

Research Articles

**ИЗСЛЕДВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ПРИВЪРЗАНОСТТА ПРИ ЖЕНИ С
РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА**

Research on Quality of Attachment in Women with Breast Cancer

Зорница Ганева (Zornitza Ganeva)*^a^aСУ „Св. Климент Охридски”, София, България (Sofia University “St. Kliment Ohridski”, Sofia, Bulgaria).**Резюме**

В статията е направен анализ на качеството на привързаността чрез скалата Measure of Attachment Qualities (MAQ) (Carver, 1997) на жени с рак на млечната жлеза в период до 1 година след първоначалното поставяне на диагнозата и последващото лечение. Изследвани са 41 жени от български произход на средна възраст 35.25 години (минимум 18 и максимум 69 години) в I, II и III стадий от развитието на болестта. За конкретната извадка е отразена надеждността на приложените 4 скали: за сигурна, избягваща, амбивалентно-тревожна и амбивалентно-сливаща привързаност. Анализирани са качеството на привързаността по: 1) медицински характеристики (частична или цялостна операция, премахване на лимфни възли, наличие или отсъствие на метастази в тях), 2) проведени или не класически терапии (химиотерапия, лъчетерапия и хормонотерапия) и 3) по прилагане или не на алтернативни терапии (билколечение, физическо натоварване, извършване на масаж лимфен дренаж, употреба на хранителни добавки, спазване на хранителна диета).

Ключови думи: привързаност, рак на млечната жлеза

Abstract

Analysis of quality of attachment of women with breast cancer within 1 year after initial diagnosing and subsequent treatment was performed in the article by means of the Measure of Attachment Qualities (MAQ) scale (Carver, 1997). 41 women of Bulgarian origin at an average age of 35.25 years (at least 18 and 69 at the most) in stage I, II and III of the disease progress were studied. For the specific sample, the reliability of 4 scales (secure, avoidant, ambivalent-worried and ambivalent-merging attachment) was presented. The quality of attachment was analysed by: 1) medical characteristics (partial or total surgery, surgical removal of lymph nodes, presence or absence of metastases in them), 2) classical therapies (chemotherapy, radiation therapy and hormonal therapy) administered or not and 3) application or not of alternative therapies (herbal medicine, physical load, administration of massage, lymph drainage, use of nutritional supplements, observance of diet).

Keywords: attachment, breast cancer

Psychological Thought, 2012, Vol. 5(1), 33–46, doi:10.5964/psyct.v5i1.1

Received: 2011-12-19. Accepted: 2012-02-02. Published: 2012-05-31.

*Corresponding author at: zganeva@abv.bg.



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Въпреки безспорно постигнатия напредък в медицината, поставянето на онкологична диагноза продължава да бъде силно стресиращо събитие както за самите пациенти, така и за членовете на техните семейства, защото ракът има висока смъртност както в национален, така и в световен мащаб. Грижата за член от семейството с онкологична диагноза изисква съобразяване с множество фактори с цел задоволяване на неговите потребности. Въпреки че част от пациентите развиват дисфория и депресия, влиянието на поставената диагноза невинаги е изцяло негативно. Друга част от пациентите споделят настъпили позитивни

промени като откриване на повече смисъл в живота и по-голямо удовлетворение от него (McCausland & Pakenham, 2003; Ganeva, 2011).

Степента, в която пациентите с рак изпитват депресивни симптоми и неудовлетвореност от живота или позитивни промени след поставяне на диагнозата, зависи от редица социални и личностни фактори като например връзката с партньора, който ежедневно полага грижи за тях и им помага в процеса на лечение. Членовете на семействата на жени с рак на млечната жлеза, по-конкретно техните съпрузи, често смятат, че е малко вероятно да не изпълняват отредената им роля на обгрижващи, въпреки че са я получили без предупреждение. В този смисъл качеството на изградената връзка между партньорите до момента на поставяне на онкологичната диагноза на съпругите им силно повлиява степента, в която обгрижващите доброволно я поемат, изцяло ѝ се отдават и се приспособяват към нея.

През последните десетилетия голям научен интерес представлява идеята за изграждане на паралел между формирането на привързаност през ранното детство и характера на социалните взаимоотношения при възрастните (Bartholomew & Periman, 1994). Изследователите установяват наличие на 3 основни вида привързаност през детството: *сигурна, избягваща и амбивалентна* (Ainsworth, 1983; 1989). *Сигурната привързаност* се характеризира с изпитването на стрес в рамките на нормалното при оттегляне на родителя и с щастливо, радостно приемане при завръщането му. Той е източник на комфорт и сигурност за детето. Налице са най-малко 2 вида несигурна привързаност. При *избягващата привързаност* има тих отговор при излизане на родителя и избягване и отблъскване, когато се върне. Детето е научило, че на него не може да се вярва и разчита за получаване на подкрепа. При *амбивалентната привързаност* детето се притиска в родителя и се разстройва при напускането му на стаята, а при връщането му то отговаря ядосано и го отблъсква. Завръщането на родителя се разглежда като последен опит на детето да получи подкрепа от човека, който я осигурява понякога, но не винаги и като цяло ненадеждно. *Избягваща и амбивалентна привързаност* се формира, когато родителите не са на емоционално разположение на детето и са непоследователни в своите действия спрямо него (Bowlby, 1982).

Проведените изследвания на привързаността при възрастните се основават отчасти на идеята, че се установява сходство между формираната привързаност към родителите през детството и начина, по който възрастните се свързват със значимите други в своя живот. Според някои автори установения тип привързаност през детството се съхранява през целия жизнен цикъл. Детето изгражда „*работещ модел*“ за природата на взаимоотношенията през детството, който се препотвърждава през периода на възрастността. Възрастни, които са формирали *сигурна привързаност* в детството ще бъдат и сигурно привързани към своя интимен партньор и към другите хора. Изградената *избягваща привързаност* през детството води до по-недоверчиви и дистанцирани отношения като възрастни. Формирането на *амбивалентна привързаност* през детството води до комбинация от сливаща близост и отхвърляне и/или отблъскване.

Според *теорията за привързаността при възрастните* (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2003) системата от привързаност се активира в ситуация на изпитван силен стрес или заплахата, с цел да съхрани усещането за сигурност.

Индивидуалните различия във формирания вид привързаност са свързани с психологическото приспособяване към стреса (Mikulincer & Shaver, 2003) и с изпитвания стрес при обгрижване на партньора. Например *сигурната привързаност*, която се изразява в преживяване на чувство на близост и лесно

доверяване на другите, с чувствителни и кооперативни отношения между партньорите, е свързана с по-голяма удовлетвореност от брачните отношения (Feeney, 1996) и с по-ниски стойности на депресия (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano, & Summers, 2003). *Избягващата привързаност*, която се характеризира с по-висока степен на независимост, поддържане на дистанция с другите и изпитване на дискомфорт при близост е свързана с по-голяма неудовлетвореност и депресия, въпреки че тази връзка често зависи от преживяване на високо стресови житейски събития. *Тревожната привързаност*, която отразява желанието за близост и несигурността в отговора на партньора, наличие на страх от изоставяне, изпитване на безпокойство, ревност и страх от отблъскване също води до по-ниска удовлетвореност от брачните отношения и по-често до симптоми на депресия (Shaver, Schachner, & Mikulincer, 2005). Хората, които изграждат тревожна привързаност към партньора по правило са компулсивни и контролиращи, по-скоро доминиращи, отколкото отговорни и склонни към отношения на сътрудничество.

Грижите за физически болен човек се състоят в изпълнението на редица задължения с цел задоволяване на неговите потребности. Това включва проследяване на лечебния процес, през който преминава, отчитане на наличие или отсъствие на симптоми от поставената диагноза и редовно провеждане на необходимите изследвания за проследяване на състоянието му, задоволяване на изпитваната от него необходимост от получаване на инструментална, финансова и емоционална подкрепа. Обикновено след като пациентите неочаквано са получили новината за своето хронично онкологично заболяване се налага бързо да приемат новата и сложна роля да се грижат за себе си и да продължат да живеят по нов начин. Тази високо стресова ситуация повлиява отношенията с партньора и се отразява на вида привързаност, която е формирана в двойката.

В този смисъл проведени изследвания с дъщери, които обгрижват своите родители в напреднала възраст установяват, че сигурно привързаните към тях осигуряват най-емоционална грижа, а тревожно привързаните съответно най-слабо емоционална (Carpenter, 2001). Резултатите от друго изследване показват, че сигурно привързаните деца на пациенти с деменция изпитват по-малко стрес от обгрижването, докато тревожно привързаните имат високи нива на общ психологичен дистрес, но не и специфичен стрес от полагането на грижи за тях (Crispi, Schiaffino, & Berman, 1997). Друго изследване доказва, че несигурната привързаност, противоположно на сигурната привързаност, е единственият значим предиктор за депресия или изпитване на стрес от обгрижване (Besser & Priel, 2005; Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1996; Rothbard & Shaver, 1994) след демографските фактори на обгрижващите и над физическото състояние на пациентите с деменция (Magai & Cohen, 1998).

Тъй като традиционно полагането на грижи се свързва със специфични ролеви очаквания към жената, *полът* оказва влияние върху формираната привързаност. В множество култури се очаква от жената да има поведение на обгрижване на членовете на семейството. Именно затова според жените оказването на грижи е това, което се очаква от тях и е социално желано поведение. С тези очаквания и с факта, че в някои случаи само те се грижат за семейството или за болен член от него, жените се чувстват по-натоварени и обременени, имат по-ниска самооценка и самочувствие в сравнение с мъжете, които обгрижват болен член от семейството (Collins & Jones, 1997; Rose-Rego, Strauss, & Smyth, 1998). Проведените множество изследвания установяват, че жените по-често се грижат за своите деца с умствени или физически затруднения, по-често лично изпълняват своите домакински задължения, по-натоварени и обвързани са в осигуряване на конкретна информационна подкрепа, към която са по-склонни мъжете, които се грижат (Miller & Cafasso, 1992; Yee & Schulz, 2000). Установено е също така, че жените са по-отговорни и импулсивни

при осигуряване на грижи в сравнение с мъжете (Carnelley et al., 1996; Kuncce & Shaver, 1994; Feeney & Kirkpatrick, 1996).

Целта на настоящото изследване е да анализира качеството на привързаността чрез скалата *Measure of Attachment Qualities (MAQ)* (Carver, 1997) на жени с рак на млечната жлеза в период до 1 година след първоначалното поставяне на диагнозата и последваща оперативна интервенция и лечение.

Хипотезата, която се издига в проведеното изследване е, че различните характеристики на поставената диагноза рак на млечната жлеза при жените с формирана сигурна привързаност ще зависят в най-ниска степен от лечението и ще оказват слабо влияние върху тази привързаност. И обратното, различните медицински параметри на поставената диагноза ще оказват най-голямо влияние на жените с рак на млечната жлеза, които са формирали несигурна привързаност, както избягваща, така и амбивалентна.

Изследвани лица

В изследването участваха 41 жени от български произход на средна възраст 35.25 години (минимум 18 и максимум 69 години). По отношение на **демографските данни** от тях 49% са с висше и 51% са със средно образование, 80% са омъжени, 15% са разведени, а 5% не са встъпвали в брак, 100% са практикуващи православни християни.

За 68% от респондентите операцията е направена преди повече от 6 месеца, а при 32% - преди по-малко от 6 месеца. На 22% от изследваните жени заболяването е диагностицирано в I стадий, на 71% - във II стадий и на 7% - в III стадий. От тях 95% са раждали и 5% не са. Едно дете имат 62%, а две деца имат 38% от раждалите. Аборти са имали 66%, а 34% не са. Един аборт са преживели 44%, два - 44% и три аборта са правили 12% от изследваните лица.

По отношение на заболяването и свързаната с него **медицинска информация** 100% са оперирани и са им премахнати съответните лимфни възли. На 59% е направена радикална мастектомия (цялостно премахване на гърдата), а на 41% е направена лъмпектомия (секторална резекция или премахване на част от гърдата). При 29% са извадени по 12 броя лимфни възли. В 56% от тях са намерени метастази, а в 44% липсват. При 53% са налице метастази в между 1 и 10 лимфни възела, а при 47% над 10 лимфни възела са обхванати от заболяването.

По отношение на **класическите терапии за лечение** на заболяването на 78% е предписана химиотерапия, а на 22% не е. От тези, на които е предписана химиотерапия, 73% са се подложили на нея, а 27% са отказали. На 78% е изписана лъчетерапия, а на 22% не е. От тези, на които е предписана лъчетерапия, 66% са я провели, а 34% не са. На 71% е предписана хормонална терапия, а на 29% не е. От тези, на които е предписана хормонална терапия, 51% са я приели и я прилагат в ежедневиия си живот, а 49% са се отказали от нея.

От тях 66% нямат сродници с онкологично заболяване, а 34% имат. При 47% сродниците са с рак на млечната жлеза, а при 53% е на друг орган.

По отношение на **алтернативните методи за лечение** на заболяването 29% ги прилагат ежедневно, 29% са ги чували, но не ги използват, а 42% никога не са ги чували. От тях билколечение използват 22%, 15% са чували, но не го използват и 63% никога не са прибягвали до него. На специална антиракова

хранителна диета са 7%, 29% са чували за нея, но не я прилагат, а 64% не са запознати с въпроса. Хранителни добавки приемат 22% от изследваните жени, 42% са чували за различни видове, но не приемат, а 36% не са запознати с въпроса. Ежедневни физически упражнения правят 56%, а 44% са чували, но не спортуват целенасочено. На масаж лимфен дренаж ходят 29%, 29% са чували, но не използват/не им се прави, а 42% никога не са чували за него.

Изследването е проведено в София. Данните са събрани през 2009-2010 г.

Методология

Измерване. Изследваните жени попълват Скалата за качество на привързаността *Measure of Attachment Qualities (MAQ)* (Carver, 1997). Тя се състои от 14 въпроса, обединени в 4 подска̀ли: за *сигурна, избягваща, амбивалентно-тревожна* и *амбивалентно-сливаща привързаност*. Налице са 3 обратнофразирани въпроса (*Смятам, че е лесно да бъдеш близък с хората, Много ми е комфортно да бъда близка с хората* и *Не се безпокоя, че другите хора ще ме изоставят*). Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна ликерт-формат ска̀ла от „1 – напълно съм несъгласна с посоченото твърдение” до „4 – напълно съм съгласна с посоченото твърдение”.

Изчисляване. Резултатът от всяка от четирите подска̀ли представлява средна стойност от всички дадени отговори като сборът им варира между 3 (минимум) и 20 (максимум). За всички подска̀ли по-високите получени стойности съответстват на по-голяма привързаност от даден вид.

Надеждност на Скалата за качество на привързаността *Measure of Attachment Qualities (MAQ)* (Carver, 1997).

С цел да се изследва дали 14 айтема образуват 4 надеждни подска̀ли (за *сигурна, избягваща, амбивалентно-тревожна* и *амбивалентно-сливаща привързаност*) е измерена α на Кронбах. За цялата извадка $N=41$ надеждността на подска̀лата за *сигурна привързаност*, която се състои от 3 айтема (1, 7 и 14), е $\alpha=0.72$, на подска̀лата за *избягваща привързаност*, която се състои от 5 айтема (4, 6, 8, 11 и 13), е $\alpha=0.85$, на подска̀лата за *амбивалентно-тревожна привързаност*, която се състои от 3 айтема (2, 5 и 9), е $\alpha=0.74$ и на подска̀лата за *амбивалентно-сливаща привързаност*, която се състои от 3 айтема (3, 10 и 12), е $\alpha=0.78$. Посочените стойности надвишават минималната препоръчана стойност $\alpha=0.70$ (DeVellis, 2003), което потвърждава задоволителната надеждност на приложената методология.

Интерпретацията на ефекта на размера е направена съгласно Коен (Cohen, 1988).

Резултати

Връзка между ска̀лата за качество на привързаността и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 1 са представени средните стойности на *четирите подска̀ли*, които изграждат *Ска̀лата за качество на привързаността*, разпределени по *медицински характеристики* на изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са проведени няколко *t-теста за независими извадки* и *еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тестовете на Туки*.

По отношение на **цялостно или частично премахване на гърдата** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подска̀лите *избягваща*, $t(39)=-2.29$, $p=0.03$ и *амбивалентно-сливаща*

Таблица 1.

Средни стойности на Скалата за качество на привързаността *Measure of Attachment Qualities (MAQ)* (Carver, 1997) и четирите подскали, разпределени по медицински характеристики на изследваните жени

Дименсия	Сигурна	Избягваща	Амбивалентно-тревожна	Амбивалентно-сливаща
Операция				
цяла	3.50	1.78	1.75	1.60
част	3.71	2.07	1.57	1.90
СЗ	-	*	-	*
ГЕ	-	-0.72; Т	-	-0.73; Т
Време				
< 6 месеца	3.33	2.02	1.58	1.61
> 6 месеца	3.65	1.88	1.79	1.86
СЗ	*	-	-	*
ГЕ	-0.64; Т	-	-	-0.64; Т
Стадии				
I	3.67	1.96	1.00 ^a	1.37 ^a
II	3.62	1.92	1.89 ^{ab}	1.80 ^{ab}
III	3.00	1.60	1.67 ^b	2.00 ^b
СЗ	-	-	*	*
ГЕ	-	-	0.45; Г	0.45; Г
Метастази във възлите				
Да	2.57	1.97	2.03	1.88
Не	2.61	1.81	1.22	1.52
СЗ	-	-	*	*
ГЕ	-	-	1.17; >Г	0.86; Г
Сродници				
Да	3.50	1.71	1.48	1.55
Не	3.63	2.00	1.78	1.81
СЗ	-	*	-	*
ГЕ	-	-0.40; М	-	-0.63; Т

Забележки: СЗ – статистическа значимост; ГЕ – големина на ефекта; по-високите стойности на числата отразяват по-голяма привързаност от даден вид (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при $p < 0.05$ на съответната медицинска характеристика върху различните скали за привързаност, в съответната колона от две или три числа е поставена звездичка и точното място на статистическото различие за съответната скала е посочено с малка буква (a, b, c); средните отбелязани с (a) са статистически значимо по-малки от средните отбелязани с (b) и са статистически значимо по-малки от средните отбелязани с (c); средните отбелязани с (ab) попадат между средните отбелязани с (a) и (b) и няма статистически значимо различие между тях; данните са обработени с t-тест за независими извадки (independent-samples t-test) и с еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тестовете на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислен на базата на коефициента d (за t-тестовете) и коефициента η (за дисперсионния анализ) на Коен и е интерпретиран като: много по-голям от типичния (>Г); голям или по-голям от типичния (Г); среден или типичен (Т) и малък или по-малък от типичния (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

привързаност, $t(39) = -2.48$, $p = 0.02$. Липсват статистически значими различия за подскалите сигурна и амбивалентно-тревожна привързаност.

По отношение на преживяното време след извършена хирургическа интервенция резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскалите сигурна, $t(28) = -1.94$, $p = 0.04$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $t(27) = -1.90$, $p = 0.02$. Липсват статистически значими различия за подскалите избягваща и амбивалентно-тревожна привързаност.

По отношение на **стадия на развитие на болестта** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскалите амбивалентно-тревожна, $F(2,38)=4.83$, $p=0.01$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $F(2,38)=4.40$, $p=0.01$. Липсват статистически значими различия за подскалите сигурна и избягваща привързаност.

По отношение на **наличие или отсъствие на метастази в лимфните възли** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскалите амбивалентно-тревожна, $t(31)=3.91$, $p<0.001$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $t(38)=2.78$, $p<0.01$. Липсват статистически значими различия за подскалите сигурна и избягваща привързаност.

По отношение на наличие на **сродници с поставена онкологична диагноза** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскалите избягваща, $t(39)=-2.64$, $p=0.01$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $t(36)=-2.07$, $p=0.05$. Липсват статистически значими различия за подскалите сигурна и амбивалентно-тревожна привързаност.

Връзка между скалата за качество на привързаността и класическите терапии за лечение

В Таблица 2 са представени средните стойности на *четирите подскали*, които изграждат *Скалата за качество на привързаността*, разпределени по проведени или не *класически терапии* от изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях, са проведени няколко *t-теста за независими извадки*.

Таблица 2.

Средни стойности на Скалата за качество на привързаността *Measure of Attachment Qualities (MAQ)* (Carver, 1997) и четирите подскали, разпределени по *класически терапии*

	Дименсия	Сигурна	Избягваща	Амбивалентно-тревожна	Амбивалентно-сливаща
Химиотерапия	да	3.53	1.92	1.83	1.73
	не	3.73	1.85	1.24	1.70
	СЗ	-	-	*	-
	ГЕ	-	-	0.83; Г	-
Лъчетерапия	Да	3.48	1.91	1.74	1.89
	Не	3.79	1.89	1.55	1.40
	СЗ	*	-	-	*
	ГЕ	0.26; М	-	-	1.31; >Г
Хормонотерапия	Да	3.33	2.01	1.90	1.78
	Не	3.85	1.79	1.43	1.67
	СЗ	*	*	*	-
	ГЕ	-1.12; >Г	0.54; Т	0.60; Т	-

Забележки: СЗ – статистическа значимост; ГЕ – големина на ефекта; по-високите стойности на числата отразяват по-голяма привързаност от даден вид (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект $p<0.05$ на съответната медицинска характеристика върху различните скали за привързаност, в съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с *t-тест за независими извадки (independent-samples t-test)*; големината на ефекта е изчислен на базата на коефициента *d* на Коен и е интерпретиран като: много по-голям от типичния (>Г); голям или по-голям от типичния (Г); среден или типичен (Т) и малък или по-малък от типичния (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

По отношение на **проведено лечение с химиотерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия единствено за подскалата амбивалентно-тревожна привързаност, $t(28)=2.63$, $p=0.01$.

Липсват статистически значими различия за подскълите сигурна, избягваща и амбивалентно-сливаща привързаност.

По отношение на **проведено лечение с лъчетерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскълите сигурна, $t(33)=-1.95$, $p=0.04$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $t(33)=4.06$, $p<0.001$. Липсват статистически значими различия за подскълите избягваща и амбивалентно-тревожна привързаност.

По отношение на **проведено лечение с хормонотерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскълите сигурна, $t(27)=-3.59$, $p<0.001$, избягваща, $t(39)=1.72$, $p=0.04$ и амбивалентно-тревожна привързаност, $t(29)=1.94$, $p=0.05$. Липсват статистически значими различия за подскълата амбивалентно-сливаща привързаност.

Връзка между скълата за качество на привързаността и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 3 са представени средните стойности на *четирите подскъли*, които изграждат *Скълата за качество на привързаността*, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са проведени няколко еднофакторни дисперсионни анализа.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с алтернативни методи** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскълите амбивалентно-тревожна, $F(2,38)=6.69$, $p<0.001$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $F(2,38)=7.24$, $p<0.001$. Липсват статистически значими различия за подскълите сигурна и избягваща привързаност.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с билки** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскълите амбивалентно-тревожна, $F(2,38)=4.79$, $p=0.01$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $F(2,38)=9.56$, $p<0.001$. Липсват статистически значими различия за подскълите сигурна и избягваща привързаност.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение със спазване на хранителна диета** резултатите показват, че са налице статистически значими различия единствено за подскълата избягваща привързаност, $F(2,38)=5.73$, $p<0.001$. Липсват статистически значими различия за подскълите сигурна, амбивалентно-тревожна и амбивалентно-сливаща привързаност.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с приемане на хранителни добавки** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскълите избягваща, $F(2,38)=3.98$, $p=0.05$, амбивалентно-тревожна, $F(2,38)=5.71$, $p=0.03$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $F(2,38)=8.29$, $p=0.001$. Липсват статистически значими различия за подскълата сигурна привързаност.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с физически упражнения** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскълите сигурна, $F(1,39)=2.19$, $p=0.05$ и амбивалентно-тревожна привързаност, $F(1,39)=2.79$, $p=0.04$. Липсват статистически значими различия за подскълите избягваща и амбивалентно-сливаща привързаност.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с масаж, т. нар. мануален лимфен дренаж** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за подскълите избягваща, $F(2,38)=12.01$,

Таблица 3.

Средни стойности на Скалата за качество на привързаността *Measure of Attachment Qualities (MAQ)* (Carver, 1997) и четирите подскали, разпределени по алтернативни терапии

Дименсия	Сигурна	Избягваща	Амбивалентно-тревожна	Амбивалентно-сливаща
Алтернативна				
не знае	2.58	2.02	1.42 ^a	1.36 ^a
знае, не изп.	3.42	1.80	1.25 ^a	1.83 ^b
използва	3.71	1.89	2.16 ^b	1.90 ^b
СЗ	-	-	*	*
ГЕ	-	-	0.51; >Г	0.52; >Г
Билки				
не знае	3.67	2.09	1.22 ^a	1.26 ^a
знае, не изп.	3.33	1.70	1.17 ^a	1.67 ^{ab}
използва	3.62	1.88	1.95 ^b	1.90 ^b
СЗ	-	-	*	*
ГЕ	-	-	0.45; >Г	0.58; >Г
Диета				
не знае	4.00	2.60 ^b	1.67	1.67
знае, не изп.	3.50	1.80 ^a	1.50	1.75
използва	3.58	1.87 ^a	1.76	1.72
СЗ	-	*	-	-
ГЕ	-	0.48; >Г	-	-
Добавки				
не знае	2.67	2.09 ^b	1.22 ^a	1.26 ^a
знае, не изп.	3.41	1.75 ^a	1.57 ^{ab}	1.84 ^b
използва	3.73	1.96 ^{ab}	2.07 ^b	1.87 ^b
СЗ	-	*	*	*
ГЕ	-	0.35; Т	0.40; Г	0.55; >Г
Упражнения				
не знае	-	-	-	-
знае, не изп.	3.72	1.97	1.89	1.83
използва	3.48	1.85	1.51	1.64
СЗ	*	-	*	-
ГЕ	0.21; М	-	0.24; Т	-
Масаж				
не знае	3.33	1.77 ^a	1.42	1.44 ^a
знае, не изп.	3.58	2.30 ^b	2.08	2.00 ^b
използва	3.76	1.72 ^a	1.57	1.73 ^{ab}
СЗ	-	*	-	*
ГЕ	-	0.62; >Г	-	0.47; Г

Забележки: не изп. – не използва; СЗ – статистическа значимост; ГЕ – големина на ефекта; по-високите стойности на числата отразяват по-голяма привързаност от даден вид (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при $p < 0.05$ на съответната медицинска характеристика върху различните скали за привързаност, в съответната колона от две или три числа е поставена звездичка и точното място на статистическото различие за съответната скала е посочено с малка буква (a, b, c); средните отбелязани с (a) са статистически значимо по-малки от средните отбелязани с (b) и са статистически значимо по-малки от средните отбелязани с (c); средните отбелязани с (ab) попадат между средните отбелязани с (a) и (b) и няма статистически значимо различие между тях; данните са обработени с t-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*) и с еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тестовете на Туки (*ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests*); големината на ефекта е изчислен на базата на коефициента d (за t-тестовете) и коефициента η (за дисперсионния анализ) на Коен и е интерпретиран като: много по-голям от типичния (>Г); голям или по-голям от типичния (Г); среден или типичен (Т) и малък или по-малък от типичния (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

$p < 0.001$ и амбивалентно-сливаща привързаност, $F(2,38)=5.54$, $p=0.001$. Липсват статистически значими различия за подкълите сигурна и амбивалентно-тревожна привързаност.

Обсъждане на резултатите и перспективи за бъдещи изследвания

Получените резултати от проведеното изследване показват, че медицинските характеристики при поставена диагноза рак на млечната жлеза се отразяват най-вече на формираната *амбивалентна привързаност*, както на амбивалентно-тревожната, така и на амбивалентно-сливащата привързаност, следва избягващата и оказват най-слабо влияние на формираната сигурна привързаност. С други думи може да се направи изводът, че различните видове несигурна привързаност в най-голяма степен се влияят и зависят от характеристиките на поставената диагноза, а при сигурната привързаност промяната в отношенията е най-слаба. Като цяло на сигурно привързаните жени най-малко влияние оказват различните медицински показатели, което се потвърждава и от други проведени изследвания (Carpenter, 2001; Crispi et al., 1997). Този факт е възможно да се обясни чрез изпитвания по-голям комфорт по принцип в отношенията на сигурна привързаност.

При провеждане или не на класически терапии за преодоляване на диагнозата (Таблица 2) се наблюдава друга тенденция. При жените с *амбивалентно-тревожна привързаност*, които ходят на химиотерапия и лъчетерапия, се увеличава степента на привързаност, която изпитват към хората. И обратното – липсата на различие между провежданите стандартни медицински терапии при избягващата привързаност вероятно се обяснява с тенденцията към независимост, дистанция от другите хора и изпитване на дискомфорт при близост или при необходимост от емоционална подкрепа.

При анализа на получените резултати прави впечатление, че при трите вида *несигурна привързаност* при провеждане на конкретен вид терапия привързаността се увеличава, а сигурната привързаност намалява. Те биха могли да се обяснят и с това, че сигурно привързаните жени с рак на млечната жлеза се чувстват по-некомфортно като се нуждаят от оказване на *инструментална помощ* поради изпитваната сигурност, което им пречи да усещат близост с хората и да се нуждаят от оказване на практическа подкрепа.

Обратна е тенденцията при жени с *избягваща привързаност*, при които се увеличава оказваната емоционална подкрепа. Оказването на емоционална подкрепа за разлика от оказването на практическа помощ включва психологическия риск от увеличаване на привързаността. За да се избегне изпитването на дискомфорт от евентуална емоционална близост хората с избягваща привързаност по правило използват стратегия за деактивиране на емоционалната регулация. Тя включва отричане на необходимостта от привързаност към хората и избягване на емоционално включване, интимност и зависимост от тях. Сигурната и избягващата привързаност по-скоро са противоположни краища на континуум, а не са различни качества (Brennan, Clark, & Shaver, 1998).

Тревожно-привързаните жени с рак на гърдата се безпокоят за своята собствена несигурност във взаимоотношенията, което затруднява осигуряването на постоянна, чувствителна и адекватна грижа към тях. Тревожната привързаност по правило се проявява и изразява в хиперактивиращи стратегии, и с увеличаване на опазването от потенциална заплаха (Mikulincer & Shaver, 2003; Feeney & Collins, 2001). Възможно е свръхзащитата на фигурата на привързаността да попречи на полагане на грижи към собствената личност с лекота и желание. Тревожната привързаност отразява свръхпредпазване на връзката при възникваща заплаха за нея.

Сред **ограниченията** на проведеното изследване е фактът, че всички изследвани лица са от София, от български произход, т. е. принадлежат на групата на мнозинството и са мотивирани да участват в него, което поставя под съмнение потенциалното обобщаване на получените резултати за жените с рак на млечната жлеза като цяло в България.

В представеното изследване е направен анализ на качеството на привързаността при жени с рак на гърдата, но не е изследван техният стил на привързаност. С цел по-добро, задълбочено и цялостно разбиране на динамиката на привързаността е желателно в **бъдещи изследвания** да се включат и двете понятия, както на личностно, така и на междуличностно ниво.

Настоящото изследване е посветено на жени с рак на млечната жлеза. Интерес представлява изследване в бъдеще на стила на привързаност на изследвани лица с един от десетте най-широко разпространени видове рак и как диагнозата влияе на качеството на привързаността между партньорите и на грижите, които те оказват и получават.

Друга интересна идея е да се анализира как фактори като етническа и културна принадлежност, по-ниско образователно ниво и доходи влияят при осмисляне и възприемане на травмиращи събития като поставяне на диагноза рак на млечната жлеза.

Представените резултати логично се потвърждават от теорията за привързаността при възрастните. След подробен анализ на проведени изследвания (Mikulincer & Shaver, 2003) е установено, че тревожната привързаност включва хиперактивност на системата на привързаност, а при избягващата привързаност тя се деактивира. Това заключение също се потвърждава и от проведеното изследване на привързаността между партньори, единият от които е с рак на млечната жлеза. Въпреки това обаче пътят, по който хората, формирали несигурна привързаност, се приспособяват психически по-слабо остава неясен и в тази насока предстои провеждане на бъдещи изследвания.

Въпреки посочените ограничения, представеното изследване има безспорно своите значими приноси както в теоретичен, така и в емпиричен план. То показва, че теорията за привързаността при възрастните е подходяща основа за разбиране на влиянието на животозастрашаващо събитие като поставена диагноза рак на млечната жлеза на един от партньорите върху формираната привързаност между тях. То дава практически полезна информация за изследователи и клиницисти как различните характеристики на заболяването се отразяват на стила на изпитвана привързаност от техните пациентки. Например жени, които са формирали избягваща привързаност, ще изпитват затруднения да получават емоционална помощ и подкрепа, дистанцират се от другите и изпитват дискомфорт от близост с хората. За тази група жени, както за тях самите, така и за партньорите им, е подходящо обучение за развитие на емпатийно слушане и ефективна комуникация. Сигурната привързаност е свързана с изпитване на комфорт от близостта с партньора и взаимната зависимост е свързана с оказване на помощ поради *автономни* причини и мотиви за обгрижване.

В заключение, когато хората преминават през силно стресиращи и заплашващи живота житейски събития те търсят успокоение, подкрепа и разбиране в своите партньори и хората около тях. Множество проведени изследвания установяват, че получаването на социална подкрепа или изпитването на доверие в отношенията помага за по-ефективно справяне с проблемни ситуации и оказва дългосрочно позитивно влияние върху здравето и психичното им благополучие. Резултатите от представеното емпирично

изследване добавят още един щрих в анализирането на връзката между получаването на социална подкрепа и постигането на важни цели за личността и нейното развитие. Те потвърждават успешното приложение на теорията за привързаността (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2003) при хора с хронични заболявания.

References

- Ainsworth, M. (1983). Patterns of infant-mother attachment as related to maternal care. In D. Magnusson & V. Allen (Eds.), *Human development: An interactional perspective* (pp. 35-55). New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *The American Psychologist*, *44*, 709-716. doi:10.1037/0003-066X.44.4.709
- Bartholomew, K., & Perlman, D. (1994). *Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley.
- Besser, A., & Priel, B. (2005). The apple does not fall far from the tree: attachment styles and personality vulnerabilities to depression in three generations of women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*, 1052-1073. doi:10.1177/0146167204274082
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1996). Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. *Personal Relationships*, *3*, 257-278. doi:10.1111/j.1475-6811.1996.tb00116.x
- Carpenter, B. D. (2001). Attachment bonds between adult daughters and their older mothers: Associations with contemporary caregiving. *Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *56*, P257-P266. doi:10.1093/geronb/56.5.P257
- Carver, C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*, 865-883. doi:10.1177/0146167297238007
- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, *104*, 627-637. doi:10.1016/S0304-3959(03)00120-9
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, C., & Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*, 1168-1173. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199712)12:12<1168::AID-GPS711>3.0.CO;2-F
- Crispi, E. L., Schiaffino, K., & Berman, W. H. (1997). The contribution of attachment to burden in adult children of institutionalized parents with dementia. *The Gerontologist*, *37*, 52-60. doi:10.1093/geront/37.1.52
- DeVellis, R. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Feeney, J. A. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, *3*, 401-416. doi:10.1111/j.1475-6811.1996.tb00124.x

- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 972-994. doi:10.1037/0022-3514.80.6.972
- Feeney, B. C., & Kirkpatrick, L. A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 255-270. doi:10.1037/0022-3514.70.2.255
- Ganeva, Z. (2011). Izsledvane na pozitivniâ opit ot diagnozata rak na mlečnata žleza [Investigation on positive experience from breast cancer diagnosis]. In R. Ilarionov, J. Maximov & M. Simeonov (Eds.), *Meždunarodna naučna konferenciâ Unitech'11* [International Scientific Conference Unitech'11] (pp. 259-263). Gabrovo: Tehničeski universitet.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Kunce, L., & Shaver, P. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In L. Kunce & P. Shaver (Eds.), *Advances in personal relationships* (pp. 205-237). London: Kingsley.
- Magai, C., & Cohen, C. (1998). Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 53B*, P147-P154. doi:10.1093/geronb/53B.3.P147
- McCausland, J., & Pakenham, K. (2003). Investigation of the benefits of HIV/AIDS caregiving and relations among caregiving adjustment, benefit finding, and stress and coping variables. *AIDS Care, 15*, 853-869. doi:10.1080/09540120310001618694
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 53-152). San Diego, CA: Academic.
- Miller, B., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact. *The Gerontologist, 32*, 498-507. doi:10.1093/geront/32.4.498
- Rose-Rego, S. K., Strauss, M. E., & Smyth, K. A. (1998). Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. *The Gerontologist, 38*, 224-230. doi:10.1093/geront/38.2.224
- Rothbard, J., & Shaver, P. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp. 31-71). Guilford Press: New York.
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*, 343-359. doi:10.1177/0146167204271709
- Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist, 40*, 147-164. doi:10.1093/geront/40.2.147

About the Author

Dr. Zornitza Ganeva is an Assistant Professor in the Department of Education at Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria. She is European Doctor of Psychology at the University of the Basque Country, Spain (2009) and a Doctor of Pedagogy at the Sofia University, Bulgaria (2007). She has been specialising for four years at the University of the Basque Country, Spain, with a Marie Curie fellowship of the EU and a fellowship of the Ministry

of Foreign Affairs of Spain. She is the author of the books “Development of ethnic stereotypes during childhood” (2009) and “Social identities and psychological well-being” (2010) and of national and international publications.