Софийски университет „Св. Климент Охридски”

Философски факултет

Катедра “Обща, експериментална и генетична психология”

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

НА ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА НАУЧНА И ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН „ДОКТОР“

ЛИЧНОСТНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНИ ФЕНОМЕНИ В ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ

Автор:
Весела Кръстева-Симеонова

Научен ръководител:
Проф. д.пс.н. Пламен Калчев

София, 2014 г.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от Катедра „Обща, експериментална и генетична психология“ при Философски факултет на СУ „Св. Климент Охридски“.

Обем	- 230 страници
Литературни източници	- 145 заглавия
Таблици	- 22 таблици
Фигури	- 12 фигури

Защитата на дисертационния труд ще се състои в четвъртък, 12 март 2015 г., от 15 часа, в аудитория 63 на СУ „Св. Климент Охридски“, бул. „Цар Освободител“ №15, Южно крило, Философски факултет.

Научно жури в състав:

Външни членове: проф. Елиана Пенчева, проф. Павел Александров, доц. Хариета Манолова;

Вътрешни членове: проф. Иван Димитров, проф. Пламен Калчев.

Научното жури е назначено със заповед на ректора на СУ проф. Иван Илчев.

Материалите по защитата са на разположение във Филосовски факултет, Южно крило, ет. 3, кабинет 60.

Софийски университет „Св. Климент Охридски”

Философски факултет

Катедра “Обща, експериментална и генетична психология”

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

НА ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА НАУЧНА И ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН „ДОКТОР“

ЛИЧНОСТНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНИ ФЕНОМЕНИ В ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ

Автор:
Весела Кръстева-Симеонова

Научен ръководител:
Проф. д.пс.н. Пламен Калчев

София, 2014 г.

УВОД

„...Когато става дума за юношеството, ние се чувстваме объркани и не можем да задоволим възпитателите и родителите, които призовават нас и нашите познания...“

Ана Фройд

Всяка среща с юноша представлява встъпване в един нов свят, в цяла Вселена, така различна и същевременно познато-непозната. Позната, тъй като всеки от нас, зрелите индивиди вече е изминал или продължава да извървява този път, а непозната, защото индивидуалността украсява всяка човешка съдба. Работата за специалистта, срещащ се с деца и юноши е, и предизвикателство, и приключение. Като такива те непрестанно поставят пред нас нови задачи, неизяснени моменти, нерезгадани дилеми.

Актуалността на дисертационния труд, както и личната мотивировка да се посветя на темата са свързани с множеството въпроси и неясни страни оставащи около децата и юношите, които споделят или още по-лошо – премълчават за своите страхове, за прекомерната си тревожност, за онези „идеи и потребности, от които не могат да се отърват въпреки мъчителната борба“ (Marcelli, Braconnier, 2004).

Колко само от тези деца остават неразбрани и неподкрепени, криещи се в своята инхибираност, самообвиняващи се за мисловните предъвквания, за неуправляемите подтици за повтарянето отново и отново на едно и също действие! Колко от тях не успяват да разгърнат потенциалите си, защото считат себе си за недостатъчни, за непълноценни, за луди дори!

В Общинска стратегия за психично здраве 2008–2013 г. на СОС, се посочва статистика на СЗО от 2001 г. за състоянието на здравето по света – психичните и поведенческите разстройства засягат над 25% от населението, а всяко 4-то семейство има поне един член, страдащ от психично разстройство; 5 от 10-те водещи причини за трайно загубена работоспособност в света са: депресия, шизофрения, биполярно разстройство, алкохолна зависимост и обсесивно-компулсивно разстройство. Това показват и данните за България от направено изследване на НСИ от 2005 г. сред хората с увреждания. През декември 2013 г. СЗО изнася 10-те най-съществени факти за психичното здраве в бюлетин „Психичното здраве – състояние на благополучие“: около 20% от децата и юношите по света имат психични разстройства или проблеми. Половината от психичните разстройства започват преди 14 год. възраст.

В България към момента никъде не се води актуална статистика за броя на психичните заболявания, както при възрастните, така и при децата и юношите. Екстраполирайки обаче това, което знаем от другите държави, може да се каже, че честотата на заболяванията е сходна с тази по света. Неизяснен е въпросът, каква част от тези хора остават извън всякаква подкрепа и лечение. Оттук и лавинообразно нарастващите проблеми, задълбочаване на особеностите, достигането до сериозни последици за психичното, а понякога и за физическото здраве.

Формирането на личността започва от ранна детска възраст. Дори малкото бебе не е „tabula rasa“. Да осъзнае човек себе си като индивидуалност, да бъде себерефлективен, да се приеме със своите добри и лоши страни, да извървява житейския си път непрестанно съграждайки себе си – за това са нужни добри условия, подходяща, подкрепяща среда. У децата и юношите с обсесивно-компулсивна проблематика тези така добре звучащи процеси протичат понякога по-забавено и несвойствено.

Ранното идентифициране и диагностика, биха позволили на много деца и юноши, живеещи и примирили се със своето страдание, да получат своевременна насока, помощ и/или лечение, възможност за справяне с психосоциалните последствия от болестта, както и за реконцептуализация на своето себевъзприятие и личностна оценка, а също така и за вярванията относно ценността на живота.

Надявам се, че с настоящата разработка ще имам възможност да допълня професионалния опит, свързан с по-лесното разпознаване от педагози, възпитатели, родители, психолози на характеристиките свързани с обсесивно-компулсивното страдание и на предпоставките за него, а в тази връзка и да предоставя личен принос за практиките свързани с обезпечаването на пълноценни условия за реализация на индивидуалността на формиращата се личност.

Така, теоретичният и експериментален фокус е върху същността на обсесивно-компулсивната проблематика, психологичните детерминанти и интерактивните ефекти на личностните фактори свързани с нея. Академичният стремеж бе да бъде използван личностно-психологическия, развитийния и екзистенциално ориентиран подход като опит за едновременно холистично и задълбочено изследване на тематиката заложена в дисертационния труд.

В съответствие с теоретичния модел на дисертационния труд е организиран и цялостният емпиричен дизайн състоящ се от две части, като във втората е представено и изследване с лонгитюден дизайн - проведено двукратно върху едни същи лица, означено накратко като тест-ретест изследване.

В приложно-практически план резултатите от проведеното в дисертацията теоретично и емпирично изследване са ориентирани към разширяване на опита и познанията за същността на обсесивно-компулсивната проблематика в юношеска възраст, както и към подобряване на превантивните, психологични практики. Очакваме, че интегрирането на направените изводи и заключения в социалната и терапевтичната практика ще допринесе за оптимизиране на качеството на живот на децата, юношите и техните семейства с хронифицирани и остри прояви на ОКР, както и на тези с по-изявени личностни предиспозиции и психологични особености.

Получените резултати се обсъждат в контекстта, както на диагностичната, така и на консултативната работа с юноши.

Методологична основа на проведеното научно изследване са съвременните представи за развитието на обсесивно-компусивни феномени, от гледна точка на дименсионалния (количествен) подход и тезата за тяхната проява в неклинични форми в юношеска възраст.

За проверка на издигнатите хипотези е използвана батерия от психологически скали, резултати от които са анализирани с помощта на статистически методи.

Надеждността и валидността се базират на теоретичния модел за развитието на обсесивно-компулсивните феномени, използвания комплекс от изследователски инструменти и лонгитюдния дизайн на изследването, позволяващ проверка на каузални връзки между анализираните променливи.

Организация и база на изследването. Настоящото изследване е проведено за периода от 2011–1013 год. в три етапа:

1. На *първият етап* са изследвани ученици от две столични гимназии. Получените данни са използвани за оценка на факторната структура, надеждността на конструктната валидност на Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии – *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*, VOCI. Обхванати са 852 юноши. 2. На *вторият етап* е проведено изследване с лонгитюден дизайн - двукратно върху едни същи лица, означено накратко като тест-ретест изследване с времеви интервал от 3–4 месеца:

• на изходния етап (обозначен в емпиричната част като тест-рест изследване – I-ви етап) са обхванати 344 ученици от 2 елитни столични гимназии от 8-ми до 11-ти клас;

• на заключителния етап (обозначен в емпиричната част като тест-рест изследване – II-ри етап) са обхванати 319 ученици от същите столични гимназии.

I Глава. Теоретични подходи към изследване на обсесивно-компулсивната проблематика.

Първа глава представя, както конвенционалното определение на обсесивно-компулсивната проблематика в медико-диагностичен аспект, така и различни психологични подходи описващи това страдание от гледна точка, и на стремежа за индивидуализиране, и на убедеността от нуждата от функционален подход към разглежданата тема.

Дефинирани са в различни теоретични и практически направления обсесивно-компулсивното разстройство, самите обсесии и компулсии, както и техните съдържание и специфика.

Обстойно се излагат характеристиките на обсесивно-компулсивните феномени и редица личностни детерминанти на обсесиите и компулсиите със значим самостоятелен ефект върху тях.

Отделено е място на своеобразната еволюция в разбирането за обсесивно-компулсивното страдание (March, Leonard, 1996, pp. 1265–1272).

Изведени са основните дименсии на ОКР-симптоми при възрастни: Идентифицирани са най-малко четири дименсии на обсесивно-компулсивни симптоми (Baer, 1993; Cavallini, Di Bella, Siliprandi, Malchiodi, & Bellodi, 2002; Leckman et al., 1997; Leckman et al., 2003; Leckman, et al., 2001; Mataix-Cols, Rauch, et al., 1999; Mataix-Cols, et al., 2005; Summerfeldt, et al., 1999 вж. Evans, Leckman, 2008): 1. Агресивни, сексуални и религиозни обсесии, както и компулсии свързани с проверка; 2. Обсесии за симетрия, точност и ред, както и компулсии за подреждане; 3. Обсесии за замърсяване, заразяване и компулсии за почистване/измиване; 4. Обсесии и компулсии свързани с трупане и презапасяване.

При многоаспектното разглеждане на всяко едно страдание добрият подход задължително включва въпроса и „**Къде е нормата**?“. Ето защо в тази глава е взето под внимание, че разграничението норма-патология не е еднозначно и е зависимо от среда, култура, етно-регионални особености, епоха, индивидуални особености, възпитание, семейно функциониране, традиции и т.н. (Okasha et al., 1994).

Разгърната е темата за **ОКР в детството и юношеството.** Този проблем се оказва, че е с голяма давност в историята на психиатричните разстройства и се среща значително по-често при децата и юношите, отколкото се е предполагало по-рано (Flament et al., 1988; March, Leonard, 1996).

Първият описан клиничен педиатричен случай на ОКР принадлежи на П. Жане – 5 год. момченце с натрапливи и повтарящи се мисли (de Alvarenga, et al., 2012).

Във **феноменологично** отношение, се посочва, че ранното ОКР в общи линии не се отличава значително от проявите при възрастните, макар че съществува възрастова специфика в съдържанието на обсесиите и компулсиите. Съществуват и изследвания, сочещи че деца и юноши с ОКР, имат значително по-лоши вербална и визуална памет, както и са дефинирани нарушения в скоростта й (Andrésemail et al., 1989).

При по-ранно начало на заболяването компулсиите се представят като елементарни и еднотипни движения на броене или преместване, докосване, често свързани със страхове на децата от възможна загуба на родителя и неговия авторитет, страх от самота.

В пубертета зачестяват обсесии от замърсяване, страх от болести, от нараняване, агресивни и сексуални мисли и образи, религиозни мисли. Компулсиите се усложняват в миене, чистене, къпане, проветряване, броене, подреждяне, колекциониране, предпазване от удар и други.

Обикновено месеци до година преди явните клинични прояви могат да бъдат отчетени общи преходни симптоми на заболяването и заедно с тях неспокоен сън, лоши отношения с връстниците, проблеми с родителите и в училище.

Изброяват се и се описват съдържателно особеностите в поведенията и състоянието на детето, които в началото може да са индикатор за подобен вид страдание: свръхмерна ангажираност с почистване (касаещо личната хигиена, тази на другите, както и в заобикалящата среда), обсесивни страхове и свързани с тях компулсии за миене и честене; Неефективност в ежедневието и в училищното функциониране; Промени във физическото състояние; Нарушаване на обичайната игрова дейност; Емоционални проблеми; Нарушения в адаптацията и социалното функциониране.

Отделено е място на спецификите на обсесиите и компулсиите в детството.

Колкото по-малко е детето, толкова по-необичайни или странни са симптомите (МКБ 10, 1992/1998; Каплан, Садок, 1998; Меш, Вольф, 2003).

Внимание заслужава и динамиката и флуктуациите в ОК-картина в детството и юношеството (Каплан, Садок, 1998; Меш, Вольф, 2003).

Разглежда се и въпроса за **дименсиите на ОКР в детска възраст.** Доказано е, че при децата се срещат значителни промени в проявата на симптоми в течение на времето (Rettew, Swedo et al., 1992), докато съществуват доказателства за това, че такива промени в симптоматичната картина при възрастни не се определят (Rasmussen & Eisen 1990). Чисто развитиино, някои от симптоматичните категории може да бъдат трудни за адекватно идентифициране при децата (McKay et al., 2006).

Изводите от клиничната картина сочат, че в много случаи началото на ранното ОКР е остро, като симптомите могат да се променят и много деца съобщават за тях доста време след появата им (Piacentini et al., 2002; McKay et al., 2004).

В първа глава е акцентирано и на епидемиология в детска и юношеска възраст, тъй като от една страна ОКР се среща значително по-често при децата и юношите, отколкото се е предполагало по-рано (Flament et al., 1988), също така в последните 15 години изследванията в областта на етиопатогенезата на ранното ОКР бележат значителен напредък, а от друга страна разпространеността и инвалидизацията, до която може да доведе не са за пренебрегване.

- Множество са позованията за статистиката – напр. 1% до 2% за САЩ; 1 – 3 % от децата и юношите (Valleni-Basile et al., 1994, Sarvet, 2013); На повече от 10 000 от 5- до 15-годишни – разпространението е 0.25%, а 90% от случаите, са останали незабелязани и нелекувани (Geller, March, 2012, pp. 98–113); От 0,2% до 1,9% (Flamet et al. 1988);

- При 1/3 до ½ от болните с ОКР в зряла възраст заболяването започва в детството или юношеството (Rasmussen, & Eisen, 1990). По-ниска болестност се съобщава за деца под 13 г. (Douglas et al., 1995); Началото е най-често през юношеството или в ранното детство – между 7 и 10,2 години (Бенкерт, Ленцен-Шулте, 1999; March, Leonard, 1996, pp. 1265–1272). Срещани са деца на възраст 5–6 години с напълно разгърнато ОКР (Geller, March, 2012, pp. 98–113).

- Повечето деца не са посетили специалист повече от две години след проявата на първите симптоми, а само 4 от 18 деца с диагноза ОКР са под специализирано, професионално наблюдение според епидемиологията на Flament et al.

Различни **коморбидности** се свързват с ОКР. Те от една страна, затрудняват изясняването на състоянието на детето, а от друга, влошават общото и специфичното му състояние, както и времето, когато се отключват специфичните поведения, тъй като болните с коморбидност имат по-лош терапевтичен отговор, както и пациентите с по-ранно начало на заболяването.

Коморбидността е при 75 – 84% от случаите (Каплан, Садок, 1998; Меш, Вольф, 2003; March, Leonard, 1996, Petersone, et al. 2001; Tukel et al., 2002; вж. също Towbin, Riddle, 2007).

Изброени са психиатричните състояния, които често се появяват заедно с ОКР, както и хода на заболяването и особеностите през младостта и възрастността (Flament et al., 1988; Geller, March, 2012; Leonhard, H.L. et al. 1993; March, Leonard, 1996; Ridle et al., 1990).

Отделено е място и на **терапията в детството и юношеството** като се споменава, че основните терапевтични модалности прилагани при лечение на ОКР спектъра разстройства в детско–юношеска възраст най-общо включват психотерапевтични и фармакотерапевтични интервенции, прилагани самостоятелно или комбинирано.

Множество **характеристики, състояния и особености са често съпътстващи и асоциирани с ОКР.** Те нерядко биват бъркани, считани за припокриващи се, идентични, което подвежда клиничната картина и дава грешен ход на терапевтичната помощ. Това предпостави и тяхното излагане в настоящата разработка.

При децата и юношите страдащи от ОКР много аспекти от техния живот и развитие са „белязани“ от различни трудности и особености – емоционалното състояние, социалните взаимоотношения, когнитивното развитие, автономията, ежедневието, училищното функциониране и т.н.

Познаването и отчитането на **елементите на обсесивно-компулсивния опит** прави по-адекватна професионалната оценка и при необходимост намеса. Като такива са посочени: *Отключващият фактор*; *Неудобство; Компулсивните подбуди; Компулсивното поведение, неутрализацията и ритуалите*; *Редукция на дискомфорта; Страхове от катастрофи, неблагоприятни събития и бедствия; Опитите за презастраховане*; *Избягване; Прекъсване на поведението*; *Съпротива*; *Специфична когнитивна функция*: *действие – синтез* (Rachman, 1993); *„Грешки на мисленето“* (Beck, 1976; Menzies, de Silva, 2003; Nisbett & Ross, 1980 вж. Menzies, de Silva, 2003; Salkovskis,1996b; вж. Menzies, de Silva, 2003); *Процесът на вземане на решения.*

Като една от основните характеристики на обсесивно-компулсивния опит специално внимание е отделено на **руминациите**. **Други характеристики на обсесивно-компулсивния опит** или наподобяващи го също са описани в първа глава: Р*итуали и предчувствия*; *Натрапливите и неклинични ритуали***;** *Натрапливите размишления и патологични тревоги*; *Трупане; Зависимост* (Toates, Coschug-Toates, 2002); *Съвестност* (Nelson et al. 2006).

Фактори свързани с ОКР

Работната група за обсесивно-компулсивни когниции (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001) посочва, че няколко когнитивни структури са от значение за развитието и изострянето на обсесивно-компулсивни (ОК) симптоми (Freeston, Rheaume, Ladouceur, 1996; Purdon, 2001). Когнитивните стратегии за лечение на обсесивно-компулсивно разстройство (OCD) са базирани на изменението на основните вярвания и оценки, формулирани в тези теории (Rachman, 1998; Salkovskis & Warwick, 1985; van Oppen & Emmelkamp, 2000). Ето защо е обосновна важността на това да се измерят когнитивните структури, които са предполагаемо свързани с OCD.

В първа глава предвид тяхната значимост и ролята им на детерминатнти са представени, както когнитивни структури, така и няколко други фактори, които оказват влияние върху обсесивно-компулсивната проблематика: 1. Натрапливи мисли; 2. Безпокойства; 3. Свръхотговорност; 4. Значение и контрол на мислите; 5. Надценяване на опасността; 6. Потискане на мислите; 7. Перфекционизъм; 8. Депресия; 9. Социална тревожност; 10. Личностови разстройства – шизотипно личностово разстройство, гранично личностово разстройство, обсесивно-компулсивно личностово разстройство:

Натрапливи мисли/Натрапливостите може да са мисли, образи, импулси и съмнения. Нежеланите натрапливи мисли, участващи в клиничните нарушения могат да обхванат практически всяка тема или съдържание, отнасящи се до индивид или ситуация (Clark, Rhyno, 2005).

Някои изследователи са приели по-широка дефиниция на явленията, като приемат за натраплива мисъл всяка съзнателна мисъл, която е вътрешно генерирана и която отвличайки вниманието пречи на дейността на изпълнението на определената задача (Yee & Vaughan, 1996; вж. Clark, Rhyno, 2005).

Посочват се и множество други автори с техните разсъждения над този когнитивен феномен (Amir, Cashman, & Foa, 1997; Ladouceur et al., 2000; Clark, 2005 и др.).

Нежеланите натрапливи мисли и безпокойството имат някои общи характеристики, които могат да направят дискриминацията им трудна. И двата вида когнитивни процеси лесно „прихващат“ капацитетите на вниманието, намесват се в текущите дейности, трудно е да се контролират и субективното чувство, което те оставят е неприятно и нерядко изтощаващо.

Безпокойството намира вербални изразни средства, може да е изтощително или неприятно, но макар да е по-реалистично, може да доведе до значителни смущения във функционирането. То е по-доброволно, ала натрапливо, по-устойчиво и с по-голяма продължителност, а вероятно и трудно може да се отхвърли. Неправилните оценки, които характеризират безпокойствието са склонни да се фокусират върху това, дали могат да се сбъднат страшните последици от притесненията свързани с негативните събития. От друга страна, нежеланите интрузивни мисли се състоят и от двете – мисъл и образ и са по-малко доброволни, с по-кратка продължителност и повече его-дистонни. Кратковременни периоди на безпокойства могат да доведат до последващо увеличение на негативните натрапливи мисли, което от своя страна е демонстрация за силната функционална връзка съществуваща между двата вида когниции (Borkovec et al., 1983; York, Borkovec, Vasey, & Stern, 1987; Wells & Papageorgiou, 1995; вж. Clark, Rhyno, 2005).

Уточнява се, че този феномен претърпява през времето различни трансформации по отношение на трактовката му като се представята и авторите работили по него (Калчев, 2012; Amir, Cashman, Foa, 1997; Borkovec et al., 1983; MacLeod, Williams, Bekerian, 1991; Mathews, 1990; Wells, 2005 и др.)

Свръхотговорността е специфично страдание за повечето индивиди с ОКР.

Хората с ОКР считат и убедено вярват, че те самите са лично отговорни за съдържанието на техните натрапливи мисли, както и за всякакви евентуални катастрофални последици, които биха могли да възникнат от техните мисли (Foa, Sacks, Tolin, Przeworski, & Amir, 2002; вж. Salkovskis, 1985). Много от пациентите изпитват прекомерно чувство за отговорност, дори за събития, върху които те нямат никакъв контрол. Всъщност, някои автори смятат, преувеличеното чувство за отговорност за кардинална характеристика на разстройство (напр. Salkovskis, 1985).

Потребност от контрол върху мислите – прекомерно ангажиране със старанието да се упражнява контрол над натрапливите мисли, образи и импулси, като това е съпроводено от твърдата убеденост, че това е освен възможно, ала и необходимо.

Съвременните когнитивни теории занимаващи се с обсесивната проблематика постулират, че те се развиват от обсесии, и се поддържат от надценяването на значимостта на нежелани разстройващи мисли (Salkovskis, 1985).

Хората с обсесивно-компулсивно разстройство често са убедени, че пълния контрол над техните мисли е едновременно, и необходимо, и възможно (Purdon, Clark 2002; Salkovskis, 1985).

Вярванията за *значението на мислите* са често присъстващ елемент в когнитивната организация на страдащите от ОКР. Най-често те самите съобщават за убеденост, че самото присъствие на мислите им прави тези мисли важни и смислени. Една вариация на тази вяра е синтезът мисъл-действие – мислено действие, при който индивидът счита, че мислите му са в състояние да повлияят външния свят – смесване на мисъл и действие или магическото мислене типично за ранните етапи от развитието на мисленето. Типично е за хората с ОКР;

Надценяване на опасността. Този тип мисловен процес представлява вид прекомерни опасения за голямата вреда, която може да произходи от дадено неблагоприятно събитие. Най-често те са необективно и неоснователно преувеличени. Страдащият се ангажира свръхмерно с вярването за силата и ефекта на евентуалната опасност или вредата, която тя може да произведе.

Въпреки, че е малко вероятно и не много често срещано, личностите с OCD могат да покажат завишени вярвания за силата и въздействието на неприятните събития (Carr, 1974; Foa & Kozak, 1986; Salkovskis, 1985;Woods, Frost,&Steketee, 2002 вж. Woods, Tolin & Abramowitz, 2004, pp. 113–125).

Тревожните мисли пораждат емоционален дискомфорт и част от хипотезите са, че те логично ще подлежат на някакъв контрол, опит да се освободи индивида от тях в търсене на равновесие:

Потискане на мисли. Страдащият от тревожните мисли ще се опитва да ги потиска, а това се счита, че обикновено води до хронично и несъзнателно следене на потиснатите мисли, което от своя страна завихря един порочен кръг в който следва повторно натрапване/преживяване и свръхангажиране с присъствието на тези мисли. Хроничното потискане на мислите от своя страна води до нарастване на сензитивността към преживяване на емоции, които са асоциативно свързани с потисканите мисли и така се стига до това, че склонността за потискане на мисли се асоциира със симптомите на депресия, тревожност и обсесии и компулсии (Wenger & Zanakos, 1994; вж. Калчев, 2012). Погрешното убеждение, че дори само наличието на дадена мисъл представлява реална заплаха и това непременно би следвало да бъде под контрол задвижва процеса на потискането. Така потисканато не се разглежда като еднозначен и пряк фактор за обсесиите, а се счита, че е продиктувано от необходимостта и стремежа за справяне с натрапливите мисли като подход за избягване на евентуална беда (Калчев, 2012).

Убедеността, че всяко затруднение, всеки проблем има своето най-вярно, най-добро решение и то трябва да бъде намерено и осъществено намира своето отражение в специфичен психологичен фактор, типичен за немалко страдащи от ОКР:

Перфекционизмът е поведение при което човек целенасочено се стреми да избягва допускането на неправилни постъпки и е убеден, че всяко действие и поведение имат своя идеален вид и всеки проблем има идеалното решение, най-правилно и перфектно (Калчев, 2012). Желателно е да се действа перфектно, да се избягват провалите и грешките, тъй като те имат сериозни последици.

Перфекционизмът е свързан с неспособност на индивида да толерира дори незначителни грешки или несъвършенства, както и вярвания, че е възможно и необходимо да се намери безгрешно решение на всеки проблем (Frost & Steketee, 1997; OCCWG, 1997; вж. Woods, Tolin & Abramowitz, 2004).

Описват се основните компоненти на перфекционизма (Slaney, et al., 2001; 2002), уникалните връзки между димесиите на перфекционизъм (загриженост във връзка с грешки, съмнения относно действията, лични стандарти, свързани с родителската критика, родителските очаквания и организация) и симптомите на ОКР (трупане, миене, проверка, подреждане, обсесии и неутрализация)(Martinelli, et al., 2014), също така връзката между перфекционизъм и нетолерантност към несигурността (Woods,

Tolin, Abramowitz, 2004), както и между социална тревожност и перфекционизъм (Purdon, et al., 1999). Разглеждат се факотри, които прогнозират перфекционизма (Coles et al., 2003) и се отделя внимание на когнитивния му аспект (Flett, Hewitt, 2002).

Установено е също така, че перфекционизмът като цяло както и ирационалните мисли са свързани еднозначно с депресия при юношите (Flett et.al., 2008).

Депресия. Депресивните състояния при подрастващите не са съвсем идентични с тези при възрастните. При децата са повече свързани със специфични ситуации, значително по-лесно преминават, по-рядко са свързани със загуба на тегло и общо забавяне на физиологичните процеси на организма. Честотата е различна според различните автори – 2% до 14%, (Block, Gjerde ,& Block,1991; вж. Ньюкомб, 2002). В други случаи се цитират по-конкретни цифри: за голям депресивен епизод – около 1/100 за деца в предпубертет и между 3 и 4% за юношите след пубертета (Angold, Costello, & Worthman, 1998; вж. Hopkins, Barr, et al., 2005). При децата в ранна училищна възраст, няма полови различия. Докато в пост-пубертетна възраст е налице значително нарастване при момичетата, в сравнение с момчетата – като причини се изтъкват различни фактори от различните изследователи – от напр. влиянието на половите хоромони, до спецификите на женското развитие и роля (Angold, Costello, & Worthman, 1998; вж. Hopkins, Barr, et al., 2005).

Изясняването на когнитивните фактори е от съществено значение, както при предиспозициите, така и при терапията на депресията. Високите нива на отрицателно себевъзприемане, грешки в себеоценяването, грешките при обработка на информация за себе си, няколко аспекта на социално познание, които могат да бъдат свързани с отрицателно самовъзприемане и ниска социална компетентност е установено, че са също свързани с детстката депресия (Hopkins et. al., 2005).

Социална тревожност. Колкото по-изразена, затормозяваща общото и социалното функциониране е тревожността, толкова по-вероятно е тя да бъде в категорията на фобиите. Остава въпросът, доколко специфичните характеристики описващи социалната фобия са достатъчни да опишат и по-общия конструкт – социалната тревожност. Още повече, че поставени на континуум се свежда разглеждането им до само количествените аспекти, а се пренебрегват качествените такива. С. Байдел и Д. Търнър различават двата конструкта водени от идеята за причините за изпитвания дистрес, който е различен при двете страдания (Калчев, 2007).

Децата и юношите със социална тревожност се характеризират с неловкост и слабо представяне, което предизвиква допълнително безпокойство, тъй като те подхождат и без това със страх на повечето ситуации. В допълнение към тяхната крайна тревожност в социални ситуации младежите със социални фобии могат да се чувстват загрижени за най-обикновени неща и дейности (Mash, Wolfe, 2010).

С обсесивно-компулсивната проблематика се асоциират някои личностни предразположености, личностни характеристики и личностови разстройства, които имат прогностични възможности по отношение на обсесиите и компулсиите. В най-висока степен вероятно това е обсесивно-компулсивното личностно разстройство (ОКЛР). Особеностите и спецификите на други две разстройства – гранично личностно разстройство и шизотипно личностно разстройство са също известно основание да се предполага тяхната предиспозиционна роля:

Личностни разстройства (ЛР). В XI-та ревизия на МКБ е планирано възрастовото ограничение за поставяне на диагнозата да отпадне (Schmeck, Schlüter-Müller, 2014).

Честотата на разпространение не е никак за пренебрегване – в зряла възраст личностните разстройства са сред най-честите психични разстройства: около 10 % до

15% в общата и до 50 % в клиничната популация. Разпространението във възрастта 12–17 години е сходно на това, в млада и средна възраст (Schmeck, Schlüter-Müller, 2014).

Шизотипно личностово разстройство (ШЛР). Основавайки се на DSM-V, ШЛР е състояние, при което индивида се чувства некомфортно при осъществяването на близки взаимоотношения, налице са нарушения в мисленето и чувствата, както и странно поведение (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). Комуникацията при индивидите с ШЛР е странна, видът им нерядко е необикновен. Налице са междуличностни проблеми. Може да се наблюдава и деперсонализация, подозрителност, мнителност, персистиращи сиуцидни мисли, неуместни емоции, избягване на социалните. Типични са и аномалиите в речта, монотонния тембър и липсата на интонация, разхлабените асоциации. (Ончев, 2012).

Децата във възрастта 6,9 и 13,4 години с ШЛР (Thompson et al., 1986; вж. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2001) притежават сбор от странни симптоми: магическо мислене, липсваща или недостатъчна емпатия, вяра в несвойственото, в свръхестественото, ритуализирани важни поведенчески модели, когнитивна несвързаност. В поведението си те са по-пасивни, социално неангажирани и незаинтересовани, свръхчувствителни на критика, свръхневротично отговарящи на непредсказуемото, на инциденти, на неочакваното. До ранната младост те не демонстрират и особен социален страх, тъй като поради своята изолираност, пасивност и незаинтересованост те не са успели да „тестират“ във взаимоотношенията всичко това. Факт при такива деца са особености включващи множество вътрешни страхове и неясноти относно самите себе си (Sharp, Bleiberg, 2007).

Гранично личностово разстройство (ГЛР). Човекът с ГЛР често преживява повтаряща се тенденция към дезорганизация и нестабилност в представата си за собственото „Аз“, настроението, поведението, взаимоотношенията с хората около него.

Една от най-често цитираните статистики сочи, че 3,6% от момичетата и 2,8% от момчетата изпълняват критериите на DSM-IV за гранично разстройство на личността (Schmeck, Schlüter-Müller, 2014).

При децата borderline характеристиките могат да се припознаят най-общо в богато проявление на невротични и поведенчески симптоми – яростна агресия, комуникативни нарушения, страхове, обучителни трудности, автогресия, енуреза, депресия, диссоциални поведения, нарушения в психомоториката, хранителни разстройства, нарушения на съня, езикови разстройства (Diepold, 1995). При юношите се стига до депресивни епизоди, различни по-силно изразени страхове, кризи на идентитета, с резки смени на идентификацията с важни социални групи или прослойки или идеологии, невротични конфликти с авторитетите. Също така могат да се отключат примитивни стратегии за справяне като антисоциално поведение или инфантилни, нарцистични обекти на привързаност.

В юношеската, а и по-късно в по-възрастната гранична личностова структура е налична т.нар. „дифузия на идентичността“. Една от особеностите на недиференцираността на „пограничното съзнание“ при децата се явява нетолерантността към амбивалентността, в т.ч. към образа на „Аз“-а като, и „добър“, и „лош“ (Фельдштейн, Реан, 2003, с. 106).

Нерядко те не могат да антиципират удоволствие или да го изразят, да покажат радост от това, с което се занимават, като това важи и за играта. Налични са чувства на апатия, анхедония, загуба на смисъл, хронична депресия. Децата с бордерлайн структура имат разстроени обектни отношения, при които липсва психичния образ на майката, която е на разположение на детето. Ето защо те имат и страх от дезинтеграция. Тялото също е включено в този контекст – страх от разпадане, от проникване, от разтваряне и др.под. (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2001).

Семейното функциониране е разстроено при децата с бордерлайн структура – напр. обърнати роли, или родителите имат големи страхове да оставят детето им да се обособи и да получи самостоятелност, затвърждават една патологична зависимост. Бракът е наситен от множество конфликти (Sharp, Bleiberg, 2007).

Обсесивно-компулсивно личностово разстройство (ОКЛР). Още през 1997 година изследователи (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2001, S. 137) чрез множество проучвания стигат до извода, че ОКР и обсесивната личност макар да имат сходни феноменологични характеристики, не принадлежат към един и същ генетичен спектър и че ОКЛР може да бъде поставено като диагноза на 10 год. дете. При ОКР страдащият приема повтарящите се действия като его-дистонни (неприемливи и несвойствени) и докато има психичната енергия и сила в началото се съпротивлява на тях, а при индивидите с ОКЛР симптомите не са така тревожещи ги, приемат се като его-синтонни (т.е. част от човека, приемливи за него), липсва съпротива срещу тях и личността не чувства липсата на възможност за контрол (Pinto et al., 2008; вж. Калчев, 2012)

Макар в DSM-IV да не се отбелязват критерии за ОКЛР при деца, то не е непознато сред клиницистите. Такива деца са склонни да започнат отначало, да се обърнат на 180 градуса, за да бъдат абсолютно перфектни, да напишат наново и наново домашното си, без да допускат и най-малка грешчица. Parker и Stewart (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2001) откриват редица специфични и съпровождащи особености – от общите, типични симтоми влошаващи училищния успех и свързани с неспокойност, прекомерни очаквания, неудовлетвореност от постиженията, конкурентно мислене, техники на отлагане, протакане, необходимост от контрол и самокритичност до депресия, гневни изблици, бързо настъпващата училищна умора и лоши учебни резултати. Децата с личностово разстройство от този вид са в по-висока степен реактивни на внезапни промени в средата и ще реагират с маладаптивни, ригидни поведенчески модели.

Грубата агресия, придружена от чувства на удоволствие може са е прояви често в играта и в сънищата на такива деца и е в тежък контраст с тяхното иначе въздържано и премерено поведение. (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2001). Садистичните черти предизвикват повече страхове и утежняват и задълбочават потребността за упражняване на един омнипотентен контрол над останалите и към подтискане на емоциите сред останалите и в междуличностните контакти. Още в ранна училищна възраст може да се види свръхчувствителността към критика.

Обоснована е необходимостта от ранна идентификация на обесивно-компулсивната проблематика. Това от своя страна би позволило своевременна интервенция, което ще минимализира или дори в някои случаи до голяма степен ще неутрализира негативните ефекти от обсесивно-компулсивното страдание.

За целта особено подходящи са *самоописателните скали*, тъй като: (1) детето е по-склонно да споделя за своя вътрешен, скрит психичен опит, който типично осъзнава като „странен“ и „необичаен“ върху „белия“ лист, отколкото лице в лице, (2) те позволяват събиране на информация за широк кръг от симптоми, които детето или юношата не е в състояние да сподели, поради по-ниското ниво на самопознание, неправилното разпознаване на симптомите или липсата на адекватна критичност за наличие на проблем, (3) удобни са за събиране на данни на голям брой индивиди, (4) създават добри условия за ре-оценка и така възможност за „тестиране“ на ефекта от терапията, (5) в някои случаи могат да бъдат фактори индуциращи липсваща до момента себерефлексия и така да се стигне до самостоятелно от детето/юношата откриване на отричани, замаскирани или неясни до момента симптоми.

За да се осигури оценка на широкия кръг от обсесии, компулсии, поведение на избягване и личностни характеристики в обсесивно-компулсивното функциониране и

за да се отговори на все по-растящата необходимост от разпознаване и последваща подкрепяща намеса, е необходима адаптация за български условия на инструмент, осигуряващ изпълнението на гореспоменатите условия. Един съвременен инструмент, с широк спектър на оценка е *Ванкувърският въпросник за обсесии и компулсии – Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*, VOCI (Thordarson, Radomsky, et al., 2004).

С цел по-прецизно и точно разграничаване на обсесивните характеристики от тези с клинична значимост, от безпокойствата, тревожността, страха, от други клинични диагнози като депресия, от личностови разстройства, също така с цел изясняване на връзките между тях и вероятностите за взаимното им влияние, към основния въпросник се включва и оценката на редица други конструкти.

II Глава. Постановка и организация на емпиричното изследване

Цел, обект, предмет и хипотези на емпиричното изследване

Цел на представения дисертационен труд е теоретичното и емпирично изследване на взаимовръзките и взаимовлиянието на различни психологични фактори на обсесивно-компулсивната проблематика, като се анализират в сравнителен план ефектите на личностни детерминанти на обсесиите и компулсиите, в сравнение със самите обсесивно-компулсивни феномени в неклинична юношеска извадка. Подобна цел предполага лонгитюден изследователски дизайн на двукратно изследване, който би позволил проверка на хипотези за детерминацията на обсесивно-компулсивните феномени. От тази гледна точка бе необходимо да се оценят:

(а) устойчивостта на обсесиите и компулсиите в юношеска възраст, т.е. в каква степен изходното равнище ще се съхранява във времето, като е предпоставка за възпроизвеждане на обсесиите и компулсиите;

(б) самостоятелните ефекти на оценяваните личностни детерминанти на обсесиите и компулсиите, т.е. в каква степен те засилват уязвимостта и повишават риска от развитие на обсесии и компулсии, независимо от изходното равнище на обсесивно-компулсивните феномени.

Обект на изследването са характеристиките и проявите на обсесивно-компулсивните феномени в юношеска възраст и асоциираните с тях личностни характеристики, играещи ролята на детерминанти за обсесии и компулсии в юношеска възраст.

Предмет на научната работа е изследването на вероятността обсесиите и компулсиите да бъдат прогностичен фактор за обсесивно-компулсивна проблематика, както и определени личностни характеристики, които да имат значими, макар и по-слаби с обсесиите и компулсиите самостоятелни ефекти.

Хипотези на изследването:

1. Наличие на известна устойчивост – времева стабилност на обсесиите и компулсиите в масовата (неклинична) извадка в юношеска възраст, т.е. изходното равнище на тези два феномена ще се съхранява във времето, като е предпоставка за възпроизвеждане на обсесиите и компулсиите. За проверка на посочената хипотеза е необходимо да се адаптира съвременен въпросник за оценка на обесесиите и компулсиите, предназначен за юношеска възраст, с достатъчно широк спектър на оценявани обсесивно-компулсивни феномени;

2. Съществуват самостоятелни значими ефекти на личностни детерминанти на обсесиите и компулсиите, които засилват уязвимостта и повишават риска от развитие на обсесии и компулсии, независимо от изходното равнище на обсесивно-компулсивните феномени. Към такиви личностни дерминанти със значим

самостоятелен ефект, могат да се отнесат: обсесивните убеждения (чувство за свръхотговорност, перфекционизъм, надценяване на опасността, значение/контрол на мислите), натрапливи мисли (без обсесивно съдържание), депресия, безпокойства, личностови разстройства: обсесивно-компулсивното личностово разстройство, шизотипно личностово разстройство и гранично личностово разстройство).

За реализацията на целите на дисертационния труд, емпиричното изследване е реализирано на два етапа:

I-ви етап: Конструиране на българска версия на един съвременен самоописателен въпросник за оценка на широк спектър от обсесии и компулсии в юношеска възраст – *Ванкувърският въпросник за обсесии и компулсии* (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*, VOCI, Thordarson et al., 2004);

II-ри етап: На този етап, заедно с VOCI, в рамките на двукратно лонгитюдно изследване, са оценени независимите ефекти на редица личностни детерминанти на обсесиите и компулсиите в неклинична юношеска извадка.

Първи етап на емпиричното изследване

Целта на този етап от изследването е получаване на резултати по апробацията на Ванкувърският въпросник за обсесии и *компулсии (Vancouver Obsessional Compulsive Inventory,* VOCI, Thordarson et al., 2004) в неклинична юношеска извадка.

Представена е оценка на факторната структура, надеждността на конструктната валидност, чрез връзки с широк кръг променливи.

Изследвани лица

Извадката включва общо 852 ученика от 4 средни училища в гр. София (710 пълни протокола): 119 СОУ; 32 СОУ; Софийска Гимназия по Строителство, Архитектура и Геодезия "Христо Ботев"; 40 СОУ „Луи Пастьор“. Възрастта е между 13 и 19 год. (8.–12. клас). 377 от изследваните лица (44,2%) са момчета, а 475 (55,8%) момичета.

Метод

За реализацията на първата част на емпиричното изследване е подбрана батерия от методи, една част, от които са предназначени за оценка на обсесии и компулсии, друга за асоциирани с тях характеристки.

(1) *Ванкувърският въпросник за обсесии и компулсии* (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*, VOCI, Thordarson, D., Radomsky, A., S. Rachman, Shafran, R., Sawchuk, C., R. Hakstian, 2004) е нов, разработен неотдавна инструмент за оценка на обсесии и компулсии (Thordarson, et al., 2004). Вариантът е с 55 айтема, на които се отговаря с помощта на 5-степенна Ликертова скала на съгласие (0–4).

Предназначен е да осигури оценка на широк кръг от обсесии, компулсии, поведение на избягване и личностни характеристики в обсесивно-компулсивното функциониране. Всеки елемент е съставен така, че да има повишена чувствителност към терапевтична промяна. Всички елементи се отнасят до настоящите безпокойства и поведение и са положително формулирани, което води до по-лесна администрация, отчитане и интерпретация.

Оригиналната факторна структура на VOCI разграничава 6 компонента: 1. *Заразяване/Замърсяване* – 12 айтема; 2. *Проверяване* – 6 айтема; 3. *Обсесии* – 12 айтема; 4. *Трупане* – 7 айтема; 5. *Перфекционизъм* – 12 айтема; 6. *Нерешителност* – 6 айтема.

Българският превод, по публикуваната версия (Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk, Hakstian, 2004, pp. 1289–1314), е направен в три независими варианта

от П. Калчев, К. Ханчева и В. Кръстева-Симеонова, дискутирани допълнително до постигане на съгласие. В подготвеният за апробация изходен вариант са добавени два айтема за подреждане, взети от психометричната скала *The Symmetry, Ordering and Arranging Questionnaire*, SOAQ (Radomsky, Rachman, 2003, pp. 893–913). Оригиналната версия на VOCI не съдържа скала *Подреждане*, но поне един от айтемите има такова съдържание. Затова идеята е, чрез двата допълнителни признака евентуално да се формира мини-скала за подобен тип компулсии.

Други скринингови диагностични инструменти използвани през първия етап на емпиричното изследване:

(2) *Въпросник за обсесии и компулсии–кратка (ревизирана) версия – Obsessive-Compulsive Inventory–Short Version*, OCI-R, Foa et al., 2008; (Калчев, 2012).

Ревизираната версия на инструмента е изготвена през 2002 год. – *Obsessive-Compulsive Inventory–Short Version*, OCI-R. Състои се от 18 айтема и 6 субскàли. Тя подобрява възможностите на първоначалната пълна версия (от 42 айтема) в следните аспекти:1. Съкращава процедурата и времето за попълване – т.е. тя е с много по-лесно, ефективно и икономично администриране. Попълва се лесно и бързо – средно за около 5 минути. Изследваното лице отговаря се за степента на личния дистрес от обсесиите и компулсиите чрез 5-степенна скала от Ликертов тип (0–4); 2. Опростява резултатите от субскалите; 3. Намалява припокриването на субскалите; 4. Запазва отлични психометрични характеристики; 5. Субскалите дефинират добре индивидите с и без OCD.

Българската адаптация на OCI-R в юношеска възраст е осъществена върху 1695 юноши от 8.–12. клас (Калчев, 2012).

Факторната структура разграничава следните фактори: Първият най-голям фактор е *Подреждане* (α = 0,805); Вторият фактор (α = 0,805) е *Обсесии*; Третият фактор е *Проверяване* (α = 0,793); Четвъртият фактор е *Трупане* (α = 0,750); Петият ф-р е *Миене* (α = 0,663); Шестият /най-малък/ фактор е *Неутрализация* (α = 0,537).

При тази последна подскала *Неутрализация* се посочват евентуални проблеми с вътрешната съгласуваност (в оригиналната версия е също с ниско ниво на надеждност в неклиничната контролна извадка – α=0,34). Предположенията за ниската стойност на α в българското изследване са свързани с по-ниските факторни тегла на два от айтемите (Калчев, 2012).

Това е предпоставка, още в началните етапи на апробация да се включат 3 допълнителни (резервни) айтеми, единият от които участва в окончателната българска версия (Калчев, 2012).

Данните с OCI-R в настоящото изследване са върху 262 ученика от 8. –12. клас.

(3) *Въпросник за безпокойства на Щатския университет на Пенсилвания – Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ, Mayer et al.,1990. Той се използва за оценка на честотата, интензивността и контрола върху безпокойствата. PSWQ е един от най-често използваните инструменти за изследване на безпокойствата като основен компонент на тревожността и в частност на генерализирано тревожно разстройство. Също така поради насочеността към реалистичните безпокойства на PSWQ, получените с негова помощ данни позволяват допълнителни възможности за интерпретации на резултатите получени за обсесиите и компулсиите от специализираните скали (от типа на VOCI). Актуалността му е мотивирана допълнително и от факта, че PSWQ измерва безпокойствата като личностна черта, като устойчива характеристика на индивида: склонността на даден човек да се безпокои по принцип, а не единствено в определени ситуации (Калчев, 2012).

PSWQ се състои от 16 айтема, на които се отговаря с помощта на 5-степенна скала на съгласие. Единадесет от айтемите са положително формулирани като *Преживяване на безпокойства* (а именно наличие на безпокойства). Останалите пет,

които са отрицателно формулирани като *Отсъствие на безпокойства,* се прекодират допълнително преди изчисляването на общия бал. Предвид трудностите произтичащи от отрицателната формулировка се препоръчва от някои автори (Hazlett-Stevens et al., 2004, вж. Калчев, 2012) да се използва съкратен 11-айтемен вариант.

Българската адаптация (Калчев, 2012) на PSWQ е върху 972 ученици, като факторните анализи също потвърждават изкуствения характер на втория по-малък фактор, основан на формулировката на признаците. Въпреки това, поради популярността на PSWQ и с оглед на съпоставимостта на резултатите, в изследването е използван общия бал по скалата.

Данните с PQWQ са върху общо 348 от ученици, на възраст между 13 и 18 години.

(4) *Въпросник за потискане на мисли „Бялата мечка“* (*White Bear Suppression Inventory*, WBSI, Wenger&Zanakos, 1994) е ориентиран към оценка на „общата склонност потискането на мислите да се използва като стратегия за ментален контрол в различни ситуации и съдържание на мислите“ или за „хронично потискане на мислите“ (Wenger & Zanakos, 1994, p. 618, вж. Калчев, 2012). Форматът на скалата за оговори е 5-степенна скала от Ликертов тип – от 1 (Изцяло невярно) до 5 (Напълно вярно).

Бългаският вариант на WBSI от е върху 761 юноши (пълни протоколи) от 14 до 18 години (Калчев, 2012).

В настоящата разработка са включени резултатите за WBSI от 348 юноши от 8.–11. клас.

(5) *Въпросникът за Обсесивни убеждения* (*Obsessive Beliefs Questionnaire,* OBQ). Използва се за оценка на когнитивни конструкти, които са свързани с обсесиите и компулсиите. В резултат на работата на авторите на въпросника (Работна група за обсесивно-компулсивни когниции – Obsessive Compulsive Cognitions Working Group), се стига до обобщението, както е описано подробно в теоретичната част на представената работа, за шест основни области на убеждения, които са характерни за хората с ОКР (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001): 1. Прекомерно чувство за отговорност; 2. Придаване на свръхзначение на мислите; 3. Потребност от контрол над мислите; 4. Надценяване на опасността; 5. Нетолерантност към несигурността; 6. Перфекционизъм.

Конструиран е български вариант на OBQ-44 от Пламен Калчев (2012 год.). Извадката е от 693 пълни протокола, като факторните анализи свидетелстват в полза на четирифакторно решение: 1. Първият най-голям фактор е *Перфекционизъм*; 2. Вторият е *Свръхотговорност*; 3. Третият фактор се състои от айтеми оценяващи *Значение/контрол върху мислите*; 4. Най-малкият четвърти фактор е *Надценяване на опасността*.

В настоящото изследване данните са върху 348 изследвани лица.

(6) *Скàлата за депресия на Л. Радлоф* (*The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale,* CES-D, Radloff, 1997). Разработена е в центъра за епидемиологични изследвания към Националния институт за психично здраве в САЩ. „Предназначена е да измерва актуалното равнище на депресивната симптоматика с акцент върху афективния компонент – депресивното настроение“ (Radloff, 1997, p. 385, вж. Калчев, 2012) и представлява 20-айтемен самоописателен въпросник. Той е широко използван и популярен самоописателен метод за оценка на депресивното страдание, както за възрастни индивиди, така и за юноши. (Dick et al. 1994; Roberts et al. 1990; вж. Flett, Hewitt, Wing Man Winnie Cheng, 2008). Повод да бъде точно този инструмент подбран за измерване на депресивната симптоматика измежду други подобни инструменти като напр. Скàла за депресия на Бек (*The Beck Depression Inventory – BDI,* Beck et al., 1961) е че той е по-ефективен в неклинична популация – т.е. при относително ниски нива на депресия, отличаващи се с афективен компонент, за разлика от BDI, работещ по-добре

в клинични извадки с оценка и на соматични компоненти на депресията (Калчев, 2011). Отговорите се дават с помощта 4-степенна честотна скала. Акцентът е поставен върху измерването на депресивното настроение т.е. върху неговите афективни аспекти, въпреки че във въпросника има не малко айтеми свързани със соматични признаци, които представят основни депресивни симптоми, подбрани и от вече валидизирани инструменти (чувство за безнадеждност, за подтиснатост, за самота, разстройства на апетита и съня и т.н.) (Калчев, 2007). Българската адаптация е направена от Пламен Калчев (Калчев, 2012).

В настоящата разработка са включени резултатите от протоколите на 348 юноши с CES-D от 8.–11. клас.

Процедура

Във всяко от посетените за изследването училища предварително бяха проведени срещи с директорите и с психолозите. Бяха договорени подробно броя на посещенията, схемата на контакт с класните ръководители, начина на представяне на учениците на повода за провежданото изследване и в най-общи линии, какво могат да очакват. Където бе необходимо се посетиха родителски срещи на съответните паралелки за изясняване същноссттта на „анкетата“ и получаване от родителите писмено съгласие чрез предварително подготвени за целта бланки за „Информирано съгласие“. Обратната връзка бе сериозен мотив за сътрудничеството от страна на ръководството на всяко от училищата. В някои от случаите в началото, а и впоследствие, бе изразено желание от страна на някои класни ръководители за персонална информация относно резултатите на определени ученици, въпреки предварителната уговорка за анонимност.

Изследването се провежда групово и аноному в рамките на един учебен час (45 минути) в класната стая. Всички специфични въпроси, възникнали в процеса на изследването, са подробно представени в дисертационния труд.

Резултати и обсъждане

Факторна структура на Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии – VOCI

Оригиналните 55 айтема от VOCI са подложени на факторен анализ по метода на главните компоненти, с ротации по Варимакс и Промакс. Данните от scree-теста на Кетъл свидетелстват за възможно 5-, 6- или 7-факторно решение, но без ясно предимство на някои от посочените варианти. Затова последователно са анализирани трите варианта на факторизация. При всички случаи ясно се разпознават 4 от оригиналните фактори: *Обсесии*, *Заразяване/замърсяване*, *Проверяване* и *Трупане*, както и допълнителен малък фактор, който не присъства в оригиналната версия, формиран от три айтема за броене/ментални ритуали. Седемфакторното решение обаче не разграничава оригиналните фактори *Перфекционизъм* и *Нерешителност* – част от предназначените за тях айтеми се разпределят с ниски тегла към други фактори, останалите формират общ компонент. Тъй като оригиналните айтеми, предназначени за оценка на *Перфекционизъм* и *Нерешителност* (общо 18), от една страна са проблемни, от гледна точка на разпределението си, а от друга – оценяват не типични обсесии и компулсии, а асоциирани с тях личностни характеристики, на следващия етап те бяха изключени от анализа, както останалите 37 отново бяха подложени на факторен анализ (по метода на главните компоненти). Полученото четирифакторно решение (43% обяснена дисперсия) изцяло възпроизвежда 4-те оригинални фактора от VOCI, макар и с различна последователност при извличането. Факторната матрица свидетелства за „чисто“ факторно решение: високи тегла по оценявания фактор и ниски по останалите.

В първият фактор (12 айтема) *Заразяване/Замърсяване* с най-високи тегла са: № 21: *Изключително силно ме притесняват микробите и болестите*; № 23*;* Във вторият

фактор (12 айтема) *Обсесии* с най-високи тегла са: № 27: *Непрекъснато ме преследва и безпокои една и съща мисъл или картина на смърт;* № 52*;* В третият фактор (6 айтема) *Проверяване* с най-високи тегла са: № 7: *Проверявам по няколко пъти, отново и отново неща като кранчета на чешми, електрически ключове, дори и след като вече съм ги спрял или изключи;* № 43*;* В четвъртият фактор (7) *Трупане* с най-високи тегла са: № 42: *Много ми е трудно да изхвърля каквото и да било от вкъщи, защото се опасявам да не се лиша от нещо ценно;* № 35.

На следващият етап отделно са анализирани 18-те оригинални айтеми за оценка на *Нерешителност* и *Перфекционизъм*, плюс двата допълнителни айтема за *Подреждане*. Тъй като при всички варианти на факторизация три от тези айтеми са с ниски тегла (напр. № 29 „Твърде много се тревожа да не би да обезпокоя други хора.“), те са отстранени от анализа (съдържанието на тези айтеми характеризира по-скоро тревожни нагласи, без специфично обсесивно съдържание).

Данните от факторния анализ на посочените айтеми (по метода на главните компоненти и Варимакс ротация) показват най-ясно интерпретируемо четирифакторно решение (55% обяснена дисперсия).

Въз основа на съдържанието си четирите фактора могат да се означат по следния начин: Фактор 1 (5 айтема) – *Подреждане*, например: № 56: *За мене е важно вкъщи дрехите ми да се подредени по особен, определен от мене начин;* Фактор 2 (4 айтема) – *Нерешителност*, например: № 4 *Трудно вземам решения дори за най-обикновени неща;* Фактор 3 (5 айтема) – *Перфекционизъм*, например: № 5 *Чувствам, че трябва да съм перфектен във всяко едно отношение;* Фактор 4 (3 айтема) – *Броене/ментални ритуали*, например: № 36 *Усещам силна вътрешна принуда да броя разни неща.*

От тази гледна точка са налице аргументи за формиране на два допълнителни показателя, които не се изчисляват в оригиналната версия на VOCI – за *Подреждане* и *Броене/Ментални ритуали*, както и за отделна оценка на *Перфекционизъм* и *Нерешителност*, макар и редуциран, в сравнение с оригиналната версия вариант. Основания за тези изводи дават и данните за вътрешната съгласуваност на показателите. От друга страна, когато се факторизират всички айтеми на VOCI (плюс двата допълнителни за подреждане), при седемфакторното решение: *Заразяване*, *Обсесии*, *Проверяване*, *Трупане*, *Подреждане*, *Броене*, *Перфекционизъм* и *Нерешителност* се обединяват в общ фактор, който не се разпада на два компонента, при осемфакторният вариант. Корелацията между *Перфекционизъм* и *Нерешителност* – r Пирсън е значима (0,56), но не достатъчно силна, за да се обединят айтемите в общ показател (*Перфекционизъм/Нерешителност*).

Накратко: налице са основания както за разграничаване, така и за обединяването на двете скали в общ показател, но решението трябва да бъде взето въз основа и на допълнителни аргументи, в частност на базата на връзките с други променливи.

Надеждност (вътрешна съгласуваност)

Коефициентите на вътрешна съгласуваност (α на Кронбах за цялата извадка и по пол) са представени в таблица 1. Резултатите показват добри стойности на вътрешна съгласуваност, с оглед на броя на айтемите, формиращи отделните скали.

Таблица 1. Вътрешна съгласуваност (α на Кронбах) на скалите на Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии, VOCI в неклинична юношеска извадка

Скали от VOCI	Общо N=710	Момчета N=377	Момичета N=475
Заразяване	0.84	0.86	0.82
Обсесии	0.83	0.84	0.83
Проверяване	0.86	0.84	0.88
Трупане	0.78	0.77	0.78
Подреждане	0.77	0.78	0.76
Броене	0.64	0.63	0.65
Нерешителност	0.77	0.74	0.78
Перфекционизъм	0.68	0.68	0.69

Разлики по пол

Сравнението на база единични t-тестове за независими извадки показват отсъствие или близки до статистически незначимите разлики по пол, като най-изразена (в полза на момичетата) е разликата по *Трупане* и *Нерешителност* (p<0,001).

В заключение: Данните, получени с VOCI с български юноши възпроизвеждат изцяло 4 основни обсесивно-компулсивни фактора (*Обсесии*, *Заразяване*, *Проверяване* и *Трупане*), като дават основание за извличане и на допълнителни, потенциално полезни по-малки фактори. Резултатите свидетелстват и за добри равнища на вътрешна съгласуваност.

Валидност

На следващият етап, за оценка на психометричните характеристики на инструмента, от принципно значение са данните за валидността на инструмента. За целта е необходимо да се анализират връзките на VOCI с друг популярен инструмент за оценка на обсесиите и компулсиите: Обсесивно-компулсивният въпросник – ревизирана версия (*Obsessive–Compulsive Inventory* – Short Version, OCI-R) (OCI-R, Foa et al., 2008), адаптиран за юношеска възраст (Калчев, 2012).

Корелациите между двата въпросника и съответстващите си скали са представени в таблица 2:

Таблица 2. Корелации (r на Пирсън) на компонентите и общия бал на Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии, VOCI и Въпросник за обсесии и компулсии–кратка (ревизирана) версия, OCI-R (N=262)

	Обсесии	Заразяване	Проверка	Трупане	Подреждане	Ментална неутрализ.	OCI-R общ бал
Обсесии	**,588****	,343**	,344**	,360**	,353**	,342**	,585**
Заразявяне	,247**	**,624****	,340**	,260**	,342**	,237**	,493**
Проверяване	,316**	,368**	**,751****	,300**	,364**	,322**	,567**
Трупане	,350**	,315**	,424**	**,682****	,352**	,297**	,593**
Подреждане	,308**	,432**	,364**	,366**	**,683****	,350**	,616**
Броене/Мент.рит.	,263**	,328**	,399**	,337**	,350**	**,528****	,516**
Перфекционизъм	,307**	,303**	,349**	,281**	,435**	,223**	,469**
Нерешителност	,435**	,246**	,355**	,373**	,260**	,227**	,465**
VOCI общ бал	,509**	,542**	,571**	,506**	,488**	,404**	,732**

Забележки:

(а) **p<0,01;

(б) коефициентите на конвергентна валидност са дадени с почернен шрифт.

• Отбелязва се наличие на значими корелации между отделните субскали и по двата въпросника; • Скалите измерващи сходни конструкти са с по-силна корелация помежду си – всички над 0.5; • Двете скали за *Заразяване/Замърсяване* корелират най-силно една с друга (r=0,624) и по-слабо с останалите; • Общият бал на двата въпросника корелира със стойност r=0.732; • По-слаба е корелацията (на фона на останалите) между скалите за обсесии от двата въпросника. Вероятна причина би могло да е по-малкия брой айтеми формиращи OCI-R и по-общата им формулировка там; • Най-силни са корелациите между скалите за *Проверяване*, т.е. вероятността да измерват един и същ феномен е най-голяма при тях. Причина може да бъде факта, че в двата въпросника твърденията касаят много ясни и категорични действия и поредица от такива; • Умерена е например корелацията между *Нерешителност* от VOCI и *Обсесии* от OCI-R, което вероятно се дължи на факта, че съществува връзка между предразположената към ОКР личност и ананкастната структура, част от чиито основни характеристики са нерешителност, съмнение, голяма вътрешна несигурност; • Макар и *Нерешителност* и *Перфекционизъм* да се асоциират с ОКР, *Нерешителност* от VOCI корелира в по-висока степен с *Обсесии* от OCI-R, отколкото *Перфекционизъм* от първия въпросник с *Обсесии* от втория, което е още един факт, който ще се вземе предвид при решението, ще останат ли те в един фактор или ще се обособят окончателно отделно.

На следващият етап се разглеждат последователно връзките на отделните скали от VOCI с останалите самоописателни скали, използвани на първия етап на изследването (вж. Метод).

1. Оценяват се връзки между VOCI от една страна, с компонентите и общите показатели PSWQ и WBSI. Целта е първоначално да се оценят корелациите между VOCI и останалите компоненти от скалите *Безпокойство* и *Потискане на мисли* съответно на PSWQ и на WBSI. Първата е с два компонента – 1. Наличие и 2. Отсъствие на безпокойство. Втората е също с два компонента - 1. Натрапливи мисли и 2. Потискане.

Таблица 3. Корелации (r на Пирсън) на компонентите и общия бал на Ванкувърският въпросник за обсесии и компулсии, VOCI и Въпросник за потискане на мисли „Бялата мечка“, WBSI (N=348)

	Общ показател	**Наличие на безпокойства**	**Отсъствие на безпокойства**	**Потискане на мисли**	**Натрапливи мисли**	**WBSI**
Обсесии	.451**	.511**	-.096	.339**	.227**	.317**
Заразяване	.293**	.290**	-.167**	.218**	.147**	.225**
Проверяване	.406**	.422**	-.176**	.236**	.177**	.236**
Трупане	.410**	.463**	-.154*	.411**	.198**	.339**
Подреждане	.439**	.443**	-207**	.292**	.170**	.259**
Броене/Мент.рит.	.325**	.353**	-.102	.288**	.180**	.258**
Перфекц./Нерешит.	.588**	.605**	-.290**	.319**	.129**	.244**
Перфекционизъм	.483**	.523**	-.213**	.260**	.168**	.232**
Нерешителност	.566**	.554**	-.291**	.314**	.068**	.210**
VOCI	.576**	.604**	-.248**	.394**	.205**	.337**

**p<0,01; *p<0,05

• Освен, че перфекционизма е предпоставка за обсесиите, най-високи корелации се откриват между *Перфекционизъм и Нерешителност* в смесен фактор и *Наличие на Безпокойства* – 0.65; • Следващите по-силни корелации са между *Нерешителност* с *Наличие на Безпокойство* – 0.55 и предполагаемо на *Обсесиите* с *Безпокойство* – 0.51.

2. Следващият инструмент, чиито корелации с VOCI са обект на настоящата разработка е *Въпросникът за Обсесивни убеждения* (*Obsessive Beliefs Questionnaire*, OBQ). Корелациите са представени в таблица 4.

Таблица 4. Корелации (r на Пирсън) на компонентите и общия бал на Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии, VOCI и Въпросник за обсесивни убеждения, OBQ (N=348)

	Надценяване на опасността	**Свръх - отговорност**	**Перфекционизъм**	**Значение/Контрол на мислите**	**OBQ27**
Обсесии	.390**	.241**	.190**	.334**	.382**
Заразяване	.401**	.273**	.290**	.535**	.506**
Проверяване	.309**	.372**	.213**	.354**	.416**
Трупане	.332**	.280**	.230*	.260**	.340**
Подреждане	.343**	.407**	.399**	.413**	.527**
Броене/Мент.рит.	.276**	.229**	.157*	.340**	.341**
Перфекц./Нерешит.	.438**	.365**	.463**	.261**	.495**
Перфекционизъм	.346**	.305**	.499**	.148*	.440**
Нерешителност	.421**	.345**	.277**	.301**	.419**
VOCI	.505**	.382**	.368**	.491**	.554**

**p<0,01; *p<0,05

• Най-силна е корелацията на скалата *Придаване на значение и контрол на мислите* със *Заразяване* от VOCI – 0.53. Вероятно причина за това, както и за по-силната връзка между *Придаване на значение и контрола на мислите* и *Подреждане* (0,41)*, Проверка* (0.35)*, Ментална неутрализация* (0.34) е фактът, че наличието на такъв затормозяващ процес, при който човек е притиснат да придава особено значение на определени мисли и то с чувство на принуда и достатъчно често, изисква и опити, по различни начини да се контролират мисли – чрез неутрализация, отстраняване чрез определени действия и т.н; • *Подреждане* от VOCI е със значими корелации с всички обсесивни убеждения от OBQ; • Тъй като *Свръхотговорност* и *Придаване на значение и контрола на мислите* се асоциират в голяма степен с особеностите на хората, които са с ОКР, т.е. те са един вид тяхна същностна характеристика, очаква се и техните корелации с *Обсесии* да са по-високи; • В случая, обаче, *Надценяването на опасността* е с най-висока корелация с *Обсесии* от VOCI, което може да се тълкува като резултат по-скоро валиден за неклинична извадка и потвърждаващ непатологичния характер на проявените обсесии; • Също така преувеличаването на вероятността от възможна вреда, каквото е *Надценяване на опасността* и *Перфекционизъм* между които е налице също добра корелация (0.44) се свързват също освен с ОКР, но и с типични и за други тревожни състояния характеристики; • Последното, както и по-стабилната и изразена връзка, която се демонстрира от резултатите между *Надценяване на опасността* и *Нерешителност* може да се дискутират в контекстта и на допускането според когнитивната теория, че и двете са подобни на личностни черти, сравнително устойчиви разбирания на индивида за ролята на нежеланите мисли, образи и импулси.

3. На следващият етап се сравняват обсесиите с депресията. Очакванията за значими връзки намират емпирично потвърждение. Сравняват се последователно скалите от VOCI и OCI-R с общия бал по CES-D.

Очакваните по-силни връзки на обсесиите с депресията, в сравнение на компулсиите с депресията се потвърждават. Те са донякъде съпоставими с подобни резултати получени от извадка български юноши (Калчев, 2012**,** с. 234).

Общият бал по VOCI корелира по-слабо с депресивната скала, отколкото този от OCI-R с CES-D – съответно 0.49 и 0.56. Корелациите на обсесиите от VOCI и от OCI-R с депресията от CES-D са съответно 0.55 и 0.65. По-силно изразената връзка между

вторите два конструкта е възможно да се определя от по-общия, донякъде дискретен характер на съдържанието на айтемите от скалата на E. Foa, което да е допринасяло юношите да дават по-конкретни отговори. Докато някои от въпросите от Ванкувърския въпросник са по-директни, описват поведения, които юношите определят като срамни, недопустими, крайно неприемливи като и реакциите им на такива айтеми са по-бурни. Съответно това е намерило и израз и в техните отговори, които отхвърлят поведения, които могат да ги злепоставят или посрамят според техните схващания.

Таблица 5. Корелации на компонентите и общия бал от Ванкувърският въпросник за обсесии и компулсии, VOCI и на Въпросник за обсесии и компулсии – кратка (ревизирана) версия, OCI-R с общия бал по Скала за депресия на Л. Радлоф, CES-D

	CES-D N=348
Обсесии	.548**
Заразяване	.275**
Проверяване	.322**
Трупане	.375**
Подреждане	.382**
Броене/Мент.рит.	.239**
Перфекц./Нерешит.	.367**
Перфекционизъм	.252**
Нерешителност	.407**
VOCI – общ бал	.486**
Проверяване	.286**
Трупане	.395**
Подреждане	.304**
Обсесии	.654**
Неутрализация	.457**
Замърсяване	.285**
OCI-R общ бал	.564**

**p<0,01

Оценката на този етап дава основание да се направят следните изводи:

1. Потвърждават се по-силните корелации на *Перфекционизъм/Нерешителност* с *Наличие на Безпокойства*, както и на *Нерешителност* с *Наличие на Безпокойства.* Макар и в по-лека степен, но значими и очаквани са връзките на *Обсесии* с *Безпокойства*.

2. *Подреждане* от VOCI е със значими корелации с всички обсесивни убеждения от OBQ. Отбелязана е и силна корелацията на скалата *Придаване на значение и контрола на мислите* от същия въпросник със *Замърсяване* от OBQ.

3. Очакването корелациите на *Свръхотговорност* и *Придаване на значение и контрола на мислите с Обсесии* да са по-високи не се потвърждава в пълна степен, като в случая *Надценяване на опасността* е с най-висока корелация с *Обсесии* от VOCI.

4. При сравняването обсесиите с депресията очакванията, че ще корелират се потвърждават, като общият бал по VOCI корелира по-слабо с депресивната скала, отколкото този по OCI-R с CES-D. Също така и корелациите на *Обсесии* от VOCI с депресията от CES-D са леко по-слаби от тези на OCI-R с депресията от CES-D.

Втори етап на емпиричното изследване. Изследване с лонгитюден дизайн - проведено двукратно върху едни същи лица, означено накратко като тест-ретест изследване

Изследвани лица

Първият етап на тест-рест изследването обхваща 344 ученици от 2 столични гимназии, от 8-ми до 11-ти клас. От тях момчета – 176 (51,2%), момичета – 168 (48,8%).

Вторият етап на тест-рест изследването обхваща 319 ученици от 2 столични гимназии, от 8-ми до 11-ти клас. От тях момчета – 161 (50,5%), момичета – 158 (49,5%).

Броят на общите протоколи от първия и втория етап на лонгитюдното изследване с пълни данни по различните оценявани променливи варира от 219 до 247 ученика.

Метод

Резултатите са получени в рамките на изследване с лонгитюден дизайн – проведено двукратно върху едни същи лица, с времеви интервал от три-четири месеца. Данните от първия етап обхващат 344, а данните от втория етап 319 ученици от 8.–11. клас. Предвид факта, че не е възможно да се осигури присъствието на всички ученици, които са взели участие на етап I, общите протоколи от двата етапа са с 247 лица. В рамките на двукратното изследване последователно са оценени обсесиите и компулсиите, както и широк кръг, потенциално асоциирани с тях личностни променливи: безпокойства, депресия, социална тревожност, потискане на мисли, натрапливи мисли, дисфункционални убеждения (надценяване на опасността, значение/контрол на мислите, свръхотговорност, перфекционизъм) и три типа личностови разстройства (шизотипно личностово разстройство, гранично личностово разстройство и обсесивно-компулсивно личностово разстройство).

Предмет на проверка са двете основни хипотези:

(а) доминиращ каузален фактор за времевата стабилност на обсесиите и компулсиите е тяхното изходно равнище (обсесиите и компулсиите на първия етап са най-добрият предиктор за равнището на втория етап) и

(б) личностните детерминанти имат по-слаби, но значими самостоятелни ефекти върху развитието на обсесиите и компулсиите в юношеска възраст.

Инструментариумът включва българската адаптация на *Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии* (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*, VOCI, Thordarson et al. 2004), както и адаптирани за юношеска възраст самоописателни скали за оценка на останалите личностни променливи (Калчев, 2003; 2012):

(1) *Ванкувърският въпросник за обсесии и компулсии* (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*, VOCI).

(2) *Въпросник за безпокойства на Щатския университет на Пенсилвания* (*Penn State Worry Questionnaire, PSWQ*, Mayer et al.,1990), от който са използвани 11-те айтема, формиращи първият голям фактор (Калчев, 2012).

(3) *Въпросника за потискане на мисли* „Бялата мечка“ (*White Bear Suppression Inventory*, WBSI, Wenger & Zanakos, 1994;. Калчев, 2012)..

(4) *Въпросникът за Обсесивни убеждения* (*Obsessive Beliefs Questionnaire*, OBQ). Българската адаптация на кратката версия за юношеска възраст включна 27 айтема за оценка на 4 конструкта: *Перфекционизъм, Свръхотговроност*, *Значение/контрол на мислите* и *Надценяване на опастността* (сумата от които формира общия бал по скалата).

(5) *Скала за депресия на Л. Радлоф* (The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale, CES-D, Radloff, 1997).

(6) За оценка на социалната тревожност е използван скрининг от 3 айтема – кратка *Скала за социална фобия* (*Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN)* (Connor et al., 2001), извлечени от пълната 17-айтемна версия на инструмента – *Social Phobia Inventory (SPIN)* (Connor et al., 2000). *Mini-SPIN* е популярен инструмент, използван със студенти, за оценка на търсещи психологическа помощ и в клинични извадки, с високо равнище на вътрешна съгласуваност и приемливи равнища на сензитивност, специфичност, положителна и отрицателна прогностична сила. Два от айтемите описват избягващо поведение (напр. „Избягвам да правя неща, при които се оказвам център на внимание“) и един – страх/безпокойство в социални ситуации („Да се окажа в неудобно положение или да изглеждам глупаво са между най-лошите ми страхове“)[1]. Някои психометрични данни за скирининга са публикувани в Калчев (2014), като отговорите се дават с помощта на 5-степенна Ликертова скала за съгласие.

(7) Скали за оценка на три личностови разстройства, потенциално свързани с обсесивно-компулсивни феномени: за *обсесивно-компулсивно*, *гранично* и *шизотипно личностово разстройство*. Посочение скали са част от кратката версия на въпросника на Ф. Кулидж за личностови разстройства (*Coolidge Axis II Inventory*, CATI, Coolidge, 1993), конструирана само в балгарска извадка (Калчев, 1997). Въпросникът е от самоописателен тип и в първия вариант на пълната си версия включва 200 айтема, формулирани на базата на директен „превод“ на заложените в DSM-III-R диагностични критерии. Авторът на скалата впоследствие е направил и редакция, базирана на критерии на DSM-IV (Coolidge, 1995, лична кореспонденция). Изследваните лица отговарят с помощта на 4-степенна Ликертова скала (от „Изцяло невярно“ до „Напълно вярно“). В български условия кратката версия (117 айтема) е преминала през два етапа на апробация (на базата на критериите на DSM-III-R и DSM-IV) (Калчев и съавт. 1995; Kalchev et al., 1997).

Кратката форма на CATI, конструирана само върху българска извадка (Калчев, 1997), следва принципа всеки от диагностичните критерий да се оценява от един айтем. Значителното съкращаване броя на айтемите неизбежно резултира в понижаване равнището на надеждност, както на отделната скала, така и при оценката на отделния критерий. Кратката версия на CATI обаче е предназначена за експресна, скринингова идентификация на лицата, които *вероятно* страдат от ЛР.

В настоящото изследване, са използвани скалите за три личностови разстройства: *обсесивно-компулсивино*, *шизотипно* и *гранично*, за които, въз основа на теоретични и емпирични аргументи, може да се допусне връзка с обсесивно-компулсивните феномени.

Процедура

Проучването се провежда групово в рамките на един учебен час в класната стая на два етапа, с времеви интервал от три-четири месеца. Инструкцията е обща за целия клас. Учениците отбелязват личен код върху протокола, благодарение на който се идентифицират и на втория етап. От тази гледна точка данните са анализирани като данни на свързани извадки, без да се нарушава анонимността на лицата. Интересът към получените резултати и възможността за получаване на персонална обратна връзка е фактор, който подкрепя отговорното отношение към попълването на скалите.

[1] Преводът е на П. Калчев и К. Ханчева.

Резултати и обсъждане

Вътрешна съгласуваност

Коефициентите на вътрешна съгласуваност (α на Кронбах) за цялата извадка в двата етапа на тест-ретест изследването са представени в таблица 6.

Таблица 6. Коефициентите на вътрешна съгласуваност – стойности на α на Кронбах по скали

VOCI		
	I етап	**II етап**
Заразяване	0,85	0,88
Обсесии	0,87	0,91
Проверяване	0,87	0,87
Трупане	0,85	0,86
Подреждане	0,76	0,81
Ментални ритуали	0,66	0,67
Нерешителност	0,81	0,57
Перфекционизъм	0,71	0,76
CES-D		
Депресия	0,87	0,88
Mini-SPIN		
Социална тревожност	0,59	0,63
WBSI		
Подтискане на мисли	0,79	0,69
PSWQ		
Безпокойства	0,90	0,91
Ирационални убеждения		
Перфекционизъм	0,77	0,79
Надценяване на опасността	0,63	0,71
Свръхотговорност	0,77	0,84
Значение и контрол на мислите	0,73	0,83
Личностови разстройства		
Шизотипно ЛР (9 айтема)	0,65	0,70
ОКЛР	0,64	0,68
Гранично ЛР	0,79	0,79

Резултатите свидетелстват за високи до приемливи стойности на вътрешна съгласуваност, с оглед на броя на айтемите.

С най-висока вътрешна съгласуваност са скалите *Безпокойства* от PSWQ**,** повечето скали от VOCI – *Обсесии, Проверяване, Заразяване, Трупане, Нерешителност,* както и скалата за депресия (CES-D).

Като цяло стойностите на вътрешна съгласуванист през първия и втория етап на лонгитюдното изследване са съпоставими, с изключение на част от случаите (най-голямо разминаване е налице при *Нерешителност* от VOCI, с по-ниска надеждност при повторното изследване).

Подобно и на изследването на вътрешната съгласуваност на българската вариант на Въпросника за обсесивни убеждения (*Obsessive Beliefs Questionnaire*, OBQ) (Калчев, 2012) и в настоящето изследване надеждността на *Надценяване на опасността* е по-ниска: 0.63, за което от значение е и малкия брой айтеми – четири. В цитираната литература стойностите са по-високи, но се базират на значително по-голям брой признаци.

Друга вероятна причина би могла да бъде свързана с тълкуването на съдържанието на айтемите от юношите, които в една по-специфична възраст, в която събитията от живота са абсолютни, нерядко те са в двата противоположни полюса, оценката на онова, което се случва или би се случило с юношата е въпрос на чест да бъде категорична и крайна, твърдения като „Дори всекидневните неща в живота ми са

изпълнени с рискове“ или „Често си мисля, че дори когато внимавам, лошите неща се случват“, биха затруднили юношите.

Времева стабилност

По традиция корелациите на данните от двата етапа на лонгитюдното изследване могат да се анализират като оценка на *тест–ретест надеждността* на показателите и съответно различията – като породени от грешката в оценките в двата момента от времето.

От друга страна обаче, оценяваните конструкти се разглеждат като стабилни (диспозиционални) личностни характеристики, като времевият интервал между двете измервания: 3–4 месеца, е достатъчно голям, за да бъдат оценени различията като мярка за *времевата стабилност* на променливите. От тази гледна точка тук и по-долу терминът *времева стабилност* е предпочетен пред *тест–ретест надеждност*.

Анализира се как се съотнасят данните за времевата стабилност на отделните характеристики – как се променя равнището през интервал 3–4 месеца (времето, за което е направено тест-ретест изследването и втория етап отстои от първия).

Таблица 7. Коефициенти на времева стабилност на компонентите и общия показател на Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии, VOCI

Първи етап	Втори етап на лонгитюдното изследване								
	Обсесии	Заразяване	Проверяване	Трупане	Подреждане	Мент. ритуали	Перфекционизъм	Нерешителност	VOCI общо
Обсесии	**,549****	,285**	,359**	,438**	,429**	,387**	,295**	,387**	,480**
Заразяване	,296**	**,560****	,378**	,249**	,400**	,308**	,306**	,240**	,417**
Проверяване	,256**	,304**	**,667****	,357**	,334**	,295	,368**	,324**	,473**
Трупане	,301**	,178**	,336**	**,699****	,306**	,380**	,400**	,442**	,486**
Подреждане	,346**	,329**	,458**	,368**	**,590****	,311**	,410**	,339**	,485**
Мент. ритуали	,311**	,270**	,305**	,411**	,317**	**,487****	,293**	,273**	,380**
Перфекц.	,174**	,161*	,335**	,342**	,307**	,231**	**,561****	,352**	,379**
Нерешителност	,224**	,182**	,322**	,435**	,288**	,285**	,426**	**,524****	,429**
VOCI общо	,463**	,419**	,546**	,556**	,476**	,447**	,501**	,484**	**,612****

**p<0,01; *p<0,05

С най-добра времева стабилност са компонентите *Трупане, Проверяване, Подреждане*.

Трупането с компулсивен характер освен, че се свързва с обсесивно-компулсивно разстройство (OCD) и обсесивно-компулсивно разстройство на личността, има случаи, в които може да се окаже обособен синдром, а не само симптом от споменатите разстройства (Pertusa, et al., 2008). Това е едно от вероятните обяснения за високата времева стабилност при *Трупане* и повечето от останалите фактори.

Съществува връзка и между предразположената към ОКР личност и ананкастната структура на личността, която се отличава с нерешителност, изразена склонност към съмнение и голяма вътрешна несигурност. Невъзможността да се структурира дейността, да се обособи важно от маловажно и да се вземе категорично решение за това да се раздели човек с ненужни вещи са също част от характеристиките на „трупащия“ обсесивен индивид. Това и обяснява високата времева стабилност на *Трупане* и *Нерешителност*. Като вероятна причина може да се посочи и резултатът от едно изследване на мозъчната активност на индивиди с ОКР и такива с трупане като

диагноза (Kuehn, 2012, pp. 1198–1198). При използването на функционален магнитен резонанс, когато участниците в изследването са били изправени пред решения за това дали да запазят или изхвърлят предмети, се оказва, че съществуват аномалии в моторния кортекс на главния мозък, което от своя страна е свързано с проблеми в процесите на вземане на решения.

Перфекционизмът също е с добра времева стабилност. Перфекционизмът остава свързан с обсесии и компулсиите, ала не е тяхна типична, обособена характеристика. Връзката му с *Трупане* вероятно е, че и тази особеност не е типична единствено за ОКР, а е специфична, както за тревожните нагласи, така и за някои личностни особености.

Корелациите на данните от двата етапа на изследването показват наличие на добра времева стабилност и при *Подреждане*. Връзката с *Проверяване*, от една страна, би могла да се обясни с факта, че те са сходни конструкти, а от друга, че айтемите, които са формулирани по тях са доста категорични, недвусмислени и по-рядко предизвикват колебание за това, дали е правилно разбрано от юношите тяхното съдържание.

Очаквано добра е времевата стабилност при *Обсесии*, тъй като една от основните характеристики описващи обсесивните мисли е невъзможността на човек да се отърве от натрапващия се характер на феномена.

Тъй като перфекционизмът е предпоставка за обсесиите, очакваваше се, че времевата стабилноста при *Перфекционизъм* и *Обсесии* ще бъде висока. Това обаче не се потвърди от направения анализ. Оказва се, че в този случай тези две променливи са с една от най-ниската стабилност сред всички останали, след *Перфекционизъм* и *Трупане*.

С най-слаба времева стабилност са *Ментални ритуали*.

Нерешителността се асоциира с трудността за вземане на решения в конкретна, належаща и изискваща отговор ситуация и хората, които притежават тази особеност са затруднени в избора на алтернатива чувствайки се заплашени в ситуация на неопределеност или в такава, която няма конкретни ориентири. Това от своя страна би повишило при тях нивото на безпокойство, а за снемане на напрежението и понижаване на несигурността, перфекционизма би бил добра алтернатива. Това вероятно би обяснило връзката между *Перфекционизъм* и *Нерешителност*.

От друга страна, трупане и подреждане като поведенчески актове до голяма степен се асоциират с перфекционизъм, а и склонните към перфекционизъм хора трудно биха допуснали грешки, които да са свързани с липсата на ред и пропуски, при които биха се разделили с потенциално необходима вещ. Оттук и по-високите корелации между посочените променливи – *Перфекционизъм*, *Трупане*, *Подреждане*.

Корелационен анализ

Таблица 8. представя корелациите между заложените в модела личностни детерминанти на обсесиите и компулсиите (първи етап на лонгитюднотото изследване) и равнището на обсесии и компулсии, оценени на втория етап на лонгитюдното изследване, с помощта на Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии (VOCI).

Таблица 8. Корелации между личностните детерминанти на обсесиите и компулсиите (етап I от тест-рест изследването) и равнището на обсесии и компулсии, оценени на етап II на тест-рест изследването, чрез Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии, VOCI

Първи етап	Втори етап на лонгитюдното изследване								
	Обсесии	Заразя-ванев	Проверя-ване	Трупане	Подреж-данед	Мент. ритуали	Перфекц.	Нереши-телност	VOCI общо
Депресия	,372**	,129*	,242**	,369**	,276**	,242**	,321**	,321**	,359**
Социална тревожност	,082	,041	,186**	,262**	,148*	,038	,292**	,288**	,223**
Потискане на мисли	,239**	,104	,206**	,251**	,200**	,102	,247**	,322**	,273**
Натрапливи мисли	,302**	,155*	,264**	,380**	,312**	,211**	,344**	,342**	,353**
Безпокойства	,226**	,172**	,351**	,334**	,264**	,154*	,416**	,430**	,374**
Надценяване на опасността	,279**	,262**	,253**	,284**	,266**	,174**	,254**	,245**	,327**
Свръхотговорност	,046	,072	,088	,140*	,113	-,015	,178**	,102	,137*
Перфекционизъм	,024	,073	,155*	,142*	,058	,043	,349**	,144*	,174**
Значение на мислите	-,033	,061	,041	-,021	,048	-,109	,029	,050	,034
Шизотипно ЛР	,299**	,118	,197**	,364**	,232**	,246**	,266**	,322**	,310**
Гранично ЛР	,351**	,179**	,259**	,361**	,314**	,256**	,307**	,359**	,370**
Обс.-комп. ЛР	,144*	,093	,293**	,447**	,196**	,215**	,444**	,394**	,341**

**p<0,01; *p<0,05

Доказана, както в клинични, така и в масови извадки е връзката между обсесиите и компулсиите и депресията. Най-често депресията се предхожда от влошаване на симптомите характерни за обсесиите и компулсиите. В този смисъл депресията би могла да се разглежда и като предизвикана от влошена обсесивно-компулсивна клинична картина (Steketee, 1993, вж. П. Калчев, 2012). Съществуват макар и по-малко на брой, случаи, при които депресията предхожда обсесиите и компулсиите. Механизмът се обяснява с факта, че подтиснатото (дисфорично) настроение задълбочава предиспозицията към нежелани натрапливи мисли, това от своя страна затруднява контрола върху тях и увеличава тяхната продължителност. Наблюдавания ход на процеса е задълбочаване на обсесиите, ала не и на компулсите – т.е. налице е по-силна връзка на депресивните симптоми с обсесиите, в сравнение с компулсиите.

Разликите, които са от съществно значение в случая са, че и при депресията и при обсесиите е налице предъвкване на нежелани мисли, но в първия случай те са фокусирани върху депресивните преживявания и понякога неприятни житейски събития, както и че обикновено отсътста съпротива срещу тях: човек често не прави опити или няма желанието и силата да се справи с тези мисли и преживявания (Калчев, 2012).

Очакванията, че *Обсесии* и *Депресия* ще корелират се потвърждават и в настоящото изследване.

Депресия корелира високо и с *Трупане,* което вероятно има връзка и с факта, че при хората с обсесивно трупане, според National Alliance on Mental Illness, Massachusetts, една от типичните съпътстващи характеристики, редом с такива като перфекционизъм, стеснителност, тревожност, невротизъм, уязвимост, импулсивност е и депресията.

Трупане всъщност корелира високо с немалка част от външните променливи от етап първи, като и с трите личностови разстройства. В сравнително новото изследване публикувано в списанието на Американската медицинска асоциация (Kuehn, 2012) се предлагат резултатите от изследванията на мозъчните вълни при пациенти с трупане

като диагноза и с OCD, при което се предполага биологична разлика между „трупащите“ и тези с обсесивно-компулсивно разстройство поради различната мозъчна активност в двата случая. Оказва се, че една част от мозъка на индивида, който не може лесно да се отърве от ненужните вещи просто не работи по начина, по който мозъка работи на ОКР-пациента или на клинично здравия човек.

С висока корелация са също така *Потискане на мисли* и *Обсесии*. Опитите за потискане на мисли имат приложение при анализите на ОКР предвид и факта, че последното се дефинира с натрапливи, нежелани, пораждащи дистрес мисли (П. Калчев, 2012).

Индивидите с ОКР описват своя опит с нежеланите мисли, с натрапливостите като чести, съпроводени от голям дистрес, неконтролируеми и с неприемливи съдържания. Правят различни опити да се противопоставят на своите измъчващи ги натрапливи мисли, като са и склонни да се ангажират с неутрализация например. (Amir, Cashman, & Foa, 1997; Ladouceur et al., 2000; вж. Clark, Rhyno, 2005). Подобен факт е възможно обяснение за по-силната корелация между *Натрапливости* и *Обсесии*.

Безпокойства като потенциална личностна детерминанта на обсесиите и компулсиите, очаквано корелират значимо с *Обсесии*.

Безпокойства корелират значимо и с всички останали компоненти на VOCI, като по-силни са връзките с *Перфекционизъм*: 0.416 и с *Нерешителност*: 0.430.

Надценяване на опасността е друг психологичен, когнитивен конструкт, който по-силно корелира с *Обсесии*. Този конструкт е почти винаги част от психологичната картина на тревожния в по-висока степен човек. Т.е. той не е единствено описателен за обсесиите. В настоящите резултати *Надценяването на опасността* е със значими корелации не само с *Обсесии*, но и с всички останали компоненти на *Ванкувърския въпросник*. Специфичността на извадката – а именно юноши е вероятна причина за значимостта на получените връзки. При някои изследвания (Калчев, 2012, с.132), чиито акцент са били междукултурните различия, суеверните хора са с по-висок бал по *Надценяване на опасността*, в сравнение с тези, които не отдават такова значение на суеверията, а в настоящето изследване изследваните лица са юноши, които в периода на преоткриване на света и на себе си, в търсенето на отговор на въпросите за своята същност и същността на света, са отдадени немалка част и на философски и религиозни размисли, както и мистични и суеверни вярвания.

За разлика от *Надценяването на опасността*, други обсесивни убеждения като *Перфекционизъм, Значение на мислите* и *Свръхотговорност* в изветен дисонанс с очакванията диктувани от когнитивните модели на обсесии и компулсии, като *Значение на мислите* от първия етап на лонгитюното изследване не корелира значимо с нито един от компонентите на VOCI, на втория етап от изследването.

Очакването, че *Свръхотговорност* корелира с *Обсесии* е тъй като тези два конструкта са обединени в един общ теоретично извлечен компонент, в съответствие с когнитивните модели според които, индивидите със свръхмерна отговорност, ще бъдат атакувани от тревожни мисли за евентуално причинена вреда или потенциална заплаха от такава (Калчев, 2012), не се потвърждава (поне в рамките на лонгитюдния дизайн на изследването, когато конструктите се оценяват в различни времеви моменти).

Регресионен анализ

Изходната теза на изследването, свързана с двете основни хипотези е, че най-добър предиктор по равнището на обсесии и компулсии ще бъдат изходните равнища на обсесии и компулсии, т.е. допускане, основано на времевата стабилност на феномена. Заедно с това обаче се предполага, че съществуват самостоятелни значими

ефекти и на допълнителните, включени в модела личностни детерминанти, асоциирани значимо с обсесивно-компулсивните феномени.

Ето защо, на следващия етап данните са анализирани в рамките на серия от множествени регресионни анализи. За разлика от единичните връзки, идентифицирани чрез корелационните коефициенти в регресионния анализ се разграничават независимите променливи (предикторите), детерминиращи зависимите променливи. В рамките на множественния регресионен анализ ефектите на предикторите върху зависимата променлива се оценяват след отчитане на връзките между самите предиктори (за разлика от единичните корелации).

В настоящото изследване в качеството на независими променливи се определят обсесиите и компулсиите (компонентите на *Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии,* VOCI) и личностните детерминанти на обсесиите и компулсиите, оценени на **първия етап на тест-рест изследването** (T1), а като зависими променливи – равнището на обсесии и компулсии (компонентите на VOCI) на **втория етап на тест-рест изследването**. Основание за това дават не само теоретичните аргументи, свързани със съдържанието на оценяваните променливи, но на първо място дизайнът на изследването, в който времевата последователност (T1 → T2) е аргумент за наличие на каузална връзка.

Регресионият анализ е осъществен за всеки от компонентите на VOCI, по стъпковия метод, с последователно въвеждане на предикторите в регресионното уравнение при вероятност за грешка от $p<0,05$, в три варианта:

(а) при първия, като независими променливи се въвежда изходното равнище на обесесии и компулсии (компонентите на *Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии*, VOCI). Съгласно първата основна хипотеза, изходното равнище е основен фактор за детерминацията на обсесиите и компулсиите, като предпоставка за тяхната времева стабилност;

(б) при втория вариант в регресионния анализ като независими променливи участват само потенциалните личностни детерминанти на обесиите и компулсиите;

(в) в третия вариант в регресионното уравнение са включени както обсесиите и компулсиите, така и личностните детерминанти от **първия етап на тест-рест изследването**. Резултати от този вариант имат принципно значение за потвърждения на втората основна изследователска хипотеза – наличие на *самостоятелни* ефекти на личностните детерминанти на обсесиите и компулсиите, *след отчитане на ефекта* на изходното равнище на самите обсесии и компулсии.

В глава 2 е представена серията от множествени регресионни анализи: в трите посочени варианта: (а), (б) и (в) за оценка на детерминацията на всеки от изследваните видове обсесии и компулсии (компонетите на VOCI), а таблици 12, 13, 14 обобщават получените резултати.

Структурните модели (значими стандартизирани регресионни коефициенти Beta и процента обяснена дисперсия) са преставени последователно на съответните фигури във втора глава, като се започва с детерминацията на обсесиите.

Таблица 9. представя обобщените данни за детерминираща роля на изходното равнище на компонентите на VOCI, по отношение на равнището на **втория етап на тест-рест изследването.**

Таблица 9. Ефекти на изходните равнища на обсесии и компулсии (първи етап на тест-рест изследването) върху равнищата на обсесии и компулсии след период от три–четири месеца (втори етап на тест-рест изследването) – стандартизирани регресионни коефициенти Beta

		Втори етап T2							
Първи етап T1		**Обсесии**	**Заразя-ване**	**Проверя-ване**	**Трупане**	**Подреж дане**	**Мент. ритуали**	**Перфекци-низъм**	**Нереши-телност**
	Обсесии	**0,55**				**0,18**			**0,12**
	Заразяване		**0,56**						
	Проверя-ване			**0,60**					
	Трупане				**0,66**		**0,18**	**0,18**	**0,17**
	Подреж-дане			**0,13**	**0,10**	**0,50**		**0,12**	
	Мент. ритуали						**0,40**		
	Перфек.							**0,43**	
	Нереши-телност								**0,37**
	% обяснена дисперсия	*30%*	*31%*	*45%*	*49%*	*37%*	*26%*	*35%*	*31%*

• С най-значим процент обяснена дисперсия 49% внимание заслужава детерминацията на *Трупане.* В този случай компонентите от първи етап T1 прогнозират почти половината от дисперсията; • Отново с почти така висока обяснена дисперсия е детерминацията на *Проверяване* – 45% обяснена дисперсия. Тук също компонентите от първи етап T1 прогнозират близо половината от дисперсията; • *Подреждане* е също с висок дял обяснена дисперсия – 37%; • Следва *Перфекционизъм* – 35%; • *Нерешителност* и *Заразяване* са с еднакъв процент – 31% обяснена дисперсия; • Обсесиите са с 30 % обяснена дисперсия; • Най-нисък е процентът на обяснената дисперсия при *Менталните ритуали* – 26%.

С изключение на *Трупане* и *Подреждане*, при всички останали компоненти на VOCI единствените значими предиктори във втория момент на лонгитюдното изследване (T2) е изходното равнище на дадения компонент (T2).

По отношение на *Трупане* и *Подреждане* обаче, въпреки по-широкия „диапазон“ на детерминация, доминираща роля отново има изходното равнище – съответно на *Трупане* и *Подреждане*.

Таблица 10. резюмира резултатите за ефектите на личностните детерминанти върху равнището на компонентите на VOCI, оценени на втория етап на лонгитюдното изследване.

Таблица 10. Ефекти на личностните детерминанти на обсесиите и компулсиите (първи етап на тест-рест изследването) върху равнищата на обсесии и компулсии след период от три–четири месеца (втори етап на тест-рест изследването) – стандартизирани регресионни коефициенти Beta

		Втори етап Т2							
Първи етап Т1		**Обсесии**	**Заразя -ване**	**Прове-ряване**	**Трупане**	**Подреждане**	**Мент. ритуали**	**Перфекц.**	**Нереши-телност**
	Депресия	**0,23**			**0,18**			**0,14**	
	Социална тревожн.								
	Пот. на мисли								
	Натрапл. мисли				**0,19**	**0,16**			
	Безпо-койства			**0,28**				**0,21**	**0,28**
	Надц. на опасността	**0,14**	**0,26**			**0,12**			
	Свръх от-говорност								
	Перфекцио-низъм (OBQ)							**0,20**	
	Знач. на мислите								
	Шизот. ЛР								
	Гранично ЛР	**0,14**				**0,18**	**0,20**		**0,14**
	Обс.-комп. ЛР			**0,18**	**0,33**		**0,13**	**0,24**	**0,23**
	% обяснена дисперсия	*17%*	*6%*	*14%*	*28%*	*12%*	*7%*	*29%*	*25%*

От анализът на таблицата може да се направят изводи относно ефектите на допълнителните личностни характеристики, асоциирани с обсесиите и компулсиите:

• *Депресията* се оказва важна за *Обсесии, за Трупане* и *Перфекционизъм*; • *Натрапливите мисли* са от значение за *Трупане* и *Подреждане*; • *Безпокойства* имат значим ефект върху с *Проверяване, Перфекционизъм* и *Нерешителност*; • *Надценяване на опасността* прогнозира *Обсесии, Заразяване, Подреждане;* • *Перфекционизъм* от *Въпросникът за обсесивни убеждения* (OBQ) е със значимо влияние върху *Перфекционизъм* от Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии; • *Гранично личностово разстройство* се оказва важно за *Обсесии, Подреждане, Ментални ритуали* и *Нерешителност;* • *Обсесивно-компулсивно личностово разстройство* влияе върху най-много компоненти на VOCI от Етап 2 – *Проверяване, Трупане, Ментални ритуали, Перфекционизъм* и *Нерешителност.* Като по-силни са ефектите върху *Трупане, Перфекционизъм* и *Нерешителност*. Подобен резултат може да се обясни от гледна точка на съдържанието на оценяваните конструкти. Припокриване между симптомите на ОКЛР и ОКР всъщност има единствено в диагностичния критерии – трупане на вещи, а едни от характеристиките присъщи на повечето индивиди страдащи от ОКЛР са нерешителност и перфекционизъм. • *Заразяване* и *Ментални ритуали* много по-слабо се прогнозират от допълнителните фактори; • В най-висока степен от допълнителните характеристики се прогонозира *Перфекционизъм* – 29% обяснена дисперсия, следван от *Трупане* – 28% и *Нерешителност* – 25%.

Следващата таблица (Таблица 11) обобщава данните за ефектите: (1) на изходните нива на обсесии и компулсии и (2) на личностните детерминанти на обсесиите и компулсиите (Т1) върху нивото на обсесии и компулсии на втория етап на тест-рест изследването (Т2).

Таблица 11. Интегриран модел – ефекти на изходните равнища на обсесии и компулсии и личностните детерминанти на обсесиите и компулсиите (първи етап на лонгитюдното изследване) върху равнищата на обсесии и компулсии след период от три–четири месеца (втори етап на лонгитюдното изследване) – стандартизирани регресионни коефициенти Beta

Първи етап T1	**Втори етап T2**							
	Обсесии	**Заразя-ване**	**Проверя-ване**	**Трупане**	**Подреж-дане**	**Мент. ритуали**	**Перфекц.**	**Нерешителност**
Обсесии	**0,55**				**0,14**			
Заразяване		**0,53**						
Проверяване			**0,57**					
Трупане				**0,60**		**0,18**	**0,15**	**0,18**
Подреждане			**0,11**		**0,50**		**0,10**	
Мент. ритуали						**0,40**		
Перфекцио-низъм							**0,32**	
Нерешителност								**0,28**
Депресия				**0,14**				
Социална тревожност								
Потискане на мисли								
Натрапливи мисли								
Безпокойства			**0,10**				**0,16**	**0,16**
Надценяване на опасността		**0,12**			**0,10**			
Свръх отговорност								
Перфекционизъм (OBQ)							**0,14**	
Значение на мислите								
Шизотипно ЛР								
Гранично ЛР								
Обс.-комп. ЛР				**0,11**				**0,11**
% обяснена дисперсия	*30%*	*32%*	*46%*	*52%*	*37%*	*26%*	*39%*	*33%*

В таблица 11. могат да се видят обобщени всички резултати, при които част от по-рано значимите предиктори отпадат:

• Първоначалните нива на *Обсесии* се оказват значими за равнищата на *Обсесии* и на *Подреждане* след период от три–четири месеца (втори етап на лонгитюдното изследване);

• Изходното ниво на *Заразяване* се оказва значимо за равнището на *Заразяване* при втория етап от лонгитюдното проучване;

• *Проверяване* от първия етап се оказва значим предиктор на *Проверяване* от втори етап;

• *Трупане* се оказва със силно влияние върху *Ментални ритуали*, *Перфекционизъм, Нерешителност*.

• *Подреждане* прогнозира *Проверяване*, *Подреждане*, *Перфекционизъм*.

• *Менталните ритуали, Перфекционизъм* и *Нерешителност* са от значение съответно за *Ментални ритуали, Перфекционизъм* и *Нерешителност* от втория етап на лонгитюдното изследване;

• Изходните равнища на *Депресия* (първи етап на лангитюдното изследване) със значим ефект върху *Трупане* след период от три-четири месеца (втори етап на лонгитюдното изследване);

• *Безпокойствата* остават с най-значимо влияние върху *Проверяване*, *Перфекционизъм* и *Нерешителност*;

• *Надценяване на опасността* са със силен ефект върху *Заразяване* и *Подреждане*.

• *Перфекционизъм* от *Въпросника за обсесивни убеждения* (OBQ) остава със значимо влияние върху нивото на *Перфекционизъм* след периода обезпечаващ настоящия лонгитюд (три–четири месеца);

• Редуцира се ефекта на *Обсесивно-компулсивното личностово разстройство* върху променливите от втория етап на лонгитюдното проучване до две – *Трупане* и *Нерешителност*;

• По-слабо се прогнозират от допълнителните фактори *Ментални ритуали* – 26% обяснена дисперсия и *Обсесии* – 30% обяснена дисперсия.

• В най-висока степен от допълнителните характеристики се прогонозира *Трупане* – 52% обяснена дисперсия, *Проверяване* – 46% обяснена дисперсия и *Перфекционизъм* – 39% обяснена дисперсия.

Резултатът на *Трупане,* заслужава интерес, но не е неочакван предвид натрупаните изследвания и изводи от тях през последните няколко години (напр. Abramowitz et al., 2008). Опитвайки се да отговорят на въпросите относно същността на *Трупане* и въпросите, къде са всъщност границите на обсесивно-компулсивното разстройство (в частност, кои от симптомите които се разглеждат като обсесии и компулсии принадлежат всъщност на ОКР-симптоматиката и кои не, Абрамовиц и съавтори изказват предположението, че *Трупане* може да бъде най-добре дефинирано като отделен набор от поведения, които са резултат от когниции относно придобиването и изхвърлянето на имущество, което пък от своя страна често е в съчетание с различни разстройства (включително OCD), а не като конкретен признак, симптом, дименсия или подтип на OCD.

В обобщен вид получените резултати показват:

- Изходното равнище на обсесии и компулсии е основен фактор за детерминацията на обсесиите и компулсиите през втория етап на тест-рест изследването. Този резултат потвърждава първата основна хипотеза на дисертационното изследване.
- С изключение на *Обсесии* и *Ментални ритуали*, по отношение на всички останали обсесии и компулсии са налице самостоятелни ефекти за тяхната детерминация, които остават значими и след отчитане на изходното равнище на обсесии и компулсии. Макар и значими, тези ефекти са значително по-слаби в сравнение с ролята на изходното равнище на обсесии и компулсии. Тези резултати потвърждават и втората основна изследователска хипотеза на труда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обсесивно-компулсивните характеристики, въпреки отсъствието на актуална статистика се оказват „находка“ със сериозно присъствие сред юношите и девойките. Широкият спектър на тези особености, връзката и взаимното влияние с множество допълнителни фактори могат в значителна степен, понякога и повече от конкретна психиатрична диагноза да инвалидизират подрастващата личност и в сериозна степен да затруднят нейната социализация. Настойчивото търсене на така актуалния през последните години личностно-ориентиран към проблемите на младежите подход, осъзнаването на неговата необходимост през индивидуалната психологична практика, както и липсата на достатъчно изследвания в областта за българската популация юноши и девойки ме мотивираха да предприема това приключение – настоящето изследване.

Актуалността му за практиката бе обусловена, както от професионалните, клинични наблюдения, които свидетелстват еднозначно за наличието на известен ръст в тревожната симптоматика сред юношите, така и от отсъствието на достатъчно концептуализиран и задълбочен подход, който да превентира това страдание, да дава възможност за информираност на юношите за особеностите, които съпровождат такава проблематика и да предоставя защитено пространство, в което да се дискутират от юношите и девойките темите свързани с юношеското ОКР и по-общо с тревожността. В подкрепа на казаното бе и големия интерес, който предизвика изследването у децата, желанието им за обратна връзка, множеството въпроси, зададени във връзка не само с обсесивната тематика, ала и с психичната стабилност, Аз-концепцията, перспективата за личностно развитие. Особено място в посочваните доводи заема и факта свързан с множеството случаи на девойки и юноши от посетените класове, които изразиха желание за споделяне, подкрепа и помощ на техни проблеми, някои от които, за съжаление, и с клинична тежест.

Предприетото изследване позволява да се натрупат нови емпирични данни за значимостта, тежестта, ефекта и силата на влияние на редица личностни фактори върху обсесивно-компулсивната проблематика. На базата на съвременните теоретични позиции бе осъществен анализ не само на понятията “обсесия” и “компулсия”, ала и на ред други важни характеристики и детерминанти свързани с темата. Разгледани са различни теоретични и практически подходи към разбирането на съдържанието, структурата и особеностите на ОК-проблематика при децата и юношите и възможностите за подпомагане.

Методологична основа на проведеното научно изследване са съвременните представи за развитието на обсесивно-компусивни феномени, от гледна точка на дименсионалния (количествен) подход, както и неклиничните им форми на проява в юношеска възраст. В тази връзка смисленото и съдържателно дефиниране на тези феномени би било възможно единствено при добро взаимодействие между юношата и специалиста, мотивираното, осъзнато участие на младия човек в изследването и използването на възможностите, които разкрива функционалния подход.

Чрез настоящето изследване бяха осъществени:

1. Апробация на Ванкувърският въпросник за обсесии и компулсии – *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory,* VOCI в неклинична българска юношеска извадка:

- Оценка на на факторната структура.
- Оценка на вътрешната съгласуваност на компонентите и общия бал.
- Оценка на валидността, чрез анализ на корелациите с други конструкти, съдържателно свързани с обсесивно-компулсивните феномени.

Данните, които на този първи етап, получени върху 852 юноши от 8.–12. клас дават основания за частична промяна в оригиналната факторна структура.

Резултатите потвърждават надеждността (равнище на вътрешна съгласуваност) на общия показател и комонентите на въпросника.

Валидността е оценена чрез връзки с широк кръг самоописателни скали: Въпросник за обсесии и компулсии – кратка (ревизирана) версия – *Obsessive–Compulsive Inventory–Short Version,* OCI-R; Въпросник за безпокойства на Щатския университет на Пенсилвания – *Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Въпросник за потискане на мисли „Бялата мечка“ – *White Bear Suppression Inventory*, WBSI; Въпросник за Обсесивни убеждения – *Obsessive Beliefs Questionnaire*, OBQ; Скала за депресия на Л. Радлоф – *The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale*, CES-D.

Получените резултати позволяват да се оценят положително качествата на VOCI като полезен съвременен инструмент за оценка на обсесиите и компулсиите в юношеска възраст.

2. Потвърдена е времева стабилност на обсесивно-компулсивните феномени в неклинична юношеска извадка, като с най-високи показатели са *Трупане, Проверяване, Подреждане,* следвани от *Перфекционизъм, Заразяване, Обсесии, Нерешителност,* а накрая остават *Ментални ритуали*.

3. Данните от тест-рест изследването потвърждават първата основна хипотеза, свързана с допускането за изходните равнища на обсесии и компулсии като основен предиктор обсесивно-компулсивните феномени през юношеска възраст

4. Същевременно данните от изследването с лонгитюден дизайн – проведено двукратно върху едни същи лица идентифицират самостоятелни каузални ефекти на личностни детерминанти, които повишават уязвимостта през юношеска възраст към обсесии и компулсии, като потвръждават и втората изследователска хипотеза.

Съдържателният анализ на изводите даде основание за немалко въпроси, като трябва да се имат предвид и ограниченията на получените резултати:

Изследваните лица са само от елитни столични училища, което в частност влияе и върху готовността за сътрудничество, нагласите и желанието за себепознание, както и върху разбирането на формулировките на въпросите. Затова, в перспектива разширяването на извадката би било полезно за валидиране на резултатите.

Проведеното изследване неизбежно поставя и въпроси относно функционалността и истинската практическа значимост на училищните психолози – като в случая се визират по-скоро наложените, предаваните и затвърждавани негативни нагласи към споделянето с училищния психолог и търсенето на специализирана помощ по принцип.

Резонни остават съмненията относно степента на осъзнаване от страна на авторитети (като учители, родители) на фактите свързани с формиращата се личност на юношите, относно готовността им за проява на уважение и зачитане на индивидуалността и уникалността на всеки от тях, относно спазването на правото, за лично пространство и конфиденциалност на личната информация.

Стигна се също така до извода, че в предварително подготвени условия, насочени към създаване на информираност, яснота, пространство за въпроси и дискусия относно обсесивно-компулсивната проблематика, както и по-общо на тревожността, процесът по търсене на помощ и доверяване е значително подобрен.

Следва да се отбележи, че обсесивно-компулсивната проблематика в горна училищна възраст нерядко има значителен период на развитие, съчетано често в коморбидност с други психични проблеми. Всички те в голям процент от случаите натрупали се, както поради липсата на осведоменост у децата и юношите, така и поради оскъдните възможности (поради предпоставки от различно естество) у специалисти и родители да обръщат внимание на по-дискретните белези, а и вече изразените симптоми за обсесивно-компулсивно страдание.

Въпреки, че юношите с обсесивно-компулсивни характеристики са много разнородна категория, по-голямата част от тях успяват добре да компенсират затрудненията породени от тези особености, ако се идентифицират техните нужди своевременно, а подходът бъде индивидуализиран, както и предвид факта, че те са със запазен интелект.

Въз основа на това проучване, се стигна и до заключение, че:

- Без специфични мерки касаещи ранното идентифициране на обсесвно-компулсивното страдание, броят на юношите с такава специфика ще расте, а хронифицирането на трудностите ще води след себе си и други – напр. обучителни трудности, поведенчески проблеми, емоционални затруднения и др.под.

- Мерките касаят прилагането на интегрирана система от превантивна, скринингова, интервенционна работата, основана на взаимодействието на родители и специалисти от различни сфери, които са във взаимодействие помежду си и в контакт с децата и юношите.

- Системата от мерки по-конкретно е добре да включва свободното боравене с диагностични и скринингови инструменти, какъвто е напр. Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии, VOCI, от обучени специалисти, стимулиране на децата и юношите на интерес към себе си, разширяване на възможностите за търсене на помощ и подкрепа, развитието на перспективите за самооценка, евентуално и специални курсове за формирането на себепознание, за обективиране на идеите за социалния живот и търсене на емоционално равновесие и личностна реабилитация.

Практически смислено и полезно е да се разбере какви биха били ефектите във времето от работата чрез така предложените специфични мерки, а идеята за тях да се разгърне, както съдържателно, така и функционално.

Това може да бъде основа за по-нататъшни изследвания в тази посока.

Научни приноси на проведеното изследване

- Адаптация на *Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии,* VOCI за български юноши;
- Установената времева стабилност на обсесивно-компулсивните феномени в неклинична юношеска извадка;
- Установените самостоятелни каузални ефекти на редица личностни детерминанти, увеличаващи уязвимостта към развитие на обсесии и компулсии, идентифицирани чрез изследването с лонгитюден дизайн – проведено двукратно върху едни същи лица.

Практическа значимост

- Българската адаптация на *Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии,* VOCI може да се използва за скринингови и диагностични цели в практиката на училищните и клиничните психолози;
- Данните за детерминацията на обсесивно-компулсивните феномени в юношеска възраст са полезни за целите на психологичното консултиране. Това би допълнило и би разширило възможностите на психологичната анамнеза от една страна. Също така би съдействало за по-бързото и лесно идентифициране на предиспозиции за несъответни поведения, за социална изолация или за затруднена адаптация на децата и юношите, които биват консултирани.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА

Кръстева-Симеонова, В. (2012). Факторна структура на Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии (VOCI) в неклинична юношеска извадка. XI-та Международна научна конференция „Приложната Психология: Възможности и Перспективи“. Варненски свободен университет „Черноризец Храбър“. ЮРИДИЧЕСКИ ФАКУЛТЕТ 9007 ВАРНА, кк Чайка.

Кръстева-Симеонова, В. (2013). Българска адаптация на Ванкувърски въпросник за обсесии и компулсии в юношеска извадка. Годишник на СУ „Св. Климент Охридски“ ФФ, кн. Психология, Том 105.