

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ “СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”

ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

**Катедра "Социална, организационна, клинична и педагогическа
психология"**

НИКОЛАЙ МЛАДЕНОВ БОНЕВ

**Репрезентации на привързаността и образ за собственото
ТЯЛО**

АВТОРЕФЕРАТ

На дисертация,
представена за присъждане на образователната и научна степен “Доктор”
в научна специалност:

3.2. Психология (Медицинска психология - клинична психология)

Научен ръководител:

Проф. д.пс.н. Ваня Матанова



СОФИЯ 2018

Дисертацията съдържа:

Обем: 216 стр.

Литература: 238 източника

29 заглавия на български език;

209 заглавия на английски език;

Таблицы: 24;

Приложение: Инструментариум;

Защитата на дисертационния труд ще се състои на от часа в залана СУ „Св. Климент Охридски” на открито заседание на избраното Специализирано научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в 60 кабинет, южно крило на СУ „Св. Климент Охридски”, както и на сайта на университета www.uni-sofia.bg.

Въведение в темата

В българската професионална литература съществуват малко на брой изследвания, които да проблематизират темата за „образа на собственото тяло“, като тези, които съществуват, са предимно фокусирани върху социокултурните влияния върху образа за тялото в пубертетна и юношеска възраст.

Образът за тяло от дълго време се счита като важен както за индивидуалното развитие, така и за качеството на живот, въпреки че представлява само един аспект от самоконцептуализацията (Sandoz & Wilson, 2006). Образът за тяло е очевидно централен за аз-концепцията и има важни последици в многобройни области на психичното функциониране. Негативният образ за тялото може да резултира в неблагоприятни психосоциални последици и за двата пола – *нарушения в храненето, депресия, социална тревожност, нарушения в сексуалното функциониране, ниска самооценка и ниско качество на живот* (Cash et al., 2004d; Cash et al., 2007).

Високите нива на неудовлетвореност от тялото и загрижеността за теглото са разпространени в западните общества през годините на зрелостта. Неудовлетвореността от собственото тяло, разстроено хранене и екстремните методи за контрол над теглото, като ограничаването на храненето и подлагането на диети, са силни **рискови фактори** за развитието на хранителни разстройства. Нарушенията в храненето и образа за тяло са от съществено значение, тъй като са свързани с риск от бъдещо развитие на спектъра от симптоми на хранителни разстройства, както и с психосоциални проблеми, включително ниска самооценка и значими психиатрични проблеми – депресия и склонност към самоубийство (Zaitsoff et al., 2009; Crow et al., 2008)

Нарушенията в образа за тяло често и убедително се свързват с развитието и поддържането на хранителни разстройства (Gutiérrez-Maldonado et al., 2010). Още Hilde Bruch (1962) отбелязва, че дисфункционалното преживяване на образа за тяло е централният аспект при анорексия нервоза. Нарушенията в образа на тялото сега се разглеждат като ключов елемент при хранителните разстройства и са част от критериите за диагностициране на анорексия и булемия нервоза. Надценяването на размера на тялото и неудовлетвореността от него са рискови фактори за развитието на хранителни разстройства и рецидивирането им (Gutiérrez-Maldonado et al., 2010).

Може да кажем, че тези и други данни ни доведоха до това да подходим към развитието и нарушението на образа за собственото тяло по един нов начин. Разбира се

темата, както се вижда от цитираната библиография не е никак нова, напротив. Но смятаме, че подхода, който предприемаме към нея е.

Представеният текст разглежда концепта „образ на тялото“, като развитиен конструкт, възникващ и развиващ се в отношенията със значимите други. Тоест развитието на тялото и образа за него са предимно обектно свързани. По тази причина, подходът, който сме предприели в представянето на темата, се отнася и се ограничава до отношенията на привързаност – тяхното развитие и нарушение. От своя страна, нарушенията на привързаността, както и нейната дезорганизация се дефинират, като *невъзможността да се осигури сигурност и защита*.

Дисертационният труд разглежда отношенията на привързаност във връзка с развитието на образа за тялото. От своя страна, текстът предлага, че отношенията на привързаност се развиват чрез механизмите на отразяването, чувствителните отговори към сигналите на детето и синхроничните отношения. Всички тези взаимодействия са приети да бъдат фундамент на сигурността. Текстът продължава към компрометирането на тези отношения, за да разгледа сложните начини, по които се стига до нарушения и разстройства в образа на тялото. В този контекст са поставени травмата на привързаността и тялото, както и изграждането на фалшива телесна организация – „фалшив телесен аз“. От своя страна, травмата е дефинирана, като преживяването на загуба – реална или символична (абдикация от грижа) – на фигурата на привързаност, която повлиява способността на аза да мисли себе си и отношенията си с другите.

Кратко изложение на дисертационния труд

Глава I: ПРИВЪРЗАНОСТ - РАЗВИТИЕ И НАРУШЕНИЯ

Първата теоретична глава на дисертационния труд разглежда в резюме базови теоретични модели и конструкти, като прави съпоставка между изследователските изводи, направени в класическата перспектива на теорията на привързаността (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth, 1989; Bowlby 1969/1982; 1973; 1980; 1988; Main, 1990a/b; 1995 2000; Main & Hesse, 1990; 1992; George & Solomon, 2011; 2008; George & West, 2001; 2003; 2012) и проследява рефлексията на темата в българския научен контекст (Матанова, 2015; 2005; 2004; 2003; Михова, 2012; Петров, 2005;). В същото време текстът на тази теоретична глава добавя нови за нашата литература понятия и

конструкти - като идеите за **защитното изключване** в областта на привързаността (Бонев, 2016; 2017; Варчева и Бонев, 2017) и дефинирането на **системата на обгрижване**. Тези представени конструкции ще служат като база за формулирането на целите и хипотези при настоящето изследване. Представени са също и дефинициите на **четирите категории на привързаност**, като обсъждането е концентрирано около съществуващите емпирични данни за организацията на привързаността, при това на **нивото на репрезентациите**- относително нова сфера на изследване, надграждаща традиционните експериментални постановки, интересувачи се от наблюдаваното поведение (Пример, "Непознатата ситуация" - Ainsworth et al., 1978). В тази първа глава на текста е отделено солидно внимание на „*Проективната система за изследване на привързаността при възрастни*“ (Adult Attachment Projective Picture System – AAP), която оценява дименсии и процеси, които до сега не са били изследвани от никой друг инструмент. Тази система осигурява ефективно средство за „наблюдение“ на репрезентациите на привързаността, когато тя е активирана от картините-стимули.

В първия уводен параграф се разглежда теорията на привързаността, като част от теориите на обектните отношения. Споделяното разбиране между тези теории е, че принципната емоционална мотивация в човешкия живот е желанието да се формират и поддържат **взаимоотношения** с другите, като целта на тези връзки е свързана с оцеляването и удоволствието, и удовлетворението, което тези значими други могат да предоставят (Steele & Steele, 2005). Една от основните цели на John Bowlby, при формулирането на теорията на привързаността, е била да създаде „нов“ модел на **развитийната психопатология**, който да подчертава ролята на **реалните житейски събития**, като имащи отношение към някои аспекти на личностовото развитие и психичното здраве (George and West, 1999). Според него, започвайки от бебешка възраст, индивидите конструират **репрезентационни модели на привързаност** (вътрешни работни модели - ВРМ), които се основават на **реалните им взаимоотношения** с фигурата на привързаност (George & West, 2001). Разбиранията на Bowlby се концентрират около идеите за провал в околната среда и травматични преживявания, касаещи **невъзможността да се осигури сигурност и защита**. Тези разбирания, обаче, се противопоставят на съществуващите по това време психоаналитични възгледи, обясняващи емоционалните трудности единствено, като продукт на интрапсихичния детски свят (Матанова, 2015). Най-общо казано, **функцията на привързаността е защита от опасност**, индивидът е мотивиран да

установява близост с фигурата си на привързаност, когато е уплашен или застрашен, т.е. мотивационната и поведенческата страна на системата на привързаност.

В следващ параграф работата представя и прави разграничение между методите за изследване на привързаността в зряла възраст, като разглежда двете основни направления. Едното възниква в традициите на изследването на детското развитие и взаимоотношенията дете – родители (**развитиен подход** в традициите на J. Bowlby, M. Ainsworth, M. Main and C. George), а другото възниква в изследването на социално личностовите характеристики в романтичните взаимоотношения на възрастните (**социално-личностов подход** в традициите на P. R. Shaver, C. Hazan, C. L. Clark, K. Bartolomew, L. M. Horowitz).

Развитиен подход. Това, което е съществено в разбирането на **развитиен** **подход** е, че, *умствените репрезентации* на привързаността *не могат да бъдат достигнати и наблюдавани директно*, но могат да бъдат загатнати от мислите и поведението (Main et al., 1985; cited in Solomon et al., 1995; George & West, 1999). Нещо повече, *вътрешните работни модели на привързаността могат да бъдат видени и разбрани, когато системата на привързаност е активирана*, след това оценени определени мисловни и/или поведенчески модели, комбинирани със защитните процеси. Това води до надеждната категоризация на начина, по който привързаността е организирана (George & Solomon, 2008).

Социално-личностов подход. Ранните теоретици (Ainsworth, 1989) не успяват да уточнят каква точно е връзката между привързаността, касаеща осигуряването на защита и сигурност и интимните, или романтичните взаимоотношения при възрастни. Малко е вниманието, което се обръща на въпроса – какво се изследва в този подход, дали е привързаността (т.е. връзка основана на защита и сигурност) или нещо друго. Директното екстраполиране и експлоатиране на установените категории на привързаност от социално-личностовия подход, довежда до директното обясняване на романтичната любов и интимност. **Въпреки това, това е модел за изследване и обясняване на интимността и самотата** (George & West, 1999), **а не на характеристиките на привързаността**. Различни публикации в англоезичната литература поставят въпроса за конструкт-валидността на метода и на надеждността на направените изводи с данни, получени на база самоотчет.

Постоянно нарастващия клиничен интерес към теорията на привързаността прави важно това да бъдем наясно относно различията при репрезентационните мерки за изследване на организацията на привързаността и стилът на привързаността.

Развитийните репрезентационни инструменти оценяват статусът на привързаността, това са моделите на мислене и ефектите (последниците) от детския опит на привързаност. Стилът на привързаност е личностов критерий, който концептуализира привързаността в две измерения на личността: избягване и тревожност или положителен или отрицателен селф (аз). Нещо повече, теоретиците на стила на привързаност са екстраполирали този модел от модел на романтичната (т.е. активация на сексуалната система, а не на привързаността) към модел за изграждането на теория за общото човешко свързване (George & West, 2011) – включително колеги, приятели и други хора, които не са определени от човешката генетична (биологична) връзка да бъдат фигури на привързаност. По този начин се развива теоретичен модел на близките чолешки отношения, които са по-общи от специфичната връзка, която Bowlby определя, като изключителна за психичното здраве. Теоретиците и изследователите от тези две области са единодушни, че тези модели не се припокриват, въпреки че и двата подхода претендират, че произтичат от теорията на привързаността.

Въпреки ползите от обогатяването на методологичния арсенал за изследване на привързаността, тази дългогодишна динамика създава риск от подмяна на смисъла на конструктите, лежащи в основата на теорията. В този смисъл, съществено разграничение е необходимо да се наложи между категориалните методи на развитийния подход, изследващ модела на привързаност и дименсионалните методи на личностовия подход, изследващ стила на привързаност.

Третият параграф на първа глава отделя значително внимание на **защитните процеси** и на тяхното операционализиране. В третото издание на „Привързаност и загуба“ (1980) Bowlby използва когнитивната теория, за да преформулира умствените репрезентации в модел за **защитно изключване** (defensive exclusion), който следва психоаналитичния модел за его защитите. Точно както *потискането* е ключово за разбирането на психоаналитичната теория на защитите, така и *защитното изключване* е ключът към разбирането на защитите в теорията на привързаността на Bowlby (1980).

Въпреки усилията на Bowlby (1980) да дефинира разбиранията си за защитното изключване, неговата работа в тази насока за дълго време бива negliжирана от изследователите на привързаността. Разбирането и разпознаването на защитното изключване в теорията на привързаността, обаче, е от съществено значение, както за самата теория, така и при сравнение на индивидуалните различия на менталните репрезентации на привързаността, т.е. за оценката на категорията. Според Bowlby (1980) защитите са автоматични и несъзнавани процеси, които избират, изключват и

трансформират поведението, мисълта и емоциите, за да отклонят вниманието от системата на привързаността и да предотвратят психологическия срив (Виж също Nesse & Main, 2006). В тази връзка, защитните процеси имат отношение към репрезентациите, регулацията на афекта и психиатричните симптоми. Bowlby (1980) очертава триформи на защитно изключване: деактивиране, когнитивно изключване и сегрегирани системи.

- **Деактивирането** се опитва да отклони вниманието от събитията на привързаност, хората или възникващите чувства. То работи, за да отклони и предотврати възможността на индивида да осъзнае придружаващата ситуация или отношенията стрес. Деактивирането създава репрезентационна „дистанция“ между индивида и събитието, активиращо привързаността. Изследванията на детските репрезентации на привързаност и репрезентациите на родителстването показват, че процесите на деактивиране са основата на **избягването и отхвърлянето** в отношенията (George & Solomon, 1996).

- **Когнитивното отделяне** буквално изключва елементите на привързаността от техния източник, като по този начин се нарушават консистентността и способността да се държи в ума единен възглед за събитията, емоциите и хората, свързани с тях. Резултатът е объркване и колебания, които се забелязват от **несигурността** на мисълта. Например, индивидът не може да взема решения за случващото се, понякога до степен, в която е заклещен между противоположни теми (например, събитието се случва през деня или ноща; момичето е щастливо или тъжно). Отделянето също се свързва и с елементи на гняв и фрустрация, за които се прави един псевдо опит за преработване чрез оттегляне, спиране или опити за отлагане на трудностите с надеждата, че те просто ще изчезнат.

Деактивирането и когнитивното отделяне са **нормативни форми на защита** (George & Solomon, 2008; George & West, 2012), защото тези процеси успешно отклоняват вниманието от събитията, спомените и чувствата, свързани с привързаността, **достатъчно, за да поддържат привързаността организирана**. Нормативните защити помагат да се предотврати наводняването и обездвижването на индивидите от страх или заплаха, които дезорганизират привързаността (Solomon et al., 1995).

- Дезорганизираната привързаност се свързва с третата форма на защита, **отделени системи** (Bowlby, 1980; George & Solomon, 2008). Отделената система се дефинира като интензифициран защитен процес, който заключава болезнения "пакет" (George & West, 2011) от спомени и афекти, свързани с определена заплаха за връзката на привързаността, т.е. отделя го от съзнанието. Според Bowlby (1980) активирането на този защитен процес води до толкова интензивни емоционални преживявания, че мисълта и поведението стават хаотични. Когато този защитен процес се разпадне, тогава травматичният или плашещият материал залива съзнанието и води до дезорганизирано състояние на ума. Сегрегирани системи са видими, когато материалът включва теми и/или състояния, описващи безпомощност, страх, преживявания да бъдеш извън контрол, изолация, незащитеност или изоставеност.

Четвърти параграф на първа глава обсъжда Системата на обгрижване (родителстване) (Caregiving system), като поведенческа система, дефинирана от Bowlby (1969/1982, 1988) и по-късно проверена в емпиричната работа на George & Solomon (2008; и други издания от същите автори; виж в библиография).

Когато системата на привързаност в детето се активира (когато е *болно, физически наранено или емоционално разстроено*), то реализира поведения на привързаност (*плаче, търси близост и се опитва да поддържа контакт с фигурата на привързаност*). Ролята на фигурата на привързаност, когато системата на обгрижване е активирана, е **да осигури защита**, храна, грижи, внимание и обич, топлина и подкрепа (тоест да отговори на тези сигнали), необходими, за да се деактивира системата на привързаност (което е сигнал, че детето се чувства сигурно и защитено).

Bowlby (1969/1982, 1988) предполага, че поведението на фигурата на привързаност е организирано от *поведенческата система на обгрижване*, която е реципрочна на системата на привързаност, но не и идентична (George & Solomon, 2008). Основният въпрос, който си поставят изследователите от тази област, в тази връзка, е – как вътрешната организация на родителското поведение на отдаване на грижи повлиява развитието на детето.

В края на 80-те и началото на 90-те години група от изследователи в областта на привързаността (Main, Kaplan, Cassidy, Solomon & George) са били заинтересовани в изследването и описването на това как работи системата на обгрижване, която е представена и у майката, и у бащата. По време на тази епоха, изследването на привързаността се измества „до нивото на репрезентацията“ (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985 cited in George & Solomon, 2008).

Важно е да се подчертае значимостта за родителя, която има правенето на *промяна от търсец защита* и непосредствена грижа от фигурата на привързаност (функцията и целта на привързаността за децата) към *осигуряващ защита*, комфорт и грижа за децата си (функцията и непосредствената цел за родителя). Тази промяна е от съществено значение за разбирането на *мотивацията на родителското поведение*, културните различия в осигуряването на грижа, различията в характеристиките и качеството на детската привързаност, както и за разбиране на механизмите на трансгенеративното предаване.

Отдаването на грижа е самостоятелна поведенческа система с организиран набор от поведения, ръководени от репрезентацията на *текущата връзка родител-дете*. Системата на обгрижване е реципрочна на и възниква паралелно с тази на привързаността.

От изключителен интерес в теорията на Bowlby са факторите, които участват в активирането, успокояването и регулирането на *системата на привързаност*. Според тази теория, *тя* се активира от вътрешни или външни сигнали, които детето възприема и оценява като страшни, опасни или стресиращи. *Системата на обгрижване* се активира от вътрешни или външни сигнали, свързани със ситуации, които родителят възприема и оценява като страшни, опасни или стресиращи за детето. Тези ситуации включват, но не са ограничени до, *раздяла, преживяване на дистрес от детето, заплашване на неговото физическо или психическо здраве*. Когато системата на обгрижване е активирана у родителя, тогава тя/той може да отговори със серия от поведения (възстановяване на връзката с детето, поддържане на близост, съпровождане през застрашаващото събитие/ситуация, понякога просто следване на детето по време на преживявания на опит, оценяван като застрашителен, когато детето е сигнализирано, че има нужда да бъде следвано), които да осигурят грижа, близост и комфорт (утеха). В този смисъл, системата на обгрижване е успокоена от установената физическа или психическа близост с детето и от сигналите, че то е утешено и удържано по един задоволителен начин. В тази връзка, както привързаността е свързана и регулирана от силни чувства, включващи радост и гняв (в отговор на това дали е или не е установена близост с фигурата на привързаност), така и системата на обгрижване е свързана с и регулирана от преживяванията на тези чувства. Грижещите се преживяват радост и удовлетворение, когато са в състояние да защитят и осигурят утеха на децата си. От друга страна, когато са разделени от децата си или способността им да ги утешат и защитят е застрашена или блокирана, преживяват силни емоции на гняв, тъга,

тревожност или отчаяние. Тези твърдения са валидни за преживяванията както на майките, така и на бащите (вж. George & Solomon, 2008 – майки; Bretherton et al., 2005 – бащи).

В този смисъл, *репрезентацията на родителя е специфична, отнася се до детето, съдържа в себе си мисли, спомени и оценки от миналите и настоящите преживявания с него и се пресича със собствената история на привързаност на родителя* (George & Solomon, 1989, 2008; Solomon & George, 1996, 2000).

Този параграф обсъжда, също, ролята на защитните процеси в репрезентациите на родителите и характеристиките, които се разграничават между отделните модели на родителското поведение. В тази част на текста са представени и някои от факторите, влияещи върху развитието на системата на обгрижване.

В пети самостоятелен параграф са операционализирани репрезентациите на привързаността (вътрешните работни модели). Представените анализи се базират на системното проучване на защитните процеси в изследването на детските репрезентации на привързаност; репрезентациите на възрастните и репрезентациите за отдаването на грижи. Коментиранияте изводи се основават на работата с три от съществуващите инструменти:

1) **„Процедура за изследване на привързаността, използвайки игра с кукли“** (The Attachment Doll Play Procedure – ADPA) (George & Solomon, 2016).

Тази процедура се различава от другите подобни, тъй като нейната класификация се основава също на **защитните процеси**, свързани с раздялата и загубата (George & Solomon, 2016), които също могат да бъдат разграничени в репрезентациите на родителите, отнасящи се до детето (George & Solomon, 2016, 2008, 1999, 1996, 1989; Бонев, 2017; Варчева и Бонев, 2017), както и в отговорите на възрастни индивиди при проективни стимули, касаещи привързаността (George & West, 2012, 2011, 2003, 2001).

2) **„Интервю за отдаването на грижи“** ("Caregiving Interview", 1988/1993/2005/2007), което George & Solomon (1996; 2008) създават.

"Интервюто за отдаване на грижи" е клинично интервю, предназначено да активира системата на обгрижване. Интервюиращият насърчава майките (родителите) да описват спомени за конкретни събития, взаимодействия, чувства и техните оценки за тези събития. Интервюиращия използва серия от отворени въпроси за емоциите, свързани с преживяването да бъдеш родител (като радост, тревога, вина, увереност и

т.н.). Майките, също така, са помолени, да опишат и събития, свързани с привързаността - като раздели с детето, тръгването му на детска градина, училище. Интервюто е специфично за връзката с конкретно дете, т.е. майките са помолени да се фокусират върху конкретни преживявания и връзката с детето си, вместо да описват родителстването въобще (George & Solomon, 2016; 2011).

3) **„Проективната система за изследване на привързаността при възрастни“** (Adult Attachment Projective Picture System – AAP (George and West, 2001, 2011, 2012) оценява привързаността при възрастни, базирайки си на отговори към картинни стимули, които представляват набор от 8 платна, изобразяващи хипотетични сцени и ситуации на привързаност, целящи да активират точно тази система. Наборът включва осем стимула – една въвеждаща картина и седем, изобразяващи ситуации на привързаност. Стимулите и редът на представяне все повече активират системата на привързване (Buchheim, George et al., 2006; Buchheim, Erket al., 2006).

Текстът на дисертацията коментира някои от значимите изводи, направени с представените методологии и теоретично-приложните заключения, които следват от тях.

➤ **По отношение на сигурността:**

Родителите на сигурно привързаните деца са чувствителни, балансирани и гъвкави, като насърчават отношения на доверие и удоволствие от взаимодействието в тези диадични взаимоотношения, като в същото време общуват с детето си ясно и ефективно (George & Solomon, 2008). Репрезентациите на сигурните родители могат да бъдат обобщени по следния начин: *„Уверен съм, че знам кога си тревожен/на или уплашен/на, както и в това, че знам какво да правя“*; *„Мисля/Грижа ме е за твоята безопасност и сигурност и ще се опитвам да те предпазя и за бъдеще, дори да не съм толкова успешен/на в това, колкото бих искал/а“*; *„Аз съм бърз/а и неинтрузивен/на“*. *„Радваме се да сме заедно“*. Сигурно привързаните родители реагират последователно и чувствително на пълната гама от детски емоции, като по този начин позволяват на детето да се научи да се саморегулира и да развие стратегии за управление на нарастващите нива на възбуда (Sloman et al., 2002).

Наблюденията на **сигурно привързаните деца** в ранна детска възраст през средното детство установяват, че сигурността на привързаността насърчава директното изразяване и комуникиране на потребностите от привързаност, което позволява на тези деца да търсят близост и физически контакт с фигурите си на привързаност без риск

или тревожност (Sroufe et al., 2005; Thompson, 2008). Репрезентациите на сигурно привързаните деца могат да бъдат обобщени по следния начин: „Аз съм достоен да получа грижа“; „Мога да бъда директен и винаги да ти казвам, когато съм тревожен или уплашен“; „Ти си бърз/а (в отговора) и чувствителна, но не и интрузивна.“ „Знам и вярвам, че ще ми позволиш да се отдалеча от теб, за да изследвам света, а когато искам да се завърна ще ме приветстваш“.

➤ **По отношение на несигурността:**

Несигурните родители са склонни да използват регулаторни стратегии, които са по-малко гъвкави и адаптивни. Несигурно привързаните родители не успяват да регулират емоционалните преживявания на децата си, да ги предпазят и да им позволят да почувстват сигурност и безопасност (Bowlby, 1980; Main & Hesse, 1990; Mazzeschi et al., 2014).

Несигурно-отхвърлящите родители разчитат на *деактивиращите стратегии*, за да регулират афекта (Brown, 2007; Mazzeschi et al., 2014). Стратегията на деактивиране позволява на отхвърлящия тип родители да ограничат изразяването на емоционални преживявания и да се отделят от взаимоотношения, които могат да предизвикат негативни чувства (Mazzeschi et al., 2014; Magai, 1999). Ключово за тези индивиди е, че при активация на системата на привързаност, вниманието се измества от взаимоотношенията и справянето с провокирания стрес върху постиженията и изследването. Родителските репрезентации могат да бъдат обобщени по следния начин (George & Solomon, 2008): „Заслужаваш базова грижа, която да ти осигури здраве и сигурност“; „Бих искал/а да бъдеш силен и независим“; „Не се чувствам комфортно с преживяването на близост, страх и гняв“; „Основавам се в грижата за теб на социални правила, професионалисти, които да ме съветват как да се грижа и да общуваме“; „Аз съм добър „учител“ и нашето най-хубаво време, прекарано заедно, е свързано с учене и изследване“.

Избягващите деца използват процесите на *деактивиране*, като историите им се характеризират от промени (измествания) във вниманието, които неутрализират, провокирания от възстановяването на връзката дистрес, например опити раздялата да бъде спряна, неосъществена или членовете на семейството заспиват при възстановяването на връзката. Героите действат по един равнодушен, незагрижен, небрежен и формален начин. Репрезентациите на избягващите деца могат да бъдат определени по следния начин: „Аз не съм достоен за внимание и грижа“; „Не искам

да бъдем прекалено близки“; „Аз съм тревожен, но не мога да ти го покажа, защото искаш от мен да бъда силен и независим“; „Това да ме държиш на страна ме прави гневен“; „Ще остана близо до теб за мое собствено добро, но трябва да те избягвам и игнорирам, когато съм гневен“; „Отклонявам нуждите си от свързаност с теб за сметка на изследването“.

За разлика от отхвърлящите родители, несигурните **свърхангажирани възрастни** използват хиперактивиращи процеси и стратегии – **когнитивно изключване**, които се активират във взаимоотношенията с децата. При родителството тези възрастни отговарят непоследователно на нуждите на децата си и им осигуряват по-малко емоционална подкрепа и помощ при регулирането на емоционалните им състояния (DeOliveira et al., 2005; Mazzeschi et al., 2014; Sloman et al., 2002). Подобно на отхвърлящите възрастни, свърхангажираните не използват привързаността, за да разрешат възникналия дистрес в ситуации, заплашващи сигурността на аза. Тези индивиди са предимно свърхангажирани с емоциите и чувствата, които поражда даден проблем, отколкото с проблема сам по себе си. За тях също е типично отклоняване на вниманието при активация на системата на привързаност, но по посока на това ситуацията, проблемът или неговото разрешаване да изглеждат твърде положителни (историите и разказите на тези възрастни често звучат твърде „сладникаво и захаросано“ / glossing), обслужвайки невъзможността им да се срещнат с негативните чувства и емоции. **Несигурността и нерешителността** (George & Solomon, 1996) прави тази група хора объркани по отношение на собствената им житейска история. Свърхангажираните възрастни са често сантиментални, описвайки живота по безперспективен начин, фокусирайки се повече върху миналото, отколкото върху настоящето. Фигурите на привързаност на тази група хора са им осигурявали една функционална грижа, свързана с невъзможността да се разчитат сигналите на детето. По тази причина отговорите са отложени. Вярванията на свърхангажираните родители често гравитират около следните допускания: „Аз не съм убеден/а и не знам какво се опитваш да ми кажеш или от какво имаш нужда“; „Аз съм объркан/а и тревожен-на/ен през повечето време, когато полагам грижи за теб. Така че, когато мога да изместя вниманието си от грижите си за теб се чувствам облекчен/а“; „Да стоиш близо до мен е достатъчно, за да те държа в безопасност“; „Връзката ни е топла. Наслаждавам ѝ се най-много, когато сме в близост“.

Амбивалентните деца използват стратегиите на **когнитивното изключване** (изключване от съзнанието на връзките между афекта и мисълта), за да модулират

възникващия от привързаността стрес. По време на описаната процедура, мислите на амбивалентните деца често стават заети с малки и незначителни детайли (напр. подреждане на съдовете и чистене на къщата), а възстановяването на връзката е прекъснато или незавършено.

Тяхното убеждение, за взаимоотношенията с фигурата на привързаност, е: „*Не съм сигурен дали съм достоен да получа грижа. Объркваш ме*“; „*Бих искал да бъдем близки, но не мога да предскажа кога ще ми позволиш. Притеснен съм. Но също съм много щастлив, когато сме близки*“; „*Трябва да преувелича дистреса си, за да го забележиш*“; „*Твоята непредсказуемост и това, че не отговаряш на сигналите ми ме ядосва*“; „*Не ти харесва, когато ти казвам, че съм гневен*“; „*Твърде тревожен съм, за да се ангажирам с изследване, защото се чувствам несигурен, когато съм надалеч от теб*“.

➤ **По отношение на дезорганизацията:**

Според George & Solomon(2008), дезорганизираните майки и родители са **абдикирали психологически от ролята си на обгрижващи** или се **борят безуспешно**, за да **контролират** детето си и за да осигурят защита. По тази причина обгрижването става непоследователно, в някои случаи с **размяна на ролите**, буквално казано - дезорганизирано, като това се превръща в пречка пред способността на майката да изпълнява защитната си функция, която би трябвало да е производна от взаимодействието на системите на привързаност и обгрижване. Solomon & George (1996) смятат, че системата на обгрижване при майки на дезорганизирани деца е увредена до степен, в която характерът на грижите може да бъде сведен до "*провалена защита*". От гледна точка на защитните процеси, дезорганизираното обгрижване може да бъде дефинирано в термините на **отделените системи (segregated systems)**. В тази връзка, дезорганизацията на обгрижването може да бъде възприета като отделен (segregated), свързан с привързаността, **страх** (George & West, 2001; George & Solomon, 2011; Solomon et al., 1995). Според George & Solomon (1996; 2008; 2011), при изследването на родителските репрезентации с "Интервюто за отдаване на грижи", дезорганизираното обгрижване е характеризирано от две различни форми на отделените системи - репрезентационна **дисрегулация** и репрезентационно **свиване**. И двете форми са израз на невъзможността да се интегрират системите на привързаност и обгрижване на репрезентационно ниво, аз-ът не може да бъде мислен, като обгрижващ, т.е. - не може да бъде направен преходът, от нуждаещ се от грижи към отдаващ грижи;

като и двете форми на отделените системи се характеризират от *абдикация на родителя от ролята му на такъв*.

Родителските дезорганизираните репрезентации за взаимоотношенията могат да звучат така: *„Аз съм изплашен/а, извън контрол и безпомощен/на“*; *„Ти си въплъщение на дявола. Разгневен/а съм. Поведението ти е наказателно и контролиращо. Ще се боря, за да те контролирам“*, а когато дезорганизацията е по-посока размяна на ролите – *„Ти си ангелът, който ще ме спаси. Ти си перфектен/а и ме правиш толкова щастлив/а“*.

Дизрегулираното дете. В дезорганизираните диади **реинтеграцията се блокира от конфликта между търсенето и избягването** на родителя (Main & Solomon, 1990). В предучилищна възраст, дезорганизацията се наблюдава в три типа поведение при възстановяване на връзката след раздяла, т.е. изследователите дефинират три подгрупи деца (**контролираща – наказваща [1]** и **обгрижваща [2]**; и **некласифицирани [3]**). Описанието на неударжани *плашещи и катастрофални събития, както и отказа от игра, са най-важните маркери на дизрегулация и дезорганизация*, които се наблюдават в при изследването на репрезентациите на тези деца (George & Solomon, 2016). Вътрешните работни модели на дезорганизираното дете могат да бъдат обобщени по следния начин: *„Не мога да поискам или получа защитата, грижата и комфорта, от които се нуждая“*; *„Щом ме изоставиш, явно не съм достоен/а за грижа“*; *„Плаши ме това да се чувствам толкова незащитен/а от единствения човек в света, който може да ме спаси“*; *„Действията ми са страхливи и плахи“*; *„Аз съм безпомощен/а и извън контрол“*; *„Ти си извън контрол и това ме ужасява“*; *„Трябва да се защита сам/а, тъй като ти не ме защитаваш“*; *„Трябва да се грижа за теб, за да не изчезнеш“*.

Дезорганизираните възрастни и дисрегулираните деца демонстрират процесите на **отделените (сегрегирани) системи**, които презаливат наративите или игрите им

Последният шести параграф от представения подробно текст, описващ света на репрезентациите изяснява някои от съществените области на оценка на ниво репрезентации на привързаността, които ще имат отношение към емпиричното изследване. Този параграф операционализира следните области:

➤ Аз-представителството (Селф-представителство) (Agency of Self) – има две перспективи. Едната е когато азът е обърнат навън, търсейки фигури на привързаност, които да осигурят сигурно убежище (Heaven of Safety) или предприема някакви конструктивни действия в репрезентационния свят (Capacity to Act). Другата

перспектива е, когато азът е ангажиран в психична дейност, която прави себе си обект на вътрешна преработка – интернализирана сигурна база (Internalized Secure Base).

➤ Интернализирана сигурна база / ИСБ (Internalized Secure Base / ISB) – тази вътрешна форма подчертава способността на индивида да се ангажира със себеизледване, да понесе самотата, тъгата и тревогата, вместо да се „разпадне“ от болезнения опит на миналото.

➤ Сигурно убежище (Haven of Safety / HOS) – идеята, че фигурата на привързаност осигурява защита и сигурност при активиране на системата на привързаност на детето, е централна за теорията на привързаността (Ainsworth et al., 1978). Сигурното убежище касае завръщането към фигурата на привързаност, за да се възстанови застрашената или изгубената сигурност и отразява начина, по който детето възстановява равновесието в системата на привързаност.

➤ Способността да се действа (Capacity to Act/CTA) – отразява способността на аза да предприема конструктивни действия в ситуации на привързаност (George & West, 2011). Тези действия водят до промяна.

➤ Свързаност (Connectedness). Докато аз-представителство описва вътрешните работни модели на аза, концептът на свързаността оценява, дали репрезентациите на привързаност включват други видове интимни взаимоотношения като продължения или допълнения към отношенията на привързаност (системата на сдружаване (връзки, основани на приятелство) и сексуалната система (Bowlby, 1969/1982; George & Solomon, 2008).

➤ Области на оценка в диадичните отношения - синхроничност

Синхроничността (Synchrony) е възможно да бъде наблюдавана само в диадичните взаимоотношения на привързаност и по тази логика в "Проективната система за изследване на привързаността", се оценява само за диадичните картини, които описват героя в потенциални отношения на привързаност.

➤ Чувствителна (отразяваща) грижа

Тази област оценява репрезентационния потенциал за това, което Bowlby (1969/1982) нарича "целено-насочено партньорство". От своя страна "целено-насоченото партньорство" се отнася до преживяванията на детето на връзката му с основно грижещия се, като "топла, интимна и постоянна връзка, в която и двамата намират удовлетворение и удоволствие". Синхроничните елементи на привързаността са дефинирани по-конкретно от Ainsworth и се отнасят до поведението на майката, които

се възприемат да бъдат основата на детската сигурност: чувствителност, спонтанност, отзивчивост и завършеност (Ainsworth et al., 1978).

➤ Функционална грижа. Тези формални взаимоотношения са определени като функционални. Функционалните интеракции, все пак, поддържат организацията на привързаността, а в някои случаи те са достатъчни за да облекчат стресът, произхождат от активацията на привързаността..

➤ Без наличие на връзка. Една трета, крайна форма, на репрезентации е, свързана с неспособността на индивида да признае присъствието на "другите", когато системата на привързаност е силно активирана.

➤ Личен опит в проективния наратив (Personal Experience) - размиване на границите между Аза и Другия. В "Проективната система за изследване на привързаността" (AAP) при възрастни, този термин обозначава способността на индивида да поддържа граници между себе си и измисления герой, докато разказва история. Въпреки че сцените в методологията могат да бъдат познати и това, че знаем, че репрезентациите на привързаност са построени върху реалните преживявания, индивидът не е инструктиран да разказва или да дава лична или автобиографична информация.

Глава II: ОБРАЗ ЗА СОБСТВЕНОТО ТЯЛО – РАЗВИТИЕ И НАРУШЕНИЯ

Втората теоретична глава на текста разглежда съвременните перспективи в изследването на конструкта „образ за собственото тяло“. Текстът предлага различни дефиниции, представя ги в историческия план на тяхното развитие, като се присъединява към съвременните разбирания за конструкта, като многодименсионален феномен. Към съвременните разбирания и изследвания на конструкта е представена и дефиницията за понятието „гъвкавост“ на образа за тялото. Специално място е отредено на теоретичното изследване на отношенията на привързаност и тяло, в този контекст са положени идеите за развитието на телесния аз и неговия образ – спецификите в развитието и нарушенията. От съществено значение за цялостната концептуализация на текста е параграфът, разглеждащ травмата на привързаността и тялото. В последен параграф в тази теоретична глава са представени данни от изследвания и различни теоретични разбирания за социокултурните и медийните влияния върху образа за тялото.

В първи параграф на втората теоретична глава се разглежда понятието „телесен селф/аз“ (“body self”), което се отнася до сложната комбинация от психичното

преживяване на физическото тяло, неговото *функциониране* и *образа* за него. Телесността (embodiment), т.е. да бъдеш в тяло, формира ума. Най-ранната форма на себе-репрезентацията е репрезентацията на тялото. Тялото поставя егото във физическата реалност, като по сложен начин егото се формира във връзка с тялото.

Общият преглед на литературата, посветена на „образа на тялото“, довежда до разбирането, че през последните шест десетилетия интересът към тази тема е значителен. Изследователите са заинтригувани от преживяването на човека да е въплътен в тяло (embodiment), както и от влиянието на тези преживявания върху поведението. Редицата изследвания сочат, че се засилва тенденцията за подлагането на естетически интервенции (неинвазивни) и операции (инвазивни); промяна на моделите на хранене, целящи да редуцират теглото (диети); приемането на медикаменти, предназначени да направят мъжете по-мускулисти, а жените по-слаби. Взети заедно, тези поведения, мотивират изследователите в областта на тялото да търсят причините, които карат хората да ги реализират.

Тази част от текста представя различни определения за понятието „образ за тялото“, като представя развитието на идеите в хронологичен план, за да стигне до битувашото в наши дни разбиране за „образа на тялото“, като мултидименсионален конструкт (Cash & Pruzinsky, 1990; 2004), **който се отнася до субективните нагласи и възприятни преживявания на собственото тяло, особено на външния вид** (Cash & Labarge, 1996; Cash, et al., 2004-c; Grogan, 2008). Друго, обобщаващо определение, гласи, че образът на тялото може да бъде мислен, като **индивидуалните преживявания на физическия аз**(Cash, 2004-b).

Когнитивно-поведенческият подход доминира концептуалните и клинични прозрения в областта през последните години. Като Cash и Pruzinsky (2002) предлагат, че образът на тялото е многоаспектно преживяване (т.е. мултидименсионален конструкт), включващо три компонента:

- 1) възприятията на индивида за тялото му;
- 2) отношението/нагласите към тези възприятия;
- 3) видимите поведение в отговор на тези възприятия.

Два са основните аспекти, които включват нагласите за телесния аз-образ – оценка (удовлетвореност от тялото) и инвестиции (психологическа значимост, която се отдава на външния вид). Афектът се отнася до емоциите, свързани с образа на тялото в специфични ситуации. Освен това, тези нагласи могат да бъдат оценени по отношение на общия външен вид или по отношение на конкретни физически характеристики като

тегло и форма на тялото. Предложените определения в тази част на текста ни предоставят възможност да стигнем до заключението, че „образът на тялото“ не е вроден и това позволява да го мислим като динамичен и развитиен конструкт.

В следващ подпараграф текстът представя една нова традиция на изследване в клиничната практика – изследването на „гъвкавостта“ на образа тялото (Sandoz, 2006; 2013). Гъвкавостта на образа на тялото е дефинирана като активно свързана с възприятията, мислите, вярванията и чувствата за тялото, без наличието на опити, целящи да променят тяхната интензивност, честота или форма. Психологическата ригидност на образа на тялото не се характеризира от съдържанието на мислите (напр. "Начинът, по който изглеждам, е важна част от това, което съм") или описания на поведението (напр. "Нося широки дрехи"), **а от това как образът на тялото оказва влияние върху живота** (напр. "Когато започна да мисля за размера и формата на тялото си, е трудно да върша каквото и да е друго") (Sandoz et al., 2013).

Трети параграф на втора глава разглежда отношенията на привързаност и развитието на телесния аз. Тази част е композирана от две подчасти, кореспондиращи с теоретичните дефиниции и разграничения, направени в първата теоретична глава, между организацията на привързаността и стилът на привързаността. В първата подчаст са коментирани стилът на привързаност при възрастни и нагласите към телесния аз. Този подход на изследвания доминира в емпиричната литература, които изследвания, обаче, не принадлежат към развитийното разбиране за нарушенията в нагласите към тялото. Тези изследвания, не водят до изясняването на въпроса – дали стилът на привързаност е причина за нарушенията в образа на тялото. Резултатите подчертават социалната стойност на разбирането на образа за тялото във връзка с процесите на социално свързване. Както ще дискутираме в следващите параграфи на този текст и ще видим от проведеното емпирично изследване, чувствата относно собственото тяло по-скоро могат да отразяват отношенията на развитието, отколкото самовъзприетите стилове на социално и романтично свързване. По тези причини текстът не отделя значително внимание на тази перспектива.

Втората подчаст на този параграф е предвидена за изясняването на отношенията на привързаност, като развитиен конструкт и развитието на телесния аз. Безспорно е, че от отношенията на привързаност зависят начините на свързване с вътрешните и външните обекти. Ранното преживяване на сигурност в тези отношения е от критично значение за психичната интеграция на травматичните събития (Solomon & George, 1996; George & Solomon, 2008). Тази интернализация на преживяваната **сигурност** във

взаимоотношенията, позволява на индивида да изгради сигурно убежище на аза, което не може да бъде лесно разрушено от атаките на обектите, било то вътрешни или външни. **Несигурната привързаност** (избягваща и амбивалентна) стимулира развитието на един „фалшив телесен аз“ (Lemma, 2015). Текстът изяснява, че в първите месеци от човешкия живот **потребностите на привързаността са първо и преди всичко потребности на тялото**, които се удовлетворяват от отговорите на основно грижещия се. Тези взаимоотношения, според Krueger (2002), организират и дават смисъл на телесния аз. **Взаимоотношенията на привързаност** и последвалите модели (attachment patterns) **са първичната и централна основа, от която се развиват и интегрират телесният и психологическият аз.**

Децата, които са класифицирани като тревожни (амбивалентни или избягващи), често имат майки, които демонстрират трудности и съпротиви към установяването на близък физически контакт при процедурата „Непознатата ситуация“ (Ainsworth et al., 1978). По отношение на децата със *сигурна привързаност* към майките си, може да отбележим, че те активно търсят физическо успокоение от тях след много кратко, но стресиращо отделяне, докато *избягващите деца* не го правят.

Четвърти параграф на втората теоретична глава дискутира дезорганизацията на привързаността, разбирането за травмата на привързаността и „отиграването“ на загубата върху територията на тялото. George & West (2012) отнасят травмата на привързаността до всички преживявания, които инстинктивно сигнализират заплахата за разрушаване на отношенията на привързаността или сигнализират опасност за аза. Безвъзвратната раздяла в идеите на Bowlby (1980) е **загубата**, която той вижда като проявление на травмата на привързаността. От еволюционна гледна точка, както за децата, така и за възрастните, възстановяването на близостта с фигурата на привързаността е единственото решение за облекчаване на страха. В този смисъл, загубите – реални или символични, за които не може да се скърби и травматизмите, които не могат да бъдат репрезентирани, изглежда са централни за разбирането на проблематизирането на тялото (нарушенията при хранителни разстройства; доброволното подлагане на естетична хирургия). Травмата винаги включва загуба (George & West, 2012). Тези загуби могат да бъдат твърде реални и буквални, като загубата на любим човек, например, или могат да са по-символични, като загубата на идентичност, смисъл или надежда (Lemma & Levy, 2004). Травматичното преживяване повлиява не само капацитета да се свързваш, да чувстваш, но и възможността *да мислиш символично*. Липсата на *символично функциониране* води до редуциране на

способността на аза да знае и да мисли за себе си, като отделен агент (дефинирано и разгледано в предходните глави, като аз-представителство / agency of self). **Това, от своя страна, прави по-вероятно тялото да бъде използвано за изразяване на онова, което не може да бъде репрезентирано.** Тези теоретични обяснения ще ни дадат възможност в последвалата глава на дисертационния труд да предложим хипотезата, че дезорганизираните хора ще проявяват по-високи степени на инвестиция по отношение на външния си вид, спрямо сигурните и другите две организирани категории.

Пети параграф на тази теоретична част коментира развитието на телесния аз и образа за тялото. Параграфът изяснява, че образът за тялото възниква във връзка в отношенията на привързаност със значимите други. Динамичните теории, макар да оцветяват темата с различни нюанси, като цяло са единодушни, че начинът, по който си представяме телата в ума ни, винаги е обектно-свързан (Krueger, 1988; 2002; 2004-a; Lemma, 2009; 2010-a; 2015). Текстът продължава към изясняването на етапите на развитието на телесния аз, като са представени в синтезиран вид идеите на Krueger (1988; 2002; 2004-a; 2004-b;). Дефинирани са три етапа: **1) Ранно психично преживяване на тялото**, където се акцентира върху значимостта на тактилните усещания; **2) Определяне на границите на повърхността на тялото и разграничаване на вътрешното състояние на тялото** – този етап се характеризира с постижението на диференциране на аза от обекта; **3) Определяне и оцелостяване на телесния аз, като основа за самосъзнанието.** На този последен етап от развитието се случва интеграцията на телесния аз, като контейнер на психичния аз – точката, в която се сливат, за да формират цялостно чувство за идентичност. В следващата част се разглеждат нарушенията в образа на тялото по отношение на възприятията, афектите и поведението.

Като самостоятелен параграф е представената темата за „Истинския телесен аз и Фалшивия телесен аз”. Следвайки идеите на Winnicott (1971) авторите разглеждат фалшивата телесна организация, като резултат от неточното и непоследователното отразяване, провала в емпатийните отговори и обозначаването на пълния набор от телесни преживявания. Липсата на емпатиен отклик, нарушената обратна връзка от грижещия се към детето, компрометираната сензорна стимулация или засрамващите отговори, отнасящи се до вътрешността или повърхността на телесните преживявания, могат да доведат до преживявания на срам, грозота или неадекватност. Параграфът разглежда също патологичните последствия от конструирането на фалшива телесна организация и цената, която азът плаща за нейното поддържане.

Следващият компонент от композицията на втората теоретична глава се отнася до телесното дисморфно разстройство, което е разгледано като патологично продължение на фалшивата телесна организация. Пациентите диагностицирани с това разстройство се характеризират с тревоги, отнасящи се до *размера и формата* на специфични части и области от тялото. Централно място за разбирането на това състояние са оказва преживяването на „дефектност”, която е станала част от аза, като в същото време текстът поставя въпроса за *смисъла, който има за индивида мразената от него телесна част*. Една съществена подробност в оценката на това състояние, която диагностичните формулировки пренебрегват.

Последният параграф се фокусира върху социокултурните и медийните послания в изграждането на образа за тялото. Текстът отбелязва, че многобройните аспекти на *външната реалност* допринасят за това как човек изгражда *вътрешната си реалност*. В същото време се коментира възникващата диалектика, като споделяме съвременните възгледи, че в основата на всички външни събития, съобщения и послания, независимо какво е тяхното естество, стои смисълът, който им предаваме. Текстът представя изследвания, според които се счита, че медиите са най-могъщият разпространител на съществуващите социокултурни стандарти или очаквания за външния вид. Една от най-влиятелните линии на изследване категорично доказва, че по-голямото излагане на медийно съдържание, отразяващо идеалите за тяло, води до повишаване на *неудовлетвореността* от собственото тяло, която на свой ред мотивира личността за промяна на тялото в посока на идеала (Stice et al., 1994). Нашият личен и професионален опит (Бонев, 2011) ни прави доста резервирани относно допускането, че медиите могат да имат толкова директно влияние върху неудовлетвореността от външния вид на тялото, както и нарушенията в неговия образ, които да водят до ангажирането в поведението, целящи да променят външния вид. По тази причина изводите, които предлагаме в тази част са свързани с ролята на културата и на медиите по отношение на „нормите“ за красота, които създават и експонират. Споделяме разбирането, че на медиите не може да бъде приписвана патологична роля в нашия социален, битов и интимен живот. Може би, хората, които се повлияват от експонираните стандарти за красота, са имали своите вътрешни тревоги по отношение на тялото, които ги правят уязвими на т.нар. „медийни влияния”.

Глава III: ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

Цел: Стремежът ни в настоящето изследване е да проучим тези два основни психологически фактора във функционирането на индивидите – организацията на привързаността, в традициите на развитийния подход и образа на тялото. В тази връзка, по-конкретно, бихме могли да дефинираме целите на настоящата разработка, като установяване на взаимодействието между репрезентациите на привързаността и образа на тялото.

Задачи: Във връзка с изпълнение на поставената цел на изследването, определихме следните задачи: 1) Да се предложи теоретичен модел за концептуален анализ на поставените проблеми и анализ на наличните изследвания по темата; 2) Да се дефинират критерии, според които да се формира група изследвани лица; 3) Оценка на организацията на привързаността; гъвкавостта на образа на тялото и многодименсионалният конструкт на образа на тялото; 4) Изследване на връзки между измеренията на привързаността и образа на тялото; 5) Изследване на взаимовръзката между гъвкавостта на образа на тялото и традиционните концептуализации на образа на тялото, т.е. като многодименсионален конструкт; 6) Дефиниране на вътрешно групови норми по отношение на образа на тялото, базирани на средни стойности и стандартно отклонение; 7) Съпоставяне на резултатите между формираните групи.

Хипотези:

1. Предполага се, че отделните области от конструкта образ за собственото тяло ще бъдат свързани с „когнитивната гъвкавост“ и изявата на симптоматичен статус.

2. Допускаме, че „когнитивната еластичност“ (vs. ригидност) на образа на тялото ще бъде свързана с проявата на негативна симптоматика.

3. Предполага се, че **организираните** категории на привързаност (сигурни; свръхангажирани и избягващи) ще показват по-ниски средни стойности по отношение на дименсиите на образа на тялото в сравнение с **деорганизираните** (нерешените) и по-високи средни стойности по отношение на „гъвкавостта“ на образа за тялото.

4. Допуска се, че **сигурните** изследвани лица ще показват по-ниски средни стойности по отношение на дименсиите на образа за тялото в сравнение с **несигурните** (свръхангажираните и избягващите) и по-високи средни стойности по отношение на „гъвкавостта“ на образа за тялото.

5. Предполага се, че изявата на симптоматичния статус ще бъде по-висока при **несигурните** спрямо **сигурните**, както и при **дезорганизираните** спрямо **организираните**.

Изследвани лица:

В изследването взеха участие 54 човека, от които 50 жени (представляващи 92,6% от изследваните лица) и 4 мъже (7,4 %). Средната **възраст** на изследваните лица е 35 години ($X=35,11$ и станд. откл. 8,8 години). Най-младият участник е на 23 години, а най-възрастния на 59. Според честотните анализи за **семеен статус**, 16 човека (30,2%) са посочили, че не са в партньорски отношения с друг човек (сам/а); 16 от тях (30,2%) са посочили, че са обвързани; 16 са заявили, че са в брак (женен/омъжена) (30,2%); двама от изследваните лица са посочили, че са разведени (3,8%); а трима са дефинирали семейния си статус, като разделени с партньорите си (5,7%). Един от изследваните лица не е посочил семеен статус. По отношение на **образованието**: 7 човека са посочили, че са със средно (13,2%); 15 човека са с висше-бакалавър (28,3%); 28 човека са с висше-магистър (52,8%), а с научна и образователна степен „доктор“ са 3 човека (5,7%). Отново липсва един отговор.

Процедура: Процедурата може условно да представим, разделена на две основни части:

Първата част, по изисквания и протокол, се състои от администрирането на „Проективна система за изследване на привързаността при възрастни“ (Adult Attachment Projective Picture System - AAP) (George & West, 2001; 2003; 2011; 2012).

Втората част от изследването се състои в попълването на самоотчетни въпросници (виж секцията „Инструменти“) в рамките на същата индивидуална сесия, след кратка почивка.

Продължителността на цялата изследователска сесия трае между 60 и 80 минути на човек. Кратко интервю (дебрифинг) беше подсигурано за всеки от участниците в изследването, за да сподели тревогите, които са възникнали и начина, по който се е почувствал или как се чувства след приключването на изследването.

Инструменти:

1. **Въпросник за личната история (Анкета).** Този въпросник беше разработен за настоящето изследване, за да получи основна демографска информация за изследваните лица.

2. „Проективна система за изследване на привързаността при възрастни“

(The Adult Attachment Projective Picture System – AAP; 2001/2003/2011/2012).

Автори: Каръл Джордж и Малкълм Уест (Carol George & Malcolm West)

Това е първият проективен метод за изследване на привързаността при възрастни. AAP е съставена от набор от осем рисунки, една неутрална сцена и седем сцени на ситуации на привързаност. Рисунките изобразяват събития, които, според теорията, активират системата на привързаност, например: болест, самота, раздяла и насилие/злоупотреба. AAP ранжира героите от детство до зряла възраст. Методиката оценява, когато героите са сами и когато са в диадични отношения. На картините, на които **героите са сами** се оценяват следните области:

- *потенциала на аз-представителството* (agency of self) – капацитетът за вътрешна интеграция на преживяванията: 1) интернализирана сигурна база (Internalized Secure Base - ISB); 2) и/или интернализирано сигурно убежище (Haven of Safety – HOS);
- *конструктивния поведени* (capacity to act), когато привързаността е заплашена;
- *свързаността* (connectedness) с другите.

Диадичните картини представят индивида в потенциални ситуации, свързани със системите привързаност-обгрижване. Оценяват следните области:

- *Синхроничност* (synchrony), т.е. взаимоотношения на реципрочност, сензитивност и взаимност; взаимно удоволствие от връзката. Тази област оценява репрезентационния потенциал за това, което Bowlby (1969/1982) нарича "целево-насочено партньорство".
- *Функционална грижа*. При много случаи отношенията не са взаимно или целево-насочени, липсата на чувствителност, която благоприятства развитието на сигурността, е видима от репрезентации, в които отговорите към другия са отложени или липсващи.
- От съществено значение за финалната класификация в представяната методология е разпознаването и оценката на трите големи групи *защитни процеси*, които категоризират привързаността като разрешена (сигурна; избягваща; свръхангажирана;) или неразрешена: *деактивиране; когнитивно отделяне и сегрегирани системи*.
- Последната оценявана дименсия е наличието на „личен опит“ (Personal Experience) в разказите-истории на изследваните лица. Тъй като AAP е проективна

задача, нахлуването, инвазията, така да се каже, на лични спомени, индикира за невъзможността да се поддържа репрезентационна граница, както и аз-другите граница.

AAP ранжира героите от детство до зряла възраст (George & West 2001/2003/2011/2012).

➤ Разпознаването на мисловните процеси, свързани с **травматичната дисрегулация и дезорганизация на привързаността** е последната възможност за оценка с представяната методология. Някои изследвани лица (пациенти) са замръзнали на ниво **хроничен патологичен траур** (в случая, когато привързаността е неразрешена, а травмата е поддържана от механизмите на когнитивното отделяне), а при други **траурът е невъзможен / провален** по отношение на загубата и травмата се поддържа от механизмите на деактивирането.

3. **Многодименсионалният въпросник за отношенията към телесния аз**“ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – MBSRQ; 2000). **Автор:** Томас Ф. Кеш (Thomas F. Cash)

„Многодименсионален въпросник за отношенията към телесния аз“ е 69 айтъмен самоотчетен въпросник за оценката на различните аспекти на нагласите на аза към конструкта образ на тялото. Образът на тялото се мисли и оценява като нагласи / диспозиции към телесния аз (Cash & Pruzinsky, 1990). Като нагласи, тези диспозиции включват оценъчни, когнитивни и поведенчески компоненти.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА СУБСКАЛИТЕ:

1. *Оценка на външния вид* (Appearance Evaluation): чувства на физическа привлекателност или непривлекателност. Удовлетворение или недоволство (неудовлетворение) от външния вид.

2. Ориентация към външния вид (Appearance Orientation): тази субскала измерва степента на инвестиция във външния вид.

3. Оценка на физическата способност (Fitness Evaluation): тази субскала оценява чувствата за физическа годност или неспособност.

4. Ориентация към физическите умения/способности (Fitness Orientation): степента на инвестиция във физическата годност или атлетичната компетентност.

5. Оценка на здравето (Health Evaluation): усещането за физическо здраве и/или липса на физическо заболяване.

6. Ориентация към здраве (Health Orientation): тази субскала оценява степента на инвестиция във физически здравословния начин на живот.

7. Ориентация към болест (Illness Orientation): измерва степента на реактивност към наличието на болест или на потенциално разболяване.

8. Скалата за удовлетвореност от областите на тялото (The Body Areas Satisfaction Scale): подобна на субскалата за оценка на външния вид, с изключение на това, че тази скала търси информация за удовлетвореността от отделни аспекти (области) от външния вид.

9. Свърхангажираност с наднорменото тегло (The Overweight Preoccupation Scale): тази скала оценява конструкта, отразяваща тревожността към мазнините, бдителността към теглото, диетите и ограничаването на храненето.

10. Самостоятелната класификация на теглото (The Self-Classified Weight Scale): тази скала отразява начина, по който човек възприема и обозначава теглото си, от много поднормено тегло до много наднормено тегло.

4. Въпросник за „Образ на тялото – приемане и действие“ (The Body Image - Acceptance and Action Questionnaire BI-AAQ; 2006; 2013). **Автори:** Емили К. Сандоз и Кели Г. Уилсън (Emily K. Sandoz & Kelly G. Wilson)

Въпросникът за „Образ на тялото – приемане и действие“ е 29 – айтъмна самоотчетна скала, която е създадена, за да измерва степента, до която индивидът проявява позиция на приемане към отрицателни мисли и чувства за формата на тялото и/или теглото му. BI-AAQ е създаден да оцени ролята на гъвкавостта на образа на тялото в превенцията или в намаляването на разстроено хранене при неклинична популация.

5. Въпросник за оценяване на психологичния симптоматичен статус (Symptom Check List -90-R SCL-90-R; 1974; 2000). **Автор:** Ленърд Дерогатис (Leonard Derogatis)

SCL-90-R е методика за определяне на текущ статус, не е предназначен за диагностика на личността. Основното предназначение на скалата е да бъде изведен психологичния симптоматичен статус на широк спектър на индивиди от групата на клинично здрави до индивиди с психиатрични разстройства. Съдържа 90 айтъма, с които се оценяват моделите на психичен симптоматичен статус. Всеки от 90-те айтъма се оценява по петстепенна ликертова скала (0-4), където 0 съответства на позицията „никога“, 1 – на „рядко“, 2 – на „често“, 3 – на „много често“ и 4 – на „непрекъснато“. Отговорите на 90-те айтъма се сумират и интерпретират по девет основни скали на симптоматични разстройства. Съдържа следните девет (9) субскали:

➤ *Соматизация (SOM)*. Отражава дистреса, възникващ от усещания за телесна дисфункция.

➤ *Наатрапливи прояви / Обсесивност—компулсивност (O—C)*. Отражава симптоми, които във висока степен са тъждествени на клиничния синдром ОКР.

➤ *Несигурност при социален контакт (INT)*. Това нарушение се определя от чувството за лична неадекватност и малоценност, особено когато човек се сравнява с другите.

➤ *Депресия (DEP)*. Симптомите от тази скала отразяват широк спектър от прояви на клинична депресия.

➤ *Тревожност (ANX)*. Тревожното разстройство се състои от серия признаци и симптоми, които са свързани с клинично изявиени високи нива на тревожност.

➤ *Враждебност — (HOS)*. Включва мисли, чувства или действия, които са проява на негативно афективно състояние на гняв.

➤ *Фобична тревожност (PHOB)*. Определя се като постоянна реакция на страх към определени хора, места, предмети или ситуации, която се характеризира като ирационална и неадекватна по отношение на стимулите, което води до избягването поведение.

➤ *Параноидни тенденции (PAR)*. Основни характеристики са проективни мисли, враждебност, подозрителност, високомерност, страх от загуба на независимост,

➤ *Психотизъм (PSY)*. Тази скалата включва въпроси, които показват избягване, изолация, шизоиден начин на живот, на симптомите на шизофрения, като халюцинации или чуване на гласове.

Допълнителни въпроси. Седем въпроса, които не попадат под всяка дефиниция на симптоматични нарушения. Тези симптоми са действително указатели на някои заболявания, но не принадлежи към нито една от тях.

Статистически анализи: След като бяха обработени и данните от въпросниците, попълнени от изследваните лица, резултатите от всички методики бяха анализирани статистически с SPSS, като бяха приложени следните статистически анализи: Дескриптивни статистики; Анализ на надеждността; Корелационен анализ; Множествени сравнения (Tukey HSD) за намиране на средни стойности (\bar{X}), които са статистически значими една от друга – ANOVA; Хи-квадрат (χ^2) за проверка на взаимодействието между организациите на привързаността и образа на тялото.

Глава IV: АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Тази част от дисертационният труд разглежда резултатите, получени след статистически анализ на данните от проведеното емпирично изследване. Първо са разгледани разпределенията на организацията на привързаността, като е направен съдържателен анализ за всяка категория на привързаността. Второ, представяме параметричните данни за надеждността на скалите. Последвани от дескриптивните статистики, описващи средните стойности (X) и стандартното отклонение (SD). След тях представяме корелационният анализ между изброените скали. Следват множествени сравнения (ANOVA) за намиране на средни стойности (X), които са статистически значими една от друга – между четирите категории на привързаността и отделните области на образа на тялото, както и симптоматичния статус. Накрая ще представим данните от проведения Хи-квадрат за проверка на взаимодействието между организациите на привързаността и образа на тялото. Дисертационният труд завършва с описание на ограниченията на проведеното изследване и препоръки за клиничната практика.

1. Съдържателни характеристики на групите на привързаност. Разпределението е както следва 11 изследвани лица (ИЛ) от взелите участие са класифицирани като сигурни (F); 17 ИЛ са избягващи (Ds); 2 ИЛ са свръхангажирани (E) и 24 ИЛ са дезорганизирани (U). Следват изводите, направени с „Проективната система за изследване на привързаността при възрастни“:

1.1. Репрезентации на сигурната привързаност. В обобщение, тези ИЛ се характеризират със способност да използват интернализираните отношения на привързаност, за да се справят със стреса, възникнал от картинните стимули. Използват вътрешните си ресурси и интернализираните си обекти, за да адресират потребностите на привързаността. Също така те подчертават значимостта на връзките в техните истории, като изразяват желание да бъдат свързани с другите (свързаност) и осигуряват описание на балансиран и реципрочни отношения (синхроничност). Тази синхроничност може да бъде определена като чувствителност към дистреса на другите и да доведе до успокоението на другия или до взаимно удоволствие от взаимоотношенията. Също така, сигурните хора демонстрират кохерентност на наратива си и поддържат ясни граници между аза и другите, т.е. наличието на лични преживявания в проективната задача е силно ограничено. Използват защитните процеси гъвкаво.

1.2. Репрезентации на избягващата привързаност. Характерното за тази група е, че избягват или игнорират директното изразяване на потребностите на привързаност в техните отговорни-истории. Поради техните вярвания за непродуктивността на отношенията на привързаност, героите са представени като предприемащи сами действия, за да разрешат проблема. Способността за действие се използва за разрешаване на ситуацията, но тя не е резултат от взаимоотношенията или вътрешната сигурност (интернализирана сигурна база / убежище). Себепредставителството се свежда до капацитетът да се действа. Описанията на чувствително и реципрочно взаимодействие, в диадичните картини, обикновено липсват при избягващите хора. Неуспехът да се постигне синхроничност е видим от отхвърлянето в отношенията. Фигурите на привързаност са представени или като предоставящи функционални грижи. Свързаността обикновено не е насочена към фигурите на привързаност. Героите са описани, като излизачи с приятели или включващи се в сексуални взаимоотношения, вместо обръщащи се към фигурите на привързаност. Размиването на личния опит с хипотетичната история е необичайно за тази група хора. Разчитат основно на деактивирането, като защитен процес.

1.3. Репрезентации на свръхангажираната привързаност. Подобно на избягващите хора, свръхангажираните възрастни също не използват отношенията на привързаност, за да разрешат възникналия дистрес. Въпреки това, за разлика от способността да действат, която е често срещана в наративите на избягващите хора, в разказите на свръхангажираните хора, героите са предимно описани, като неспособни да предприемат каквито и да било действия. Свръхангажираните възрастни обикновено се фокусират върху емоциите, свързани с проблемите, а не върху самите проблеми. Себепредставителството при свръхангажираните възрастни е твърде крехко и в контекста на целия наратив изглежда твърде разрежено. С други думи, в историите на амбивалентните възрастни е трудно да се идентифицират процесите на интернализация, които да бъдат използвани за саморефлексия или трансформация. Както при отхвърлящите хора, фигурите на привързаност могат да бъдат изобразени, като осигуряващи функционална грижа. Често, в диадичните картини, фигурите на привързаност, не могат да разпознаят подаваните от детето сигнали. Размиването на личния опит с хипотетичната история е доста разпространено при тези хора, демонстрирайки колко трудно е за тях да поддържат самостоятелни граници (аз-друг) в отношенията. Тази група хора използват основно когнитивното прекъсване, най-често

видимо в разцепването на сюжетните линии на разказа или съпоставянето на противоположни теми.

1.4. Репрезентации на дезорганизираната (неразрешена) привързаност.

Неразрешената привързаност се оценява от неуспеха на индивида да „разреша“ или да реорганизира сегрегирания материал, когато се появява в историите. Не е задължително дезорганизираните индивиди да показват сегрегирани маркери във всичките си истории, често те се отличават само в една история. Неразрешените истории се характеризират и от подобни модели на защитно изключване, наблюдавани в сигурните, избягващите и свръхангажираните групи (деактивиране и когнитивно отделяне). За разлика от сигурните истории, обаче, неразрешените обикновено са некохерентни. Героите, обикновено, са описани като „изолирани“ или „изплашени“, или като „заплашени“ от нещо. Опитите за разрешаването на ситуацията или събитието са твърде крехки и уклончиви. Всъщност внимателният анализ на тези истории разкрива, че те не включват капацитет за действие, вътрешна сигурна база или сигурно убежище – единствените форми на отговор, които се считат за решение. Вместо това подобни изявления внушават неуспешния опит на индивида да "замаже" проблема като начин да скрие неразрешената си привързаност. Неразрешената привързаност се свързва с наличието и изразяването на неинтегрирана травма на привързаността, свързана с подлежащата динамика на сегрегирания системи. Неразрешената привързаност е свързана с внезапната поява на „неметаболизирана“ и дезорганизирана мисъл. В ААР травмата на привързаността може да бъде изразена в една дума или образ само в една от седемте истории, касаеща се до описанието на страхове, свързани с отношенията на привързаност, опасности и преживяването на провалена защита.

2. Параметричните данни за надеждността на скалите. Представените данни са изведени от проведеното изследване. За настоящата извадка, при всички 20 подскали на трите самоотчетни въпросника се отчита резултат за α на Кронбах, който е по-голям от 0,600. Въпреки, че настоящата извадка е ограничена и резултатите за надеждност на скалите не са окончателни, при последвалите статистически анализи ще бъде взето под внимание това, че те са достатъчно значими, за да продължим интерпретацията на получените данни, без да изключваме никоя от субскалите. Тоест, според статистическите анализи, оригиналната факторна структура на въпросниците се запазва (виж табл. 2 в оригиналния вариант на дисертационния труд).

3. Дескриптивни статистики, описващи средните стойности (X) и стандартното отклонение (SD)

3.1. Многоаспектният въпросник за отношенията към телесния аз (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire) виж табл. 3 в основния текст на дисертацията.

Впечатление прави, че с най-висока средна стойност, спрямо останалите субскали, в настоящето изследване, е субскалата „**Ориентация към външния вид**“ ($X = 3,22$), която се отнася до степента на инвестициите във външния вид. Постигнатите резултати сочат, че респондентите отдават по-голямо значение на начина, по който изглеждат, обръщат внимание на външния си вид и се ангажират с поведения, целящи да подобрят външния им вид. Тоест тази област от многоаспектния конструкт „образ на тялото“ е с **най-високи измерения в настоящето изследване**. За сравнение в Табл. 3 представяме данни от стандартизацията на въпросника, добити сред американската популация, публикувани през 1990 (от Brown et al., 1990). Според оригиналните данни с най-висока средната стойност при американската популация ($N=996$ мъже и $N=1070$ жени) е субскалата „**Оценка на здравето**“ (3.95), която измерва усещането за наличието на физическо здраве и отсъствието на физическа болест.

3.2. Образ на тялото – приемане и действие (Body Image – Acceptance and Action Questionnaire; BI-AAQ) – табл. 4 в основния текст на дисертацията.

Статистическият анализ показва, че еднофакторната структура на въпросника се потвърждава. Средната стойност (X) за него е 5,12, което според 7 степенната лъкъртова скала (от 1 – твърденията „никога не важат“ до 7 – твърденията „винаги важат“), означава, че изследваните лица в представяната извадка „често са склонни да продължат живота си, въпреки тревогите за физическата си форма“.

3.3. Симптоматичен статус (Symptom Check List – 90; SCL-90-R) – табл. 5 в основния текст на дисертацията.

Впечатление прави, че с най-висока средна стойност е факторът „Депресия“ ($X = 1,0071$), т.е най-често срещаните симптоми при представяните изследвани лица се отнасят до прояви на клинична депресия. В тази субскала са симптомите на дисфория и афект, като признаци на липса на интерес към живота, липса на жизненост и загуба на мотивация. В допълнение, в тази скала се включват и твърдения, отнасящи се до чувство на безнадеждност, мисли за самоубийство и други когнитивни и соматични

корелати на депресията. Скалата за оценка е 5-степенна ликъртова, като варира от „липсата“ на симптом (0) до „непрекъснатото“ преживяване на симптома (4).

4. Корелационен анализ

Беше направен корелационен анализ, за установяване на значимите взаимозависимости между отделните скали и субскали. Корелационният анализ е направен за проверката на връзка между:

- Отделните дименсии на традиционната концептуализация на „образа на тялото“, като многодименсионален конструкт (MBSRQ) (между 10-те променливи);
- Отделните области на „образа на тялото“ (MBSRQ) (10 променливи) и „когнитивната гъвкавост“, отнасяща се до способността да се приемат негативните мисли и чувства за тялото (BI-AAQ) („приемане и действия“) (1 променлива);
- Мултидименсионалният „образ на тялото“ (MBSRQ) и изявата на симптоматичен статус (SCL-R-90) (9 субскали);
- Степента на „когнитивна гъвкавост“ (BI-AAQ) и изявата на симптоматичен статус (SCL-R-90). Данните са представени в таблици № 6, 7 и 8.

4.1. Емпирична операционализация на конструкта „образ за собственото тяло“. Описание на статистически значимите корелационни връзки между отделните дименсии на понятието (MBSRQ) – табл. 6 в основния текст на дисертацията.

Корелационните връзки между отделни области на „образа на тялото“ (MBSRQ) потвърждават теоретичната дефиниция за конструкта „образ за собственото тяло“, като състоящ се от много области (многодименсионален). В този текст сме дефинирали десет, отнасящи се до нагласите към физическия аз и една, отнасяща се от когнитивната еластичност. Данните не само, че потвърждават мултидименсионалната структура на този теоретичен концепт, но и показват взаимодействието между всяка една от областите. Това наистина прави конструкта изключително сложен и нееднолинеен. Предложените резултати откриват 22 връзки на взаимозависимости между отделните десет компонента, дефиниращи образа на тялото, при това връзката между тях е със значителна към умерена степен.

Нещо повече, получените данни ни позволяват да мислим за образа на собственото тяло, като интегрален конструкт, в който отделните аспекти, не само че не са подредени в йерархична организация, а са свързани по сложен ординарен и линеен

начин. Подобно разбиране ни дава възможността да мислим за тялото по цялостен начин – то не е само „инструмент“, който може да се разкрасява или подобрява, или може да се използва, за да привлече внимание. Тялото е далеч по-сложен конструкт, и като теоретично-емпирична концептуализация и като преживяване. Обективизирайки го само по този начин – по отношение на нагласите и инвестициите към външния вид, рискуваме да пропуснем други съществени негови компоненти – на здраве, болест, умения.

Тези заключения предполагат, че нарушенията в една от неговите области не остават изолирани само в нея, а повлияват нагласите и инвестициите на поведението в другите области. Тези данни за взаимозависимости между отделните области, също биха могли да предполагат, че подобряването в една от областите ще окаже положително влияние и във функционирането на другите области, свързани с нея.

4.2. Статистически значими корелационни връзки съществуват между отделните дименсии на конструкта „образ на тялото“ (MBSRQ); симптоматичния статус (SCL-90-R) и „гъвкавостта“ на образа за тялото (BI-AAQ) – табл. 7 в основния текст на дисертацията.

4.2.1. Взаимодействие на образа за тялото със симптоматичния статус. В обобщение, може да посочим, че **пет от областите (общо)** на конструкта „образ на тялото“ взаимодействат по положителен начин с изявата на симптоматичния статус. Налице са 18 статистически значими взаимовръзки. Силно впечатление прави, че най-силната изява на симптоматичен статус е свързана с дименсията от конструкта „образ на тялото“ - „Ориентацията към физическите умения“. Тази субскала се отнася до поведението, целящи да подобрят или поддържат физическата компетентност. За съжаление не разполагаме с други данни, изследващи симптоматичните прояви и образа на тялото, с които да сравним нашите резултати.

Въпреки това, в предишните фрагменти на този текст, предложихме, като теоретична обосновка, че определени компенсаторни поведението, като например компулсивно ангажиране с физически занимания, целящи да стимулират тялото (да го свържат с ума), ще отразяват провали в развитието на телесния аз (Krueger, 2002). Разбира се, характерът на връзката тук не е каузален и не може да твърдим, че едното е следствие от другото. Ясно, обаче, се откроява фактът, че субскалата, която измерва

степената на инвестициите във физическите дейности, е свързана с изявата на най-широк спектър от симптоми.

4.2.2. Взаимодействие на образа за тялото с „еластичността“ на образа за тялото. Описаните корелационни взаимодействия отразяват нашите усилия да изследваме как когнитивната гъвкавост на образа на тялото допринася (т.е. зависи) към традиционната концептуализация на многоаспектния конструкт „образ на тялото“. Тази идея, разбира се, е вдъхновена от създателите на конструкта „гъвкавост на образа на тялото“ (Sandoz & Wilson, 2006; Sandoz et al., 2013), според които, техните изследвания адресират връзката между гъвкавостта и неудовлетвореността от тялото по един доста ограничен начин. По тази причина, те предлагат идеята, че в бъдещи изследвания еластичността трябва да бъде изследвана във връзка с многодименсионалната дефиниция на нагласите към телесния аз. Според нашето изследване, **също не съществува статистически значима връзка** между „гъвкавостта“ и „удовлетвореността от областите на тялото“.

Евентуалните нарушения в тези различни компоненти на „образа на тялото“, които в нашето изследване са: „Ориентация към физическите способности“; „Ориентация към здраве“; „Ориентация към болест“; „Свърхангажираност с наднормено тегло“; „Самостоятелната класификация на теглото“, биха могли да се повлияват от подобрението в когнитивната еластичност, отнасяща се до размерите и формата на тялото. Това твърдение се подкрепя и от някои цитирания изследвания в работата на Sandoz и колеги (2013), които също твърдят, че интервенциите, насочени към еластичността на образа на тялото, могат да повлияят дисфункционалните поведения към тялото.

Имайки предвид, че три от петте скали, за които се открие статистически значима връзка с конструкта „еластичност“, са свързани с инвестициите (поведенията) към тялото, смятаме, че може да се присъединим към вече съществуващите предположения, че повишаването на способността на човек да живее живота си в присъствието на смущаващи мисли/чувства, свързани с тялото (т.е. смисълът на гъвкавостта), ще доведе до по-малко нездравословни поведения към него. Трите субскали, отнасящи се до поведенията са: инвестициите във физическите умения (атлетичност); поведения, целящи да постигнат здравословен начин на живот; и поведенията, целящи да редуцират теглото (диети).

Разбира се, базирайки се на настоящите резултати, предлагаме, че и намаляването на дисфункционалните инвестиции в тялото, ще доведе до преживяването субективно благополучие и до по-задоволително качеството на живот. Степента на гъвкавост на образа на тялото, също така, предоставя възможност за идентификацията на индивидите, които са *в риск от развитието* на хранително разстройство.

И накрая, смятаме, че приетата концептуализация на образа на тялото и гъвкавостта на този образ са различни понятия, т.е. не измерват едно и също нещо. По тази причина беше важно да проверим връзката между тези конструкти, като бихме могли да заключим, че съдържанието на мислите и поведенията относно тялото имат връзка с това как този образ влияе върху начина на живот.

Получените резултати потвърждават по-общата част на **Хипотеза №1** за взаимовръзка между различните дименсии, композиращи образа на тялото и изявата на симптоматичния статус. В обобщение, може да посочим, че тази част от хипотезата се потвърждава от наличието на **пет** от областите на конструкта „образ на тялото“, които взаимодействат по положителен начин с изявата на симптоматичния статус.

4.3. Статистически значими отрицателни корелационни връзки съществуват между степента на „конитивна гъвкавост“ (BI-AAQ) и изявата на симптоматичен статус (SCL-R-90) табл. 8 в основния текст на дисертацията.

„Еластичността на образа на тялото“ колерира отрицателно с изявата на симптоматичния статус. Изглежда, че способността на човек да живее живота си в присъствието на смущаващи мисли/чувства, свързани с тялото (т.е. смисълът на гъвкавостта), води до по-малко преживявания на различни симптоми. Това отрежда централно значение на когнитивната гъвкавост в разбирането на симптоматичния статус и психичните разстройства.

Смятаме, че работата с този инструмент и бъдещето му развитие е съществена, поради стойността на конструкта „еластичност“. Тази психическа „гъвкавост“ има връзка с разстроеното хранене, като изследвания (Sandoz et al., 2013) докладват за наличието на **силна отрицателна** връзка между гъвкавостта на образа на тялото и редица нарушени хранителни поведения (по-ниска гъвкавост, повече патологични хранителни поведения; и обратно). Подлагането на диети, булимичните симптоми и свръхангажираността с храната са силно свързани с липсата на гъвкавост. Нашите резултати биха могли да добавят, че съществуват умерени и значителни отрицателни

връзки между когнитивната гъвкавост и симптоматичния статус. Представените потвърждават напълно **Хипотеза №2**.

5. Множествени сравнения за намиране на средни стойности (X), които са статистически значими една от друга – ANOVA

Беше направен тест за сравнения по средни стойности (ANOVA) за установяване на статистически значимите различия на отделните зависимы променливи при четирите категории на привързаността (независими променливи). Този статистически анализ ще ни позволи да проверим твърденията за наличието на различия между отделните организации на привързаността в областите на телесния аз; изявата на симптоми; и когнитивната еластичност (**Хипотези № 3, 4 и 5**). Множествени сравнения са направени между категориите на привързаност (репрезентации) и:

- Многодименсионалният конструкт „образ на тялото“ (MBSRQ);
- Психичната гъвкавост на „образа на тялото“ (BI-AAQ);
- Симптоматичния статус (SCL-90-R).

За целите на проверката на хипотезите и извършването на статистическите анализи групите са обединени на организирани спрямо дезорганизирани. Припомняме, че настоящата класификация се базира на организирането на защитни стратегии. Сигурните и несигурните категории на привързаността са все още *организирани модели* – защитите работят до степен, в която индивидите да постигнат „достатъчно добра“ защита (George & Solomon, 2008). Това ни дава възможност да ги комбинираме по признак „организираност“. Дезорганизацията се класифицира на невъзможността да се организират защитни стратегии – „срив“. Това ни дава възможност да съпоставим дезорганизираните с организирани категории. Виж таблици 9 и 10.

5.1. Разграничаване на зависимите променливи („Образ на тялото“; „Еластичност на образа“; „Симптоматичен статус) сред организирани и дезорганизираните категории

5.1.1. Статистически значими различия на домейни от конструкта „образ на тялото“ и организация на привързаността – организирани спрямо дезорганизирани.

Табл.11. Организ. спрямо дезорганиз. и домейни от „образ на тялото“ (MBSRQ)¹

Зависими	Независими	Бр.	F	Знач.	Ср.	Ст. от.	Мин.	Мак.
Ориентация към външния вид	организирани	30	6,16	,016	3,10	,39	2,08	3,92
	дезорганизирани	24			3,38	,45	2,67	4,42
Ориентация към болест	организирани	30	6,49	,014	2,69	,50	1,80	3,60
	дезорганизирани	24			3,03	,47	2,20	4,20
Свърхангажир. с килограми	организирани	30	4,70	,035	2,13	1,01	1,00	4,75
	дезорганизирани	24			2,68	,78	1,75	4,25

Тези резултати потвърждават **Хипотеза №3** в частта си, в която предполага, че средните стойности ще бъдат по-ниски при организираните спрямо дезорганизираните по отношение на областите от конструкта образ за тялото. Липсата на статистическа значимост ($F=2,500$; $sig.=,120$ - виж табл. 12) при сравняването на различието между организацията на привързаността в контекста на когнитивната еластичност за образа на тялото не потвърждава **втората част на Хипотеза № 3**.

5.2. Разграничаване на зависимите променливи („Образ на тялото“; „Еластичност на образа“; „Симптоматичен статус“) сред организираните спрямо Несигурните и Дезорганизираните категории

5.2.1. Статистически значими стойности на домейни от конструкта „образ на тялото“ и организация на привързаността – „Сигурни“ спрямо „Несигурни“ спрямо „дезорганизирани“.

Табл. 13. Сиг.; Несигурни; Дезорг. и домейни от „образ на тялото“ (MBSRQ)

Зависими	Независими	Бр.	F	Знач.	Ср.	Ст. от.	Мин.	Мак.
Ориентация към външния вид	сигурни	11	3,13	,059	3,05	,40	2,08	3,50
	несигурни	19			3,12	,40	2,33	3,92
	дезорганизирани	24			3,38	,45	2,67	4,42
Ориентация към болест	сигурни	11	5,68	,006	2,46	,54	1,80	3,40
	несигурни	19			2,83	,43	1,80	3,60
	дезорганизирани	24			3,03	,47	2,20	4,20
Свърхангажир. с килограми	сигурни	11	2,99	,059	1,89	1,07	1,00	4,25
	несигурни	19			2,28	,98	1,00	4,75
	дезорганизирани	24			2,68	,78	1,75	4,25

Според получените резултати, разглеждащи различията между сигурните, несигурните и дезорганизираните групи, дезорганизираните са тези, при които има статистически валидно разграничение по отношение на конструкта образ на тялото. Няма статистически значимо разграничение, което да разграничава сигурните от

¹ Номерацията на таблиците съвпада с номерацията в основния текст на дисертацията.

несигурните. Тези резултати не потвърждават издигнатата от нас хипотеза под номер 4, че сигурните изследвани лица ще показват по-ниски средни стойности по отношение на дименсиите на образа за тялото в сравнение с несигурните. Дезорганизираните ИЛ са с по-високи стойности. Другата подчаст на хипотеза №4 отново не се потвърждава (табл. 15) поради липса на статистическа значимост ($F=2,88$; $sig.= 065$).

5.2.2. Статистически значими стойности на субскалите от „Симптоматичния статус“ (SCL-90-R) и организация на привързаността – „Сигурни“ спрямо „Несигурни“ спрямо „Дезорганизирани“.

При провеждането на изследването също бяхме заинтригувани от проучването на различията между групите на привързаността по отношение на симптоматичния статус. Изхождайки от литературата, посветена на риска при различните групи на привързаност (Lyons-Ruth et al., 2008; Cassidy & Shaver, 2008), прогнозирахме, че стойностите за изявата на симптоми при сигурните индивиди ще бъдат по-ниски от стойностите при несигурните индивиди; както и че стойностите на дезорганизираните изследвани лица ще бъдат по-високи от тези на „решените“ / организирани изследвани лица (Хипотеза 5.). За да проверим тези предположения направихме два вида анализи, сравнявайки: **1)** организирани категории на привързаността („организирани“; $n=30$) спрямо „дезорганизираните“ ($n=24$) и **2)** сравняваме сигурните ($n=11$) спрямо несигурните организации ($n=19$) спрямо дезорганизираните (24).

Резултатите сочат, че никоя от деветте субскали на симптоматичния статус не разграничава организирани ($n=30$) от дезорганизираните изследвани лица ($n=24$) – виж табл. 12. Тези резултати не потвърждават нашето предположение, относно се до организирани стратегии на привързаност, като „буфер“ срещу преживяването на различни симптоми (т.е. **Хипотеза 5.** не се потвърждава частично).

Когато, обаче, извадим несигурните категории ($n=19$) от сигурните ($n=11$) и сравним помежду им, добавяйки дезорганизираните, става видимо, че изявата на симптоматичния статус разграничава групите на привързаността. От своя страна, тези анализи потвърждават **Хипотеза 5** частично. Субскалите „Соматизация“ ($X= ,97$; $F=3,28$; $p = ,46$); „Наатрапливост“ ($X= 1,23$; $F=5,91$; $p = ,005$) и „Депресивност“ ($X= 1,16$; $F=3,02$; $p = ,57$) разграничават несигурните (избягващи и свръхангажирани) изследвани лица от сигурните и дезорганизираните. Резултатите са представени в табл. 14. С най-ниски средни стойности са сигурните индивиди, т.е. с най-малко докладвани

симптоми, следвани от дезорганизираните и както отбелязахме – с най-високи средни стойности са несигурните индивиди.

Табл. 14. Сиг.; Несигурни; Дезорг. и симптоматичен статус (SCL-90-R)

Зависими	Независими	Бр.	F	Знач.	Ср.	Ст. от.	Мин.	Мак.
Соматизация	Сигурни	11	3,28	,046	,55	,38	0,00	1,25
	Несигурни	19			,97	,42	,25	1,67
	дезорганизирани	24			,83	,48	,17	2,00
Натрапливост	Сигурни	11	5,91	,005	,66	,35	,10	1,10
	Несигурни	19			1,23	,45	,20	2,00
	дезорганизирани	24			,91	,50	,10	1,90
Депресивност	Сигурни	11	3,02	,057	,75	,22	,46	1,15
	Несигурни	19			1,16	,33	,77	1,92
	дезорганизирани	24			1,01	,57	,23	2,92

6. Взаимодействието между организациите на привързаността и образа на тялото - проверка на хипотези при номинални данни (χ^2)

Следващият анализ, който ще представим, е свързан със задачата да дефинираме вътрешно групови норми по отношение на образа на тялото, базирани на средни стойности и стандартно отклонение (табл. 16). Целта е да съпоставим резултатите между формираните групи и да проверим нашите предположения, отнасящи се до нарушенията в образа за собственото тяло, като допускаме, че нарушенията в образа за тялото ще бъдат свързани в нарушенията в развитието на привързаността. Нашите допускания се ръководят от това, че сигурността в отношенията ще води до преживяването на по-позитивен образ за тялото, а несигурността и дезорганизацията – до по-негативен. Допускаме, също, че нарушенията в когнитивната гъвкавост за тялото ще бъдат свързани с нарушенията в развитието на привързаността.

6.1. Нарушения в образа на тялото – Многодименсионален въпросник за нагласите към телесния аз (MBSRQ) и организация на привързаността (AAP). Организираните спрямо дезорганизираните.

При направения χ^2 за проверка на взаимодействието между категориите на привързаността (организираните vs. дезорганизираните) и образа на тялото се установяват значими разпределения при:

- „Ориентацията към болест“ ($\chi^2(2) = 5,951a$; $p < 0,05$);
- „Свърхангажираност с наднормено тегло“ ($\chi^2(2) = 8,731a$; $p < 0,01$);

Получените резултати са представени в таблици 17 и 18.

6.2. Нарушения в образа на тялото – Многодименсионален въпросник за нагласите към телесния аз (MBSRQ) и организация на привързаността (AAP). Сравнение на четирите категории привързаност.

При направения χ^2 за проверка на взаимодействието между категориите на привързаността и образа на тялото се установяват значими разпределения при:

- „Ориентация към здраве” ($\chi^2(6) = 13,491a$; $p < 0,05$) – табл. 19.
- „Ориентация към болест” ($\chi^2(6) = 24,788a$; $p < 0,001$) – табл. 20.
- „Свърхангажираност с наднормено тегло” ($\chi^2(6) = 12,800a$; $0,05$; $p < 0,05$) – табл. 21.

Обобщение. Според получените резултати, дезорганизацията на привързаността е свързана с нарушения в три от десетте конструкта (MBSRQ), съставлящи многодименсионалното разбиране за образа на собственото тяло:

- „Ориентацията към болест“;
- „Свърхангажираност с наднормено тегло“;
- „Ориентация към здраве”.

От друга страна, сигурността във отношенията е свързана с по-малко свърхинвестиции в поведения, отнасящи се до тялото („свърхздравословен“ начин на живот и здравни поведения) и поведения, отнасящи се до контрола на теглото.

6.3. Нарушения в „гъвкавостта“ на образа на тялото – „Образ на тялото – приемане и действия“ (VI-AAQ) и организация на привързаността (AAP).

При направения χ^2 за проверка на взаимодействието между категориите на привързаността (организирани vs. Дезорганизирани; както и традиционния четиритекатегориален модел на сравнение – F, Ds, E и U) и „еластичността“ на образа на тялото **НЕ се установяват статистически значими разпределения** на гъвкавостта на образа за тяло при организираните vs. дезорганизираните ИЛ ($\chi^2(2) = 3,589a$; $p = ,166$) и между традиционното четиритекатегориално сравнение ($\chi^2(6) = 8,002a$; $p = ,238$) – табл. 22 и 23;

Ограничения и насоки за бъдещи изследвания

Важно е да отбележим, че както самото плануване на представеното изследване, така и резултатите от него потвърдиха трудността за провеждането на „качествени изследвания“ (vs. „количествено“), базирани на психоаналитични конструкти (привързаност; травма; образ за собственото тяло“). Тази трудност оказва влияние в посока на участието на хора в подобни изследвания, поради продължителността и

личната ангажираност в процедурата; по тази причина малък брой на неклиничната извадка (n=54), която е съставена от неособено хомогенна група хора по отношение на възрастта и пола..

Не са разгледани всички вариации на привързаността (сигурна F₁, F₂, F₃, F₄, F₅; избягващата Ds₁, Ds₂, Ds₃; и свръхангажираната E₁ и E₂), а е използван традиционният четирикатегориален вариант на сравнение (F, Ds, E и U). По този начин оценката на привързаността "рисува да редуцира сложния човешки опит до типологии" (O'Shaughnessy & Dallos, 2009, с. 559 цит. в George & West, 2012).

Не са дефинирани и различията в травмата (дезорганизацията) на привързаността на ниво патологичен траур – „проваленият“ и „хроничният“ траур. Така, например, ако превалират резултатите на неразрешени с провален траур, изводите могат да ограничават възможността си за екстраполиране при хората с хроничен траур. Изследвания сочат, че проваленият траур допринася за проблематични физически реакции при стрес и *проблеми с храненето*, (Hamilton-Oravetz, 1992, Sagi-Schwartz, Koren-Karie & Joels, 2003). Това ще рече, че ако в представената извадка по-голямата част от дезорганизираните хора са с провален траур, базирайки се на цитираните изследвания, могат да проблематизират повече тялото си, отколкото хората с хроничен траур. На свой ред, това може да повлиява на по-високите стойности в оценката на количествените конструкти (MBSRQ), като получените резултати за „Ориентация към външния вид“, например.

От друга страна, бъдеща насока за изследване би била, ако се изследва привързаността и нейните нарушения в клинични извадки при хора, за които тялото вече е проблематизирано (хора, споделящи симптомите на хранително разстройство (анорексия нервоза; булимия; преяждане) или пациенти на козметична естетична хирургия, пациенти диагностицирани с дисморфно разстройство). Като техните резултати по отношение на привързаността биха могли да бъдат сравнени с хора, които никога не са имали тези нарушения.

Друга изследователска възможност за проверка на връзката между нарушенията в привързаността и нарушенията в образа на тялото, би бил дизайн, който първоначално да проучи с количествените методологии, които представихме (MBSRQ и VI-AAQ) дименсиите на образа за тялото и да отдели за изследване на привързаността само тези, които се характеризират с нарушение. Това би предоставило информация за структурата на привързаността при хора с нарушения в образа на тялото.

Генерализацията на резултатите ще зависи от включването на различни групи – разлики между полове, етнически групи, възраст, клинични популации и т.н. В допълнение, редът на администриране на въпросниците не е рандомизиран между изследваните лица. Това означава, че отговорите на единия въпросник за тялото, могат да се повлияват от преживяванията и асоциациите, които предходния въпросник е предизвикал.

Накрая, въпросът за надеждността на резултатите при самоотчетните въпросници винаги стои – дали отговорите, които дава човек са реални или дава отчет за това как би му се искало твърденията да се отнасят към него. Разбира се, трябва да отбележим, че получихме обратна връзка от голяма част от изследваните лица, че твърденията от въпросника „Образ на тялото – приемане и действия“ (BI-AAQ) са им се сторили „неразбираеми, тежки или неясни“. Това поставя въпроса – доколко успешно са дискриминирали отговорът на твърдението и дали това не повлиява резултатите. Бъдещи изследвания бихме могли да редуцират айтемната структура на база анализа за надеждност и да „опростят“ твърденията, като запазят интегритета на изследвания конструкт – „гъвкавост“ на образа за тялото.

Изводи и препоръки за клиничната практика

Настоящата разработка бе опит за задълбочаване на разбирането на нарушенията в развитието на привързаността и последствията в развитието на образа на тялото – „тялото, като платно“, върху което се проектират тези развитийни дефицити. Смятаме, че тази тема не е нова, но подходът, който предлагаме, е нов. При направената справка в базата данни EBSCO, с разширение на търсенето за последните 10 и 20 години, не попаднахме на изследвания, които да се интересуват от взаимовръзката между отношенията, базирани на сигурност (привързаност) и нарушенията в образа за собственото тялото. Съществуват няколко изследвани, които сме цитирали в теоретичната част, посветена на „Образ на тялото“, но техните изводи са направени на базата на изследване на стила на привързаността в зряла възраст, а не организацията (репрезентацията на привързаност). По тази причина допускаме, че това е първото изследване, не само в българската клинична практика, а и отвъд нея, което разглежда привързаността, като развитиен конструкт (vs. „социално-личностов“) и нарушенията в нагласите към телесния аз.

В този контекст и въз основа на преведеното емпирично изследване може да очертаем следните изводи за клиничната практика:

1. По отношение на телесния образ, следните области разграничават дезорганизираните хора от сигурните, избягващите и свръхангажираните: „Ориентацията към външния вид“; „Ориентацията към болест“; „Свръхангажираността с наднорменото тегло“.

2. Нарушенията в структурирането на привързаността са свързани с нарушенията в образа за собственото тяло, като значими взаимозависимости се откриха между дезорганизацията на привързаността и нарушения в следните три области на конструкта „образ за тялото“: „Ориентацията към болест“; „Свръхангажираност с наднормено тегло“; „Ориентация към здраве“.

Според тези данни, обобщени в т. 1 и 2, дезорганизираните хора преживяват повече тревоги, спрямо организираните (сигурни или несигурни), по отношение на тялото си и са по-склонни в консултативен и терапевтичен контекст да проблематизират тялото си. Резултатите, макар интересни, не са изненадващи с оглед на съвременните разбирания, които предложихме за травмата, като загуба, която нарушава капацитетът за мислене и за символизация на преживяванията. Според получените данни, хората, които по-активно инвестират (психологически) във външния си вид, проявяват тревоги към покачването на килограми и са чувствителни към наличието на различни физически симптоми е по-вероятно в своята история да са имали обгрижвачи, които не са могли да им осигурят преживяването на достатъчно сигурност.

Изглежда, че хората, които проблематизират телата си на ниво – външен вид, килограми, инвестиции в здравословен начин на живот, подозрителност към наличието на физически симптоми, не са преживели отношения с основно грижещия се, който да осигури достатъчно успокоение на телесните и психичните усещания, да им бъде позволено да преработят афекта и по този начин да го десоматизират. В този смисъл, изглежда, че липсата на чувствителност, спонтанност, отзивчивост и удоволствие във отношенията на привързаност води по-силна инвестиция с телесния аз. Тези елементи на чувствителност, спонтанност и отзивчивост стоят в основата на развитието на ментализацията, в която участва и афективното отразяване. Когато това афективно отразяване е възможно, в мозъка на бебето се формира паметова следа, която свързва телесното преживяване с образа на емоцията, предаден от майката, така се формира психична репрезентация на емоцията, съответна на телесното преживяване. Когато няма репрезентация, тогава афектът от преживяното не може да бъде десоматизиран и се разтоварва или комуникира чрез тялото; връзката ум-тяло е нарушена.

От друга страна, изглежда също, че за по-усезаемото проблематизиране на тялото, отношение има преживяването на страх, свързан с привързаността, който стои в основата на дезорганизацията. Впечатление прави, че нарушенията, които се откриха, са свързани в някаква степен с поведенческата дименсия на образа на тялото, като нашето предположение е, че тези поведения в контекста на телесния аз са компенсаторни, имащи за цел да превъзмогнат чувствата на гняв, страх, уязвимост, неадекватност или безпомощност. Освен в контекста на „провалената защита“, нарушенията на телесния аз при дезорганизираните хора, изглежда са свързани с невъзможността да се постигне ефективност от действията в най-ранна детска възраст (около 4 м. възраст). Тези предположения се базират на направените анализи, при които дезорганизираните хора не могат да се справят с появилата се дисрегулация по никакъв начин. Една от възможностите за „разрешаването“ (справянето) с дисрегулацията е активацията на капацитетът да се действа, който позволява човек да извърши конструктивна промяна или да се отмести от мястото на дисрегулацията, или да се защити. В основата за развитието на този капацитетът стои точно това преживяване на ефективност от действията, т.е. това е „удоволствието от ефекта“ – удоволствието да бъдеш причината (агента на действието), отколкото с действителния резултат от действието. При дезорганизираните хора тази способност не е реализирана.

3. Получените резултати предполагат, че сигурността в отношенията взаимодейства с по-ниски нива на тревожност относно телото и по-малко дисфункционални поведения, като ограничаването на храненето и подлагането на диети. От друга страна, сигурността е свързана с по-малко контролиращи здравето поведения и такива, отнасящи се до контрола над телото.

4. Нагласите към телесния аз взаимодействат по положителен начин с изявата на симптоматичния статус. Пет от операционализираните области на традиционната концептуализация на „образа за собствено тяло“ корелират положително със проявата на симптоми, като Соматизиране; Фобийни страхове; Психотизъм; Натрапливост; Депресивност; Тревожност. Това ще рече, че положителната промяна във възприятията, нагласите, чувствата или поведенията по отношение на тялото в някоя от тези области, ще води до намаляване на преживяването на различни симптоми.

5. Подобряването на „еластичността“, отнасяща се до размерите и формата на тялото (гъвкавост на телесния образ), се очаква да доведе до намаляване на дисфункционалните поведения към тялото, свързани с:

- инвестициите във физическите умения (атлетичност) („Ориентация към физическите способности“);
- поведения, целящи да постигнат здравословен начин на живот („Ориентация към здраве“);
- поведенията, целящи да редуцират теглото (диети; ограничаване на храненето) „Свърхангажираност с наднормено тегло“;
- поведения, целящи да контролират здравния статус и намаляване на реактивността към симптомите на болест („Ориентация към болест“);
- като допълнение, подобряването на способността на човек да живее живота си в присъствието на смущаващи мисли/чувства, свързани с тялото („гъвкавостта“), ще доведе до по-голяма удовлетвореност от текущото тегло („Самостоятелната класификация на теглото“).

По-общите заключения сочат, че намаляването на дисфункционалните инвестиции към тялото, ще доведе до преживяването субективно благополучие и до по-задоволително качеството на живот. От друга страна, по-ниската степен на когнитивна еластичност на образа за тялото позволява да се идентифицират групите от хора, които са в риск от развитието на хранително разстройство.

И накрая, смятаме, че представеното изследване предлага идеята, че приетата концептуализация на образа на тялото и гъвкавостта на този образ са различни понятия, като бихме могли да заключим, че съдържанието на мислите и поведенията относно тялото имат връзка с това как този образ влияе върху начина на живот.

6. Следващият извод произтича от взаимовръзката между степента на когнитивна „еластичност“ на образа на тялото (BI-AAQ) и симптоматичния статус (SCL-90-R). Според получените резултати, способността на човек да живее живота си в присъствието на смущаващи мисли/чувства, свързани с тялото, води до по-малко преживявания на различни симптоми. Това отрежда централно значение на когнитивната гъвкавост в разбирането на симптоматичния статус и психичните разстройства.

7. Последният извод, който може да очертаем е изявата на негативна симптоматика при хората с несигурна (избягваща и свърхангажирана) история на привързаност. Изглежда, че хората, които показват по-високи стойности на соматизиране, натрапливи симптоми и депресивност са имали история на взаимоотношения с родители, които не са успявали да регулират емоционалните преживявания на децата си или са ги ограничавали, осигурявали са по-малко подкрепа

или са отговаряли непоследователно, преувеличено и хаотично на нуждите им. Тези изводи също насочват вниманието ни, че хората, които не вярват в отношенията или вярват в това, че те са непродуктивни, са по-склонни да проявяват негативни симптоми. Тази липса на помощ в регулирането и назоваването на емоционалните преживявания изглежда води до изразяването им чрез телесни състояния (соматизация). От друга страна, историята с родители, които задават високи стандарти за постижения, атмосфера на строгост и наказват „лошото“ поведение, изглежда (избягващо-отхвърлящи родители), се свързва с изявата на obsесивно-компулсивни симптоми. Тази симптоматика е свързана и със състояние на ума, който е завладян от теми за материализъм, власт, авторитет и лични постижения (същността на деактивирането). Емоционалната недостъпност, която характеризира несигурния тип родители и възрастни, разбираемо изглежда свързано с изявата на депресивна симптоматика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Според предложените изводи, спецификите в отношенията на привързаност са свързани с развитието на нагласите към телесния аз и неговия образ. Резултатите от проведеното емпирично изследване показват, че дезорганизираната група от хора се характеризира с по-значимо изразени стойности или влошени показатели в основните дименсии на конструкта „образ на тялото“.

Както подчертахме в предходните глави на този текст, дезорганизираната група от хора се характеризира от травми, касаещи невъзможността за постигането на сигурност в отношенията с основно грижещите се. Дезорганизацията на привързаността представлява нарушение на способността да се конструира диалог, да споделиш преживявания с „друг“, който може да понесе това, което е споделяно и да го удържи (Lemna & Levy, 2004). Тази липса на добри вътрешни обекти, очертахме при липсата на „Интернализирана сигурна база“. Травматичният опит повлиява не само капацитетът да се свързваш с другите, да чувстваш, но и способността да мислиш и символизираш. Това прави възможно тялото да изрази това, което не може да бъде репрезентирано, да изрази чувствата, за които няма думи и преживяването, за което не може да бъде създадена история. В тази връзка, резултатите от проведеното изследване очертават няколко области, в които дезорганизираните хора проблематизират тялото си повече, отколкото организирани хора. Тези дименсии са свързани с тревога за здравето на тялото; тревогата за покачването на килограми и последващото подлагане

на диети; поведения, контролиращи здравето и поведения, целящи да подобрят външния вид.

Картините, които описват героя в диадични отношения, ни позволиха да изследваме процесите на проекция и интроекция, които формират азът. Специално внимание обърнахме на картинния стимул „Легло“. В крайна сметка, лицето на майката е първото емоционално огледало за детето (Winnicott, 1967; Lacan, 1977) и това, което тя отразява е „реалността“ за детето (Krueger, 2002).

Липсата на реципрочност и синхроничност в отношенията отличава наративите на дезорганизираните хора. Емоциите на децата са отхвърлени и за проецираните майки изглеждат незначителни или неуместни. В случаите, когато отношенията са поддържани от механизмите на деактивирането, е на лице емоционална стерилност, в която няма място за преживявания и емоции. Липсата на синхроничност между подаваните сигнали (от детето) и отговорите към тях (от фигурата на привързаност) възпрепятства репрезентационната интеграция на преживяванията, взаимността и взаимното удоволствие от връзката. А грижата може да бъде дефинирана, като функционална – базова.

В тази връзка, предложихме, че „Ориентацията към външния вид“ разграничава останалите групи на привързаност, защото инвестициите във външността на тялото представляват опит за „репрезентационно възстановяване“ на връзката (representational reunion; Bonev, 2018) и са опит за постигането на синхроничност и взаимност. Тези поведения са начин да станеш желан и обичан обект. Да създадеш „идеален“ външен вид, който ще гарантира любовта и желанието на другия (m/other).

Намираме, че тази тема е изключително важна, защото ние сме въплътени живи организми и развитието на вътрешна сигурна база започва с контакта на тялото с тялото на другия, който може да осигури сигурност и удържане на всички ранни и заплашителни преживявания. Защото развитието – физическото и психическото, връзка, която се опитахме да представим, като неразривна, буквално, означава да се учим как да се движим през живота. Сложната система, позната колективно като тяло, е израз на сигурността, с която ние, в крайна сметка, ходим по света (Shafir, 2018; Bonev, 2018). И от начина, по който е инвестирано това тяло, от най-ранните моменти на живота, ще зависи начина, по който ще се движим в света – психично, физично и духовно.

Справка за научните приноси на дисертационния труд

Теоретични, отнасящи се към обогатяването на темата в българския научен контекст:

1. Подробна операционализация на защитните процеси в теорията на привързаността – от гледна точка на организацията и дезорганизацията (на травмата); и дефинирането на ВРМ от гледна точка на защитното изключване;
2. Дефиниране на двата подхода за изследване на привързаността, като очертахме теоретичните и емпиричните различия между тях;
3. Дефиниране на системата на обгрижване, като реципрочна на тази на привързаността, но не и идентична;
4. Теоретично изследване на връзката между организацията на привързаността и образа за собствено тяло;
5. Дефинирането и операционализирането на конструкта когнитивна „гъвкавост“, отнасяща се до способността на човек да толерира негативните мисли и чувства относно тялото.

Приложни, въз основа на проведеното емпирично изследване:

1. Въз основа на проведено емпирично изследване са посочени дефицитни области в организацията на привързаността (селфът на привързаност и синхроничност в отношенията), които стоят в основата на нарушенията при някои области на телесния аз (ориентация към външния вид, здраве и болест, свърхангажираност с наднормено тегло). *Тези изводи ни водят до по-частното разбиране на:*

- тревожността, свързана с покачването на мазнини, бдителността към теглото, подлагането на диети и рестриктивните поведения към храненето;
- ориентацията към външния вид, изразяваща се в отдаването на по-голяма стойност на външния си вид и ангажирането с поведения, целящи да го подобрят;
- реактивност към наличието на болест или на потенциално разболяване, бдителността към симптомите на физическо заболяване; и
- инвестициите във физически здравословния начин на живот,

като следствие на отношения, характеризиращи се със страх и гняв от страна на родителя към потребностите от привързаност на детето или от абдикацията на родителя от ролята му на човек, който може да осигури сигурност, защита и успокоение.

2. Разбирането за изявата на симптоматичния статус при несигурно привързаните хора (соматизация; натрапливост; депресивност), като следствие от отношения на привързаност, характеризиращи се с липса на последователност, чувствителност и отзивчивост към потребностите на привързаност, което се изразява в отхвърлянето на нуждата от привързаност (избягващи), от една страна, или в насърчаването на прекомерна зависимост на детето от родителя, комбинирана с амбивалентни отговори към детските сигнали (свърхангажирана), от друга страна.

В тази връзка, разработването на психотерапевтични интервенции, предназначени да променят начините на свързване между децата и родителите, особено при **високо рисковите диади** (дезорганизираните), ще доведат до **превенция в евентуални нарушения на образа за тялото**. Имайки предвид очертаните нарушения на привързаността, в представеното изследване и връзката им с образа на тялото, подходящи интервенции биха били:

- Повишаване на чувствителността на родителите към преживяванията на детето и насърчаването на подходящи отговори към подаваните от него сигнали, целящи да активират системата на изследване, свързана със способността да се действа и удоволствието от действието, последвани от приветстване на поведението на завръщане и възстановяване на връзката, целящи да се получи успокоение от родителя.
- Друга интервенция би могла да бъде насочена към повишаване на способността за рефлексия към собственото поведение, мисли и чувствата, както и към тези на детето и чувствата и мислите, свързани с техните взаимоотношения;
- Саморефлексия на преживяванията в собствената история, които засягат текущото им полагане на грижи и моделите на свързване с децата.

3. Показани са статистически значими връзки, при които **повишаването на психологическата „гъвкавост“** за размерите и формата на тялото води до **редуцирането на изявата на негативни симптоми**. Този извод насочва към разбирането, че повишаването на субективното благополучие и на способността на човек да живее живота си в присъствието на негативни мисли и чувства, свързани с тялото му – тоест без да го „парализират“ психологически, водят до изпитването на по-малко негативни симптоми.

4. За първи път се изследва взаимовръзката между „когнитивната еластичност“ на образа на тялото и традиционната концептуализация на този конструкт, като многодименсионален. Показани са статистически значими връзки между различните области на телесния аз и когнитивна „еластичност“ на образа на тялото. Тези резултати водят до извода, че повишаването на способността на човек да живее живота си в присъствието на смущаващи мисли и/или чувства, свързани с тялото (т.е. смисълът на гъвкавостта), ще доведе до по-малко нездравословни поведения към него. В частност, според резултатите от изследването, се откриват пет статистически значими връзки между „гъвкавостта“ и нагласите към телесния селф: Ориентация към физическите способности; Ориентацията към здраве; Ориентацията към болест; Свърхангажираността с наднормено тегло и Самокласификация на теглото. В този смисъл, изводите предполагат, че *повишаването на „гъвкавостта“*, като цел на терапията, например, ще доведе до *намаляване на инвестициите* във физическите умения (атлетичност); поведения, целящи да постигнат здравословен начин на живот; поведенията, целящи да редуцират теглото (диети); поведения, контролиращи статуса на здраве и болест.

ПУБЛИКАЦИИ:

1. **Бонев, Н.** (2017). Привързаност и бащинство. В: Матанова, В. и Петкова, П. . (ред.): *Сборник научни доклади от Втори национален конгрес по клинична психология*, с. 246-259, том 2. Изд.: "Стено", Варна.
2. **Бонев, Н.** (2016). Защитни процеси в теорията на привързаността на Джон Боулби. Репрезентации на дезорганизираната привързаност. "Войната никога не спира" - изследване на случай, с. 151-178. В: *Сборник случаи от практиката на клиничния психолог*. (Матанова, В. - ред.). Изд.: "Стено", Варна.
3. **Бонев, Н.** (2015). *Реактивно разстройство на привързаността и социално функциониране*. Новини от лечебното изкуство, София, СУ „Св. Климент Охридски“.
4. **Бонев, Н.** (2012). Образът за собственото тяло в пубертетна и юношеска възраст – приемане и действия. В: Матанова, В. (ред.): *Сборник научни доклади от Първи национален конгрес по клинична психология*, с. 380-388,. Изд.: "Стено", Варна.
5. **Бонев, Н.** (2011). Влияние на медийните модели за тяло върху поведенческите профили на идентификация в пубертетна и юношеска възраст. В: Матанова, В. (ред.). *Клинична и консултативна психология*, III, 3 (9), с. 47-56.
6. Варчева, П. и **Бонев, Н.** (2017). Методи за изследване на привързаността в детска и юношеска възраст. В: Матанова, В. и Петкова, П. (ред.): *Сборник научни доклади от Втори национален конгрес по клинична психология*, с. 233-246, том 2. Изд.: "Стено", Варна.
7. **Бонев, N.** (2018 – in press). *The Perversion of Trauma: Social Trauma and Modified Social Body - Breakdown of Attachments*.