издржи“ (според Carver et al., 1989). Последнава стратегија се користи кога личноста се обидува да го промени сопственото мислење или пак сопственото доживување на ситуацијата и/или стресот. Во групата на стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот може да се вбројат следниве стратегии: активно справување, планирање и барање на информации. Примери за стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на емоциите се: барање и користење на емоционална поддршка, барање или користење на социјална поддршка или пак негирање.

Карверовиот теоретски базиран пристап за проценка на стратегиите на справување се заснова на базичната поделба на стратегиите за справување предложена од Лазарус. На истата ќе се повикуваме во ова истражување. Стратегиите за справување тој ги групирал на следниов начин: *стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот* (каде што се вбројуваат активно справување, планирање, супресија на конкурентни активности, воздржување и употреба на инструментална социјална поддршка) потоа *стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на емоциите* (каде што се вбројуваат употреба на емоционална социјална поддршка, позитивна реинтерпретација и личен развој, прифаќање, негирање и религиозно

справување) и накрајот *дисфункционални стратегии на справување* (каде што се вбројуваат фокусирање кон/и празнење на емоции, бихевиорална неангажираност и ментална неангажираност).

Иако авторите последната категорија на стратегии за справување со стрес ја нарекле *дисфункционални стратегии на справување со стрес* важно е да се назначи дека самиот Карвер сметал дека нема стратегија на справување со стрес која е негативна или маладаптивна. Затоа, тој самиот избегнувал да ги дефинира стратегиите на справување како функционални или дисфункционални, позитивни и негативни, или адаптивни и маладаптивни. Но, од практични причини и за истражувачки цели, дисфункционалните стратегии на справување со стрес имаат своја употреба и значење и токму тие ќе бидат од интерес во ова истражување. Само како надополнување, ќе споменеме дека дисфункционалните стратегии за справување со стрес се сретнуваат во повеќе истражувања (Cooper et al., 2008; Kasi et al., 2012) и имаат практичен придонес во областа на здравствената психологија. Во ова истражување од интерес е категоријата на *дисфункционалните стратегии на справување со стрес*, каде што се вбројуваат три стратегии односно димензии: *емоционална неангажираност, ментална неангажираност и фокусирање и празнење на емоции*.

Емоционалната или бихевиорална неангажираност е мерка на дисфункционална стратегија на справување, која се однесува на намаленото ангажирање на личноста да се справи со стресорот, како и откажување на личноста од остварување на целта. Во литературата се споменува дека оваа стратегија наликува и може да се поистовети со феноменот на беспомошност. Теоретски, според Карвер и соработниците (Carver et al., 1989) бихевиоралната неангажираност се појавува кога луѓето очекуваат мали резултати од справувањето со стресот.

Менталната неангажираност е мерка на дисфункционална стратегија на справување со стрес која е варијација на бихевиоралната неангажираност и се појавува низ најразновидни варијации на активности кои ѝ служат на личноста да ги отргне мислите од проблемот. Такви активности, кои ја рефлектираат менталната неангажираност со цел да се пренасочат мислите од проблемот се: фантазирањето, бегството со спиење или интензивното гледање телевизија. Можеби е значајно да се спомене дека, активностите кои се вбројуваат во

менталната неангажираност се многу поразновидни и многубројни. За нивното согледување е важно да се земе во предвид концептуалниот критериум на менталната неангажираност.

Фокусирање и вентилирање (или празнење на емоции) е последната од трите дисфункционални стратегии на справување со стрес, која се смета дека е маладаптивна. Опишана е како тенденција на лицата да се фокусираат на сè она што претставува стрес за личноста и ја вознемирува личноста, и е проследено со искусување и вентилирање на тие чувства. Таквата реакција некогаш може да биде функционална, на пример кога една личност обжалува загуба на близок, па фокусирањето, искусувањето и вентилирањето на емоциите е во функција на адаптирање на новонастанатата ситуација. Целта на таквото однесување е да се надмине ситуацијата и да се продолжи понатаму. Но, доколку фокусирањето на овие емоции трае предолго тогаш, постои простор за сомнеж дека, стратегијата ја оттргнува личноста од активно справување со стресот и од надминување на проблемот. Шеиер и Карвер (Sheier et al., 1977) сметале дека пролонгираното фокусирање и вентилирање на емоциите може да ја интензивира стресната реакција, да ја оттргне личноста од активно справување со проблемот и од надминување на стресната ситуација (според Carver et al., 1989).

Која стратегија за справување ќе ја користи една личност зависи од повеќе аспекти, а според Тејлор од цртите на личноста и нејзините предиспозиции. Тејлор (Taylor, 1995, според Стоименова – Цаневска, 2005) сметал дека секоја стратегија на справување со стрес е тенденција стресорот да се разреши на карактеристичен начин за индивидуата. Дополнително стратегиите се третираше како неменлива категорија кои низ времето остануваат исти. Слично гледиште имале и Карвер и соработниците (Carver et al., 1989) кои сметале дека луѓето користат стабилни стратегии на справување со стрес. Дијаметрално пак различно е гледиштето на Алман, Бери и Насир дека стратегиите за справување со стрес се менлива категорија, која е под влијание на надворешната средина и срединските барања, и дека е процес кој флукутира и се менува низ времето (Allman, Berry & Nasir, 2009).

Новите трендови во областа на менаџирање на стресот предлагаат можност за терапевски импликации. Тие не би биле возможни доколку се држиме до гледиштето дека стратегиите за справување се еднаш дадени и како такви,

неменливи категории низ времето. Затоа за овој истражувачки труд е значајно согледувањето на Алман и соработниците дека стратегиите за справување со стрес се менлива категорија, на која влијаат надворешната средина и срединските барања. Ако на стратегиите за справување со стрес гледаме како менливи категории тогаш се отвора можност за нивна промена, во функција на изнаоѓање најоптимални механизми за справување со стресот и намалување на последиците од неговото влијание врз здравјето. Во контекст на ова Сандерс (Sanders, 2003) смета дека психотераписката работа нуди можност преку неа да се промени нечиј личносен одговор на стрес, чија последица би било: намалување на стресната реакција на личноста, намалување на штетните последици на стресот и конечно подобрување на општото здравје.

Според Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1991) самото справување со стрес, како концепт се поистоветувало со *ефективна адаптација* (или барем така се гледало во психодинамската теорија) каде што неуспешните или помалку успешните напори на личноста да се справи со стресот се наречени механизми на одбрана. Но, уште во 1984 година кога темелно го опишувале концептот на справување со стрес, тие потенцирале дека прогрес во разбирањето на стратегиите за справување со стрес е ако на стратегиите на справување со стрес погледнеме низ призмата на тоа што ѝ помага односно одмага на личноста во справувањето, кои се начините и како таа тоа го прави. Справувањето треба да се разгледува како напор на личноста (вложен труд) да се изменазираат стресните барања независно од исходот. Повеќе истражувачи (Schröder et al., 1998; Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1991) ја фаворизираат идејата дека ниту една стратегија не смее да се третира како подобра или полоша од останатите, бидејќи проценката за тоа дали некоја стратегија е добра или лоша треба да биде контекстуална, односно, да се земе во предвид контекстот на настаните и во тој контекст да се разгледува и дискутира стратегијата. Справувањето со стрес не треба да се поистоветува со контрола врз средината, бидејќи многу извори на стрес не може да се контролираат, а ефективното справување понекогаш може да значи сè она што ѝ дозволува на личноста да го толерира, минимизира, акцептира или игнорира она што не може да се контролира, сметале Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1991).

1.2.4 Коронарно заболување кај кардиохируршки пациенти

Кардиоваскуларните заболувања според Светската Здравствена Организација (СЗО) се причина број еден за смртноста и инвалидитет на населението во светот. Според Светска здравствена организација - СЗО (World Health Organization [WHO], 2003) проценето е дека до 2003 година околу 16,7 милиони луѓе искусиле проблеми со коронарните заболувања. Во Р. Македонија до јуни 2013 година според податоците од Специјална болница за хируршки болести (СБХБ) „Филип Втори“ (Специјална болница за хируршки болести – СБХБ „Филип Втори“, 2015) направени се над 10.000 операции на срце, не вклучувајќи ги интервентните и медикаментозни решавања на коронарните заболувања.

Коронарните срцеви заболувања се најчестиот облик на срцеви болести. *Коронарното заболување* според Вулсин (Wulsin, 2012) е хронично и прогресивно заболување дефинирано преку создавање на *плаки* на големите коронарни артерии. Плаките настануваат како последица на воспалителен процес што доведува до стеснување (стеноза) на главните коронарни артерии кои обезбедуваат крв за кардијалното и миокардијалното ткиво. Процесот на создавање на плаки според Огден (Ogden, 2007) е наречен атеросклероза и доведува до забавување на протокот на крвта во срцето, а со тоа и до недостиг на кислород. Кај потешките коронарни заболувања на срцето на овој начин може да дојде до конгестивен застој на срцето, општа слабост на срцето што ја намалува неговата способност да пумпа крв, но може да бидат предизвикани и болни напади на градна болка (ангина пекторис), срцев удар или во најлош случај ненадејна смрт.

Најчести заболувања кај кардиолошките пациенти *без коронарно заболување* се вродените срцеви маани, ослабен срцев мускул (дилатативна кардиомиопатија), некаква инфекција на срцевиот мускул (миокардит, перикардит), или операција на валкулите (односно залистоците на срцевиот мускул заради стеноза-стеснување или несоодветно затворање). Сите овие кардиолошки состојби во својата етиологија имаат механичка промена на органот каде што *личноста* како фактор за развој на заболувањето не можела да влијае, а доколку влијаела, тогаш за тоа не постојат достапни податоци.

Поголем дел од смртноста кај кардиоваскуларните заболувања се должи на компликации на коронарните заболувања. Последниве 40 години процентот на смртност од кардиоваскуларни заболувања драстично се намали, најмногу заради современите методи на третман на заболувањата како и зголемените превентивни кампањи за едукација во јавното здравство на оваа болест. Сепак инциденцата на заболувањето останува непроменета што сугерира дека и понатаму е потребно да се истражува со цел да се осознае етиологијата на ова комплексно заболување.

Постојана изложеност на стрес подразбира живеење со висок притисок и покачено ниво на шеќер во крвта, но и заболувања кои се јавуваат како нивна последица, што долгорочно може да има фатални последици по целото здравје. „Стресот на работното место или во околината, како и интерперсоналните и интраперсоналните конфликти влијаат на зголемено излучување на адреналин, што забрзано ја згрутчува крвта што пак води до срцев удар”, смета Стрике (Strike, 2006, според Sanders, 2003, стр.112). Пролонгиран период на живот со висок крвен притисок може да води до зголемување на масните киселини, како и на гликозата што се таложат во ѕидовите на крвните садови. Тоа го принудува срцето да испумпува повеќе крв низ стеснетите артерии. Со текот на времето, оваа хронична битка, внатрешна битка во самиот организам, може да води до трајно оштетување на крвните садови и срцето. Долготраен и хроничен стрес оттука, може да има негативни последици на кардиоваскуларниот систем. Всушност, направена е студија во 52 земји која покажала дека индивидуите со повисок степен на стрес (на работа или дома) се изложени на поголем ризик од искусување на срцев удар заклучиле Розенгрин и соработниците (Rosengren et al., 2004, според Sanders, 2003). И Камарк (Kamarck, 2012) го испитувал влијанието на стресот врз кардиоваскуларните заболувања и утврдил дека лицата кои се под стрес покажуваат зголемена кардиоваскуларна реактивност, зголемен крвен притисок и забрзано срцебиение. Во психолошка лабораторија биле мерени срцебиенето и крвниот притисок кај лица во и вон тестовна ситуација. Кога лицата биле во тестовната ситуација тие покажувале зголемено срцебиение и покачен крвен притисок, а кога биле вон тестовната ситуација покажале намалени вредности на физиолошките параметри, евидентирале Ушино и соработниците (Uchino et al., 1995, според Sanders, 2003).

Во етиологијата на *коронарното заболување*, Розански, Блументал и Каплан (Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999) гледаат кластер на докажани фактори на ризик за развој на коронарното заболување (некаде означени и како традиционално познати фактори на ризик) кој ги вклучува дијабетесот, високиот крвен притисок, недостатокот на движење, лошата исхрана и пушењето (според Linden, 2003). Освен кластерот на докажани фактори на ризик (традиционалните фактори на ризик за кои се смета дека се неменливи), тие ги нагласуваат и психолошките фактори (кои се сметаат за менливи и минливи). Во психолошките фактори кои се менливи се вбројуваат стресот, депресијата и/или анксиозноста. При многу чести стресни ситуации, два клучни хормони (адреналин и кортизол) се лачат преку надбубрежната жлезда и имаат двојно делување во однос на настанување на кардиоваскуларните болести. Нивното прво дејство е директно врз крвните садови, срцето и крвотокот. Второто дејство, според Огден е индиректно, преку покачување на шеќерот во крвта и крвниот притисок (Ogden, 2007). Покачувањето на нивото на шеќерот во крвта и на крвниот притисок води до тахикардија и сплет на други реакции чија цел е да го подготват организмот да опстои во стресна ситуација.

Темите се скоро репетитивни во објаснувањето на поврзаноста на различните кардиолошки состојби со негативните психолошки состојби како што се следниве: депресијата, анксиозноста, слаба контрола на агресијата, социјалната изолација, нискиот социоекономски статус и психолошката одбранбеност, за кои пак се знае дека придонесуваат за развојот на болеста, а воедно се и пречки во процесот на излекување (Kuzbansky & Kawachi, 2000; Rozanski et al., 1999; Sapiró, 2005; Carels et al., 1999).

Бидејќи наведените психолошки појави како конструкти се доста широки, сè почесто се појавуваат посеопфатни концепти. Тоа се всушност кластери на факторите на ризик кои би ги издвоиле круцијалните шеми на кардиолошка личност. Според Линден (Linden, 2003) таков, поширок и посеопфатен концепт е концептот на „витална исцрпеност“ кој на пример, ги комбинира во себе физичката слабост (или телесна истоштеност) на личноста и депресијата кај личноста. Сличен нему, е и концептот на Деноле за т.н. личност „Тип Д“ која се однесува на состојба на хроничен негативен афективитет. Концептот за личноста „Тип Д“ се покажал како подобар предиктор на акутните кардиоваскуларни

стресни реакции од повеќето традиционално познати фактори на ризик (Denolett et al., 1999; Denolett, 2000; Linden, 2003).

1.3 РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА

1.3.1 Релевантни истражувања на релација: алекситимија и кардиоваскуларна болест

Она што досега е познато во литературата за поврзаноста на алекситимијата и коронарното заболување е најдиректно и најпрецизно опишано во контекст на конструктот *хипертензија*. Хипертензијата (високиот крвен притисок) е значаен фактор на ризик за развој на коронарно заболување и се смета за заболување кое освен генетско-биолошката компонента, во својата генеза ја има и психолошката компонента. Поврзаноста на хипертензијата и алекситимијата е во повеќе наврати потврдена (Jula et al., 1999; Todaro et al., 2003; Jennings & Heim, 2011). Студиите при тоа, не укажуваат на причинско последичната врска помеѓу хипертензијата и алекситимијата. Поврзаноста на алекситимијата и хипертензијата ја испитувал и Шмитц (Smitz, 2004, според Стоименова-Цаневска, 2005) според кој, појавата на алекситимијата високо корелира со развојот на бројни психосоматски заболувања, меѓу кои се и хипертензијата, астмата, алергиските реакции и мигрената, анорексија невротата и булимичката.

Алекситимијата не е концепт кој се поврзува само со психосоматските заболувања, туку е концепт кој го зголемува и генералниот личен ризик од заболувања. Според Тејлор, Багби и Луминет (Taylor, Bagbi & Luminet, 2000) алекситимичните лица се посклони да развијат медицинско заболување, од оние лица кои се помалку алекситимични, најмногу заради нивниот дефицит во емоционалната регулација. Дефицитот во емоционалната регулација, според авторите, подразбира изразена потешкотија да се справат со акутниот емоционален стрес, што се рефлектира врз општата здравствена состојба. Наодот дека присуството на алекситимија го зголемува општиот ризик од развој на болест, медицинско заболување и/или психијатриски растројства го потврдиле и Маус и Грос (Mauss & Gross, 2004).

Истражувањата за поврзаноста на алекситимијата со коронарните заболувања се сè побројни, а најновите истражувања на Нехра и соработниците (Nehra et al., 2012) укажуваат на тоа дека преваленцата на алекситимија кај пациенти со

коронарно заболување е двапати поголема од она што досега се наведувало во литературата (дури и до 40%).

Кауханен, Каплан, Коен, Салонен и Салонен (Kauhanen, Kaplan, Cohen, Salonen & Salonen, 1994) даваат нова перспектива во објаснувањето за тоа како алекситимијата и коронарното заболување се поврзани. Според нив алекситимијата многу повеќе индиректно влијае на болниот и таа го засегнува многу повеќе однесувањето на болниот, отколку патофизиолошките промени во кардиоваскуларното заболување. Ова го потврдуваат и наодите на повеќе истражувачи (Lumley, Settner & Wehmer, 1996; Lumley, Neely & Burger, 2007). Авторите сметаат дека алекситимијата е поврзана со висока физиолошка возбуда кај некои поединци, па овие поединци како пациенти имаат тенденција да ги пренагласуваат симптомите и да изразуваат нездрави компулсивни однесувања.

Повеќе истражувачи (Bersneviate, 2000; Lumley et al., 2007; Rooth & Padmasumari, 2014) се согласуваат дека психолошките третмани кај овие пациенти се покажале како ефективни. Според Лумлеј и соработниците (Lumley et al., 2007; Lumley et al., 1996.) алекситимичните пациенти со коронарно заболување најдобро реагираат на бихевиор-когнитивната терапија, која бидејќи е построкурирана е подобра за нив од останатите, интроспективно ориентирани терапевтски правци. Бересневајт (Bersneviate, 2000) докажала дека ефикасна редукција на алекситимијата кај пациенти со коронарно заболување значајно го намалува степенот на алекситимија кај истите во наредните две години. Практично, во нивната follow-up студија се покажало дека оние пациенти кои биле вклучени во групна терапија (со терапевтски техники како тренинг за релаксација, идентификација и споделување на чувствата, свесност за емоциите, работа на креативност и фантазија кај истите, невербална експресија на емоциите итн.) се забележал намален број на кардиолошки настани споредено со оние чиј скор на алекситимија не се променил. Накратко, редукцијата на степенот на алекситимија, влијаела позитивно на здравствениот исход кај пациентите со коронарно заболување. Во контекст на третманот на кардиолошките пациенти со коронарно заболување и висока алекситимија, Валкамо и соработниците (Valkamo et al., 2001) посочуваат дека пациентите со коронарно заболување, кои се и алекситимични, се група на пациенти кои имаат изразена психосоцијална тежина во справувањето со кардиоваскуларното заболување. Истовремено, тие како категорија на пациенти, се поранливи, на кои

од исклучително значење им е пред сè индивидуалната поддршка и внимание, многу повеќе во споредба со останатите пациенти кои страдаат од кардиоваскуларни заболувања.

1.3.2 Релевантни истражувања на релација: експланаторен стил и кардиоваскуларна болест

Експланаторниот стил денеска е екстензивно истражувана димензија. Таа се споменува како фактор на ризик во развојот на депресијата, но според Петерсон (Peterson, 1988) сè почесто таа се споменува како предвесник на лошо здравје.

Експланаторниот стил и физичкото здравје меѓу првите го истражувале Петерсон и Босио (Peterson & Bossio, 1991). Тие дошле до сознанија дека студентите кои имале оптимистичен експланаторен стил, споредени со своите соученици кои имале пооптимистичен експланаторен стил, биле болни поголем број денови и имале повеќе посети кај доктор поврзани со болест во тековната година. Студентите кои имале оптимистичен експланаторен стил пријавувале повеќе физички заболувања (најчесто инфективни заболувања и тоа настинки или вирусни), тие имале поголем број на посети кај доктор и помалку превентивно делувале во однос на здравјето, во споредба со нивните соученици кои имале пооптимистичен експланаторен стил (Peterson & Bossio, 1991). До слични наоди дошле и Буханан, Гарденсвартц и Селигман (Buchanan, Gardenswartz & Seligman, 1999) кои следеле студенти со кои систематски се работело на подобрување на експланаторниот стил, а резултатите биле позитивни: оваа група испитаници имале зголемен број на превентивни посети кај доктори, развиле поздрави навики во исхраната и физичката активност и имале намален број на посети кај доктор поврзани со некаква болест.

Петерсон во своето истражување за поврзаноста помеѓу експланаторниот стил и лошото здравје, потврдува дека експланаторниот стил за индивидуата претставува ризик за развој на заболување, иако за него јасен линк помеѓу негативните состојби и развој на болеста сè уште нема (Peterson, 1988). Неговите наоди имплицираат дека експланаторниот стил може да влијае подоцнежнo на

болеста на најмалку неколку начини. Можната врска меѓу експланаторниот стил и болеста ја согледува низ нездравите животни навики, слабата исхрана, пушењето, пиењето, присуството на стресни настани кои може да се гледаат и како модератор варијабли. Во едно од своите истражувања тој потврдува дека кога личноста ги објаснува негативните настани во својот живот со една хронична и первазивна причина, вообичаено тоа е предикција или навестување на подоцнежни инфективни заболувања (Peterson et al., 1998). И наодите на Џексон, Селер и Петерсон (Jackson, Seller & Peterson, 2002) потврдуваат дека стресот во интеракција со песимистичниот експланаторен стил води до негативни исходи, особено кај поединци кои се со зголемен биолошки ризик за развој на болест. За авторите, ниту перцепираниот стрес засебно, ниту пак песимистичниот експланаторен стил засебно, не предвидуваат физичка болест, туку предиктор за подоцнежна јавување на физичка болест е интеракцијата која сè јавува помеѓу песимистичниот експланаторен стил и перцепираниот стрес (Jackson et al., 2002; Sanders, 2003).

Според Петерсон и соработниците (Peterson et al., 1998), оние поединци кои на негативните настани во својот живот им припишуваат интернализирани, стабилни и глобални објаснувања, покажуваат емоционални, мотивациони и когнитивни нарушувања во нивното функционирање. Од наведените три димензии на експланаторниот стил, глобализацијата се покажала како најзначаен фактор на ризик за рана смртност, особено кај машката популација. Глобализацијата се покажала како олицетворение на катастрофизација на негативните настани и е поврзана со очекување дека негативните настани ќе се појават во најразлични ситуации. Ваков стил на размислување може да биде фатален заради поврзаноста на катастрофизацијата со следниве појави: потешкотиите во решавањето на проблеми, потешкотиите во социјалното ангажирање и зачестеноста на донесување на ризични одлуки сметале Петерсон и соработниците (Peterson et al., 1998).

Поврзаноста на песимистичниот експланаторен стил со развојот на кардиоваскуларните заболувања е сè почеста тема на истражувачите. Буханан (Buchanan, 1995) ја истражувал поврзаноста на експланаторниот стил и коронарното заболување преку истражување на поврзаноста помеѓу коронарното заболување, „Тип А личност“ и песимистичниот експланаторен стил. Тој

заклучил дека песимистичниот експланаторен стил може да предвиди смртност кај пациенти со коронарно заболување, но не бил сигурен за начинот на кој тоа се случува. За зголемениот морталитет кај пациентите со кардиоваскуларно заболување кои имаат песимистичен експланаторен стил потврдиле и други истражувачи (Seligman, 2013; Giltay et al., 2004). Според Лин и Петерсон (Lin & Peterson, 1990) Петерсон (Peterson, 1988) заклучил дека постојаното чувство на беспомошност, кога е во прашање здравјето, може да придонесе индивидуата да почне да запаѓа во надолен спирален круг кој само ќе го влошува здравјето.

И истражувањата во однос на оптимистичниот експланаторен стил и коронарното заболување одат во прилог на тезата: пациентите со кардиоваскуларни заболувања кои имаат очекувања дека ќе се случат повеќе добри нешта, отколку негативни или лоши нешта, имаат ментални и физички здравствени исходи како што се пониска вулнерабилност, намалена инцидената на инфекции, побрзо опоравување од болеста и намален број на можни компликации од болеста (Sheier & Carver, 1985; Hoeksema et al., 1986; Peterson, 1988; Sheier et al., 1999; Kubznansky & Kawachi, 2000; Kubznansky et al., 2001; Sanders, 2003; Boehm & Kubznansky, 2012; Dubois et al., 2012, Thege et al., 2015). Оптимизмот е асоциран со редуциран морталитет кај коронарното заболување, тој е предиктор за физичко и емоционално здравје како и за пониско ниво на рехоспитализација после акутен коронарен синдром (Sheier & Carver, 1985; Sheier et al., 1999; Ronaldson et al., 2015).

1.3.3 Релевантни истражувања на релација: дисфункционални стратегии на справување со стрес и кардиоваскуларна болест

За Шродерет и соработниците (Schröder et al., 1998) процесот на справување со стрес кај постоперативните пациенти е медијатор и предиктор варијабла за постоперативното однесување на пациентот. Како ќе се однесува пациентот во постоперативниот период според нив, зависи од тоа каква стратегија за справување со стресната ситуација ќе користат. Доколу користат функционални или адаптивни стратегии на справување, тогаш процесот на опоравување ќе биде поддржан и потпомогнат. Но, доколку користат маладаптивни стратегии на справување, тогаш процесот на опоравување и надминување може да биде

инхибиран. За повеќе истражувачи, целиот процес на опоравување може да биде фасцилиран од стратегии на справување (Schröder et al., 1998; Schwarzer & Rickman, 1996; Sanjuan et al., 2012).

Кан и соработниците (Khan et al., 2012) во своето истражување за „Личносните црти и стратегиите на справување со стрес кај пациенти со коронарно и пациенти без коронарно заболување” наведуваат дека пациенти со коронарно заболување користат повисок степен на две стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот: *супресија на компетитивните активности и барање на социјална помош*. Тие ги наведуваат наодите на Виталиано и соработниците (Vitaliano et al, 2002, според Khan et al., 2012) за кого пациентите со кардиоваскуларни заболувања користат стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот, но еднакво ги користат и стратегиите на справување кои се фокусирани на емоции. Авторите сметаат дека тоа е позитивен и функционален пристап и ја изразува тенденцијата на пациентите со коронарно заболување да го потиснуваат своето внимание кон било која друга активност, со цел повеќе да бидат насочени кон справување со актуелниот проблем. Во истата студија тие нагласуваат дека пациентите со коронарно заболување имаат висок степен на користење и на *дисфункционалните стратегии на справување* (Khan et al., 2012). Високиот степен на користење на дисфункционалните стратегии за справување со стрес кај кардиолошките пациенти со коронарно заболување, авторите го објаснуваат како рефлексивна тенденцијата на пациентите за повлекување од одредени ситуации, особено оние кои ги доживуваат како стресни. И други истражувачи (Doering et al., 2004; Kohlmann et al., 1996) го потврдиле наодот дека пациентите со кардиоваскуларни заболувања користат избегнувачки стратегии на справување.

Избегнувањето како стратегија на справување се третираше воглавно како маладаптивна стратегија на справување, но Шродерет и соработниците (Schröder et al., 1998) дошле до интересно сознание. Имено, кога станува збор за емоционални исходи на пократок временски рок, избегнувањето како стратегија на справување всушност е адаптивен механизам, додека пак кога станува збор за емоционални исходи кои се однесуваат на подолг временски рок, конфронтирачките стратегии на справување се сметаат за повеќе адаптивни. Оттука стратегиите на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот се

промовираат како поефикасни стратегии. Сепак, на крајот повеќето истражувачи се согласуваат дека различните стратегии се повеќе или помалку адаптивни (Schröder et al., 1998; Carver et al., 1989).

Личносните фактори може да влијаат на користење на различни видови на стратегии. Според Сандерс (Sanders, 2003) лицата кои имаат позитивни емоции почесто ќе користат адаптивни и функционални стратегии, а оние кои имаат негативни емоции се посклони да користат деструктивни стратегии. Во една студија на израелски војници најдено е дека оние со висок скор на цврстина (hardiness) повеќе користеле стратегии кои се фокусирани на проблемите, а помалку користеле стратегиите кои се ориентирани на емоциите, што резултирало со повисок скор на општата добресостојба; лицата со висок скор на невротизам и со надворешен локус на контрола, главно се потpirале на маладаптивни стратегии, заклучиле Хјуит и Флет (Hewitt & Flett, 1996, според Sanders, 2003).

Во поглед на терапевските импликации за модификување на маладаптивните стратегии кај пациенти со срцеви заболувања правени се голем број истражувања и тоа сè почесто во последниве години. Каси и соработниците (Kasi et al., 2012) ја нагласуваат важноста да се поддржат кардиолошките пациенти во користење на позитивните стратегии, што клиничарите, психотерапевтите и психијатрите треба да го овозможат. И Руфхафза и соработниците (Roofhafza et al., 2012) сметаат дека унапредувањето на адаптивните стратегии, како и подобрување на социјалната поддршка кај пациенти со хронична срцева исхемија, е суштинска со цел да се намали ризикот од акутен коронарен синдром кај овие пациенти.

1.4 ИСТРАЖУВАЧКИ ХИПОТЕЗИ

Во врска со првиот истражувачки проблем: *Дали постојат разлики во однос на алекситимијата, експланаторниот стил и дисфункционалните стратегии на справување со стрес кај кардиохируршките пациенти со коронарно заболување и кардиохируршките пациенти без коронарно заболување?*, ќе бидат тестирани следните хипотези:

X1A: Кардиохируршките пациенти со коронарно заболување се поалекситимични од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување.

X1B: Кардиохируршките пациенти со коронарно заболување имаат попесимистичен експланаторен стил од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување.

X1B: Кардиохируршките пациенти со коронарно заболување користат повисок степен на дисфункционални стратегии на справување со стрес од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување.

Во врска со вториот истражувачки проблем: *Дали постои поврзаност помеѓу алекситимијата, експланаторниот стил и коронарното заболување кај кардиохируршките пациенти?*, ќе бидат тестирани следните хипотези:

X2A: Поалекситимичните кардиохируршки пациенти имаат попесимистичен експланаторен стил од помалку алекситимични кардиохируршки пациенти.

X2B: Поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување имаат најпесимистичен експланаторен стил, помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување имаат најоптимистичен експланаторен стил, а помеѓу поалекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување и помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување, нема разлики во експланаторниот стил.

Во врска со третиот истражувачки проблем: *Дали постои поврзаност помеѓу алекситимијата, дисфункционалниот стил на справување и коронарно заболување кај кардиохируршките пациенти?*, ќе бидат тестирани следните хипотези:

ХЗА: Поалекситимичните кардиохируршки пациенти користат повисок степен на дисфункционални стратегии на справување од помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти.

ХЗБ: Поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување користат највисок степен на дисфункционални стратегии на справување, помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување користат најнизок степен на дисфункционални стратегии на справување, а помеѓу поалекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување и помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување нема разлики во степенот на користење на дисфункционални стратегии на справување.

2 МЕТОД НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1 ОПЕРАЦИОНАЛНА ДЕФИНИЦИЈА НА ВАРИЈАБЛИТЕ

2.1.1 Алекситимија

Алекситимијата е квантитативна, организмена, мерена варијабла и во ова истражување таа операционално се дефинира како постигнат скор на скалата TAS – 20 (Торонто скала на алекситимија). Скорот може да се движи во дијапазон од 0 до 100. Аритметичката средина ќе биде мерката по која пациентите ќе се поделат на: кардиохируршки пациенти кои имаат скорови над таа вредност се со поизразена црта на алекситимија, односно, се *поалекситимични* и кардиохируршки пациенти кои имаат скорови под вредноста на просекот и се со помалку изразена црта на алекситимија, односно се *помалку алекситимични*.

2.1.2 Експланаторен стил

Експланаторниот стил е квантитативна, бихевиорална и мерена варијабла која во ова истражување операционално ќе се дефинира преку скорот добиен на Прашалникот за Атрибуциски стилови (ASQ - Attributional Style Questionnaire). Вкупниот скор има највисока теоретска вредност 15, а најниска -15. Скор над нулата, со повисока и позитивна вредност ќе укажува на пооптимистичен експланаторен стил на лицето, а скор под нулата, со пониска или негативна вредност ќе укажува на депресоген, односно попесимистичен експланаторен стил кај личноста.

2.1.3 Дисфункционални стратегии на справување со стрес

Дисфункционалните стратегии на справување со стрес претставуваат квантитативна, бихевиорална и мерена варијабла и таа во ова истражување операционално ќе се дефинира преку поединечниот скор добиен на Инвентарот

за мерење на ориентациони стратегии за искусување на проблемите (Coping Orientations to Problem Experience Inventory – COPE Inventory) за секој стил на справување кој се движи во дијапазон од 4 до 16, за секој стил на справување поединечно.

Варијаблата *дисфункционални стратегии на справување* ќе се испитува од три аспекти или категории: *ментална неангажираност, бихевиорална неангажираност и насоченост кон/и празнење на емоциите*. Повисок скор на поединечниот стил на справување укажува на повисок степен на користење на дисфункционалниот стил на справување, односно повисок степен на користење на: *ментална неангажираност, бихевиорална неангажираност и насоченост кон/и празнење на емоциите*. Понизок скор укажува на понизок степен на користење на дисфункционалниот стил на справување со стрес, односно понизок степен на користење на: *ментална неангажираност, бихевиорална неангажираност и насоченост кон/и празнење на емоциите*.

2.1.4 Коронарно заболување кај кардиохируршки пациенти

Коронарното заболување кај кардиохируршките пациенти е квалитативна, организмена и мерена варијабла која во ова истражување операционално ќе се дефинира преку проверување на медицински извештаи, односно постоење на позитивен коронарографски наод кој потврдува постоење на окулзија или стеснување на коронарните артерии со најмалку 50%. Со варијаблата за целите на ова истражување ќе се оперира на две нивоа: со и без коронарно заболување.

2.2 ПРИМЕРОК

Предметната популација во ова истражување ќе ја сочинуваат сите машки и женски лица со или без коронарно заболување, на возраст од 45 до 64 години кои имаат направено коронарографија и имаат индикација за оперативен зафат.

Достапната популација ќе ја сочинуваат сите хоспитализирани лица на возраст од 45 до 65 години во СБХБ „Филип Втори“, кои имаат направено коронарографија и имаат индикација за оперативен зафат, во периодот од средината на 2015 година до крајот на 2015 година кои се со или без коронарно заболување.

Во ова истражување ќе се користи пригоден примерок составен од 140 испитаници. Со оглед на високата фреквенција на прием на кардиохируршки пациенти во Специјалната болница за хируршки болести „Филип Втори“, бројот на испитаници беше обезбеден во периодот од март 2015 година до декември 2015 година. Испитаниците се предоперативни хоспитализирани пациенти со направен ехо кардиографски и коронарографски наод. Генерализацијата на наодите од примерокот на популацијата ќе биде ограничена заради природата на примерокот.

2.3 КОНТРОЛА НА РЕЛЕВАНТНИТЕ ВАРИЈАБЛИ

Релевантни варијабли за ова истражување се: возраст, пол, образование, здравствен статус, национална припадност и јазик. Тие ќе се контролираат на следниов начин:

- во истражувањето ќе се вклучат пациенти кои се на возраст од 45 до 65 години со оглед на тоа што возраста корелира со развојот на срцевото заболување и значително се зголемува по 65 година од животот според Куртис (Curtis, 2000);
- ќе се вклучат испитаници од двата пола (машки и женски пол) бидејќи според последните статистички наоди на Американска асоцијација за срце (American Heart Stroke Association - АНА, 2013) тренд во светот е бројот на

мажи и жени кои страдаат од кардиоваскуларни заболувања да се изедначи.

- ќе се вклучат испитаници кои се со минимум средно образование бидејќи според Лејн, Сехрест и Ридел (Lane, Sechrest&Riedel, 1998) пониско образование негативно корелира со појава на алекситимија;
- ќе се вклучат испитаници кои немаат дијагностициран депресивен синдром кој според повеќе истражувачи (Honkalampi et al., 2000; Parling et al., 2010; Luminet, 2001) позитивно корелира со појавата на алекситимија и со појавата на експланаторниот стил;
- ќе се вклучат испитаници кои се вработени бидејќи според Лејн и соработниците (Lane et al., 1998) понизок социо-економски статус позитивно корелира со појава на алекситимија.
- ќе се вклучат испитаници кои се Македонци и зборуваат македонски јазик заради соодветно разбирање на тестовниот материјал.

2.4 МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ

Во ова истражување ќе се користат податоци кои се добиени со спроведување на три различни тестови кои се наведени во продолжение:

- Торонто Скала на Алекситимија - 20 (TAS-20) со која ќе се мери димензијата алекситимија кај испитаниците;
- Прашалникот за Атрибуциски Стили (ASQ – Attributional Style Questionnaire) со кој ќе се мери експланаторниот стил на испитаниците;
- Инвентар за мерење на справувањето со доживеаните проблеми (Coping Orientation to Problems Experience Inventory – COPE Ineventory) со кој ќе се мерат различните стратегии на справување со стрес кај испитаниците;
- За мерење на коронарното заболување ќе се употребуваат медицински извештаи, добиени преку прегледи од страна на интервентни кардиолози во Специјалната болница за хируршки болести „Филип Втори“.

2.4.1 Торонто Скала на Алекситимија - 20 (TAS-20) – за мерење на алекситимија

За мерење на алекситимијата е користен референтниот инструмент за проценка на алекситимија „Торонто скала на алекситимија“ (Toronto Alexithymia Scale – 20, TAS-20). Оваа скала содржи 20 ајтеми на кои испитаниците одговараат на пет-степен Ликертова скала. Скалата TAS-20 е ревидирана и подобрена верзија на првичната скала (TAS-26) за мерење на алекситимија, која е изработена 1985 год. TAS-20 има адекватна интерна конзистентност, адекватна тест-ретест релијабилност и адекватна три факторска структура, која е конгруентна со теоретскиот конструкт на алекситимијата според Тејлор, Багби и Паркер (Taylor, Bagby & Parker, 1994). Ајтемите се поделени на три субскали, соодветни на издвоените фактори кои ја опишуваат алекситимијата:

- F1 – се однесува на потешкотии при идентификација на чувства
- F2 – се однесува на потешкотии при опишување на чувствата
- F3 – мислење ориентирано кон надвор

Варијаблата може да се разгледува и како категоријална варијабла, дихотомна варијабла, но и како континуирана варијабла. Првиот случај најчесто се користел на популација од англиско говорно подрачје. Во тој случај се поставуваат скорови на разграничување и тоа: понизок скор или скор еднаков на 51, кој укажува на неалекситимичност; скор кој се движи меѓу 52 - 60 и кој укажува на потенцијална алекситимичност; и скор кој е еднаков или повисок од 61 и укажува на алекситимичност. Во ова истражување, зависно од целите, на алекситимијата ќе се гледа како на дихотомна или како на континуирана варијабла. Варијаблата алекситимија ќе се третира како дихотомна варијабла кога добиените скорови ќе се разделат во две категории со користење на аритметичката средина. Над таа вредност сите скорови ќе укажуваат на повисока алекситимија, а сите добиени скорови со вредност под просечната ќе укажуваат на пониска алекситимија. Скоровите добиени за алекситимијата може да ги третираме и во континуум.

Анализата на резултатите ќе биде овозможена само доколку се одговорени 17 од вкупно 20 ајтеми. Во однос на метриските карактеристики на скалата најден е

Кронбах - алфа коефициент $\alpha=0.72$ за вкупниот скор на алекситимија (Taylor & Bagby, 2004; Taylor & Bagby, 1988 Taylor et al., 1994). Од податоците во нашето истражување, добиена е вредноста на Кронбаховиот алфа коефициент од $\alpha=0,805$ (за вкупниот скор на алекситимија - бидејќи тој скор беше и користен). За субскалите не беше пресметан Кронбах - алфа коефициент бидејќи во ова истражување тие не беа предмет на интерес. Прашалникот кој ќе се користи во ова истражување (TAC-20) е наведен во делот за Прилози (Прилог 1.1).

2.4.2 Прашалник за Атрибуциски Стилови (ASQ – Attributional Style Questionnaire) – за мерење на експланаторен стил

За мерење на експланаторниот стил кај испитаниците беше употребен Прашалникот за Атрибуциски Стилови (ASQ - Attributional Style Questionnaire) изработен од страна на Мартин Селигман. Прашалникот е изработен во склоп на неговата теорија за беспомошност и е најчесто употребувана мерка за експланаторен стил (Dykema et al., 1996; Schulman, Castelo & Seligman, 1989).

Прашалникот (Прилог 1.2) се состои од вкупно 12 секојдневни животни ситуации, од кои 6 се позитивни животни настани, а 6 се негативни животни настани. За секоја од овие имагинарни ситуации, даден е збир од 4 прашања кои бараат испитаникот да ја наведе причината заради која тој настан им се случил. На шестостепена Ликертова скала, испитаникот наведува во која мера причината зависи од него, односно во која мера причината зависи од други луѓе. Од испитаникот се бара да наведе колку наведената причина е трајна низ времето и колку испитаникот ја глобализира истата. Дополнително од него се бара да наведе дали тој смета дека наведената причина е нешто што се однесува само на оваа конкретна ситуација или пак е нешто што влијае на сите аспекти од неговиот живот.

Вкупниот скор или скорот за *експланаторен стил на лицето* е разликата помеѓу скоровите на двете основни димензии: атрибуцискиот стил за *позитивните настани* во животот и атрибуцискиот стил за *негативните настани* во животот.

Оваа варијабла е континуирана. За потребите на истражувањето, таа е вештачки дихотомизирана. Највисок теоретски скор е 15, а најнискиот -15. Скор над нулата, односно, скор со позитивна вредност укажува на попозитивен или *пооптимистичен експланаторен стил*. Скор под нулата, односно скор со негативна вредност укажува на депресоген или *попесимистичен експланаторен стил*.

Лицата со *пооптимистичен експланаторен стил* за позитивните настани имаат тенденција причините да ги припишуваат генерално на следниот начин: интернализирани (лицето смета дека позитивниот настан се должи на него), трајни низ времето (лицето смета дека причините за позитивниот настан почесто или секогаш ќе бидат присутни) и глобални (лицето смета дека причините за позитивниот настан влијаат на сите аспекти од неговиот живот); додека пак, за негативните настани нивната тенденција е причините да ги припишуваат генерално како: екстернализирани (или сметаат дека негативните настани се условени од други луѓе или ситуациjsки услови), не се трајни низ времето (во најекстремн случај причината за негативниот настан се однесувала само на една ситуација) и се специфични (односно лицето смета дека причината за негативниот настан влијае само на овој тип на ситуации).

Лицата со *депресоген или попесимистичен експланаторен стил* за позитивните настани во животот причините ги припишуваат генерално како: екстернализирани (причините за позитивните животни настани се условени од други луѓе или ситуациjsки услови), не се трајни низ времето и се специфични, додека пак за негативните настани имаат тенденција причините да ги припишуваат како: интернализирани, трајни низ времето и кои влијаат на сите аспекти од животот на лицето. Мерките за експланаторниот стил на лицата се движат помеѓу овие два екстрема на димензијата.

Покрај основните скали, во прашалникот се вклучени 8 субскали, кои мерат различни аспекти од експланаторниот стил: 1. интернализација на причините за позитивни настани; 2. интернализација на причините за негативни настани; 3. стабилност низ времето на причините за позитивни настани; 4. стабилност низ времето на причините за негативни настани; 5. глобалност на причините за позитивни настани; 6. глобалност на причините за негативни настани; 7. надежност; 8. беспомошност.

Иако прашалникот за експланаторен стил дава многу информации за пациентите, во ова истражување предмет на интерес ќе биде само аспектот на тенденцијата кон опесимистичен односно оптимистичен експланаторен стил.

Релијабилноста на инструментот е проверувана за секоја од субскалите. Релијабилноста при процената на вкупниот атрибуциски стил, изразена преку Кронбаховиот алфа коефициентот се движи помеѓу $\alpha=0,72$ и $\alpha=0,75$ и среден Кронбах - Алфа коефициент за субскалите $\alpha=0,54$ според Абрамсон и соработниците (Abramson et al., 1987). Во нашето истражување беше пресметана вредноста на Кронбах - Алфа коефициентот за вкупниот атрибуциски стил, кој изнесува $\alpha=0,717$. Коефициентот за субскалите и овде не беше пресметан бидејќи субскалите во ова истражување не беа предмет на интерес. Прашалникот кој се користеше во ова истражување е наведен во делот за Прилози (Прилог 1.2.)

2.4.3 **Инвентар за мерење на справувањето со доживеаните проблеми (Coping Orientation to Problems Experience Inventory – COPE Inventory) – за мерење на стратегиите на справување со стрес**

Инвентарот за мерење на справувањето со доживеаните проблеми (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory – COPE Inventory) е мултидимензионален инвентар кој служи за опис на различните начини на кои луѓето се справуваат со стресот, развиен на Универзитетот Мајами од страна на Карвер и соработниците (Carver et al, 1989). Инструментот мери релативно стабилни предиспозиции и тенденции на справување со стрес. Во оригиналната верзија на инвентарот можеме да проценуваме стратегии на справување низ 13 димензии: *активно справување, планирање, потиснување на компетитивните активности, воздржано справување, употреба на инструментална социјална поддршка, насоченост кон/и празнење на емоции, бихевиорална неангажираност, ментална неангажираност, позитивна реформулација и личен развој, негирање, прифаќање, хумор, употреба на емоционална социјална поддршка.* Сите димензии се меѓусебно независни,

односно присуството на една димензија не исклучува можност за присуство на втора димензија и оттука, според Карвер и соработниците, вкупен скор на овој инвентар не постои (Carver et al., 1989).

Од испитаниците се бара да одговорат на четири-степенa Ликертова скала на вкупно 60 прашања. За секоја димензија има 4 ајтеми, или, за кои се пресметува аритметичка средина. Карвер и соработниците (Carver et al., 1989) ја наведуваат следнава поделба на стратегиите на справување:

- стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на емоциите (употреба на емоционална социјална поддршка, позитивна реинтерпретација и личен развој, прифаќање, негирање и религиозно справување).
- стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот (активно справување, планирање, супресија на компетитивни активности, воздржување и употреба на инструментална социјална поддршка).
- дисфункционални стратегии на справување (насоченост кон/и празнење на емоции, бихевиорална неангажираност и ментална неангажираност).

Вредностите за Кронбаховиот алфа коефициент за скалите за трите дисфункционални стратегии на справување се: за *насоченост кон/и празнење на емоции* $\alpha=0,77$, за *бихевиорална неангажираност* $\alpha=0,63$ и за *ментална неангажираност* е граничната вредност од $\alpha=0,45$. Вредностите за Кронбаховиот алфа коефициент за скалите за трите дисфункционални стратегии на справување добиени од податоците во ова истражување се: за *насоченост кон/и празнење на емоции* $\alpha=0,71$, за *бихевиорална неангажираност* $\alpha=0,654$ и за *ментална неангажираност* е граничната вредност од $\alpha=0,6$. Прашалникот кој ќе се користи во ова истражување е наведен во Прилози (Прилог 1.3).

2.5 ПОСТАПКА ЗА СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

За добиените податоци на секоја варијабла поединечно ќе се направи дескриптивен приказ на дистрибуциите со анализа на мерките на централна тенденција (M) и мерките на варијабилност ($СД$). Ќе се пресметаат дескриптивните статистики аритметичка средина (M) и стандардно отстапување (SD), за да се претстават основните карактеристики на примерокот.

За тестирање на првата хипота (X_{1A}) од првиот истражувачки проблем (X_1) ќе се направи споредба на разликите помеѓу аритметички средини на двете различни независни групи (пациенти со и без коронарно заболување) во поглед на варијаблата алекситимија. Притоа ќе биде употребен t -тест.

За тестирање на втората и трета хипотеза од првиот истражувачки проблем (X_{1B} и X_{1B}) ќе биде искористен добиениот t -тест од спроведената АНОВА. Резултатите од спроведените двонасочни анализи на варијанса – АНОВА, за главните и интеракциските ефекти ќе се применат за проверка на сите хипотези од вториот и третиот истражувачки проблем (X_2 , X_3).

3 РЕЗУЛТАТИ

3.1 Резултати од дескриптивна анализа

Во ова истражување беа спроведени тестирања на кардиохируршки пациенти, кои се примени во Специјалната болницата за хируршки болести „Филип Втори“ за оперативен зафат. Кај примерокот забележуваме одредени карактеристики релевантни за ова истражување. Тие се прикажани во Табела 1.1 преку дескриптивните статистики, со цел да се даде подетален опис на карактеристиките на групата која е тестирана.

Табела 1.1 Дескриптивни статистики за примерокот за пол, возраст, образование и коморбидитети

	Испитаници	Со коронарно заболување (%)	Без коронарно заболување (%)	N
Пол	М (106) / Ж (30)	М (51) / Ж (15)	М (55) / Ж (15)	136
Возраст	М=54,66± 11,4 год.	М=49,05± 10,7 год.	М=60,4±9,0год.	136
Образование	ССС (62) ВСС (74)	ССС (49%) ВСС (51%)	ССС (42%) ВСС (58)	136
Коморбидитети				
Хиперлипидемија	43,4%	29,4%	14,0%	
Хипертензија	49,3%	28,7%	20,6%	
Дијабетес мелитус тип 2	27,9%	18,4%	9,6%	
Пушење	36,8%	27,9%	8,8%	
Алкохолизам	16,2%	7,4%	8,8%	
Миокарден инфаркт	8,8%	7,4%	1,5%	
Мозочен удар	10,3%	8,8%	1,5%	
Др.вид на оп.	29,4%	22,1%	7,4%	

Вкупно се испитани 136 испитаници. Гледано развојно, испитаниците припаѓаат на средната и третата возрасна доба. Просечната возраст на испитаниците изнесува 55 години (М=54,66; SD=11,42). Најмладиот пациент има 41 година, а најстариот 78 години. Најголем дел од нив се со завршено минимум средно образование (12 годишно образование) и се работоспособни. Сите

испитаници се Македонци, течно го зборуваат македонскиот јазик и се жители на Република Македонија.

Што се однесува до здравствената состојба како важен аспект на истражувачкиот контекст, исклучени се пациенти кои се дијагностицирани со депресивна симптоматологија која високо корелира со појава на алекситимија.

Од Табела 1.1. може да се види дека испитаниците со коронарно заболување имаат значително повисок процент на присуство на сите наведени коморбидитети, споредено со испитаниците без коронарно заболување. Овој податок е од големо значење и ќе биде земен во предвид во текот на дискусијата на резултатите и донесувањето на заклучоци.

Во Табела 1.2. е прикажано како се дистрибуирани податоците за алекситимија, експланаторен стил и трите дисфункционални стратегии на справување со стрес и тоа преку мерките на централни тенденции - аритметичката средина (M) и стандардно отстапување (SD).

Табела 1.2. Дескриптивни статистики за варијаблите алекситимија, експланаторен стил и дисфункционални стратегии на справување

Варијабли	Аритметичка средина (M)	Најнизок скор	Највисок скор	Стандардно отстапување (Sd)
Алекситимија	51,29	21	82	2,12
Експланаторен стил	2,73	-3,00	9,17	2,77
Дисфункционални стратегии на справување со стрес				
Ментална неангажираност	9,71	4	16	2,81
Празнење на емоции	11,18	4	16	3,04
Бихевиорална неангажираност	8,04	4	16	3,18

Од Табела 1.2. може да видиме дека за ниту една од варијаблите нема голема дисперзираност на скоровите бидејќи вредноста на стандардното отстапување како еден од дескриптивните статистики, не е многу голема.

3.2 Резултати од тестирањето на хипотезите за разликите меѓу алекситимијата, експланаторниот стил и дисфункционалните стратегии на справување со стрес кај кардиохируршки пациенти

Првиот истражувачки проблем е разработен низ трите хипотези од групата Х1 кои се однесуваат на утврдувањето на разликите во аритметичките средини помеѓу кардиохируршки пациенти со коронарно односно без коронарно заболување во однос на варијаблите: алекситимија, експланаторен стил и дисфункционални стратегии на справување со стрес. Подолу, детално ќе биде прикажана проверката на трите хипотези.

3.2.1 Резултати од тестирање на хипотезата за поврзаноста на коронарното заболување и алекситимијата

Првата хипотеза (Х1А) постулираше дека кардиохируршките пациенти со коронарно заболување се поалекситимични од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување. За проверка на хипотезата, применет е t-тестот на разлики. Дескриптивните статистики за испитаниците во однос на варијаблата алекситимија се прикажани во Табела 2.1.

Табела 2.1. Дескриптивни статистики за испитаниците (кардиолошки пациенти со и без коронарно заболување) во однос на варијаблата алекситимија

Варијабла		N	M	SD
Алекситимија	(без коронарно)	71	46,8	10,81
	(со коронарно)	65	56,11	13,83

Резултатите од спроведениот t-тест на разлики се прикажани во Табела 2.2

Табела 2.2. Разлики во аритметички средини кај кардиохируршки пациенти со и без коронарно заболување во однос на варијаблата алекситимија

Варијабла	N	M _{diff}	SD _{diff}	t-тест	Df	Sig. (2 tailed)
Алекситимија	136	9,305	2,12	4,343	121,020	0,001**

** p<.01

Од прикажаните резултати може да се види дека добиената вредност на t-тестот е статистички значајна на ниво 0.01, што значи дека, кардиолошките пациенти со коронарно заболување се поалекситимични од кардиолошките пациенти без коронарно заболување. Оттука, може да заклучиме дека хипотезата H1A се прифаќа.

Пред да се спроведе t-тестот, во предвид се земени предусловите за спроведување на статистичкиот методи. Еден од предусловите за спроведување на t-тестот е еднаквоста на варијансите. Еднаквоста на варијансите беше проверена со помош на Левеновиот тест. Резултатите покажаа дека варијансите во групите не се еднакви. Во случај кога варијансите на групите се нееднакви, како што беше во овој случај, t-тестот се спроведува како и вообичаено, но во предвид се зема резултатот кој се однесува на нееднакви варијанси. Добиениот резултат од спроведениот t-тест за нееднакви варијанси покажа значајност на ниво 0,01.

3.2.2 Резултати од тестирање на хипотезата за поврзаноста на коронарното заболување и експланаторниот стил

Втората хипотеза (H1B) постулираше дека постојат разлики во однос на експланаторниот стил помеѓу кардиолошки пациенти со коронарно заболување и кардиолошките пациенти без коронарно заболување. За проверка на хипотезата е искористен добиениот резултат од спроведената АНОВА за t-тестот на разлики. Дескриптивните статистики за испитаниците во однос на варијаблата алекситимија се прикажани во Табела 2.3.

Табела 2.3. Дескриптивни статистики за испитаниците (кардиолошки пациенти со и без коронарно заболување) во однос на варијаблата експланаторен стил

Варијабла		N	M	SD
Експланаторен стил	(без коронарно)	71	3,82	0,300
	(со коронарно)	65	1,54	0,312

За проверка на хипотезата е искористен добиениот резултат од спроведената АНОВА за t- тестот на разлики, а резултатите се прикажани во Табела 2.4

Табела 2.4. Разлики во аритметички средини кај кардиохируршки пациенти со и без коронарно заболување во однос на варијаблата експланаторен стил

Варијабла	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	p
Експланаторен стил	170,667	1	170,667	27,57	0,001**

** p<.01

Од горе прикажаните резултати може да се види дека е добиена вредност која е статистички значајна на ниво 0.01 што потврдува дека, кардиолошките пациенти со коронарно заболување имаат опесимистичен експланаторен стил од кардиолошките пациенти без коронарно заболување. Врз основа на добиените резултати може да заклучиме дека хипотезата H1B се прифаќа.

3.2.3 Резултати од тестирање на хипотезата за поврзаноста на коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Третата хипотеза од првиот истражувачки проблем (H1B) постулираше дека постојат разлики помеѓу кардиолошките пациенти со коронарно заболување и кардиолошките пациенти без коронарно заболување, во однос на дисфункционалните стратегии на справување со стрес, што опфаќа тестирање на три посебни дисфункционални стратегии на справување со стрес: *ментална неангажираност, празнење на емоциите и бихевиорална неангажираност*. Deskriptivните статистики за испитаниците во однос на варијаблата алекситимија се прикажани во Табела 2.5.

Табела 2.5. Дескриптивни статистики за испитаниците (кардиолошки пациенти со и без коронарно заболување) во однос на дисфункционалните стратегии за справување со стрес

Варијабла		N	M	SD
Дисфункционални стратегии на справување со стрес				
<i>Ментална неангажираност</i>	(без коронарно)	71	9,26	0,326
	(со коронарно)	65	10,15	0,339
<i>Празнење на емоции</i>	(без коронарно)	71	11,5	0,358
	(со коронарно)	65	11,05	0,371
<i>Бихевиорална неангажираност</i>	(без коронарно)	71	7,8	0,363
	(со коронарно)	65	8,54	0,377

За проверка на хипотезата е искористен добиениот резултат од спроведената АНОВА за t- тестот на разлики, а резултатите се прикажани во Табела 2.6:

Табела 2.6. Разлики помеѓу кардиолошки пациенти со и без коронарно заболување во однос на дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Варијабла	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	p
Дисфункционални стратегии на справување со стрес					
<i>Ментална неангажираност</i>	26,19	1	26,19	3,58	0,061
<i>Празнење на емоции</i>	6,98	1	6,98	,794	,375
<i>Бихевиорална неангажираност</i>	,04	1	,040	1,404	,238

Погоре прикажаните резултати укажуваат на тоа дека за ниту една од трите дисфункционални стратегии на справување со стрес (*ментална неангажираност*, *празнење на емоции* и *бихевиорална неангажираност*) не е добиена вредност помала од вредноста на p за 0.05, па оттука, може да заклучиме дека меѓу кардиолошките пациенти со и без коронарно заболување не

постојат разлики во однос на користењето на трите дисфункционални стратегии на справување со стрес: *ментална неангажираност, празнење на емоции и бихевиорална неангажираност.*

Врз основа на добиените резултати можеме да кажеме дека хипотезата Х1В се отфрла во поглед на сите три дисфункционални стратегии на справување со стрес.

3.3 Резултати од тестирање на хипотези за поврзаноста помеѓу алекситимијата, коронарното заболување и експланаторниот стил

Во однос на вториот истражувачки проблем кој се однесува на поврзаноста помеѓу *алекситимијата, коронарното заболување и експланаторниот стил* се проверуваа двете хипотези од групата Х2, а како најпогодна статистичка метода се користеше едноставна двонасочна АНОВА.

Хипотезата Х2А постулираше дека постојат разлики помеѓу кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија* и кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* во однос на *експланаторниот стил.*

Според втората **хипотеза од оваа група Х2Б** поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување имаат најпесимистичен експланаторен стил, помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување имаат најоптимистичен експланаторен стил, а помеѓу поалекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување и помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување, нема разлики во експланаторниот стил.

Двете хипотези беа проверени со помош на двонасочна АНОВА. За хипотезата Х2А и Х2Б беа проверени вредностите на варијансите на двете групи и утврдено беше дека варијансите на двете групи се хомогени. Пред спроведување на двонасочната АНОВА беше проверено дали се остварени шесте предуслови за нејзино споредување: континуираноста на зависната варијабла, категоријалноста на двете независни варијабли, независноста во опсервациите, постоењето односно непостоењето на скорови кои многу отскокнуваат, нормална

дистрибуираност на скоровите во секоја група и хомогеноста на варијансите за секоја комбинација од групите. Резултатите покажаа дека предусловите се задоволени, односно, се потврди дека зависната варијабла е континуирана, двете независни варијабли се категоријални, постои независност во опсервациите, не постојат скорови кои отскокнуваат, дистрибуција на скоровите во секоја група е нормална (Прилог бр. 3.1.) и на крајот, варијансите за секоја комбинација од групите е хомогена.

Во продолжение во Табела 3.1. ќе бидат прикажани дескриптивните статистики за подгрупите испитаници (кардиохируршки пациенти со *коронарно* заболување и кардиохируршки пациенти без *коронарно* заболување, како и кардиохируршки пациенти кои имаат *повисока* односно *пониска* *алекситимија*), а во однос на димензијата *експланаторен стил*:

Табела 3.1. Дескриптивни статистики за субгрупите испитаници кардиолошки пациенти со и без *коронарно* заболување добиени со вкрстување со *повисоко* или *пониско* ниво на *алекситимија*, а во однос на димензијата *експланаторен стил*

Присуство или отсуство на коронарно заболување	Алекситимија	(M)	SD	N
Присуство на коронарно заболување	Пониско	1,06	2,36	37
	Повисоко	2,03	2,42	28
	<i>Вкупно</i>	1,47	2,41	65
Отсуство на коронарно заболување	Пониско	3,51	2,68	29
	Повисоко	4,12	2,51	42
	<i>Вкупно</i>	3,87	2,58	71
Вкупно	Пониско	2,14	2,77	66
	Повисоко	3,28	2,67	70
	<i>Вкупно</i>	2,73	2,77	136

Дескриптивните податоци прикажани на Таблеа 3.1. покажуваат намалена дисперзија бидејќи вредноста на стандардното отстапување не е многу е голема. Резултатите од едноставната двонасочна АНОВА се прикажани во Табела 3.2 :

Табела 3.2 Резултати од АНОВА тестот за проверка на интеракцискиот ефект на факторите *алекситимија* и *коронарно заболување*, а во однос на димензијата *експланаторен стил*

Ефект	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	p
Пониска или повисока алекситимија	20,620	1	20,620	3,32	0,70
Присуство или отсуство на коронарно заболување	170,667	1	170,667	27,57	0,001**
Со и без коронарно заболување*Алекситимија	1,019	1	1,019	0,165	0,69
Грешка	817,12	132	6,190		

** p<.01

За првиот главен фактор *повисока или пониска алекситимија* во однос на експланаторниот стил, добиена е вредност која ја надминува вредноста на p од 0.05. Оттука, заклучуваме дека помеѓу двете групи на испитаници, испитаници со *повисока* и испитаници со *пониска алекситимија*, не постои статистички значајна разлика во однос на *експланаторниот стил*. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилог 2, Графикон 1). Може да заклучиме дека хипотезата H_{2A} , која постулира дека кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* имаат *попесимистичен експланаторен стил* од кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија*, *не се прифаќа*.

Резултатите за вториот главен ефект, за *присуство или отсуство на коронарно заболување* кај кардиолошки пациенти беа презентирани со презентирањето на резултатите за хипотезата H_{1B} .

Во однос на хипотезата H_{2B} , вредноста на статистикот F за проверка на интеракцискиот ефект не е статистички значајна, што укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли во однос на зависната варијабла. Односно, во случајов, не е утврден интеракцискиот ефект помеѓу *присуството или отсуството на коронарното заболување* со *пониска или повисока алекситимија*, во однос на *експланаторниот стил*. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилог 2, Графикон 3). Може да се заклучи дека хипотезата H_{2B} според која поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување имаат најпесимистичен експланаторен стил, помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување имаат најоптимистичен експланаторен стил, а помеѓу поалекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување и помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување, нема разлики во стилот, не се прифаќа.

Во поглед на хипотезите од групата Х2, можеме да резимираме дека хипотезите Х2А и Х2Б не се потврдија.

3.4 Резултати од тестирање на хипотези за поврзаноста меѓу алекситимијата, коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Во поглед на третиот истражувачки проблем кој се однесува на тоа како се поврзани *алекситимијата, коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес* кај кардиохируршките пациенти, проверени беа двете хипотези од групата Х3, а за нивна проверка се користеше едноставната двонасочна АНОВА.

Бидејќи во ова истражување испитуваме три различни дисфункционални стратегии на справување со стрес, односно *ментална неангажираност, празнење на емоции и бихевиоралната неангажираност*, резултатите ќе бидат прикажани така што ќе ја следиме структурата на поставените хипотези. Најпрво ќе бидат прикажани резултатите од проверката на хипотезата Х3А за *менталната неангажираност* како дисфункционална стратегијата на справување со стрес, потоа ќе бидат прикажани резултатите од проверката на хипотезата Х3А за *празнење на емоции* и на крај ќе бидат прикажани резултатите од проверката на хипотезата Х3А во однос на *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционалната стратегијата на справување со стрес.

3.4.1 Резултати од проверка на хипотезата за поврзаноста на алекситимијата и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Хипотезата Х3А постулираше дека поалекситимичните кардиохируршките пациенти користат повисок степен на *дисфункционални стратегии на справување* од помалку алекситимичните кардиохируршките пациенти

Најпрвин се прикажани резултатите во однос на разликите кои постојат помеѓу кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* и кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија* во поглед на степенот на користење на менталниот неангажираност како дисфункционална стратегија на справување со стрес.

Пред да бидат презентирани резултатите од спроведената двонасочна АНОВА, во Табела 4.1 ќе бидат прикажани дескриптивните статистики за субгрупите на испитаници (кардиохируршки пациенти со и без коронарно заболување, и кардиохируршки пациенти со *повисока* односно *пониска алекситимија*), а во однос на димензијата *ментална неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес:

Табела 4.1 Дескриптивни статистики за субгрупите испитаници кардиолошки пациенти со и без коронарно заболување добиени со вкрстување со *повисоко или пониско* ниво на алекситимија, а во однос на димензијата *ментална неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес

Присуство или отсуство на коронарно заболување	Алекситимија	(M)	SD	N
Присуство на коронарно заболување	Пониско	11,08	3,23	37
	Повисоко	9,21	2,85	28
	<i>Вкупно</i>	10,28	3,19	65
Отсуство на коронарно заболување	Пониско	9,59	1,76	29
	Повисоко	8,93	2,63	42
	<i>Вкупно</i>	9,20	2,32	71
Вкупно	Пониско	10,42	2,77	66
	Повисоко	9,04	2,70	70
	<i>Вкупно</i>	9,71	2,81	136

Откако беше проверено и утврдено дека ниедна претпоставка за спроведување на двонасочната АНОВА не е нарушена, односно дека примерокот е без отстапки во екстремни скорови, дистрибуцијата на скоровите е нормална и варијансите на зависната варијабла се приближно еднакви во двете групи, двонасочната АНОВА беше спроведена. Дистрибуцијата на скоровите е прикажана во делот за Прилози (Прилог бр. 3.1). Резултатите од спроведената АНОВА за проверка на интеракцискиот ефект на факторите *алекситимија* и *коронарно заболување*, а во однос на димензијата *ментална неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес, се прикажани во Табела 4.2 :

Табела 4.2 Резултати од АНОВА тестот за проверка на интеракцискиот ефект на факторите *алекситимија* и *коронарно заболување*, а во однос на димензијата *ментална неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес

Ефект	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	P
Пониска или повисока алекситимија	52,65	1	52,65	7,2	0,008**
Присуство или отсуство на коронарно заболување	26,19	1	26,19	3,58	0,061
Присуство или отсуство на коронарно заболување*Алекситимија	12,08	1	12,08	1,65	0,201
Грешка	965,29	132	7,31		

** p<.01

Спроведената АНОВА овозможува проверка на главните ефекти. Од табелата можеа да се види дека со проверката на првиот главен ефект со што се испита дали постојат разлики помеѓу кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* наспроти оние кардиохируршки пациенти со *пониска алекситимија*, во однос на степенот на користење на *менталната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес, добивме вредности кои потврдија дека постојат разлики. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилог 2, Графикон 4). Може да заклучиме дека кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* во повисок степен ја користат *менталната неангажираност* како дисфункционална стратегија на

справување со стрес наспроти кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија*.

На истиот начин се испита хипотезата Х3А во поглед на *празнење на емоции* како дисфункционална стратегија на справување со стрес. Најпрво се прикажани дескриптивните статистики за субгрупите на испитаници (кардиохируршки пациенти со и без коронарно заболување, и кардиохируршки пациенти со *повисока* односно *пониска алекситимија*), во однос на *празнење на емоции* како дисфункционална стратегија на справување со стрес (Табела 4.3.). Потоа, во Табела 4.4. се прикажани резултатите во однос на разликите кои постојат помеѓу кардиохируршките пациенти *соповисока алекситимија* и кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија* во поглед на степенот на користење на *празнење на емоции* како дисфункционална стратегија на справување со стрес.

Табела 4.3 Дескриптивни статистики за субгрупите испитаници кардиолошки пациенти со и без коронарно заболување добиени со вкрстување со *повисоко или пониско* ниво на алекситимија, а во однос на димензијата *празнење на емоциите* како дисфункционална стратегија на справување со стрес

Присуство или отсуство на коронарно заболување	Алекситимија	(M)	SD	N
Присуство на коронарно заболување	Пониско	10,89	3,59	37
	Повисоко	11,21	2,82	28
	<i>Вкупно</i>	11,03	3,26	65
Отсуство на коронарно заболување	Пониско	12,62	2,43	29
	Повисоко	10,40	2,78	42
	<i>Вкупно</i>	11,31	2,84	71
Вкупно	Пониско	11,65	3,23	66
	Повисоко	10,73	2,08	70
	<i>Вкупно</i>	11,18	3,04	136

Најпрво беа тествани шестте предуслови за спроведување на двонасочната АНОВА. Резултатите покажаа дека тие се задоволени, односно, дека скоровите се нормално дистрибуирани, варијансите се приближно еднакви и дека нема исклучителни скорови кои многу отскокнуваа од просечните скорови. Дистрибуцијата на скорови може да се погледне во делот за Прилози (Прилог 3.1).

Во Табела 4.4 се прикажани резултатите од спроведената АНОВА за проверка на интеракцискиот ефект на факторите *алекситимија* и *коронарно заболување*, а во однос на димензијата *празнење на емоции* како дисфункционална стратегија на справување со стрес:

Табела 4.4 Резултати од АНОВА тестот за проверка на интеракцискиот ефект на факторите *алекситимија* и *коронарно заболување*, а во однос на димензијата *празнење на емоции* како дисфункционална стратегија на справување со стрес

Ефект	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	p
Пониска или повисока алекситимија	29,62	1	29,62	3,367	,069
Присуство или отсуство на коронарно заболување	6,98	1	6,98	,794	,375
Присуство или отсуство на коронарно заболување*Алекситимија	53,23	1	53,23	6,051	,015*
Грешка	1161,22	132	8,797		

* p<.05

При проверката на првиот главен ефект на факторот алекситимија, преку кој се испитува дали помеѓу кардиохируршките пациенти со *повисока* наспроти кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија* има разлики во поглед на степенот на користење на *празнење на емоциите* како дисфункционална стратегија на справување, добивме резултати кои покажаа дека добиената вредност ја надминува вредноста на p за 0.05. Оттука може да се заклучи дека кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* не го користат во повисок степен *празнењето на емоциите* како дисфункционален стил на справување со стрес споредени со кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија*. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилог 2, Графикон 7).

Накрај, се презентирани резултатите во однос на разликите кои постојат помеѓу кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* и кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија* во поглед на степенот на користење на бихевиоралната неангажираност како дисфункционална стратегија на справување со стрес (Табела 4.7.).

Проверката на хипотезата беше спроведена со двонасочната АНОВА, а пред нејзиното спроведување беа проверени шестте предуслови. Резултатите покажаа дека нема екстремни скорови во примерокот и дека варијансите на групите се приближно еднакви. Но, при проверката се утврди едно ограничување, во однос на нормалноста на дистрибуцијата на скоровите за димензијата *бихевиоралната неангажираност*. Имено, скоровите за димензијата *бихевиоралната неангажираност* не беа нормално дистрибуирани. Со оглед на ова ограничување, беше спроведена соодветна трансформација на скоровите, со помош на методата (\lg_{10}), со која вообичаено се добива нормализирање на дистрибуцијата. Оваа метода (\lg_{10}) вообичаено се користи кога резултатите во релативно мали рамки не се нормално дистрибуирани, што пак е чест случај кога се работи со скорови добиени од клинички истражувања или од тестирања спроведени на клинички примерок (Pallant, 2005; Pallant, 2007; Coolican, 2009; Miles & Banyard; McDonald, 2014). Откако беше направена трансформација на скоровите, добиените вредности беа споредени со дадените критички вредности. Потоа се утврди дека трансформираните скорови ги задоволуваат критериумите за нормалност на дистрибуцијата и беше спроведена едноставната двонасочна АНОВА. Во прилог на ова, во Табела 4.5 се прикажани дескриптивните статистики на скоровите од димензијата *бихевиорална неангажираност*, на кои беше направена горе наведената соодветна трансформација.

Табела 4.5 Дескриптивни статистики за димензијата *бихевиорална неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес

	Статистики	Стандардна грешка
М (аритметичка средина)	,871	,0152
95% Интервал на сигурност (долна граница)	,841	
М (аритметичка средина на горна граница)	,901	
5% Тримирана М	,867	
Mdn. (Медијана)	,903	
Варијанса	,031	
Стандардно отстапување	,177	
Min. (Минимум)	,60	
Max. (максимум)	1,20	
Rang (Рангови)	,60	
Интерквартилен ранг	,30	
Скјунес	(,144)	,208
Куртозис	(,988)	,413

Скоровите за димензијата *бихевиорална неангажираност* беа трансформирани со цел да ги задоволат критериумите на нормална дистрибуираност и да се овозможи спроведување на двонасочната АНОВА. Во Табела 4.6 се прикажани дескриптивните статистики за субгрупите на испитаници (пациенти со и без коронарно заболување и испитаници со пониска и повисока алекситимија), а во однос на *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес.

Табела 4.6 Дескриптивни статистики за субгрупите испитаници кардиолошки пациенти со и без коронарно заболување добиени со вкрстување со *повисоко или пониско* ниво на алекситимија, а во однос на димензијата *бихевиорална неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес

Присуство или отсуство на коронарно заболување	Алекситимија	(M)	SD	N
Присуство на коронарно заболување	Пониско	8,89	3,76	37
	Повисоко	8,18	2,94	28
	<i>Вкупно</i>	8,58	3,43	65
Отсуство на коронарно заболување	Пониско	9,17	2,09	29
	Повисоко	6,43	2,29	42
	<i>Вкупно</i>	7,55	2,88	71
Вкупно	Пониско	9,02	3,39	66
	Повисоко	7,13	2,69	70
	<i>Вкупно</i>	8,06	3,18	136

Откако беше направена трансформација на скоровите и добиените вредности споредени со дадените критички вредности, се утврди дека трансформираниите скорови ги задоволуваат критериумите за нормалност на дистрибуцијата. Потоа беше спроведена едноставната двонасочна АНОВА. Резултатите од спроведената АНОВА се прикажани во Табела 4.7.

Табела 4.7 Резултати од АНОВА тестот за проверка на интеракцискиот ефект на факторите *алекситимија* и *коронарно заболување*, а во однос на димензијата *бихевиорална неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес

Ефект	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	p
Пониска или повисока алекситимија	,282	1	,282	9,996	,002**
Присуство или отсуство на коронарно заболување	,040	1	,040	1,404	,238
Присуство или отсуство на коронарно заболување*Алекситимија	,137	1	,137	4,857	,029*
Грешка	1225,27	132	,028		

* p<.05** p<.01

Резултатите го потврдија првиот главен ефект на факторот алекситимија, односно, покажаа дека кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* во поголем степен ја користат *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес од кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија*. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилог 2, Графикон 10).

Од резултатите можеме да резимираме дека хипотезата Х3А *делумно се прифаќа* и тоа во поглед на две од трите дисфункционални стратегии на справување со стрес. Односно, се потврди дека кардиохируршките пациенти со *повисока алекситимија* во поголем степен ја користат *менталната неангажираност* и *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес од кардиохируршките пациенти со *пониска алекситимија*, но во поглед на *празнење на емоции* како дисфункционална стратегија на справување со стрес кардиохируршките пациенти со *повисока и пониска алекситимија* не се разликуваат.

За вториот главен фактор *присуство или отсуство на коронарно заболување* кај кардиолошките пациенти, резултати беа пресметани и презентирани за проверка на хипотезата Х1В и тоа во поглед на сите три дисфункционални стратегии, па затоа, наодите овде нема да се повторуваат. Хипотезата Х1В беше отфрлена во поглед на сите три дисфункционални стратегии односно кардиолошките пациенти со *коронарно заболување* не се разликуваат од кардиолошките пациенти *без коронарно заболување* во поглед

на степенот на користење на *менталната неангажираност*, *бихевиорална неангажираност* и *празнење на емоциите*.

3.4.2 Резултати од проверка на хипотезата за поврзаноста на алекситимијата, коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Хипотезата ХЗБ се однесува на интеракцискиот ефект во поврзаноста на *алекситимијата*, *коронарното заболување* кај кардиолошките пациенти и *дисфункционалните стратегии на справување со стрес*. Односно, според хипотезата ХЗБ, поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување користат највисок степен на дисфункционални стратегии на справување, помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување користат најнизок степен на дисфункционални стратегии на справување, а помеѓу поалекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување и помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување нема разлики во степенот на користење на дисфункционалните стратегии на справување со стрес.

Еднакво како и во случајот со хипотезата ХЗА, и хипотезата ХЗБ ќе ја разгледуваме следствено во поглед на трите *дисфункционални стратегии на справување со стрес*. Приказот на резултатите од проверката на хипотезата ХЗБ ќе биде идентичен како претходно: најпрво ќе бидат презентирани резултатите од проверката на хипотезата ХЗБ во поглед на *менталната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес, потоа ќе бидат прикажани резултатите од проверката на хипотезата ХЗБ за *празнење на емоциите* и на крајот ќе бидат прикажани резултатите од проверката на хипотезата ХЗБ за *дисфункционална стратегија бихевиоралната неангажираност*.

Најпрвин беше направена проверката на хипотезата ХЗБ во поглед на *менталната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес. Во Табелата 4.2. се прикажани добиените резултати. Од табелата може

да се види дека добиената вредност на p за интеракцискиот ефект ја надминува вредноста за 0.05, што укажува на тоа дека нема ефект на заемно дејство на двата фактори во однос на „зависната“ варијабла. Односно, нема интеракциски ефект помеѓу *присутството или отсуството на коронарното заболување со пониска или повисока алекситимија*, во однос на димензијата *ментална неангажираност* како дисфункционален стил на справување со стрес. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилози 2, Графикон 6).

Потоа е направена проверка на хипотезата ХЗВ во однос на дисфункционалната стратегија на справување со стрес празнење на емоции. Резултатите се прикажани во Табелата 4.4. каде што може да се види дека вредноста на p за интеракцискиот ефект не ја надминува вредноста за 0.05, па оттука заклучуваме дека постои заемно дејство на двата фактори во однос на „зависната“ варијабла. Може да кажеме дека помеѓу *присутството или отсуството на коронарното заболување со пониска односно повисока алекситимија*, во однос на *празнење на емоциите* како дисфункционална стратегија на справување со стрес постои интеракцискиот ефект. Иако се доби интеракциски ефект, важно е да се напомене дека не се доби во насоката во која беше очекувано. Во нашето истражување беше очекувано дека кардиохируршките пациенти со коронарно заболување и висока алекситимија во најголем степен ќе го користат празнење на емоциите како дисфункционална стратегија на справување со стрес. Но, она што го добивме како резултат оди во насока на тоа дека највисок степен на празнење на емоции ќе користат кардиохируршките пациенти без коронарно заболување, но со висока алекситимија. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилози 2, Графикон 9). Овој наод ќе биде детално разгледан во делот за дискусија.

На крајот, беше проверена хипотезата ХЗБ во однос на дисфункционалната стратегија на справување со стрес бихевиоралната неангажираност. Резултатите од спроведената АНОВА се прикажани во Табелата 4.7 каде што вредноста на p за интеракцискиот ефект не ја надминува вредноста за 0.05, па оттука заклучуваме дека постои заемно дејство на двата фактора во однос на „зависната варијабла“. Може да се каже дека постои интеракциски ефект помеѓу *присутството или отсуството на коронарното заболување и пониска или повисока алекситимија*, во однос на димензијата *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционална стратегија на

справување со стрес. Иако се доби интеракциски ефект, важно е да се истакне дека ефектот не е во насока која беше очекувана. Во нашето истражување беше очекувано дека кардиохируршките пациенти со коронарно заболување и висока алекситимија во најголем степен ќе ја користат *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес. Но, она што го добивме како резултат оди во насока на тоа дека највисок степен на *бихевиоралната неангажираност* ќе користат кардиохируршките пациенти *без коронарно заболување*, но со висока *алекситимија*. Тоа може да се види и од графичкиот приказ (Прилози 2, Графикон 12). Наодот ќе биде детално елабориран во делот за дискусија.

Во поглед на *менталната неангажираност* како дисфункционална стратегија на справување со стрес, хипотезата ХЗБ е отфрлена.

4 ДИСКУСИЈА

4.1 Дискусија на резултатите од проверката на хипотезите за поврзаноста меѓу коронарното заболување и алекситимијата, експланаторниот стил и дисфункционалните стратегии на справување

4.1.1 Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу коронарното заболување и алекситимијата

Според хипотезата X1A, кардиохируршките пациенти со коронарно заболување се поалекситимични од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување. Добиените резултати потврдија дека кардиохируршките пациенти со коронарно заболување се поалекситимични од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување.

Досега, алекситимијата најчесто била испитувана во контекст на психосоматските заболувања и утврдено е дека таа е најзастапена и најистражувана кај психосоматските заболувања.

Во однос на коронарните заболувања пак, *алекситимијата* најдиректно и најпрецизно е опишана во контекст на *есенцијалната хипертензија*, која уште Александер (Alexander, 1393, според Lippsit, 2006) ја вбројувал во т.н. „светите седум“ психосоматски болести.

Есенцијалната хипертензија е најпознатиот традиционален фактор на ризик во развојот на кардиоваскуларното заболување. Останатите се фамилијарната генеза, дијабетес мелитус или зголемено ниво на шеќер во крвта, хиперлипидемија или зголемено ниво на масти во крвта, потоа нездравите животни навики кои водат до прекумерната тежина итн. (Gallo et al., 2004; Curtis, 2000).

Алекситимијата е испитувана кај пациенти кои боледувале од есенцијална хипертензија. Таа била застапена дури кај 55% од овие пациенти, споредено со преваленцата на алекситимијата кај 33% од психијатриските пациенти и само 16% од испитаници кои биле здрави и од контролната група, утврдиле Тодарело, Тејлор, Паркер и Фанели (Todarello, Taylor, Parker & Fanelli, 1995, според

Стоименова-Цаневска, 2005). Салминен и соработниците (Salminen et al., 1999, според Стоименова – Цаневска, 2005) ги наведува резултатите од испитување на финска популација, кои потврдуваат дека зачестеноста на алекситимијата кај мажите кои страдаат од хипертензија е поголема отколку кај жените, до 57% наспроти 46% кај жените. Кај истиот примерок не се најдени разлики меѓу групите во депресијата, анксиозноста, хостилност, експресија на лутина, ниту пак во тежина, внес на алкохол и физичка активност. Иако, причинско последичната врска помеѓу хипертензијата и алекситимијата не е утврдена, поврзаноста на истите е во повеќе наврати истражувана и потврдена (Jennings et al., 2012; Todaro et al., 2003; Jula et al., 1999).

Во ова истражување се покажа дека над 40% од испитаниците со коронарно заболување имаат присуство на зголемен крвен притисок или хипертензија како коморбидитет, кој е и медикаментозно третиран (Табела 1.1). Дополнително од Табела 1.1. може да се види дека пациентите со коронарно заболување, предничат во однос на сите останати коморбидитети ако се споредат со пациентите без коронарно заболување, што значи дека пациентите со коронарно заболување имаат почесто зголемен процент на останатите, традиционално познати фактори на ризик, како на пр. зголемено присуство на шеќер во крвта и зголемени масти. Овие пациенти се и почесто пушачи и конзументи на алкохол, тие во поголем број преживеале мозочни удари, инфаркт и биле подложени на други оперативни зафати.

Може да се каже дека е очекувано кардиолошките пациенти со коронарно заболување, заради зголеменото присуството и на други заболувања, кои и поединечно се поврзани со појавата на алекситимија, да бидат поалекситимични од кардиолошките пациенти без коронарно заболување, што во ова истражување беше и потврдено.

Од друга страна се заболувањата кај кардиолошките пациенти без коронарно заболување а таму се вбројуваат: вродените срцеви маани, ослабен срцев мускул (дилатативна кардиомиопатија), некаква инфекција на срцевиот мускул (миокардит, перикардит) или операција на валвулите (односно залистоците на срцевиот мускул заради стеноза-стеснување или несоодветно затворање). Сите овие кардиолошки состојби во својата етиологија имаат механичка промена на органот каде што *личноста* како фактор за развој на

заболувањето не можело да влијае, а доколку влијаела, тогаш за тоа не постојат достапни податоци.

Личноста како фактор во развојот на коронарните заболувања пак, е сè почесто испитувана. Фридман и Бут-Кјули (Friedman & Booth-Kewley, 1987) ја испитувале склоноста на некои личности постојано да се заболуваат, односно испитувале за т.н. „личност која е склона на заболување“. Тие потврдиле дека личноста е фактор на ризик во развојот на оние заболувања кои имаат психосоматска компонента (на пр. бронхијална астма, ревматоиден артритис, улцеративен колит, есенцијална хипертензија, дерматитис, тиреотоксикоza и дуоденален улкус). Во своето истражување за „*Личноста склона на заболувања – мета анализа и преглед на конструктот*“ тие нашле дека „личност која е склона на заболување“ е депресивна, анксиозна, има емоции на лутина/хостилност и со тоа влијае на развојот на заболувањето, но најважно е дека само во случајот на коронарното заболување поврзаноста е значајна, додека кај другите заболувања наодите за поврзаност биле недоволни (Friedman & Booth-Kewley, 1987). Нивниот конструкт „личност која е склона на заболување“ најмногу потсетува на она што денеска во кардиопсихологијата е познато како личност „Тип Д“, т.е. претходно опишаниот концепт на Деноле, кој се однесува на состојба на хроничен негативен афективитет. Деноле (Denolet, 2000, според Linden, 2003) сметал дека овој концепт е подобар предиктор за акутните кардиоваскуларни стресни реакции од повеќето вообичаено познати и традиционални фактори на ризик .

Розански, Блументал и Каплан (Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999) во етиологијата на коронарното заболување освен кластерот на докажани фактори на ризик (традиционалните фактори на ризик за кои се смета дека се неменливи), ги нагласуваат и психолошките фактори (кои се сметаат за менливи и минливи). Во психолошките фактори кои се менливи се вбројуваат *стресот*, депресијата и/или анксиозноста.

При многу чести стресни ситуации, два клучни хормони (адреналин и кортизол) се лачат преку надбубрежната жлезда и имаат двојно делување во однос на настанувањето на кардиоваскуларните болести. Нивното првото дејство е директно врз крвните садови, срцето и крвотокот. Второто дејство, според Огден е индиректно, преку покачување на шеќерот во крвта и крвниот притисок (Ogden, 2007). Покачувањето на нивото на шеќерот во крвта и на крвниот

притисок води до тахикардија и сплет на други реакции чија цел е да го подготват организмот да опстои во стресна ситуација. Постојана изложеност на стрес подразбира живеење со висок притисок и покачено ниво на шеќер во крвта, но и последично заболување, што долгорочно може да има фатални последици по целото здравје.

Во истражувањето на група индиски истражувачи за „Алекситимија и Тип А однесување кај пациенти со коронарно заболување: прелиминарна студија“, Нехра и соработниците (Nehra et al., 2012) нашле дека преваленцата на алекситимија кај пациенти со коронарно заболување е двапати поголема (до 40%) од она што досега се наведувало во литературата. Овој податок оди во прилог на поврзаноста на алекситимијата со коронарното заболување што беше потврдено и во ова истражување. Сепак, доказите во поглед на поврзаноста на алекситимијата со коронарното заболување се сè уште спротивставени, најмногу поради комплексноста на коронарните заболувања, како и природата на алекситимијата и нејзината поврзаност со психосоматските заболувања.

Кауханен наведува една сосема поинаква перспектива, која како да ги спојува двете екстремни стојалишта за тоа како алекситимијата и коронарното заболување се поврзани. Во своите наоди, Кауханен и соработниците (Kauhanen et al., 1994) наведуваат дека алекситимијата многу повеќе го засегнува однесувањето на болниот отколку што директно влијае на патофизиолошките промени во кардиоваскуларното заболување. Односно, алекситимијата многу повеќе индиректно влијае на болниот, со што го втурнува пациентот во полоши здравствени исходи, отколку што директно влијае на неговото органско заболување или патофизиолошките промени во кардиоваскуларен систем. Тврдењето дека алекситимијата во најголема мера го засегнува однесувањето на болниот го потврдуваат и Лумлеј и соработниците (Lumley et al., 1996) но, го отфрлаат тврдењето дека алекситимијата води до хронични болести, бидејќи сметаат дека за тоа сè уште нема доволно докази. Притоа тие ја потенцираат разликата помеѓу органските заболувања и однесувањето на болниот.

Во ваква констелација се поставува прашањето релевантно и за нашето истражување: какво е тогаш однесувањето на болниот кој има органско заболување, но дополнително има и висока алекситимија?! Според Лумилеј и соработниците (Lumley et al., 1996) однесувањето на болниот се согледува во пренесувањето на информациите за симптомите, проценката на сопствената

способност и нагласување на потребата од неа. Овие пациенти ги пренагласуваат симптомите, но само оние кои се однесуваат на недиференцирани физиолошки аспекти на емоциите, а не самите емоции или субјективното чувство. Според авторите, алекситимијата може да води и до забрзување на самата сензорна амплификација, дури до степен на соматизација, пред сè заради присуството на негативните чувства и расположенија кои ја придружуваат алекситимијата (Lumley, 2007). Бидејќи алекситимијата е поврзана со зголемена физиолошка возбуда овие пациенти имаат тенденција да ги пренагласуваат симптомите и да изразуваат нездрави компулсивни однесувања. Субјективниот впечаток на истражувачот за пациентите во нашата студија беше дека, токму со пациентите кои имаа коронарно заболување соработката беше отежната заради повеќе причини од кои некои беа нагласена нетолеранција на фрустрација, изразено нетрпение, доминација на негативни чувства, изразена промена на расположени, а дополнително тие имаа и поизразени физиолошки потешкотии (послабо слушање и гледање). Ова искуство оди во прилог на наодот на Лумлеј (Lumley, 2007) но, би требало да се испита темелно и објективно.

Во поглед на психолошките третмани кај овие пациенти, повеќе истражувачи (Bersneviate, 2000; Lumley, 2007; Ruth et al., 2014) се согласуваат дека тие имаат позитивен ефект. Ова е од големо апликативно значење за понатамошната практична психолошка работа со оваа категорија на пациенти, бидејќи дава можност за надминување на состојбата и подобрување на општото здравје кај овие личности. Имено, Бересневајт (Bersneviate, 2000) докажала дека ефикасна редукција на алекситимијата кај пациенти со коронарно заболување значајно го намалува степенот на алекситимија кај истите во наредните две години. Практично, во нивната follow-up студија се покажало дека оние пациенти кои биле вклучени во групна терапија (со терапевски техники како тренинг за релаксација, идентификација и споделување на чувствата, свесност за емоциите, работа на креативност и фантазија кај истите, невербална експресија на емоциите и сл.) се забележале намален број на кардиолошки настани, споредено со оние чиј скор на алекситимија не се променил. Накратко, редукцијата на степенот на алекситимија, влијаел позитивно на здравствениот исход кај пациентите со коронарно заболување. Во контекст на третманот на кардиолошките пациенти со коронарно заболување и висока алекситимија,

Валкамо и соработниците (Valkamo et al., 2002) посочуваат дека пациентите со коронарно заболување, кои се и алекситимични, се група на пациенти кои имаат изразена психосоцијална тежина во справувањето со кардиоваскуларното заболување. Истовремено, тие како категорија на пациенти, се поранливи, на кои од исклучително значење им е пред сè индивидуалната поддршка и внимание, многу повеќе во споредба со останатите пациенти кои страдаат од кардиоваскуларни заболувања. Овие наоди се од особено значење за нашето истражување и понатамошна работа со оваа ранлива група на пациенти затоа што се поттик, но и поддршка за системско креирање на програми според кои ќе се работи психотераписки, советодавно и психолошки со ваков тип на пациенти.

Освен истражувањето на алекситимијата кај пациентите со и без коронарно заболување, и поврзаноста на алекситимијата со коронарното заболување, како и согледувањето на алекситимијата како потенцијален фактор на ризик во развојот на коронарното заболување, оваа магистерска работа отвори нова парадигма на размислување. Во некое наредно истражување, би требало да се испита, дали пациентите кои страдаат од коронарно заболување ја користат евидентната и утврдената алекситимија, во функција на одбрана. Доколку тоа се утврди, ќе се потврди секундарната алекситимија кај овие пациенти и ќе може да се работи психолошки, советодавно и психотераписки, каде што впрочем тераписката работа бележи најголеми резултати (Taylor, 2000; Beresneviate, 2000; Ogrodniczuk et al., 2009; Pinna et al., 2014). Дел од тие техники и интервенции се следниве: групната психотерапија фокусирана на поддршка, тренингот за вербална експресија на емоциите, фокусирање кон соништата и фантазиите, развој на емоционалната свесност како и подобрување на квалитетот на емоционалните шеми. Доколку пак се утврди дека кај пациентите станува збор за примарна алекситимија, тогаш уште посериозно ќе треба да се истражи поврзаноста на психолошкиот концепт алекситимија и коронарна болест.

4.1.2 Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу коронарното заболување и експланаторниот стил

Според хипотезата Х1Б кардиохируршките пациенти со коронарно заболување имаат опесимистичен експланаторен стил од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување. Резултатите потврдија дека кардиохируршките пациенти со коронарно заболување имаат опесимистичен експланаторен стил од оние кардиохируршки пациенти без коронарно заболување.

Како што беше претходно споменато, експланаторниот стил е когнитивен личносен аспект, кој според Петерсон и Селигман, го одразува вообичаениот начин на луѓето да ги објаснат лошите настани (Peterson&Seligman, 1984). Претходно беше споменато дека експланаторниот стил го сочинуваат три димензии: интернализација, стабилност и глобалност. Всушност, наведените димензии ја рефлектираат тенденцијата на личноста кон: самообвинување, фатализам и катастрофизација. Во тој контекст, според авторите оние поединци кои на негативните настани во својот живот им припишуваат интернализирани, стабилни и глобални објаснувања, покажуваат емоционални, мотивациони и когнитивни пореметувања во своето функционирање (Peterson et al., 1998). Според Петерсон и Босио (Peterson&Bossio, 1991) димензиите *стабилност* и *глобалност* се покажале како предиктори на лошо здравје, но тоа не се потврдило и со димензијата *интернализација*. Дополнително, димензијата *глобализација* се покажала како најзначаен фактор на ризик за рана смртност, особено помеѓу машката популација, бидејќи е олицетворение на катастрофизација на негативните настани и е поврзана со очекување дека тие ќе се појават во најразлични ситуации. Според Петерсон и соработниците (Peterson et al., 1998) ваков стил на размислување може да биде фатален за личноста, бидејќи катастрофизацијата е поврзана со потешкотии во решавањето на проблеми, потешкотии во социјалното ангажирање и со зачестено донесување на ризични одлуки.

Најинтригантна појава поврзана со експланаторниот стил е физичкото здравје. Петерсон и Босио се меѓу првите кои ја истражувале поврзаноста на експланаторниот стил и физичкото здравје (Peterson&Bossio, 1991). Тие дошле до

сознание дека студентите кои имале опесимистичен експланаторен стил, споредено со нивните соученици кои имале оптимистичен експланаторен стил, имале повеќе денови кога биле болни (соодносот бил 2:1) и имале повеќе посети кај доктор поврзани со болест во тековната година (соодносот бил 3:1). Студентите кои имале опесимистичен експланаторен стил пријавувале повеќе физички заболувања (најчесто инфективни заболувања и тоа настинки или вирусни), имале поголем број на посети кај доктор и помалку превентивно делувале во однос на здравјето, во споредба со нивните соученици кои имале оптимистичен експланаторен стил (Peterson&Bossio, 1991). Поврзаноста за која пишуваат Петерсон и Босио имплицира дека опесимистичен експланаторен стил е поврзан со подоцнежни здравствени проблеми, што е од суштинско значење за нашето истражување. За жал, иако датотеката на СБХБ „Филип Втори“ нуди можност за следење на пациентите постоперативно, а со тоа и можност да се провери тезата на Петерсон и Босио на нашите пациенти, сепак тие податоци овде не се наведени заради комплексноста на самото истражување и за да се избегне обременување на текстот. Секако, предиктивноста на опесимистичниот експланаторен стил би требало да биде предмет на некое наредно истражување, особено во услови какви што ги нуди СБХБ „Филип Втори“, каде постои можност пациентот да се следи медицински и психолошки низа години после направената операција.

Уште позначајни за нашето истражување се наодите до кои дошле и Буханан и соработниците (Buchanan et al., 1999) кои следеле студенти со кои систематски се работело на подобрување на експланаторниот стил. Имено, групата на испитаници со кои систематски се работело на подобрување на експланаторниот стил, имала зголемен број на превентивни посети кај доктори, а намален број на посети кај доктор поврзани со болест. Иако истражувањата потврдуваат дека експланаторниот стил и физичкото здравје се поврзани, ниту една студија не укажува на механизмот кој стои во позадина и/или ја објаснува целосно нивната заемна корелација. Она што е значајно за нашето истражување е поткрепата и потврдата базирана на наодите на Буханан и соработниците (Buchanan et al., 1999) дека систематизирана психолошка работа во насока на подобрување на експланаторниот стил, може да води до значајни промени во личноста на пациентите што пак резултира со позитивни промени во здравствениот исход.

Кардиоваскуларните заболувања и нивната етиологија беа претходно детално објаснувани но, овде уште еднаш ќе ја нагласиме важноста на „традиционалните“ фактори на ризик (староста, пушењето на цигари, есенцијалната хипертензија, дијабетесот итн.) кои во последно време не успеваат да ги објаснат новите случаи на кардиоваскуларни заболувања, бидејќи бројот на нови случаи на кардиоваскуларните заболувања кај младата популација или кај пациенти кои никогаш не биле активни пушачи, немаат дијабетес и слично, станува сè поголем. Ова се согласува и со секојдневната пракса во СБХБ „Филип Втори“, за што потврдуваат и бројките во официјалната статистика (СБХБ „Филип Втори“, 2015). Затоа, сè почесто се пристапува кон барање на нови потенцијални фактори на ризик, кои би ги објасниле механизмите за развој и прогрес на ова комплексно заболување.

Буханан (Buchanan, 1995) ја истражувал поврзаноста на експланаторниот стил и коронарното заболување, преку истражување на поврзаноста помеѓу коронарното заболување, тип „А личноста“ и песимистичниот експланаторен стил. Тој заклучил дека песимистичниот експланаторен стил може да предвиди смртност кај пациенти со коронарно заболување. Тој наод бил потврден и од страна на други истражувачи (Seligman, 2013; Giltay et al., 2004) кои истражувале за зголемениот морталитет кај пациентите со кардиоваскуларно заболување и песимистичен експланаторен стил. Аспектот на морталитет кај пациентите со кардиоваскуларно заболување и песимистичен експланаторен стил е доста значаен и интригантен, но во ова истражување од практични причини не беше земен во предвид. И овој аспект, како и предиктивноста на песимистичниот експланаторен стил, би требало да бидат предмет на наредни истражувања, со оглед на можноста за постоперативно следење на пациентите во СБХБ „Филип Втори“.

Буханан (Buchanan, 1995) навел три можности за тоа како песимистичниот експланаторен стил влијае на фаталниот исход кај кардиоваскуларните заболувања. Првото објаснување е дека песимистичниот експланаторен стил е предвесник на депресијата, а дека депресијата пак е претходник на коронарното заболување. Според авторот, кога организмот веќе страда од депресија, адреналните жлезди зголемено лачат адреналин, кортизол и други т.н. „стрес“ хормони. Вмрежувањето на овие хормони резултира со зголемено срцебиење,

што во периоди на зголемен стрес може да доведе срцето во забрзан период и со зголемена брзина да подлегне на заболување (Buchanan, 1995). Во прилог на ова е и тврдењето на Шлајфер (Schleifer, 1985, според Buchanan, 1995) според кој имуносупресијата е исто така последица на депресијата. Според нив, физички разболеното тело не може ефективно да се бори со болеста, туку тоа ќе биде изложено на стресот многу повеќе од физички здравото тело. Вториот механизам кој Буханан го гледа како можна причина за поврзаноста на коронарните заболувања и експланаторниот стил, е верувањето на индивидуите дека можат, односно дека не можат да ги променат нештата (Buchanan, 1995). Сликвито кажано, неретко се сретнуваме со пациенти кои сметаат дека сè што прават е неважно, бескорисно или неефективно. За овие лица може да се претпостави дека тешко би се откажале од нездравии навии, на пр. од нездравата храна или од пушењето цигари. Во позадина на ова однесување стои она што Петерсон (Peterson, 1998) го објаснува како тенденција негативните настани во својот живот да ги објаснуваат со една хронична и первазивна причина, односно верување дека не можат да ги променат нештата. Тоа го забележал специфично и кај пациенти болни од коронарно заболување, што во целост се поклопува со субјективен впечаток кај лекарите и здравствените работници кои се сретнуваат со пациенти од овој тип во СБХБ „Филип Втори“. Според Буханан, вака изразен песимистичен експланаторен стил резултира со пасивност, па очекувано е дека субјектите кои имаат песимистичен експланаторен стил потешко или воопшто нема да ги спроведуваат препораките на своите кардиолози (Buchanan, 1995). И Лин и Петерсон (Lin&Peterson, 1990) ја гледаат пасивноста како можна медијатор (посредник) варијабла помеѓу песимистичниот експланаторен стил и лошото физичко здравје. Индивидуите кои ги објаснуваат негативните настани со интерна, стабилна и глобална причина, преземаат помалку активни чекори во справувањето со болеста, особено откако болеста ќе се развие. Може да се каже дека песимистичниот експланаторен стил може да предиспонира личноста да се однесува беспомошно, кога е соочена со негативен настан како што е болеста. Постојаното чувство на беспомошност кога е во прашање здравјето, може да придонесе индивидуата да почне да запаѓа во надолен спирален круг кој само ќе го влошува здравјето, заклучиле Лин и Петерсон (Lin&Peterson, 1990).

Како последно објаснување за поврзаноста на коронарните заболувања и експланаторниот стил која се потврди и во нашето истражување, Бауханен го

наведува ниското ниво на социјална поддршка (Buchanan, 1995) и тоа повторно, преку аспектот на беспомошност. Според Лин и Петерсон (Lin&Peterson, 1990) беспомошноста на почетокот може да е во функција и да претставува ефективен начин на справување, но потоа станува неефективно и ги отфрла луѓето. Индивидите со песимистичен експланаторен стил имаат помало ниво на социјална поддршка, а недостатокот на социјална поддршка е асоцирана со болест, се согласил Петерсон (Peterson, 1988). Социјалната поддршка во нашето истражување не беше истражувана или контролирана, но би требало во некои следни истражувања да биде земена како значаен аспект за испитување.

Наодите од ова истражување укажуваат на тоа дека кардиолошките пациенти со коронарно заболување, споредени со кардиолошки пациенти без коронарно заболување, имаат поизразено нездрави животни навики (може да се види од дескриптивните податоци во Табела 1.1.). Кај пациентите со коронарно заболување има процентуално поголема застапеност на пациенти кои се конзументи на алкохол, активни пушачи, има процентуално поголема застапеност на прекумерно дебели пациенти што е последица на нездрави животни навики во исхраната и физичката неактивност. Овие податоци одат во прилог на Петерсоновото согледување дека можната врска помеѓу експланаторниот стил и болеста се пројавува низ нездравите животни навики, слабата исхрана, пушењето, пиењето, присуството на стресни настани, кои може да се гледаат и како модератор варијабли (Peterson, 1998).

Како последен аспект на експланаторниот стил кој би го продискутирале во ова истражување е тоа, дали оптимистичниот експланаторен стил, како спротивен на песимистичниот (за кој е докажано дека го влошува физичкото здравје на личноста на различни начини) го подобрува физичкото здравје? Истражувањата велат дека пациентите со кардиоваскуларни заболувања кои имаат очекувања дека ќе се случат повеќе добри нешта, отколку негативни нешта, имаат специфични ментални и физички здравствени исходи кои се согледуваат во: пониската вулнерабилност, намалената инциденца на инфекции, побрзото опоравување од болеста и намалениот број на можни компликации од болеста (Hoeksema, 1986; Peterson, 1988; Kubznansky et al., 2001; Boehm & Kubznansky, 2012; Dubois et al., 2012; Thege et al., 2015). Наведените аспекти не беа предмет на интерес во ова истражување, но останува можноста да се направи

„follow up” студија за испитаниците кои земале учество во ова истражување. Целта би била да се испитаат морталитетот, вулнерабилноста, бројот на можни компликации и брзината на опоравувањето од болеста.

Оптимизмот како аспект на личноста, се поврзува со редуциран морталитет кај коронарното заболување. Тој е предиктор за физичко и емоционално здравје, како и за пониското ниво на рехоспитализација после акутен коронарен синдром (Sheier et al., 1999; Ronaldson et al., 2015). Лицата кои се оптимистични очекуваат да се случат повеќе позитивни или добри нешта, отколку негативни или лоши настани. Според Сандерс (Sanders, 2003) тие имаат генерално подобро здравје, помалку искусуваат депресивни епизоди или состојби и побрзо се опоравуваат од болест или операција. Авторот наведува дека оние пациенти кои се пооптимистични помалку се склони да доживеат мозочен удар, да боледуваат од настинки и вирусни или да се жртви на несреќи; тие имаат пониска стапка на заболувања и болести и кај нив се очекува долговечност (Sanders, 2003). Според теоријата на Фредериксон, позитивните емоции го прошируваат човековиот спектар на внимание и когниција, расудување, што пак води до зголемено користење на физичките, интелектуалните, социјалните и психолошките извори. Според Фредериксон, лицата кои се дијагностицирани со одредена болест, а се високо оптимистични имаат помал стрес бидејќи се фокусираат на позитивните исходи и имаат позитивни очекувања во врска со иднината (Fredericson, 2004, според Sanders, 2003). Конкретно, лицата со висок оптимизам полесно се опоравуваат во рехабилитацијата од кардиоваскуларни настани и полесно се справуваат со постоперативниот стрес, заклучиле Туагаде и Фредериксон (Tugade&Frederickson, 2004, според Sanders, 2003). Според авторите, лицата кои имаат висок оптимизам директно го редуцираат негативното влијание на стресот врз телесните и физиолошките системи, а и полесно се справуваат со постоперативниот стрес, што е од суштинско значење во борбата против болеста (Tugade&Frederickson, според Sanders, 2003). Мерењето на оптимизмот, според Шеиер и соработниците (Sheier et al., 1999), може да помогне во идентификација на индивидуалниот ризик за понатамошни исходи на болеста, а негување на позитивните очекувања може да промовира подобро заздравување. Значајно е дека песимистичниот експланаторен стил може да се модификува, а со тоа потенцијално да води до подобрување на исходот на фатални кардиолошки настани, сметаат Роналдсон и соработниците (Ronaldson et al., 2015).

Утврдување на песимистичниот експланаторен стил кај пациентите со коронарно заболување и погледнување во можноста за модификување на истиот, е тема која задира во една сосема нова сфера во здравствената психологија. Тоа е темата на позитивната психологија која е актуелна во последните години и го бара своето апликативно место во здравството, каде што е и најпотребна. Утврдувањето на песимистичниот експланаторен стил кај кардиоваскуларните пациенти и можноста за негово делумно трансформирање, значи негување на оптимизмот. Придобивките би биле изразени во пониска вулнерабилност, намалена инциденца на инфекции кај кардиоваскуларните пациенти, побрзо заздравување од болеста и намален број на можни компликации од болеста (Hoeksema, 1986; Peterson, 1988; Kubznansky et al., 2001; Boehm & Kubznansky, 2012; Dubois et al., 2012; Thege et al., 2015). Или како што заклучиле Роналдсон и соработниците (Ronaldson et al., 2015) подобрување на исходот на фаталните кардиолошки настани. Со модификување на песимистичниот експланаторен стил во пооптимистичен и со негување на оптимизмот, се отвора всушност можност за унапредување на општото здравје на личноста на пациентот.

4.1.3 Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Според хипотезата Х1В кардиохируршките пациенти со коронарно заболување користат повисок степен на дисфункционални стратегии на справување со стрес од кардиохируршките пациенти без коронарно заболување.

Во ова истражување добивме резултати дека кардиолошките пациенти со коронарно заболување и кардиолошките пациенти без коронарно заболување нема да се разликуваат во поглед на степенот на користење на ниту една од трите дисфункционални стратегии на справување со стрес (*ментална неангажираност, празнење на емоции и бихевиорална неангажираност*).

Самото справување со стрес е дефинирано како комплексно, мултидимензионално однесување кое се јавува како одговор на организмот/личноста во стресни ситуации. Или, како што велат Лазарус и Фолкман (Lasarus & Folkman, 1991) константно променлив когнитивен и бихевиорален напор на личноста да се изменазираат специфичните внатрешни или надворешни барања. Тоа има своја тежина и понекогаш може да ги надмине можностите на личноста.

Вообичаено во литературата се сретнува поделбата на стратегиите на справување со стрес која ја направиле Лазарус и Фолкман, а Карвер и соработниците ја разработиле. Според Лазарус и Фолкман (Lasarus & Folkman, 1980) двете основни групи на стратегии на справување со стрес се: стратегии на справување кои се *фокусирани на проблемот* и стратегии на справување кои се *фокусирани на емоциите*. Тисе и Бауммајстер (Tise&Baummeister,1997, според Sanders, 2007) сметаат дека стратегиите од првата група се третирали како проактивни или конфронтирачки и дека тие се оние стратегии кои водат до позитивни адаптации, додека пак стратегиите од втората група, кои се повеќе третирали како пасивни односно избегнувачки стилови, ги поврзуваат со негативна адаптација. Во својата теоретска концепција Карвер и соработниците ги вклучуваат и дисфункционалните стратегии кои се често користени во истражувањата и имаат практична примена (Cooper et al., 1989; Kasi et al., 2012).

Токму *дисфункционалните стратегии на справување со стрес* беа предмет на интерес во ова истражување. Како што и самото име наведува, дисфункционални стратегии се третираше како маладаптивни стилови, или тие се помалку функционални стратегии на справување со стрес. Самиот Карвер не се согласувал со ова именување заради теоретска неоправданост која подолу ќе биде детално објаснета.

Едно од позначајните истражувања на оваа тема е истражувањето на Кан и соработниците (Khan et al., 2012) за „*Личносните црти и стратегиите на справување со стрес помеѓу пациенти со коронарно и пациенти без коронарно заболување*“. Тие заклучиле дека пациентите со коронарно заболување поизразено користат две стратегии на справување со стрес кои се фокусирани на проблемот: *супресија на компетитивните активности и барање на социјална помош*. Според нив, овој добиен резултат ја изразува тенденцијата на пациентите со коронарно заболување да го потиснуваат своето внимание кон други активности, со цел повеќе да бидат насочени на справување со актуелниот проблем, што го гледаат како позитивен и функционален пристап. Но, во истата студија Кан и соработниците (Khan et al., 2012) нагласуваат дека освен функционалните механизми или проактивните стратегии на справување со стрес, пациентите со коронарно заболување користеле висок степен и на *дисфункционални стратегии на справување*. Од дисфункционални стратегии на справување ја издвоиле стратегијата *бихевиоралната неангажираност* како најчесто користена стратегија на справување со стрес кај пациенти со коронарно заболување.

Во нашето истражување не се потврди претпоставката дека кардиолошките пациенти со коронарно заболување користат повисок степен на дисфункционални стратегии на справување со стрес во споредба со кардиолошките пациенти без коронарно заболување. Останатите стратегии на справување со стрес (*фокусирани на проблемот и/или на емоциите*) не беа предмет на интерес во ова истражување. Следејќи ја Карверовата дефиниција на трите горенаведени дисфункционални стратегии на справување со стрес, може да кажеме дека, кардиолошките пациенти со коронарно заболување нема да се разликуваат од кардиолошките пациенти без коронарно заболување во поглед на: тие еднакво ќе се ангажираат да се справат со стресорот, еднакво брзо ќе се

откажуваат од остварување на целите и ќе имаат очекувања за ниски резултати во поглед на справувањето со стресот и целокупната ситуација, во овој случај - справување со болеста. Овие пациенти нема да се разликуваат од пациентите без коронарно заболување, во поглед на користење на фантазијата, бегство во спиење или интензивно гледање телевизија, како и во поглед на тенденцијата да се фокусираат на сè што ја вознемирува или погодува личноста и да ги вентилираат тие чувства.

Важно за нашето истражување е сознанието до кое дошле Шродерет и соработниците (Schröder et al., 1998) според кои било која маладаптивна стратегија на справување е всушност адаптивен механизам кога станува збор за емоционални исходи на пократок временски рок. Кога станува збор за емоционални исходи кои се однесуваат на подолг временски рок, конфронтирачките стратегии на справување со стрес се повеќе адаптивни и оттука, стратегии за справување со стрес кои се фокусирани на проблемот се промовираат како поефикасни. Испитаници во ова истражување се пациенти со коронарно и пациенти без коронарно заболување, кои при хоспитализацијата подлежат на подеднаков третман и протокол при прием. Имено, тие се хоспитализираат еден ден пред оперативниот зафат на отворено срце. Според протоколот и вообичаената пракса при прием, кардиохируршките пациенти после операцијата на отворено срце, постоперативно се рехабилитираат во рамки на болницата во времетраење од неколку денови до една седмица (исклучок се итните пациенти или пациенти со тешка дијагноза). Ако се земе во предвид тежината на оперативниот зафат на отворено срце, може да се каже дека од кардиохируршките пациенти се очекува да се справат со интензивна емоционална ситуација (која за некои е и трауматско искуство) во краток временски рок. Како што беше горе споменато, кога станува збор за емоционални исходи на пократок временски рок, според Шродерет и соработниците (Schröder et al., 1998) било која маладаптивна стратегија се третира како адаптивен механизам. Во нашиот случај, бидејќи двете групи се еднакво третирани независно од дијагнозата, тоа може да влијае на добиениот резултат во ова истражување според кој помеѓу двете испитанички групи нема разлики во степенот на користење на дисфункционалните стратегии. И двете групи на испитаници (односно пациенти) ја имаат истата задача пред себе, а тоа е да се справат на најдобар начин со она што за нив претставува стрес. Можеби,

соочени со стресната ситуација, сите пациенти независно од дијагнозата, пристапуваат кон користење на расположливите психофизички и личносни капацитети во обидот да се справат со истата, а именувањето на истите е само прашање на теориски пристап. Проценката дали некоја стратегија ќе ја именуваме или сметаме за подобра или полоша, е најдобро да се прави исклучиво контекстуално, како што и предлагаат повеќе автори (Schroder et al, 1998; Carver et al, 1989; Lasarus & Folkman, 1991; Sanders, 2013). Можеби во услови на акутен стрес, како што е секако оперативен зафат на отворено срце, за ефективна стратегија треба да се смета сè она што на личноста ѝ дозволува да го минимизира, толерира, акцептира и надмине она што за неа претставува стрес.

4.2 Дискусија на резултатите од проверката на хипотези за поврзаноста меѓу коронарното заболување, алекситимијата и експланаторниот стил

4.2.1 Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу алекситимијата и експланаторниот стил

Според хипотезата Х2А поалекситимичните кардиохируршки пациенти имаат опесимистичен експланаторен стил од помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти. Добиените резултати не потврдија дека кардиохируршки пациенти имаат опесимистичен експланаторен стил од помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти.

За поврзаноста на *алекситимијата* и *експланаторниот стил* многу малку е истражувано. Во литературата најчесто овие две димензии се сретнуваат поврзани со концептот на здравје, но исклучиво независно и диференцирано. Меѓусебната поврзаност скоро воопшто да не е истражувана, ниту пак е потврдена.

Како што беше споменато, најчесто алекситимијата и експланаторниот стил се поврзуваат во контекст на здравјето како засебни конструкти (или концепти) чие влијание е разгледувано индивидуално. Така на пример, Мартин и Фридман (Martin&Friedman, 2001) ги наведуваат двете димензии во контекст на најрелевантните личносни фактори кои влијаат на здравјето. Според нив, двете наведени димензии заедно со следниве: депресија, локус на контрола, репресија, тип на личност „А“ и хостилноста како црта на личност, се вбројуваат во најрелевантните личносни фактори за здравјето на индивидуата. И Вилијамс (Williams, 2006) ги наведува алекситимијата и експланаторниот стил како фактори кои влијаат на здравјето, на здравствениот исход и на однесувањето на болниот.

Уште еден концепт кој е индиректно поврзан со двете димензии е депресијата. Алекситимијата е конструкт кој многу често е поврзуван со депресијата. Асоцијацијата на алекситимијата и депресијата е истражувана тема, а поврзаноста е потврдена во бројни истражувања (Honkalampi et al., 2000; Parlin

et al., 2010). Утврдено е дека депресијата позитивно корелира со појавата на алекситимија, при што причинско последичната поврзаност не е утврдена (Honkalampi et al., 2000; Parling et al., 2010). Според Буханан (Buchanan, 1995) песимистичниот експланаторен стил од своја страна, се смета за предвесник на депресијата.

Може да резимираме дека пројавувањето на *експланаторниот стил* не е поврзано со промена во нивото на *алекситимијата* кај кардиохируршките пациенти. Може да се претпостави дека бидејќи алекситимијата значи неможност за идентификација на сопствените чувства, а со тоа и на непријатните ситуации и настани, па оттука и да нема поврзаност со интерпретирање на настаните, што е имплицирано во експланаторниот стил. Од друга страна, значајно е да се истакне дека и двете димензии се релевантни коморбидитети и психолошки фактори кои ги придружуваат кардиолошките состојби и заболувања, чија заемна поврзаност треба дополнително да подлежи на истражување.

4.2.2 Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу алекситимијата, коронарното заболување и експланаторниот стил

Според хипотезата Х2Б поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување имаат најпесимистичен експланаторен стил, помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување имаат најоптимистичен експланаторен стил, а помеѓу поалекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување и помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување, нема разлики во стилот.

Добиените резултати не утврдија постоење на интеракциски ефект помеѓу двата фактора *присутството* или *отсуството* на коронарното заболување со *пониска* или *повисока алекситимија*, во однос на *експланаторниот стил*.

Од досегашните резултати за поврзаноста на коронарното заболување, алекситимијата и експланаторниот стил може да го резимираме следното. Се потврди дека коронарното заболување е поврзано со експланаторниот стил,

односно дека пациентите со коронарно заболување имаат опесимистичен експланаторен стил од оние пациенти без коронарно заболување. Но, од добиениот наод гледаме дека коронарното заболување во интеракција со алекситимијата не е поврзано со експланаторниот стил. Се поставува прашањето, ако коронарното заболување е поврзано со експланаторниот стил, зошто коронарното заболување во интеракција со алекситимијата не е поврзано со експланаторниот стил? Воедно, претходно беше потврдено дека и алекситимијата и коронарното заболување се поврзани. Оттука, се поставува прашањето дали можеби алекситимијата го неутрализира ефектот? Можеби алекситимијата се одразува на коронарното заболување и на емоционалното здравје, но не се пројавува кај когнитивните конструкти, токму поради когнитивните аспекти на самата алекситимијата. Ова прашање останува да се испита во некое наредно истражување.

4.3 Дискусија на резултатите од проверката на хипотезите за поврзаноста меѓу алекситимијата, коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Хипотезите од групата Х3 се однесуваат на поврзаноста меѓу алекситимијата, коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес.

Со оглед на тоа што имаме три различни дисфункционални стратегии на справување со стрес, дискусијата на резултатите, согласно на презентираниите резултати, ќе биде организирана на следниов начин: најпрвин ќе биде дискутирана хипотезата Х3А во поглед на *менталната неангажираност*, потоа во поглед на *празнење на емоции* и на крајот, *хипотезата Х3А* ќе се разлегува и дискутира во поглед на *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционални стратегии на справување со стрес. Хипотезата Х3Б ќе биде дискутирана еднакво како и претходната хипотеза, најпрво во поглед на *менталната неангажираност*, потоа во поглед на *празнење на емоции* и, на крајот хипотезата Х3Б ќе се дискутира во поглед на *бихевиоралната неангажираност*.

4.3.1 Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу алекситимијата и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Според хипотезата Х3А поалекситимичните кардиохируршки пациенти користат повисок степен на дисфункционални стратегии на справување од помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти.

Добиените резултати потврдија дека поалекситимичните кардиохируршки пациенти во повисок степен ги користат *менталната неангажираност* и *бихевиоралната неангажираност* како дисфункционални стратегии на справување со стрес, од помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти. Но, добиените резултати не потврдија дека поалекситимичните кардиохируршки пациенти во повисок степен го користат *празнење на емоции* како дисфункционална стратегија на справување со стрес, од помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти.

Користењето на повисок степен на двете дисфункционални стратегии, *менталната и бихевиоралната неангажираност*, кај кардиолошките пациенти со *повисока алекситимија* може да се продискутира на следниов начин.

Самата алекситимија, како мултидимензионален конструкт, манифестира афективни, когнитивни и перцептивни потешкотии кај поединците. Самата концепција на алекситимијата, според Тејлор и соработниците (Taylor et al., 2000) подразбира пониска модулација на возбудата, пониско вклучување на фантазијата, намалено користење и примена на социјална помош, ниска толеранција на болните емоции и намалена когнитивна асимилација и адаптација, односно со еден збор, помала способност за користење на адаптивните регулациони процеси на емоциите. Во прилог на ова говори и Кнап (Knapp, 1996, според Taylor, 1999) според кој, високо алекситимичните лица поради пониското ниво на функционирање на афективниот развој и организација на селфот, имаат дефицит во него развојот и недостаток да развијат адекватна одбрана и когнитивен капацитет да се регулира афектот. Оттука, според Тејлор самата алекситимија заради своите обележја предиспонира користење на незрели механизми на одбрана како што се негација, избегнување и екстернализација (Taylor, 1999). Користењето на маладаптивните или дисфункционалните стратегии на справување кај алекситимични лица е следствено очекувано, што беше потврдено и во ова истражување во поглед на зголеменото користење на *менталната и бихевиоралната неангажираност* кај *поалекситимичните кардиохируршки пациенти*.

Поконкретно, дисфункционалната стратегија *ментална неангажираност* подразбира тенденција на личноста да се вклучува во најразновидни активности кои ѝ помагаат да ги оттргне мислите од проблемот како на пример бегање во сон и/или спиење, и/или интензивно гледање телевизија (според Carver et al., 1989). Прашањата кои се референтни за *менталната неангажираност* (Прилог 1.3. прашања под ред. бр. 2, 16, 31 и 43) се однесуваат на активности кои се избегнувачки, изразуваат склоност кон игнорирање на ситуациите и стресорот, наместо соочување со стресниот фактор. Избегнувањето како механизам е имплицитно вклучен во описот на состојбата на алекситимија, но важно е тие да се разграничат како концепти. Според Паркер, Тајлер и Багби

(Parker, Taylor & Bagbi, 1989) кај алекситимичните лица постои тенденција на избегнување. Но, тие нагласуваат дека алекситимијата не смее, ни одблизу, концептуално да се третира како примитивен одбранбен механизам, ниту пак таа да се поистовети со концептите како емоционална супресија, изолација, негација или репресија (Parker et al., 1989). Кај примитивните одбранбени механизми постои лимитиран емоционален увид и експресија, што според нив се однесува на активна одбрана или процеси кои го редуцираат искуството или експресијата на емоциите (Parker et al., 1989). Кога се зборува за примарната алекситимија, се смета дека не станува збор за одбрана, туку за карактеристичен дефицит или недостаток. Според Лумлеј (Lumley et al., 2007) иако комуникацијата на алекситимичните лица може да личи на негирање или избегнување, таа е всушност само лимитиран опис на феномените (преку искуството, телесното и/или повеќе преку надворешното отколку внатрешното или психолошкото). Може да заклучиме дека алекситимијата може да опфаќа аспекти на избегнување како механизам, но таа не значи избегнување. Сепак, значајно е да се потенцира дека добиените резултати потврдуваат дека повисоко алекситимичните пациенти во споредба со пониско алекситимичните пациенти се склони да го користат механизмот на избегнување, во нашиот случај изразен низ дисфункционалната стратегија ментална неангажираност.

Уште еден аспект кој е важен да се продискутира е сфаќањето на избегнувањето како маладаптивна односно адаптивна стратегија на справување со стрес. Долго време избегнувањето се третираше како маладаптивна стратегија. Но, Шродерет и соработниците (Schröder et al., 1998) дале друга перспектива на гледање на *избегнувачката* стратегија на справување која може да објасни дел од добиениот резултат и во ова истражување. Имено, според нив кога станува збор за емоционални исходи на пократок временски рок, избегнувачката стратегија на справување всушност е адаптивен механизам (Schröder et al., 1998). Постои веројатност тоа да е случај и со нашите испитаници, но за жал тоа прашање останува neodговорено бидејќи не беше испитано дали испитаниците во ова истражување ги користат стратегиите на справување со стрес само во дадениот момент на хоспитализација или пак, стратегиите на справување се нешто што го користат долго време наназад. Во првиот случај, на избегнувањето ќе гледавме низ призмата на адаптивен механизам, но во вториот случај на истиот механизам ќе гледавме во можноста стратегијата да е неконструктивна или

маладаптивна. Ова прашање засегнува и една друга теоретска дилема за која и денеска некои автори не се согласни, а се однесува на тоа дали стратегиите на справување со стрес се фиксни и неменливи. Според Карвер и соработниците (Carver et al., 1989) стратегиите на справување со стрес се фиксни и неменливи, додека пак според Паркер и Едлер (Parker & Endler, 1996) тие се менливи низ времето.

Освен тоа што испитаниците со повисока алекситимија користеа повисок степен на *ментална неангажираност*, тие според добиените резултати користеа и повисок степен на *бихевиорална неангажираност*. Според Карверовата дефиниција, личноста која во повисок степен ја користи стратегијата *бихевиорална неангажираност* има намален ангажман на личноста да се справи со стресорот, лесно и брзо откажување од целта и очекување на слаби резултати од справувањето со стрес (Carver et al., 1989). Ако го погледнеме тестовниот материјал (Прилог 1.3 прашања реден бр. 9, 24, 37 и 51) во прашањата се опишува личност која лесно се откажува од постигнување на својата цел. Сите четири прашања се во насока на брзо откажување од остварување на целта или „откажување од обидот да се добие она што е потребно“. Овде би го акцентирале последниот дел, односно откажување од „она што е потребно“. Кај алекситимичните лица во поглед на гледање во она што е нивна потреба, тие пројавуваат потешкотија, а доколку ја препознаат, понатаму пројавуваат потешкотија во нејзиното изразување.

За крај, повисокиот степен на користење на двете дисфункционални стратегии *менталната неангажираност* и *бихевиоралната неангажираност* може да го продискутираме и низ перспектива на природата на алекситимијата, која во нашиот случај може да има и значење на секундарна алекситимија. Секундарната алекситимија се јавува како последица на медицинско - хируршки настани, болест или како последица на стресни настани, а според Месина и соработниците (Messina et al., 2014) алекситимијата тогаш добива значење на одбранбен механизам. Може да се претпостави дека испитаниците од ова истражување се пациенти кои во обидот да се изборат со стресната медицинска дијагноза и оперативниот зафат, стануваат високо алекситимични во функција на надминување и справување со стресот. Можеби самата хоспитализација и сознанието за тежината на оперативниот зафат на отворено срце влијае на некој начин дисоцијативно и предизвикува ефект на емоционална тапост, сличен на

алекситимијата. Дијагностички гледано, утврдување дали алекситимијата е примарна или секундарна, може да се направи само врз основа на темелна анализа и анамнеза, која во ова истражување беше изоставена, заради комплексноста на истражувањето. Може да се каже дека во некое следно истражување освен мерењето на алекситимијата преку соодветен инструмент, потребно би било да се има и анамнестички податок кој би укажал на типот на алекситимијата (примарна, секундарна или органска).

Зошто е толку важно да се направи дистинкција? Доколку алекситимијата се гледа како секундарна, таа е во функција на одбранбен механизам и тогаш дискусијата на овој резултат би одела во насока на тврдењето дека кардиолошките пациенти всушност користат три одбрани (секундарна алекситимија, *менталната неангажираност* и *бихевиоралната неангажираност*). Тогаш со оваа група на пациенти би можело да се работи низ психолошки, советодавни и психотераписки интервенции бидејќи ваквите интервенции бележат најголем успех кај секундарната алекситимија. Тоа подразбира групна психотерапија фокусирана на поддршка, тренинг за вербална експресија на емоциите, фокусирање кон соништата и фантазиите, развој на емоционалната свесност како и подобрување на квалитетот на емоционалните шеми (Taylor, 2000; Beresneviate, 2000; Ogrodniczuk, et al., 2009; Pinna, et al., 2014). Доколку пак се утврди дека кај пациентите станува збор за примарна алекситимија, тогаш пациентите кои се високо алекситимични ќе ги окарактеризираме со свои специфики, меѓу кои и тоа дека користат конкретно две дисфункционални стратегии на справување со стрес. Ова сознание создаде потреба во некое наредно истражување да се испита можноста пациентите кои страдаат од коронарно заболување да ја користат, евидентната алекситимија, во функција на одбрана.

Во поглед на дисфункционалната стратегија празнење на емоции (или *вентилирање на емоциите*) кардиолошките пациенти со повисока и пониска алекситимија, според добиените резултати, не се разликуваат. Овој резултат детално ќе биде подоцна протолкуван поради утврдениот интеракциски ефект. Имено, добиените резултати од проверката на хипотезата ХЗБ во поглед на *празнење на емоции* покажаа дека е утврден интеракциски ефект помеѓу двата фактори, односно дека има заемно дејство помеѓу двата фактори - *присуство* или *отсуство* на коронарно заболување и *нивото на алекситимија* во однос на

празнење на емоциите како дисфункционална стратегија на справување со стрес. Секогаш кога ќе се утврди интеракциски ефект (како што е во нашиот случај) истиот првенствено се толкува и интерпретира, а на сметка на тоа не се толкуваат добиените главни ефекти. Затоа во делот 4.3.2 детално ќе биде продискутиран добиениот резултат во поглед на степенот на користење на *празнење на емоциите* како дисфункционална стратегија.

4.3.2 Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу алекситимијата, коронарното заболување и дисфункционалните стратегии на справување со стрес

Според хипотезата ХЗБ поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување користат највисок степен на дисфункционални стратегии на справување, помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување користат најнизок степен на дисфункционални стратегии на справување, а помеѓу поалекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување и помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување нема разлики во степенот на користење на дисфункционалните стратегии на справување со стрес.

Во поглед на степенот на користење на менталната неангажираност како дисфункционална стратегија на справување се добија резултати кои не потврдија постоење на интеракциски ефект помеѓу двата фактори - *присуството* или *отсуството* на коронарното заболување и *пониската* или *повисоката* алекситимија. Во поглед на степенот на користење на празнење на емоции и бихевиоралната неангажираност како дисфункционални стратегии на справување со стрес добиените резултати покажаа постоење на интеракциски ефект помеѓу двата фактори - *присуство* или *отсуство* на коронарното заболување и *нивото на алекситимија*. Но, не во насока која беше очекувана, што ќе биде подолу детално образложено.

Менталната неангажираност како дисфункционална стратегија на справување со стрес подразбира активности кои и помагаат на личноста да ги оттргне мислите од проблемот. *Менталната неангажираност* не беше поврзана со коронарното заболување, но беше поврзана со алекситимијата кај кардиохируршките пациенти. Вмрежувањето на двата фактора нема влијание

врз промената на степенот на користење на оваа стратегија кај пациентите. Степенот на користење на дисфункционалната стратегија *ментална неангажираност* кај кардиохируршките пациенти, базирано на претходната дискусија за потврдената поврзаност на алекситимијата со *менталната неангажираност*, варира во зависност од главниот ефект на алекситимијата кај кардиохируршките пациенти.

Беше утврдено дека постои заемно дејство помеѓу двата фактори - *присуство* или *отсуство* на коронарното заболување и *нивото на алекситимија* во однос на *празнење на емоциите* како дисфункционална стратегија на справување со стрес. Но, не во насока која беше очекувана. Очекувањето беше дека поалекситимичните кардиохируршки пациенти со коронарно заболување ќе користат највисок степен на *празнење на емоциите*, додека помалку алекситимичните кардиохируршки пациенти без коронарно заболување ќе користат најнизок степен на *празнење на емоциите*.

Добиениот резултат укажа дека кардиолошките пациенти без коронарно заболување, но со повисока алекситимија, го користат *празнење на емоциите* во највисок степен, додека пак кардиолошките пациенти без коронарно заболување, и со пониска алекситимија, го користат во најнизок степен. Може да заклучиме дека кај пациентите без коронарно заболување, варирањето на нивото на алекситимија резултира со екстремно висок, односно низок степен на користење на *празнење на емоциите*. Степенот на алекситимичност се чини, во поголема мера го диктира пројавувањето на стратегијата *празнење на емоциите*, но само кај пациентите без коронарно заболување. Помеѓу пациентите со коронарно заболување, независно дали имаат повисока или пониска алекситимија, нема да има разлики во степенот на користење на *празнење на емоциите*. Едно објаснување може да лежи во природата на заболувањето. Утврдено е дека коронарните заболувања по својата природа се придружени со бројни коморбидитети и отежната прогноза. Оттука, пациентите со коронарно заболување се соочени со отежнати здравствени проблеми, со кои подолго време и наназад се соочуваат. Нивното соочување, функционално или не, може да водело кон некој вид адаптација на ситуацијата и самата болест, до степен на помирност и апатичност која може да резултира со пасивност во користењето на било која стратегија за справување.

Од друга страна, кај пациентите без коронарно заболување степенот на алекситимија го менува и степенот на користење на стратегијата *празнење на емоции*. Според Карверовата дефиниција (Carver et al., 1989) *празнење на емоциите* ја изразува тенденцијата на личноста да се фокусира на сè што ја вознемирува или погодува, како и тенденцијата да ги вентилира тие чувства. Доколку ги погледнеме референтните прашања за оваа стратегија на справување (Прилог 3.3 прашања под реден бр. 3, 17, 28, 46) може да се забележи дека тие се однесуваат на интензитетот на испитаникот за сопствените емоционални доживувања, степенот на вознемиреност како и потреба истите да се манифестираат. Ако се навратиме на описот на примарните карактеристики на алекситимијата тие вклучуваат: потешкотии во идентифицирање и опишување на емоциите, потешкотии во диференцирањето на емоционалната состојба и физиолошката сензација, осиромашена имагинација како резултат на недостатокот на фантазија и соништа, како и карактеристичното мислење конкретно и ориентирано кон надвор, дефинирале Тејлор и соработниците (Taylor et al., 2000). Наведените карактеристиките според Лумлеј (Lumley, 2007) ја карактеризираат комуникацијата на алекситимичните лица како лимитиран опис на феномените преку искуството, телесното и повеќе преку надворешното отколку внатрешно или психолошки. Токму таа лимитираност може да се согледа во неспособноста за соодветна артикулација на емоциите, вознемиреноста и потребата од нивно вентилирање, која е имплицирана во дисфункционалната стратегија *празнење на емоциите*.

Слични резултати добивме и во поглед на стратегијата *бихевиорална неангажираност*. И во овој случај, помеѓу пациентите кои се со коронарно заболување, независно од степенот на алекситимичност, нема да има разлики во степенот на користење на дисфункционалниот стил – *бихевиорална неангажираност*. Можното објаснување како и претходно, е во адаптираноста или помирноста на оваа група пациенти со својата дијагноза. Од друга страна кај пациентите без коронарно заболување степенот на алекситимичност го менува и степенот на користење на *бихевиоралната неангажираност*. Она што е важно е дека кога кардиолошкиот пациентот нема коронарно заболување, од значење е дали пациентот има повисока или пониска алекситимија. Ако пациентот е поалекситимичен, тогаш тој ќе користи највисок степен на дисфункционалната стратегија на справување со стрес *бихевиорална*

неангажираност, а ако тој има ниска алекситимија тој најмалку го користи овој механизам. Со други зборови ако пациентот нема коронарно заболување, но пројавува висока алекситимија тогаш може да очекуваме дека тој лесно и брзо ќе се откаже од целта и ќе очекува слаби резултати од справувањето со стрес. Ако го погледнеме тестовниот материјал (Прилог 1.3. прашања реден бр. 9, 24, 37 и 51) сите четири прашања се во насока која имплицира „откажување од обид да се добие она што е потребно“. Ако го споредиме со она што алекситимичните лица го поседуваат како недостаток кој прави потешкотии во нивното функционирање може да најдеме на неколку точки каде тие се допираат. Најпрво поалекситимичните лица секако имаат потешкотии да препознаат што им треба, а доколку препознаат – имаат потешкотија во изразувањето. Следствено, поалекситимичните кардиолошки пациенти без коронарно заболување најлесно би се откажале од било која цел доколку таа бара напор и ангажман од нивна страна, споредено со помалку алекситимичните кардиолошки пациенти без коронарно заболување.

Ограничувања

Добиените резултати имаат теоретски и практични импликации. Сепак, добиените резултати имаа методолошки ограничувања во смисла на генерализација на наодите. Генерализацијата на наодите од примерокот на популацијата ќе биде ограничена, заради природата на примерокот. Тоа значи дека наодите од ова истражување ќе може да се генерализираат само на испитаниците кои се хоспитализирани пациенти кои се подготвуваат за операција на отворено срце, со направен ехо кардиографски и коронарографски наод.

ЛИТЕРАТУРА

- Abramson, L. Y., Seligman, M. P. E., Teasdale, J. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. Преземено на 08 мај 2016, од <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- American Heart Stroke Association (2013). Преземено на 2 септември 2015, од <https://www.heart.org>
- Allman, E., Berry, D., Nasir, L. (2009). Depression and Coping in Heart Failure Patients. *Journal of cardiovascular Nursing*, 24(2), 106-117.
- Barefoot, J. C., Brumel, B., Halms, M., Mark, D., Siegler, I., Williams, R. (2000). Depressive symptoms and survival of patient's with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 790-5. Преземено на 10 мај 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11138998>
- Boehm, J. K., Kubznansky, L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull.*, 138 (4), 655-91. Doi: 10.1037/a0027448.
- Bersneviate, M., (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychother Psychosom.*, 69(3), 117-22. Преземено на 10 април 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10773774>
- Buchanan, G. M. (1995). Explanatory style and coronary heart disease. In G.M. Buchanan and. Seligman, M. (Eds.). *Explanatory style* (pp.225-232). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Buchanan, G. M., Gardenswartz, C. A. R., Seligman, M. (1999). Physical Health Following a Cognitive– Behavioral Intervention. *Prevention & Treatment*, 2 (10). Преземено на 18 април 2016, од <http://www.sas.upenn.edu/psych/seligman/healthbuchanan1999.pdf>
- Buchanan, G.M., Seligman, M. (1995). *Explanatory style*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Carels, R., Sherwood, A., Babyak, M., Gullette, E., Coleman, E., Waugh, R., Jing, W., Blumental, J. (1999). Emotional responsivity and transient myocardial ischemia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 605-610
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K., (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267.
- Coolican, H. (2009). *Research methods and statistics in Psychology*. 2nd editiotn. (pp.320-327). NY: Hooeder Education

- Cooper, C., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Validity and Reliability of the Brief COPE in Carers of People With Dementia. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 196(11), 838-843. <http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0b013e31818b504c>
- Curtis, J. (2000). *Health Psychology*. London: Rutledge.
- Dubois, C. M., Beach, S. R., Hashdan, T. B., Nyer, M. B., Park, E.R., Celano, C.M., Huffman, J.C. (2012). Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms and interventions. *Psychosomatics*, 53(4), 303-18. doi: 10.1016/j.psych.2012.04.004
- Denollet, J. (2000). Type D Personality. A potential risk factor refined. *Psychosom Res.*, 49(4), 255-66. Преземно на 6 април 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11119782>
- Denollet, J., Sys, S.U., Stroobant, N., Rombouts, H. Gillebert, T.C., Brutsaet, D.L., (1999). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet.*, 347(8999), 417-21. Преземно на 6 мај 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8618481>
- Doering, L.V., Dracup, K., Cadwell, M.A., Moser, D.K., Erickson, V., Fonarow, G., Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac failure*. 10 (4), 344-349. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2003.10.001>
- Dykema, J., Bergbower, D., Doctera, J., Peterson, C. (1996). An Attributional Style Questionnaire for General Use. *Journal of Psycho educational Assessment*, 14, 100-108. Doi: [10.1177/073428299601400201](https://doi.org/10.1177/073428299601400201)
- Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, P., Dagostino, R., Benjamin, E. (2004). Anger and Hostility predict development of Atria Fibrillation in Men in the Framingham Offspring Study. *Clinical Investigation and Reports*. 109, 1267-1271. doi: 10.1161/01.cir.0000118535.15305
- Friedman, H. S., Booth-Kewley, S. (1987a). Personality, Type A behaviour and Coronary Heart Disease: The role of Emotional Expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(4), 783-729. DOI: 10.1037/0022-3514.53.4.783
- Friedman, H. S., Booth-Kewley, S. (1987). The "disease - prone personality": A Meta - analytic view of the construct. *J. of American Psychologist*, 42(6), 539-333. DOI: 10.1037/0003-066X.42.6.539
- Gallo, L., Ghaed, S., Bracken, W. (2004). Emotion and Cognition in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience and Social Context. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 669-694. DOI: 10.1023/B:COTR.0000045571.11566.19
- Geipert, N. (2007). Don't be mad. *American psychological association*, 38(1), 50. Преземно на 6 април 2016, од <https://www.apa.org/monitor/jan07/mad.aspx>

- Giltay, E.J., Geleijnse, J.M., Zitman, F.G., Hoeksra, T., Schouten, E.G. (2004). Dispositional Optimism and All-Cause and Cardiovascular Mortality in a Prospective Cohort of Elderly Dutch Men and Women FREE. *Arch Gen Psychiatry*, 61(11), 1126-1135. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1126
- Ghiabi, B., Besrat, M. (2011). Emotional Intelligence, Alexithymia and Interpersonal Problems. *Procedia-Social and Behavioural Science* (pp. 98-102). Tehran: Elsevier.
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: A.G. Matos.
- Hoeksema, S. N., Girus, J.S., Seligman, M. (1986). Learned Helplessness in Children: A Longitudinal Study of Depression, Achievement and Explanatory Style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 435-462.
- Honkalampi, K. Hintikka, J., Tansake, A., Lethonen, J., Vinimaki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in general population. *Journal of Psychosomatic research*, 48(1), 99-104. Преземно на 24 март 2016, од [https://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)000083-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(99)000083-5)
- Huynh-Nhy, L., Berenabum, H., Raghvan, C. (2002). Culture and alexithymia: Mean levels, correlates and the role of parental socialisation of emotion. *Emotion*, 2(4), 341-360. Преземно на 24 март 2016, од <https://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.2.4.341>
- Jackson, B., Seller, Peterson, C. (2002). Pessimistic explanatory style moderates the effect of stress on physical illness. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 567-573. DOI: 10.1016/S0191-8969(01)00061-7
- Jennings, R. H., Heim, A. F. (2012). From Brain to Behaviors: Hypertension modulations of Cognition and Affect. In T.S. Campbell, (Eds.). *International Journal of Hypertension*. doi: 10.1155.2012/701385
- Jessemir, M., Markheim, R. (1997). Alexithymia a right hemisphere dysfunction in specific to Recognition of certain facial Expression?. *Brain and Cognition*, 34(2), 246-258. Преземно на 20 август 2015, од <https://dx.doi.org/10.1006/breg.1997.0900>
- Jula, A. Salminen, J. K., Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia a facet of essential hypertension. *AHA Journals Hypertension*, 33(4), 1057-61. Преземно на 20 август 2015, од <https://hyper.ahajournals.org/content/33/4/1057.long>
- Kamarck, T. (2002). Psychosocial stress and cardiovascular disease: An exposure science perspective. *Psychological Science Agenda*. Преземно на 20 август 2016, од <http://www.apa.org/science/about/psa/2012/04/stress-cardiovascular.aspx>
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Salonen, J. T. (1994). Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. *Psychosom Med.*, 56 (3), 237-44. Преземно на 20 август 2015, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8084970>.

- Kasi, P.M., Nagvi, H., Afgan, A.K., Kwar, T., Khan, F.H., Khan, U.Z., Khuwaja, U.B., Kiani, J., Khan, H.M. (2012). Coping styles in patients with anxiety and depression. *ISRN Psychiatry*, 128672,7. Doi: 10.5420/2012/128672
- Khan, A. A., Hassan, M., Kumar, P., Mishra, D., Kumar, R. (2012). Personality profile and Coping Skills among Coronary Heart Disease Patients and Non-Patient groups. *Delphi Psychiatry Journal*, 15(2), 352-358. Преземено на 20 август 2015, од <http://medind.nic.in/daa/t12/i2/daat12i2p352.pdf>
- Kohlman, C. W., Weidner, G., Messina, C.R. (1996). Avoidant coping style and verbal-cardiovascular response dissociation. *Psychology & Health*, 11 (3), 371-384. doi: 10.1080/08870449608400265
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I. (2000). Going to heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosom Res.*, 48(4-5), 323-37. Преземено на 20 јули 2015, од [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.10880655](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880655)
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med.*, 63(6), 910-6.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). The Concept of Coping. In A. Minat and R. S. Lazarus (Eds). *Stress & Coping: An Antology (3rd Edition)*(pp. 189-206). New York: Columbia University Press.
- Lane, R. D., Sechrest, L., Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of Alexithymia. [Abstract]. *Comprehensive Psychiatry* 39(6), 377-385. Преземено на 25 март 2015, од [https://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90051-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90051-7)
- Larsen, J. K., Brand, N., Beermond, B., Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of Alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic research*, 54 (6), 533-541. Преземено на 20 март 2015, од [https://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00466-X](https://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00466-X)
- Lin, E. H., Peterson, C. (1990). Pessimistic explanatory style and response to illness. *Behav Res Ther*, 28(3), 243-8. Doi: 10.1016/0005-7967(90)90007-6
- Linden, W. (2003). Cardiac Condition. In K. P. S.Liewelyn, *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 81-101). Canada: John Wiley&Sons.
- Lipsitt, D.R. (2006) *Psychosomatic medicine:” History of a “New” Specialty”*. In M. Blumenfeld and J. J. Strain (Eds.). *Psychosomatic Medicine* (pp.1-20). Преземено на 10 април 2015, од http://turkpsikiyatri.org/arsiv/History_of_Psychosomatic_Medicine_Blumenfeld.pdf
- Luminet, O. (2001). An Evaluation and Relative Stability of Alexithymia Patients with Major Depression. *Psychother Psychosom*, 70,254-260 DOI:10.1159/000056263

- Luminet O., Vermeulen, N., Demaret, C., Taylor, G. Bagby, M. (2006). Alexithymia and levels of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in Personality*, 40, 713–733 Преземено на 1 април 2016, https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/adrs/documents/luminet_et_al_2006.pdf
- Lumley, M., Neely, L.C., Burger, A.J. (2007). The assessment of Alexithymia in medical setting: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Pers Assess*, 89(3), 230-46. doi: 10.1080/00223890701629698
- Lumley, M., Sielkey, M. (2000). Alexithymia, gender and hemispheric functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 41(5), 352-259. Преземено на 30 мај 2016, од <https://dx.doi.org/10/comp.2000.9014>
- Lumley, M., Stettner, L., Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and psychological illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 505-518. Преземено на 20 март 2015, од [https://dx.doi.org/10.1016/S-3999\(96\)00222-X](https://dx.doi.org/10.1016/S-3999(96)00222-X)
- Martin, L., Friedman, H. (2001). Assessing personality to explore relation with health. In Vingerhoets (Eds.). *Assessment in Behavioral Medicine* (pp.195-206). London: Routledge.
- Matthews, K. (1982). Understanding a Psychological Risk Factor for Coronary Disease. *Psychol. Bull.*, 91:293-323. Преземено на 20 март 2015, од <http://garfield.library.upenn.edu/classics1992/A1992JX45700001.pdf>
- Matsumoto, D. (Ed.) (2009). *The Cambridge Dictionary of Psychology*, Cambridge: Cambridge University Press
- Mauss, I. B., Gross, J. J. (2004). Emotion suppression and cardiovascular disease: Is hiding emotions bad for your heart. In Nyklíček, I., Temoshok, L., Vingerhoets, A. (Eds.). *Emotional Expression and Health: Advances in theory, assessment and clinical application* (pp. 60-74). NY: Brunner and Routledge
- Miles, J., Banyard, P. (2007). *Understanding and Using Statistics in Psychology. A Practical Introduction* (pp. 52-80). London: Sage Publication
- McDonald, J., (2014). Handbook of biological statistics (3rd Edition). Преземено на 15 февруари 2016, од <http://www.biostathandbook.com/transformation.html>
- Messina, A., Beadle, N., Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 20, 38-49. Преземено на 16 јуни 2015, од <http://www.jpsychopathol.it/issues/2014/vol20-1/08-Messina-abstract.html>
- Nateghian, S. (2008). Mental Health and Stressful Life Events in Coronary Heart Disease Patients and Non-Patients. *Iran J Psychiatry*, 3(2), 71-74. Преземено на 10 мај 2015 <http://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/473>

- Nehra, K. D., Nov R. S., Gazanfar A., Mushtaq A. M., Huda M., Pradeep, K., Sheetal, N. (2012). Alexithymia and Type „A” Behavior Pattern (TABP) in Coronary Heart Diseases: A preliminary study. *Delphy psychiatric Journal*, 15(2), 320-326. Преземено на 5 февруари 2016, од https://www.researchgate.net/publication/250614040_Alexithymia_and_Type_A_Behavior_Pattern_TABP_in_Coronary_Heart_Diseases_A_preliminary_study
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A textbook fourth edition*. Open University Press.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W.E., Jouce, A.S., Abbass, A. A. (2009). Alexithymia and treatment preference among of psychiatric outpatients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 78, 383–384. DOI: 10.1159/000235981
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS 2nd edition*. Sydney: Ligare
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows 3rd edition*. Open House Press
- Parker, J.D.A., Endler, N.S. (1996). Coping and Defence. In M. Zeidner and N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping - theory, research, applications (pp.3-24)*. Преземено на 5 јануари 2016, од [https://books.google.mk/books?hl=en&lr=&id=IZWHsioDwZIC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Zeidner,+M.,+Endler,+N.+S.+\(1996\).+Handbook+of+coping+-+theory,+research,+applications.+New+York:+Wiley.&ots=ZL8YbI9-4q&sig=CDv4OhyuwSNab2oNrslb36lJRhA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.mk/books?hl=en&lr=&id=IZWHsioDwZIC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Zeidner,+M.,+Endler,+N.+S.+(1996).+Handbook+of+coping+-+theory,+research,+applications.+New+York:+Wiley.&ots=ZL8YbI9-4q&sig=CDv4OhyuwSNab2oNrslb36lJRhA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1989). Alexithymia Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*. 39 (2), 91–98. doi:10.1016/S0010-440X(98)90084-0
- Parling, T., Mortazavi, M., Gadheri, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: Time for a shift in the measurement of the concept?. [Abstract] *Eating Behaviours* 11(4), 205-210. Преземено на 20 март 2015, од [https://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90084-0](https://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90084-0)
- Peterson, C. (1988). Explanatory Style as a Risk Factor for Illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12(2), 19-132. Doi: 10.1007/BF01204926
- Peterson, C. (1995). Explanatory style and health. In G.M. Buchanan and M. Seligman (Eds.). *Explanatory style* (pp. 232 - 258). New Jersey: Erlbaum
- Peterson, C., & Bossio. L.M. (1991). *Health and Optimism*. NY: Free Press
- Peterson, C. Seligman, M. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374. Преземено на 8 април 2015 од, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.91.3.347>

- Peterson, C., Seligman, E. P. M., Yurko, K., Martin, L. R., Friedman, H. S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *American Psychological Science*, 9 (2), 127-130. Doi: 10.1111/1467-9280.00023
- Peterson, C., Seligman, M., Vaillant, G. (1988). Pessimistic Explanatory Style Is a Risk Factor for Physical Illness: A Thirty-Five-Year Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23-27.
- Pinna, P., Sanna, L., Carpinelo, L. (2014). Alexithymia in eating disorder: therapeutical implications. *Psychology Research and behaviour management*, 8, 1-15. Преземено на 6 април 2016, од <https://dx.doi.org/102147/PRBM.S52656>
- Reich, K. (2015). Optimism and well-being. Преземено на 8 април 2016 год, од, <http://www.naspoline.org/publicatons/cq/38/7/Optimism.aspx>
- Ronaldson, A., Molly, G. J., Wikman, A., Poole, L., Kaski, J. C., Steptoe, A. (2015). Optimism and recovery after acute coronary syndrome: a clinical cohort study. *Psychosom Med.*, 77 (3), 311-8. doi:10/1097/PSY.000000000000155
- Roofhafza, H., Talaei, M., Pourmoghaddas, Z., Rajabi, F., Sadeghi, M. (2012). Assotiation of social support and coping strategies with acute coronary syndrome; a case –control study. *J Cardiol.*, 59 (2), 154-9. doi: 10.1016/j.jjcc.2011.12.001.
- Rozanski, A. Blumenthal, J., Kaplan, A. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *J Circulation*. 99(16), 2192-217. Преземено на 19 април 2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10217662>
- Rooth, S., Padmakumari, P. (2014). Recent trends in Alexithymia. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 4(3), 106-111. doi:10.5923/j.ijbs.20140403.04
- Sayar, K. & Ismail, A. (2001). The Predictors of Somatisation: A Review. *Bull Bull Clin Psychopharmacol*, (11), 266-271. Преземно на 6 мај, 2016, од http://www.psikofarmakoloji.org/pdf/11_4_8.pdf
- Sanders, C.A. (2013). *Health Psychology (2nd Edition)*. New York: John Wiley&Sons, Inc.
- Sanjuan, P., Arranz, H., Castro, A. (2012). Pessimistic attribution and coping strategies as predictors of depressive symptoms in people with coronary heart disease. *Journal of Health Psychology*, 17(6), 886-95. doi: 10.1177/1359105311431175
- Sapiro, P. A. (2005). Heart Disease. In J. L. Levenson (Eds). *Textbook of psychosomatic medicine*. (pp.407-441). Arlingot: American Psychiatric publishing
- Schulman, P., Castello, C., Seligman, M. (1989). Assesing explanatory style: the content analysis of verbatim explanations and the attributional style questionnaire. *Behav. Res. Ther.*, 27(5), 505-512.

- Seligman, M. (2013). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Atria Paperback.
- Seligman, Maier, M., Geer, J. (1968). Alleviation of Learned Helplessness in the dog. *Journal of Abnormal Psychology*, 73 (3), 256-262
<http://people.whitman.edu/~herbawt/classes/390/Seligman.pdf>
- Siphneos, P. (1973). The prevalence of Alexithymic Characteristic in Psychosomatic patients. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatic*, 22 (2-6), 255-262. doi: 10.1159/000286529
- Siros, B. C., Berry, M. (2003). Negative emotions and coronary heart disease: A review. *Behav. Modif.*, 27(1), 83-102. Преземено на 17 април 2015, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12587262>
- Schroderet, R., Schwarzer, R., Konetz, W. (1998). Coping as a mediator in recovery from cardiac surgery. *Psychology and health*, 13, 83-97. doi: 10.1080/08870449808406133
- Schwarzer, R., Rickman, N. (1996). Social support, Cardiovascular Disease and Mortality. In G. Weidner, M. Kopp, M. Kristenton (Eds). *Heart Disease: Environment, Stress and Gender*, (pp. 185-197). Amsterdam: IOS Press
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. Преземено на 2 април 2015, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4029106>
- Sheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Schulz, R., Bridges, M. W., Magoven, G. J., Carver, C. S. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Arch Intern Med.*, 159(8), 829-35. Преземено на 20 април 2015, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10219928>
- Shulman, P., Castellon, C., Seligman, M. (1989). Assessing explanatory style. The content analysis of verbatim explanations and the attributional style questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 27(5), 505-509. doi:10.1016/0005-7967(89)90084-3
- Smith, D. F. (2001). Negative emotions and coronary heart disease: causally related or merely coexistent?. *Scand J Psychol.*, 42(1), 57-69. Преземено на 7 април 2015, од <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11273579>
- Статистички податоци од Специјална болница за хируршки болести „Филип Втори“. Преземно на 15 март 2015, од www.filipvtori.com.mk
- Стоименова-Цаневска, Е. (2005). Поврзаноста на алекситимијата со базичните димензии на личноста и стилите на справување кај лицата со различна здравствена состојба. Необјавена докторска дисертација. Универзитет „Св. Кирил и Методиј“.

- Stephenson, R. (1996). Introducing alexithymia: a concept within the psychosomatic process. *Disability and Rehabilitation*. 18(4), 209-214.
- Taylor, G. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. In I. Nyklíček, L. Temoshok and A. Vingerhoets (Eds.). *Emotional Expression and Health: Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 138-151). New York: Brunner and Routledge
- Taylor, G. (1999). Affects and alexithymia in medical illness and disease. In G. Taylor, M. Bagby and Parker (Eds.). *Disorder of affect regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric disease* (pp.217-235). Cambridge: University of Cambridge
- Taylor, G.J., Bagby, M.R. (1988). Measurement of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatry Clin North Am.*, 11(3), 351-66. Преземно на 3 јуни 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3067228>
- Taylor, G.J., Bagby, M.R. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychoter Psychosom*, 73, 68-77. Doi: 10.1159/000075537
- Taylor, G.J., Bagby, M.R., Luminet, O. (2000). Assessment of Alexithymia: Self-report and observed-rated measures. In J.D.A.Parker, R. Bar-On (Eds.). *The handbook of emotional intelligence* (pp. 301-319). San Francisco: Jossey Bass.
- Taylor, G.J., Bagby, M.R., Parker, J. D. (1994). The 20-item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factor validity in different languages and cultures. *Journal Psychocom Res.*, 55(3), 277-83. Преземно на 1 јуни 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932803>
- Tannant, C., Mcleand, L. (2001). The impact of emotions on coronary heart disease risk. *J Cardiovasc Risk.*, 8(3), 175-83. Преземно на 30 мај 2015, од <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11455850>
- Thege, B.K., Tarnoki, A.D., Tarnoki, D.L., Garami, Z., Berezi, V., Horvath, I., Verees, G. (2015). Is flourishing good for the heart? Relationship between positive psychology and characteristics and cardiorespiratory health. *Anales des psychologia*, 31(1), 55-65. Преземно на 2 фебруари 2016, од <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.171471>
- Todaro, J.F., Shen, B.J., Niudara, R., Spirom, A., Ward, K.D. (2003). Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Ageing Study). *Am J Cardiol.*, 92(8), 901-6. Преземно на 5 фебруари 2016, од <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556863>
- Valkamo, M., Hintikka, J., Niskanen, L., Koivumaa – Honkanen, H., Viinmaki, H. (2001). Psychiatric morbidity and the presence and absence of angiographic coronary disease in patients with chest pain. *Acta Psychiatr Scand.*, 104(5), 391-6. Преземно на 30 март 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11722322>

- Velasco, C., Fernandez, I., Paez, D., Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psychothema*, 18, 89-94. Преземено на 10 февруари 2015, од <http://www.psychothema.com/psychothema.asp?id=3281>
- Verrier, R. L., Mittleman, M. (2000). The impact of emotion on the heart. *Progress in brain research*, 109,369-378. Преземено на 08 март 2016, од <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10737071>
- Verrier, R.L., Mittleheim, M.A. (1997). Cardiovascular consequences of anger and other stress states. *Baillieres Clin Neurol.*, 6(2), 245-59. Преземено на 2 февруари 2015, од <https://acadgi.com/whatisguidedimagery/page25/page26/page32/page32.html>
- World Health World Health Organization - WHO. (2013). *Cardiovascular diseases (CVD's)*. Преземено на 30 мај 2015, од <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- World Health Organisation - WHO. (2013). *Cardiovascular diseases (CVD's) Fact sheet*. Преземено на 15 јануари 2015, од <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- Wittchen, H-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2. Auflage, Heidelberg: Springer, стр. 22
- Williams, M.E. (2006). Personality and illness behavior. In Vollrath, M.E. (Eds.). *Handbook of personality and Helath* (pp.157-169). NY: John Willey & Sons, Ltd. Преземено на 09 Мај 2016 од https://books.google.mk/books?id=Jjip3g4xUVcC&pg=PA159&lpg=PA159&dq=is+pessimism+related+to+alexithymia&source=bl&ots=LGKCCWBNaY&sig=uBcdwOCE5_oqBWIrXMzZ38snWDM&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=is%20pessimism%20related%20to%20alexithymia&f=false
- Wulsin, L. (2012). Psychological Challenges of Coping with Coronary Artery Disease. In E.A. Dorneals (Eds.). *I Stress proof the heart: Behavioural Interventions for Cardiac Patients* (pp. 9-24). doi: 10.1007/978-1-4419-5650-7_2.

5 ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1

ПРИЛОГ 1.1 – Тестовен материјал бр. 1 (TAS – 20)

Возраст:
Пол: м ж

TAS - 20

На следните прашања одговорете со заокружување на бројка од 1 до 5, зависно од тоа дали:

- 1 - потполно не се согласувам
- 2 - умерено не се согласувам
- 3 - ниту се согласувам ниту не се согласувам
- 4 - умерено се согласувам
- 5 - потполно се согласувам

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Честопати сум збунет од тоа што точно чувствувам | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. За мене е многу тешко да го најдам вистинскиот збор за моите чувства | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Имам некои физички чувства, за кои дури ни докторите немаат објаснување | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Способен сум лесно да опишам што чувствувам | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Полесно ми е да анализирам еден проблем отколку да опишам што чувствувам | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Кога сум анксиозен (возбуден) не знам дали сум тажен, заплашен или сум лут | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Често сум збунет од она што чувствувам во моето тело | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Претпочитам да ги пуштам работите да течат, отколку да анализирам зошто го земале токму тој правец | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Имам чувства кои не би можел точно да ги идентификувам | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Најважно е да се биде во допир со емоциите | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Мене ми е тешко да опишам што всушност чувствувам кон луѓето | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Луѓето ми велат повеќе да ги опишувам моите чувства | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Јас често не знам што се случува во мене | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Честопати не знам зошто сум лут | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Претпочитам да зборувам со луѓето за нивните банални дневни активности отколку за нивните чувства | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Претпочитам да гледам "лесни" забавни програми отколку психолошки драми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. За мене е тешко да ги откријам најинтимните чувства дури и на блиските пријатели | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Можам да се чувствувам близок со неког дури и во моменти на потполна тишина (се разбираме и кога не зборуваме) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Мислам дека испитувањето на чувствата е корисно за решавање на сопствените проблеми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Да се најде скриеното значење и порака во филмот или драмата е поважно отколку во нип да се ужива | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ПРИЛОГ 1.2 – Тестовен материјал бр. 2 Прашалник за Атрибуциски стилови

Прашалник за Атрибуциски стилови

Почитувани пациенти,

Подолу ќе прочитате неколку замислени ситуации на кои ќе треба да одговорите со заокружување

1. Внимателно прочитајте ја секоја од замислените ситуации и замислете дека таа се однесува на вас
 2. Размислете и запишете ја основната причина за ситуацијата, доколку истата би ви се случила и вам
 3. Запишете ја причината на празното место
 4. Одговорете на наредните три прашања со заокружување на една од бројките на скалата за секое прашање
-

I. Замислете дека: Сретнувате пријател/ка кој/а Ви дава комплименти за Вашиот изглед

1. Запишете една главна причина за ова _____
2. Дали тоа што пријателот Ви дава комплимент претежно зависи од Вас или претежно зависи од други луѓе или околности?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

3. Во иднина, кога повторно ќе се сретнете со овој пријател, дали истата оваа причина ќе биде присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

4. Дали оваа причина е нешто што влијае само на оваа ситуација или влијае и на други ситуации од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

II. Замислете дека: Барате работа, но веќе подолго немате успех во тоа

5. Запишете една главна причина за ова _____

6. Дали неуспехот во барањето на работа се должи на тебе или пак на други луѓе или ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе и ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе и ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе и ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

7. Во иднина кога повторно ќе барате работа, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

8. Дали оваа причина е нешто што влијае само во барањето на работа или влијае и на други аспекти од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

III. Замислете дека: Станувате многу богат

9. Запишете една главна причина за ова

10. Дали тоа што сте станале богати се должи на Вас или се должи на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

11. Во Вашата финансиска иднина дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

12. Дали оваа причина влијае само на добивањето пари, или пак влијае и на други аспекти од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

IV. Пријател/ка доаѓа кај Вас со проблем, но Вие не се обидувате да му/и' помогнете

13. Запишете една главна причина за ова

14. Дали тоа што не му/и помагате се должи на Вас или се должи на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

15. Во иднина кога пријател/ка повторно ќе дојде кај Вас со проблем, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

16. Дали оваа причина е нешто што влијае само на тоа што се случува кога некој/а пријател ќе дојде кај тебе со проблем, или е нешто што влијае и на други аспекти од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

V. Замислете дека: Одржувате важен говор пред група на луѓе и публиката реагира негативно

17. Запишете една главна причина за ова

18. Дали ова негативно реагирање на публиката се должи на Вас или пак на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

19. Во иднина кога повторно ќе одржуваш говор, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

20. Дали оваа причина е нешто што влијае само во барањето на работа, или пак е нешто што влијае и на други ситуации од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот

6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

VI. Замислете дека: Сте одработиле некој проект кој што бил многу високо оценет

21. Запишете една главна причина за тоа

22. Дали успехот се должи на Вас или пак на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

23. Во иднина кога повторно ќе работиш на некој проект, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

24. Дали оваа причина е нешто што влијае само при твоето работење на проекти, или пак е нешто што влијае и на други ситуации од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

VII. Замислете дека: Сретнувате пријател кој што се однесува грубо со тебе

25. Запишете една главна причина за ова

26. Дали грубиот однос на Вашиот пријател се должи на Вас или пак на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

27. Во иднина кога повторно ќе бидете со пријатели, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

28. Дали оваа причина е нешто што влијае само на Вашата интеракција со другите, или пак е нешто што влијае и на други ситуации од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

VIII. Замислете дека: Не можете да постигнете да сработиш сè што другите очекуваат од Вас

29. Запишете една главна причина за ова

30. Дали тоа што не можете да постигнете да сработите сè што другите очекуваат од Вас се должи на Васе или се должи на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

31. Во иднина кога повторно ќе треба да направите нешто што другите очекуваат од Вас, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

32. Дали оваа причина е нешто што влијае само на работите кои треба да ги направите и кои другите ги очекуваат од тебе, или пак е нешто што влијае и на други ситуации од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

IX. Замислете дека: Вашиот сопруг/а (момче, девојка) се однесува подобро со Вас од вообичаено

33. Запишете една главна причина за ова

34. Дали тоа што Вашиот сопруг/а (момче, девојка) се однесува подобро со Вас од вообичаено се должи на Вас или пак се должи на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

35. Во иднина кога повторно ќе бидете во интеракција со Вашиот сопруг / сопруга, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

36. Дали оваа причина е нешто што влијае само на тоа како Вашиот сопруг, сопруга се однесува со Вас, или пак е нешто што влијае и на други ситуации од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

X. Замислете дека: Аплицирате за позиција (работно место, факултет итн.) која многу силно ја посакувате и ја добивате

37. Запишете една главна причина за ова

38. Дали добивањето на оваа позиција се должи на Вас или пак на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

39. Во иднина кога повторно ќе аплицирате за определена позиција, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

40. Дали оваа причина е нешто што влијае само при аплицирањето за определена позиција, или пак е нешто што влијае и на други ситуации од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XI. Замислете дека : Одите на љубовен состанок и тој поминува лошо

41. Запишете една главна причина за ова

42. Дали тоа што состанокот поминал лошо се должи на Вас или се должи на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

43. Во иднина кога повторно ќе одите на љубовен состанок, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

44. Дали оваа причина е нешто што влијае само на состанувањето , или пак е нешто што влијае и на други ситуации од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XII. Замислете дека: Добивате покачување на платата

45. Запишете една главна причина за ова

46. Дали тоа што сте добиле покачување на платата се должи на Вас или пак на други луѓе и ситуации?

1. Целосно зависи од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

47. Дали оваа причина ќе биде повторно присутна во Вашата работа во иднина?

1. Никогаш нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

48. Дали оваа причина е нешто што влијае само на тоа да добиеш покачување, или пак е нешто што влијае и на други ситуации од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Влијае најмногу на оваа ситуација во мојот живот
3. Влијае малку на оваа ситуација
4. Влијание и на други ситуации во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XIII. Замислете дека: Сретнувате пријател/ка кој/а Ви дава комплименти за Вашиот изглед

49. Запишете една главна причина за ова _____

50. Дали тоа што пријателот/ката Ви дава комплимент се должи на нешто што претежно зависи од Вас или претежно зависи од други луѓе или околности?

1. Се должи, или зависи целосно од други луѓе или ситуации
2. Најмногу зависи од други луѓе или ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе или ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

51. Во иднина, кога повторно би биле заедно со овој пријател/ка, дали истата оваа причина ќе биде присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

52. Дали оваа причина е нешто што влијае само на односите со пријателите или влијае и на други области од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XIV. Замислете дека: Веќе извесно време барате работа, но без успех

53. Запишете една главна причина за ова _____

54. Дали причината за неуспехот во барањето на работа е нешто во врска со вас, или пак се должи на други луѓе или околности?

1. Се должи целосно на други луѓе и ситуации
2. Многу зависи од други луѓе и ситуации
3. Делумно зависи од други луѓе и ситуации
4. Делумно зависи од мене
5. Многу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

55. Во иднина, кога повторно би/ќе барате работа, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

56. Дали оваа причина е нешто што влијае само на барањето работа или влијае и на други аспекти од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XV. Замислете дека: Станувате многу богат

57. Запишете една главна причина за ова

58. Дали тоа што сте станале богати се должи на Вас или се должи на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

59. Во Вашата финансиска иднина дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

60. Дали оваа причина влијае само на стекнувањето пари, или пак влијае и на други аспекти од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XVI. Замислете дека: Пријател/ка доаѓа кај Вас со проблем, но Вие не се обидувате да му/и' помогнете

61. Запишете една главна причина за ова

62. Дали тоа што не му/и помагате се должи на Вас или се должи на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

63. Во иднина, кога пријател/ка повторно ќе дојде кај Вас со проблем, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

64. Дали оваа причина е нешто што влијае само на тоа што се случува кога некој/а пријател ќе дојде кај тебе со некаков проблем, или е нешто што влијае и на други аспекти од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XVII. Замислете дека: Одржувате важен говор пред група на луѓе и публиката реагира негативно

65. Запишете една главна причина за ова

66. Дали ова негативно реагирање на публиката се должи на Вас или пак на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

67. Во иднина кога повторно ќе одржуваш говор, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

68. Дали оваа причина е нешто што влијае само при држењето говори, или паке нешто што влијае и на други ситуации од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XVIII. Замислете дека: Сте одработиле некој проект кој што бил многу високо оценет

69. Запишете една главна причина за тоа _____

70. Дали успехот се должи на Вас или пак на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

71. Во иднина кога повторно ќе работиш на некој проект, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

72. Дали оваа причина е нешто што влијае само при твоето работење на проекти, или паке нешто што влијае и на други области од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XIX. Замислете дека: Сретнувате пријател кој што се однесува грубо, непријателски со тебе

73. Запишете една главна причина за ова

74. Дали причината за грубиот однос на Вашиот пријател се должи на нешто во врска со Вас или пак на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

75. Во иднина кога повторно ќе бидете со пријатели, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

76. Дали оваа причина е нешто што влијае само на Вашата односи со пријателите, или паке нешто што влијае и на други области од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XX. Замислете дека: Не можете да постигнете да сработите сè што другите очекуваат од Вас

77. Запишете една главна причина за ова

78. Дали тоа што не можете да постигнете да сработите сè што другите очекуваат од Вас се должи на нешто во врска со Вас или се должи на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

79. Во иднина кога ќе треба да сработитенешто што другите го очекуваат од Вас, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. **Никогаш повторно нема да биде присутна**
2. **Многу ретко ќе биде присутна**
3. **Ретко ќе биде присутна**
4. **Понекогаш ќе биде присутна**
5. **Често ќе биде присутна**
6. **Секогаш ќе биде присутна**

80. Дали оваа причина е нешто што влијае само кога работите нешто што другите го очекуваат од тебе, или паке нешто што влијае и на други области и ситуации од твојот живот?

1. **Влијае само на оваа ситуација во мојот живот**
2. **Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот**
3. **Можеби не влијае само на оваа ситуација**
4. **Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот**
5. **Влијае на многу ситуации во мојот живот**
6. **Влијае на сите ситуации во мојот живот**

XXI. Замислете дека : Вашиот сопруг/а (момче, девојка) се однесува кон Вас со повеќе љубов од вообичаено

81. Запишете една главна причина за ова

82. Дали тоа што Вашиот сопруг/а (момче, девојка) се однесува кон Вас со повеќе љубов од вообичаеносе должи на Вас или пак се должи на други луѓе и ситуации?

1. **Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности**
2. **Најмногу зависи од други луѓе или околности**
3. **Делумно зависи од други луѓе или околности**
4. **Делумно зависи од мене**
5. **Најмногу зависи од мене**
6. **Целосно зависи од мене**

83. Во идните односи со Вашиот сопруг / сопруга (момче, девојка), дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. **Никогаш повторно нема да биде присутна**
2. **Многу ретко ќе биде присутна**
3. **Ретко ќе биде присутна**
4. **Понекогаш ќе биде присутна**
5. **Често ќе биде присутна**
6. **Секогаш ќе биде присутна**

84. Дали оваа причина е нешто што влијае само на тоа како Вашиот сопруг, сопруга се однесува со Вас, или паке нешто што влијае и на други ситуации од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XXII. Замислете дека: Аплицирате, конкурирате за позиција, место кое многу го посакувате (работно место, факултет итн.) и тоа го добивате

Запишете една главна причина за ова

85. _____

86. Дали причината што ја добивте оваа позиција се должи на нешто во врска со Вас или пак се дожи на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

87. Во иднина кога повторно би/ќе аплицирате за определена позиција, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

88. Дали оваа причина е нешто што влијае само при аплицирање/конкурирање за некоја позиција, или паке нешто што влијае и на други ситуации и области од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XXIII. Замислете дека : Одите на љубовен состанок и тој поминува лошо

89. Запишете една главна причина за ова

90. Дали причината за тоа што состанокот поминал лошо се должи на Вас или се должи на други луѓе и околности?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

91. Во иднина кога повторно ќе одите на љубовен состанок, дали оваа причина ќе биде повторно присутна?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна
4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

92. Дали оваа причина е нешто што влијае само на состанувањето , или паке нешто што влијае и на други ситуации и области од Вашиот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

XXIV. Замислете дека: Добивате покачување на платата

93. Запишете една главна причина за ова

94. Дали тоа што сте добиле покачување на платата се должи на Вас или пак на други луѓе и ситуации?

1. Се должи или зависи целосно од други луѓе или околности
2. Најмногу зависи од други луѓе или околности
3. Делумно зависи од други луѓе или околности
4. Делумно зависи од мене
5. Најмногу зависи од мене
6. Целосно зависи од мене

95. Дали оваа причина ќе биде повторно присутна во Вашата работа во иднина?

1. Никогаш повторно нема да биде присутна
2. Многу ретко ќе биде присутна
3. Ретко ќе биде присутна

4. Понекогаш ќе биде присутна
5. Често ќе биде присутна
6. Секогаш ќе биде присутна

96. Дали оваа причина е нешто што влијае само на добивањето покачување, или паке нешто што влијае и на други ситуации и области од твојот живот?

1. Влијае само на оваа ситуација во мојот живот
2. Веројатно влијае само на оваа ситуација во мојот живот
3. Можеби не влијае само на оваа ситуација
4. Влијае и на по некоја друга ситуација во мојот живот
5. Влијае на многу ситуации во мојот живот
6. Влијае на сите ситуации во мојот живот

ПРИЛОГ 1.3 – Тестовен материјал бр. 3 – Инвентар за мерење на справувањето со доживевани проблеми „COPE Inventory”

COPE

Луѓето се справуваат на различни начини со тешки и стресни ситуации во животот. Овој прашалник се однесува на тоа како Вие вообичаено се чувствувате и што правите кога сте соочени со стресен настан. Секако дека на различни настани реагираме на различен начин, но фокусирајте се на она што најчесто го правите во тие ситуации.

- 1-никогаш не го правам тоа**
- 2-ретко го правам тоа**
- 3-понекогаш го правам тоа**
- 4-често го правам тоа**

1. Се обидувам да пораснам како личност низ тоа искуство.	1	2	3	4
2. Се сартувам кон работа или други активности за да не мислам на тоа што ми се случува	1	2	3	4
3. Се вознемирувам и отворено ги покажувам емоциите.	1	2	3	4
4. Се обидувам да добијам совет од друг за тоа како да постапам.	1	2	3	4
5. Ги насочувам сите напори кон тоа да преземам нешто.	1	2	3	4
6. Си велам "ова што се случува, не е реално."	1	2	3	4
7. Сета верба му ја препуштам на Бога.	1	2	3	4
8. Се смеам на ситуацијата.	1	2	3	4
9. Си признавам дека не можам да се справам со тоа, и се откажувам од секаков понатамошен обид.	1	2	3	4
10. Се воздржувам од било какви избрзани постапки.	1	2	3	4
11. Разговарам за моите чувства со некој.	1	2	3	4
12. Пијам алкохол или земам некаква дрога/лекови за да се чувствувам подобро.	1	2	3	4
13. Се навикнувам на помислата дека тоа се случи.	1	2	3	4
14. Разговарам со неког за да добијам што повеќе информации за ситуацијата.	1	2	3	4
15. Не дозволувам други мисли или активности да ми го одвлечат вниманието.	1	2	3	4
16. Фантазирам за други работи, освен за тоа што ми се случува.	1	2	3	4
17. Се вознемирувам и свесен сум за тоа.	1	2	3	4
18. Бараам помош од Бога.	1	2	3	4
19. Правам план за акција.	1	2	3	4
20. Се шегувам во врска со тоа.	1	2	3	4
21. Прифаќам дека тоа се случило и дека не може да се промени.	1	2	3	4
22. Одложувам да направам нешто, сè додека тоа не го дозволат околностите.	1	2	3	4
23. Се обидувам да добијам емотивна поддршка од пријатели или роднини.	1	2	3	4
24. Едностаано се откажувам од тоа да ја остварам целта.	1	2	3	4
25. Преземам дополнителни активности за да се ослободам од проблемот	1	2	3	4
26. Се обидувам да "побегнам" од тоа со пиење алкохол или земање дрога/лекови.	1	2	3	4

27. Одбивам да поверувам дека тоа се случило.	1	2	3	4
28. Ги изразувам чувствата.	1	2	3	4
29. Се обидувам на тоа да гледам од поинаква перспектива, за да изгледа попозитивно.	1	2	3	4
30. Разговарам со некој што може да направи нешто конкретно во врска со проблемот.	1	2	3	4
31. Спијам повеќе од вообичаено.	1	2	3	4
32. Се обидувам да изнајдам стратегија за тоа како да постапам.	1	2	3	4
33. Се фокусирам на тоа како да се справам со проблемот, и ако е потребно ги оставам другите работи на страна.	1	2	3	4
34. Барам сочувство и разбирање од другите.	1	2	3	4
35. За да не мислам на тоа, пијам алкохол или земам дрога/лекови.	1	2	3	4
36. Правам шеги на своја сметка.	1	2	3	4
37. Се откажувам од обидот да го добијам тоа што го сакам.	1	2	3	4
38. Барам нешто добро во она што се случило.	1	2	3	4
39. Размислувам за тоа како можам најдобро да го решам проблемот.	1	2	3	4
40. Се преправам како тоа воопшто да не се случило.	1	2	3	4
41. Внимавам да не ги влошам работите со избрзани реакции.	1	2	3	4
42. Особено се трудам да спречам други работи да ми ги попречат напорите за справување со проблемот.	1	2	3	4
43. Одам во кино или гледам ТВ, за да размислувам помалку за тоа.	1	2	3	4
44. Ја прифаќам реалноста дека тоа се случило.	1	2	3	4
45. Ги прашувам луѓето со слично искуство, како тие се справиле со тоа.	1	2	3	4
46. Чувствувам дека сум под голем емотивен притисок и многу често ги покажувам чувствата.	1	2	3	4
47. Преземам директни акции за да го избегнам проблемот.	1	2	3	4
48. Барам утеха во религијата.	1	2	3	4
49. Се присилувам да го чекам вистинскиот момент пред да сторам нешто.	1	2	3	4
50. Ја исмевам ситуацијата	1	2	3	4
51. Ги намалувам напорите што ги вложувам во решавање на проблемот.	1	2	3	4
52. Разговарам со некој за тоа како се чувствувам.	1	2	3	4
53. Пијам алкохол или земам дрога/лекови за полесно да поминам низ тоа искуство.	1	2	3	4
54. Учам како да живеам со тоа.	1	2	3	4
55. Ги одложувам другите активности за да можам да се концентрирам на ова.	1	2	3	4
56. Многу размислувам за тоа што да преземам.	1	2	3	4
57. Се однесувам како тоа воопшто да не се случило.	1	2	3	4
58. Го правам она што мора да се направи, чекор по чекор.	1	2	3	4
59. Учам нешто од искуството.	1	2	3	4
60. Се молам почесто од вообичаено.	1	2	3	4

ПРИЛОГ 2

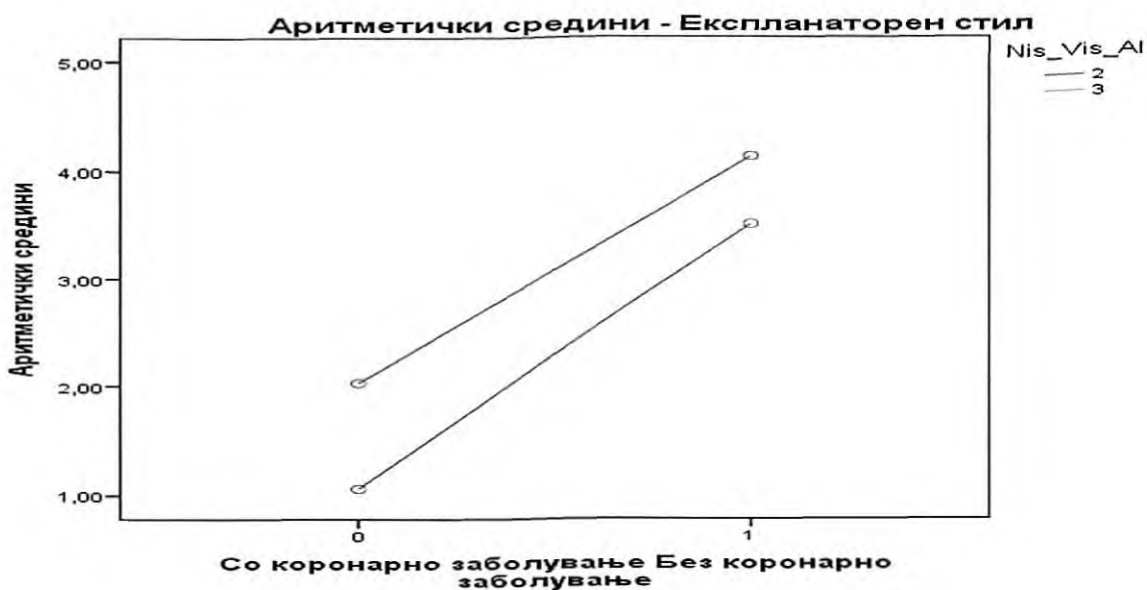
ПРИЛОГ 2.1. Графички прикази на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главни и интеракциски ефекти на факторите врз зависните варијабли)



Графикон бр. 1. Графички приказ на 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на фактор *повисока или пониска алекситимија* во однос на *експланаториот стил*)



Графикон бр. 2 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на фактор *присуство или отсуство на коронарно заболување* во однос на *експланаториот стил*)



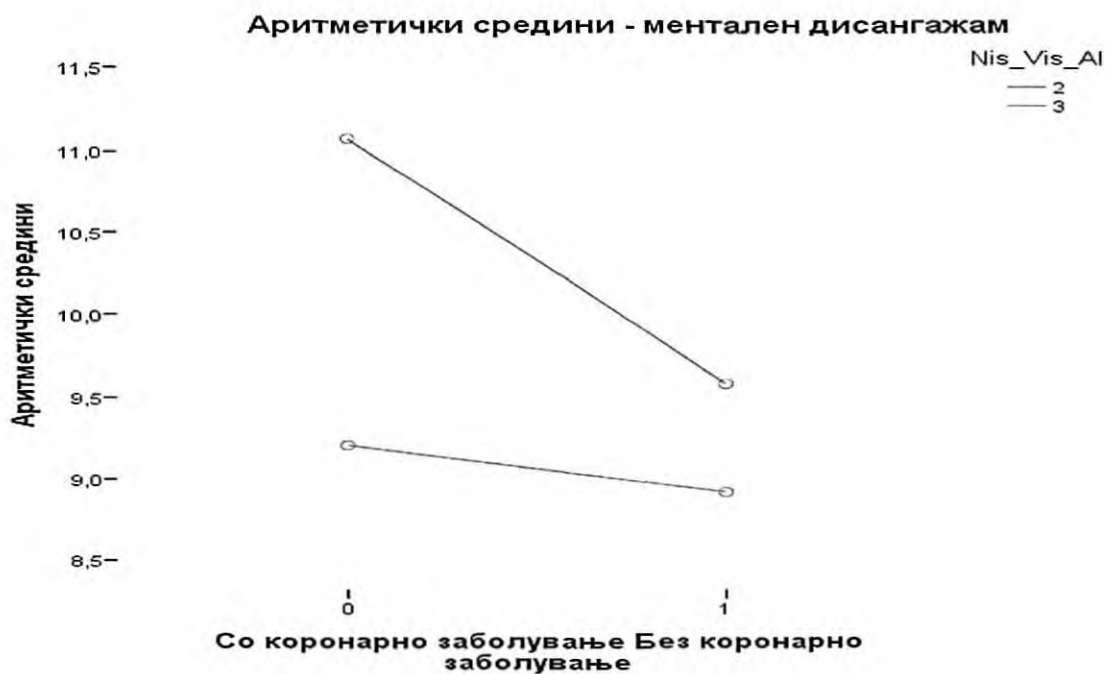
Графикон бр. 3 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главни и интеракциски ефект на фактори *присуство или отсуство на коронарно заболување* и *повисока или пониска алекситимија* во однос на експланаторниот стил)



Графикон бр.4 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на фактор *повисока или пониска алекситимија* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – *ментална неангажираност*)



Графикон бр. 5 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на фактор *присуство или отсуство на коронарно заболување* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – *ментална неангажираност*)



Слика бр. 6 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (интеракциски ефект на фактор *повисока или пониска алекситимија со коронарно заболување* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – *ментална неангажираност*)



Графикон бр. 7 Графички приказ на резултатите од 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на факторот *повисока или пониска алекситимија* во однос на дисфункционална стратегија – *празнење на емоции*)



Графикон бр.8 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на факторот *присуство или отсуство на коронарно заболување* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – *празнење на емоции*)



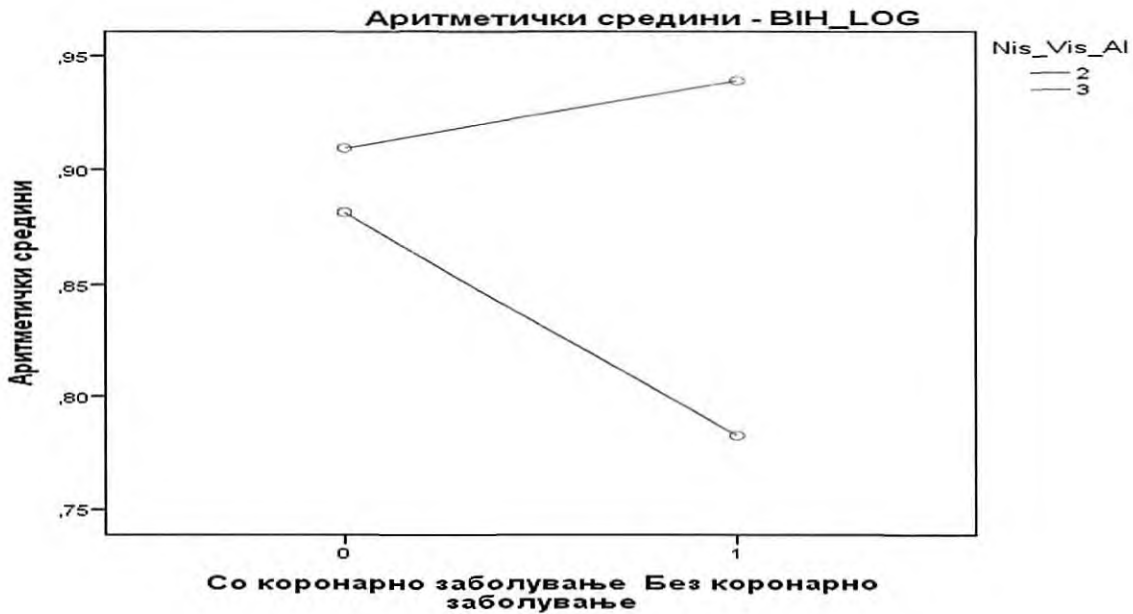
Графикон бр. 9 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главни и интеракциски ефекти на факторите *присуство или отсуство на коронарно заболување и повисока или пониска алекситимија* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – празнење на емоции)



Графикон бр. 10 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на фактор *повисока или пониска алекситимија* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – *бихевиорална неангажираност* – со трансформирани скорови)



Графикон бр. 11 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главен ефект на фактор *присуство или отсуство на коронарно заболување* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – *бихевиорална неангажираност* - со трансформирани скорови)



Графикон бр. 12 Графички приказ на резултати од 2x2 факторијален експеримент (главни и интеракциски ефекти на факторите *присуство или отсуство на коронарно заболување* и *пониска или повисока алекситимија* во однос на дисфункционалниот стил на справување со стрес – *бихевиорална неангажираност* - со трансформирани скорови)

ПРИЛОГ 3

ПРИЛОГ 3.1. Табеларен приказ на спроведениот тест за нормалност на варијаблите (Sapiro Wilk)

Тес на нормалност

	Тес на нормалност		Shapiro-Wilk		
	Без коронарно заболување (0)	Со коронарно зболување (1)			
MENT_DOSANG	0		,964	65	,057
	1		,972	71	,112
PRAZHENJE	0		,948	65	,010
	1		,969	71	,078
BIHEV_DISANG	0		,936	65	,002
	1		,927	71	,000
EKSP_L_STIL	0		,983	65	,493
	1		,978	71	,262