Дисертационният труд е обсъден на заседание на катедра „Социална, трудова и педагогическа психология” към Философски факултет на Софийски университет „Св. Климент Охридски” с протокол № 4 от 12 януари 2012 г. и насочен за защита пред научно жури по професионално направление 3. 2. Психология – Клинична психология.

Публичната защита на дисертацията ще се състои на открито заседание на 25. 04. 2012г. от часа в зала на Софийския университет „Св. Климент Охридски”.

Дисертационният труд се състои от увод, изложение в четири глави, заключение, изводи и препоръки, списък на използваната литература от 223 източника – 63 на кирилица и 160 на латиница. В текста са включени 47 таблици, 8 фигури и 8 диаграми. Към дисертационният труд има 5 приложения, от които 2 въпросника, с които е осъществено емпиричното изследването и параметри за надежност на въпросниците. Общият обем е 208 печатни страници.

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Целта на дисертационното изследване е:

При формулирането на целта се изхожда от настоящото разработване на изследвания проблем, разгърнат на теоретическо и практическо равнище. В логиката на изследваните явления контекстуално са заложени два целеви акцента. Изясняване на съдържателните измерения на автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите при пациенти с параноидна шизофрения. Откриване на връзки между автоматични мислите и копинг стратегиите, както и автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и метакопинг стратегии (копинг стил).

ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Да се анализира специализираната литература по проблемите свързани с шизофренията, когнитивно – поведенческата психотерапия, психотерапията при шизофрения, копинг стратегиите, копинг стратегиите при шизофрения.
2. Да се изяснят теоретичните основи на автоматичните мисли като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите, като проява на копинг стиловете.
3. Да се подберат адекватни на изследвания проблем психологически инструментариум.
4. Да се подберат адекватни за целта на изследването експериментална група (пациенти с параноидна шизофрения), и контролна група (психично здрави индивиди).
5. Да се подбере съответни на изследвания проблем статистически процедури
6. Да се направи количествен анализ и качествен анализ
7. Да се набележат връзките между автоматичните мисли, като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите, като проява на копинг стиловете.
8. На базата на теоретичните концепции получените емпирични данни да се предложи теоретичен модел на копинг стратегии и копинг стилове и автоматични мисли, като проява на дисфункционални вярвания.
9. Да се оформят препоръки за практическа работа с шизофренно болни.
10. Да се анализира наличната медицинска документация (епикризи, история на заболяването).
11. Да се изследват връзките между копинга и дисфункционални вярвания и специфичните характеристики като: наличие на налудности и халюцинации, социално – битови условия, дезадаптация, протичане и продължителност на заболяването.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Представеното изследване има характер на психодиагностично проучване. То си поставя за цел чрез научни методи да изследва особеностите и взаимовръзката между изследваните явления (автоматичните мисли и копинг). Разгледаните ключови аспекти на автоматичните мисли като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите като прояви на копинг стиловете. Те са изведени по теоретичен път. От значение е те да бъдат потвърдени в емпирични, конкретни изследвания. Тази необходимост се определя от практико - приложния характер на научното изследване.

Проучването на проблема се извършва в два плана – теоретичен и изследователски. В Първа и Втора глава са анализирани основни теоретични

постановки от български и чужди автори, които отразяват разноаспектността на разгледаните идеи в конкретните теоретични направления.

Концептуалните основания се извеждат чрез използването на теоретично-аналитично проучване на научната литература по проблематиката, свързана с копинг и автоматичните мисли.

Във връзка с по-обхватното изясняване на изследвания проблем е извършено проучване и интегриране на широк кръг въпроси, от областта на общо психологическото познание, клинична психология, консултативна психология, както и теоретични постановки от медицината и в частност психиатрията.

УВОД

Клиничната психология има вече дългогодишна история на психодиагностична и психотерапевтична практика и у нас. Клиничните психолози имат опита и самочувствието да изследват сериозни аспекти на сложните психични заболявания, с което подпомагат процеса на доказателствата за диагностичната оценка и начертаване на стратегическите аспекти на терапия.

Работата ми като клиничен психолог в психиатрични отделения за психози изгради интерес към болните от шизофрения, където многообразието е голямо и необходимостта от психодиагностична индивидуална оценка изключително важно за практиката. От друга страна модерните приноси на когнитивната психология и психотерапия отвориха нова посока за диагностична оценка, свързана с дисфункционалните вярвания и „порочния кръг" от взаимовръзки с емоциите и поведенческия отговор. Всичко това определи моя сериозен изследователски интерес към нарушенията на когнитивните процеси и копинг стратегии при болните от шизофрения. Това може да очертае, специфичност в когнитивните нарушения при боледуване, които не са обвързани с мисловните налудности или начина на живот и социални въздействия. От друга страна тези изследвания може да разкрият съхранен потенциал и възможности за стабилизиране на ремисиите чрез психотерапевтични въздействия.

Историческото развитие на етиологичните фактори при психолози преминават през разработките на Морел, който говори за „Dementia praecox". Kraepelin разработва проблема за протичането на шизофренната болест, която започва в ранна възраст („praecox") и води до първазивни (генерализирани), и постоянни нарушения в различни области на поведенческото функциониране („dementia"). Bleuler проявява интерес към естеството на шизофренията и към характерните и симптоми. Той се опитва да установи кои от множеството симптоми могат да се определят като базисни, основни или фундаментални. Schneider определя групата на „симптоми от първи ранг", които според него са диагностични за шизофренията. Когнитивно-поведенческата терапия разработва проблема за дисфункционалните вярвания, тя се базира на разработките на Иван Павлов, който в края на XIXв. открива един основен процес на научаване, който по-късно нарича Класическо обуславяне. Става въпрос за процес, чрез който организмите се научават да откриват причинно-следствени връзки между стимули от околната среда. Watson поставя началото на т. нар. Радикален бихевиоризъм, той набляга на методологическите основи на модела. Skinner поставят въпроса за съществуването на друг тип научаване - Инструменталното (или оперантно) обуславяне. Този тип обуславяне представлява процес, чрез който поведението се придобива, поддържа или „погасява" в зависимост от последващите го събития. A. Bandura започват да формират нова съвкупност от хипотези, които наблягат на ролята на имитацията в научаването. Резултатите от тези проучвания се обобщават в Теорията за

социалното учене. Схемата на реагиране на обстоятелствата в живота придобива вид: стимул - индивид - реакция. Това е най-обобщената схема на когнитивно - поведенческия подход. Основното в нея е разбирането, че интерпретацията на индивида за дадена ситуация има основно значение за нейното емоционално възприемане и последващото поведение. Изкривяването на когницията е причина за дисфункционалността. Основоположниците на това направление са A. Ellis (1962 г. рационално - емотивна терапия) и A. Beck (1979 г. когнитивна терапия).

Отново през 60-те години едно течение, свързано с радикалния бихевиоризъм, започва да изучава т.нар. „вътрешни явления"- мисли, вътрешни диалози и представи, вярвания и убеждения. Въпреки че развиват моделите за терапевтична интервенция, независимо един от друг, се наблюдава припокриване в тяхната същност. Психотерапевтичното направление, създадено от Beck се нарича Когнитивна терапия, а Ellis създава Рационално - емотивната поведенческа терапия. И двамата подчертават влиянието, което мислите упражняват върху емоциите, въпреки че първоначално приемат, че мислите не могат да бъдат обяснение на целия емоционален живот на индивида.

Целта на дисертационното изследване ще е изясняване на съдържателните измерения на автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите при пациенти с параноидна шизофрения. Откриване на връзки между автоматични мислите и копинг стратегиите. Както и откриване на връзка между дисфункционалните вярвания и метакопинг стратегии.

Дългогодишната ми работа с болните от шизофрения ме научи да приемам тяхната странност, да усещам тяхната болка и да търся възможности за надежда и постигане на възможното психично здраве за тях.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИЯТА

ПЪРВА ГЛАВА ПРОБЛЕМИ ПРИ ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ШИЗОФРЕНИЯТА

В първият параграф са разгледани същността и определенията за шизофренията. Шизофренията е едно от най-актуалните психични заболявания и актуален проблем на съвременните науки, занимаващи се с психическите заболявания, на което са посветени множество и разнообразни изследвания. Сложността на психопатологическите прояви, полиморфизма на клиниката и протичането на болестта, обуславят противоречивите възгледи по отношение на клиничните прогнози и диференциално диагностичните проблеми. В съвременната специализирана литература термините Шизофрения, Шизофренни разстройства, болест на Bleuler и т.н., се приема, че това са синоними, и че се описва едно и също психично заболяване. За да се разбере тази група разстройства, трябва да се направи разлика между две понятия - психоза и шизофрения.

Широка вариабилност относно определенията за шизофрения, може би сложността на заболяването дава възможност за изграждане на различни теории, които дават основание на различните клиницисти да подчертават една или друга негова характеристика. За целта на настоящата разработка се приема следното определение за шизофрения-психическо заболяване, в развитието на което влияят фактори като биологична предиспозиция, индивидуално-психологични характеристи и фактори на средата, развиващи се изменения на личността, като снижен енергетичен потенциал, прогресираща интровертност, емоционално скъсен диапазон и изопачаване на мисловните процеси, което може да доведе до

разрушаване на предишните социални връзки, снижена психическа активност, значителна дезадаптация в обществото.

Следващият параграф разглежда **историческото развитие на концепциите за шизофрения.** През 1857 г. френския психиатър Б. Морел описва под названието „Dementia praecox" (ранно оглупяване) простата форма на шизофренията. През 1871 г.немските учени Е. Хекер и К. Калбаум в Германия описват хебефренията, а три години по-късно Калбаум описва като самостоятелно заболяване кататонията. В 1888 г. - В. Манян във Франция описва халюцинаторно-параноидната форма на шизофренията под названието „сложна прогресираща параноя". Пръв опит за обединяване на тези форми в единна болест под името „идеотия", е направил Кандински в 1882, а по-късно и Корсаков в 1891 под името „дизнозия". (51. 225 стр.). Въпреки че много големи клиницисти имат принос към изграждането на теориите на шизофренията, трима от тях се открояват, поради особено съществените им заслуги. Те са Kraepelin, Bleuler и Schneider. Всеки от тях е постигнал изграждане на концепция за шизофренията, подчертавайки определен нюанс в разбирането й. Проучването на техните различни гледища подпомага илюстрирането на това защо е толкова трудно да се разбере шизофренията.

Следвашият период в развитието на концепцията за шизофренията е периода от 1968 г. до 1972 г. В САЩ С. Кети въвежда разбиранията си за „шизофренния спектър", а А. В. Снежневский в Русия – за „nosos et pathos". По този начин двамата отстояват тезата си за шизофренията, като континиуум от различни по степен на изразеност и тежест психопатологични синдроми, които могат да се наблюдават както в шизофренните пробанди, така и в техните родственици." (29. 189 стр.)

„През 1980г. Т. Кроу в Англия публикува идеята си за двойнствената клиника и етиопатогенеза на шизофренията, според която тя се проявява в два субтипа: тип I – нарушения в допаминергичната система (хиперактивност на допаминовите структури в лимбичната система) и доминиране на предимно продуктивни симптоми; тип II – със структурни изменения в мозъка „загуба на клетки, разширение на мозъчните вентрикули и др." и клинична манифестация на предимно негативни симптоми." (44. 224 стр.)

Третият подход, доминиращ в съвременното разбиране на шизофренията е, че шизофренията се приема като мултисистемно заболяване, което има генерални прояви в много аспекти на мисленето, емоциите и итерперсоналните взаимоотношения.

Третият параграф в първа глава разглежда епидемиология на шизофренните разстройства.

Психиатричната епидемиология изследва разпространението на психичните заболявания в популацията. Нейната цел е да установи рисковите фактори, които биха могли да обяснят защо някои популации са с по-висок рисков от развитието на психични болести от други. (1)

Болестност

Много проучвания на шизофренията в целия свят показват, че болестността варира в граници от 0.6/1000 – 17/1000 (74. 283 - 300 p., 75. 871 - 881 p.). Повечето от проучванията се поместват в рамките 3 – 10/1000 (66, 18, 33. 45 стр.)

Заболеваемост

Заболеваемостта обикновено се изчислява на брой заболели на 100 000 души население за определен период от време. За шизофрения този показател варира от нисък 0.1 до висок 0.7. Както е при болестността и заболеваемостта не се променя

значително за определени географски региони през различни периоди от време. (103., 3 - 12р.)

Пожизнен риск

Повечето хора се разболяват от шизофрения през периода на юношеството или младежка възраст. „Рисковата възраст" е приблизително от 16 до 39 г. Мъжете развиват заболяването в по-ранна възраст в сравнение с жените. (1., 45. 341 стр.) Пожизненият риск за шизофрения е в диапазона от 0.3 до 3.7 %, в зависимост от дефиницията на шизофренията и метода на оценка.

Рискови фактори - епидемиологичните проучвания установяват, че пациентите принадлежащи към ниски социалноикономически групи са рискови за развитие на шизофрения, ниските класи се свързват с редица неблагополучия, като лошо хранене, достъп до здравни грижи. (41. 20 стр.)

Други фактори са свързани с образователното и професионално функциониране, болестта възпрепятства болните при подобряване на социалното и икономическото си състояние.

Мъжете с шизофрения имат по-ранна възраст за начало на заболяването, и по-неблагоприятно преморбидно функциониране. Жените по-често имат афективни симптоми, параноя и слухови халюцинации. (61)

Етиологията (от гръцки αίτία - *причина* и λόγος - *наука*) е медицинска наука, която изучава причините за възникване на болестите. Етиологичните фактори при шизофрения могат да бъдат групирани в няколко основни групи, които ще бъдат представени в и следващото изложение.

Генетични фактори - проучвания на генетичните връзки и молекулярната биология.

Биохимични фактори - важен принос към етиологията на шизофренните разстройства имат биохимичните фактори първите такива факти са обобщени в допаминова теория. Това дава основание да се формулира хипотезата за патогенезата на шизофренията като хипофункция на медиаторните системи в челните дялове. (24. 45 - 46 стр.)

Вирусни теории - вирусните инфекции може да се явят причина за биохимични и структурни аномалии, които се откриват при много случаи на шизофрения. Различните изследвания свързват тези аномалии с генетични фактори, лошо хранене, вътреутробно развитие, усложнения при раждане (Brown et al., 1996; Susser et al., 1996) (73).

Усложнения на бременността и раждането - множество хипотези могат да се проверят в проучвания от такъв тип. Една от тях е за влиянието на мозъчна травма върху появата на шизофренията. Пренаталната увреда или усложненията на бременността са възможни причини на такава поява. Вътреутробното кървене може да попречи на нервното развитие на плода. (33. 81 стр.)

Четвъртия параграф е фокусиран върху психологически подход за анализ на етиологичните причини при шизофренни разстройства

Разгледани са възгледите на S.Freud (1938). Според него заболяването от параноя е резултат от незадоволени хомосексуални тенденции. I. Nydes (1963) различава две фази в развитието на шизофренната налудност - мазохистична и параноидна. Според M. Mahler (1952), детето не може да се диференцира от майката и развива пълна зависимост, характеризиращи връзката майка - дете в орална фаза от развитието. P. Federn (1951) „неспособност да се достигне до диференциране между самия субект и обкръжаващата среда". Фрида Фром-Райхман (Fromm-Reichmann, 1948), развива идеята, че „хладните" или много

тревожните за възпитанието на детето родители, могат да доведат до развитие на шизофренен процес. Според Harry Stack Sullivan (1953, 1962) психичните заболявания са регресия и фиксиране върху детски поведенски образци. Jung (1975) счита, че при шизофренната налудност „онтогенетичния процес е спрял на примитивно ниво, при което първичните представи на колективната душа" доминират над тези на индивидуалната. (48)

Много автори свързват по-късното развитие на шизофренната налудност с детските сексуални травми: I. Lewis (1959), D. Moriatry и S. Kates (1962). E. Starter и H. Tanner (1962). M. Betner (1961). Интерперсоналните отношения в семейството като фактор за заболяване от шизофрения и в частност за възникване на шизофренна налудност. Тези отношения се интерпретират предимно в психоаналитичен стил. Y. Aldnen (1971), P. Kniper (1972). Така S. Ammar и H. Lediri (1972) обясняват особеностите в шизофренното семейство със „свръхпротективността" на майката и „авторитарно-ригидния тип" на бащата. M. Bleuler (1972).

Близки до фройдистките са схващанията, които разглеждат налудността като безсъзнателна защитна реакция H. Schulte (1924), A. Kronfeld (1930), N. Cameron (1944)..

Теоретичен принос към етиологичните механизми при шизофренията имат и т.нар. **екзистенциални теории**. Според екзистенциалистите психозата и налудността в частност не представляват нищо друго освен субективна „форма на съществуване".

Феноменологичният антропологизъм разглежда шизофренната налудна идея като резултат от трансформация на личността E. Minkowski (1948). Според L. Binswanger (1934) шизофреннаата налудност е „абнормен начин на съществуване".

Внимание относно етиологията при шизофрения заслужват и **конституционални теории.** P. Serieux. и Y. Capgras (1909) разглеждат появата на налудността като резултата на личностова аномалия. H. Claude (1926), C. Wernike (1900) и K. Kleist (1914).

Принос към теоретичната концепция за шизофренните разстройства, има и **учението за висшата нервна дейност.** Началото на това направление е поставено от И. П. Павлов (1938). Разглеждайки патофизиологичната основа на параноята, той изтъква от една страна, значението на патологичната инертност на възбудния процес, а от друга - възникването в патодиначната структура на фазови явления. (14, 46 - 49 стр.)

Следващия параграф разглежда клинична картина

Шизофрения (F 20). Шизофренията се характеризира най-общо с качествени и характерни отклонения в мисловния процес, възприятията, волевата сфера, емоциите и вниманието. Обикновено съзнанието, както и предболестните интелектуални възможности, остават незасегнати, въпреки че в напреднали стадии на болестта може да бъде отчетен и известен когнитивен дефицит в част от случаите. Най-характерните шизофренни симптоми и синдроми са систематизиране като позитивни и негативни (Johnstone E.C., T.Crow-1978; Andreasen-1979, 1982). (44. 230 стр.)

Диагностични изисквания за поставяне на диагноза шизофрения, следва да се има предвид следното (по МКБ – 10):

1. Високата диагностична стойност на симптомите, включвани досега в синдрома на психичния автоматизъм и симптоми от I ранг.

2. Да е налице персистиране на шизофренните симптоми минимум един месец преди диагностицирането.

3. Следва да се отбягва „чистата" диагноза шизофрения при наличието на афективни симптоми в клиничните изяви на психозата.

4. Да се изключва диагнозата шизофрения при наличието на актуално мозъчно заболяване, както и на данни за интоксикация с вещества или абстиненция. (44. 231 стр., 31.)

Началото на шизофренията може да бъде, остро с тежки поведенчески разстройства, постепенно (подмолно) с настъпателна поява на странности и неразбираемост в поведението, на странни идеи.

Протичане. Шизофренията се счита за заболяване с често хронично протичане и закономерно водещо до задълбочаваща се промяна на личността и инвалидизация. (44. 231 стр.)

Шизофрениите протичат с инициален, активен и изходен стадий.

Инициалният стадий може да започне с *Афективно-волево обедняване на личността*, *Обсесивно-компулсивно начало и начало с фобии*, *Неврастенно начало*, *Дисоциативно – конверзионно начало*, *Афективно начало с мания и депресия*, *Начало с остър шизофренен епизод*. (42. 118 стр.)

Активен стадий на шизофрениите се развива след инициалният стадий. и има следните основни типове на протичане. *Прогредиентно протичане*, *Пристъпнопрогредиентно протичане*, *Ремитентно протичане* (42. 119 стр.)

Факторите за протичане на заболяването, които определят прогнозата са два вида **благоприятни фактори** за прогнозата, като по-късно начало, параноидни или кататонни симптоми, сключен брак, позитивни симптоми. И **неблагоприятни фактори** за прогнозата, като по – ранно начало, недиференцирани или недиагностицирани симптоми, липса на семеен партньор, негативни симптоми, амнестични данни за пренатална травма. (45. 341 стр.)

Параноидна шизофрения (F 20.0) - това е най-честият клиничен вариант на болестта, който обхваща около 75 % от всички боледуващи. Пикът на заболявания от параноидна шизофрения е началото е III – IV десетилетие. Симптоматиката най-често е от богата налудна продукция от параноидния кръг. Наличието на вербални слухови халюцинации със заплашващ, коментиращ, заповеден характер. Срещат се халюцинаторни възприятия и от други сетивни модалности.

Хебефренна шизофрения (F20.1) – типична за младата възраст - пикът на разболяванията е между 15-25 години. Обхваща около 5% от случаите с шизофрения. В клиниката на хебефренната шизофрения подчертано доминират**.** Особената психомоторика и волевите нарушения. Дълбоки качествени разтройства в емоционалните реакции. Сравнително бързо се развива негативната симптоматика и се достига до тежка личностова деградация и инвалидност (прогредиентно протичане).

Кататонна шизофрения (F20.2) се среща все по-рядко. Клиничните изяви на кататонната шизофрения са качествените разстройства на волевата сфера, проявяващи се най-често в сменящи се кататонна възбуда и ступор.

Фебрилна шизофрения (фебрилна, смъртна кататония) фебрилни пристъпи могат да бъдат наблюдавани, както при пристъпната, така и при пристъпно-прогредиентно протичащата шизофрения.

Резидуална шизофрения (F20.5) описва по-късните стадии в развитието на шизофренния процес, които се характеризират с изразени негативни симптоми.

Проста шизофрения (F20.6) тази форма на болестта започва в юношеството, обхваща около 5% от шизофренната популация и протича злокачествено. (44. 232 - 233 стр., 31.)

Параграфът разглежда клинико-психологични методи за диагностика при шизофренни разстройства

Използването на психологичните методи при диагностиката и диференциалната диагноза при шизофрения е доказало своето място в клиничната практика.

Методики за изследване на мисленето, като ***Асоциативен експеримент***, ***Експериментално образуване на понятия, Интерпретация на сюжетни картини, Тълкуване на приказки без думи, Подреждане на последователни картинки, Изследване на възможността за абстракция***, ***Метод на съществените признаци***, ***Метод на простите аналогии.*** (13. 121 - 134 стр., 15. 43 - 50 стр.)

От въпросниците най-често използваният е ***MMPI*** поради възможността за симптомна диагностика. Тук всяка проява на нагласи от повишена мнителност до известна параноидност, което води до покачване на скалите „Параноя" и „Шизофрения".

Проективни методики, като ***Тестът H. Rorschach*** емпиричните критерии за параноидността са особено оскъдни означения при табла 8-10, отказ, назоваване на цветове, дескрипции, посочване на симетрията, нарушена сукцесия, позиционни отговори, контаминирани отговори, бърза смяна на добри и лоши отговори. H. Rorschach е считал, че за шизофренно болните са присъщи следните основни признаци - количество на отговорите – най - често под средното ниво, рядко в пределите на нормата или по-високо, чести откази особено при табла 5 и 3 (неоправдано приписване на изображения на числови и геометрични значения), внезапно снижаване качеството на реагиране на формата, контаминации, чести абстракции и себеотнасяния, чести отговори-детайли там, където отговорите биха могли да бъдат цели, позиционни отговори. E. Bohm (1960) добавя и следните характеристики - липса на вулгарни отговори при табло 5, тенденция към отговори-детайли или малки детайли към целите отговори, чести конфабулаторно - комбинирани отговори, увеличаване на отговори малки детайли при параноидно болни, увеличаване на отговорите – движение, чести отговори – светлосенки, в съдържанието нещо „счупено, повредено, развалено, изолирано по неестествен начин", в отделни случаи появата на представи на налудности; отделени конкретизации. А. Кокошкарова (1978) предлага листа от 28 симптома, обединени в общ шизофренен синдром слабо съзнание за тълкуване, повишен брой на отговорите, скъсено реактивно време, често отсъствие на отговор даже на лесни табла, понякога отказ при табла 9 и 10. Едновременно много добри и лоши по форма отговори, едновременно ярки, оригинални и абсурдни оригинални отговори, сукцесията в подреждането на отговорите по локализация на заангажираното петно е хлабава или разкъсана. Кинестетичните отговори са намалени или нормални, но са увеличени при параноидно болните, от цветните отговори преобладава лабилният тип отговори. Среща се феноменът за назоваване на цвета, чести са абстрактните отговори, срещат се букви, цифри и геометрични фигури, себеотносни отговори и повече отговори - обекти, нерядко стереотипни, персеверации, конфабулации и контаминации, нисък индексът на Neiger.

Тематично аперцептивния тест *(TAT) на H.Murray (1935)* наличието на параноидни преживявания може да се разкрие както директно, така и по пътя на разкриване на някои черти на характера, показващи начина на субективно преживяване на налудностите. Повишена мнителност при ситуации, които не предполагат разкриване на параноидни идеи, готовност към спор и отстояване на собственото непоклатимо мнение, студена, праволинейна до крайност емоционалност. Шизофренно болният се характеризира със слаба реактивност на външни стимули, формално описание без емоционално отношение към героите и събитието, фрагментарност, нестабилни бързо сменящи се и често противоположни

по качество нагласи за емоционално и рационално възприемане на света. (22. 36 – 47 стр., 70 – 104 стр., 115 – 132 стр.)

Стрес тест разкрива на параноидни нагласи и актуални налудности на преследване, въздействие, отношение и ревност. (13., 15).

Рисунките на шизофренно болните имат често странно, причудливо съдържание, нерядко представляват празни, безсмислени конструкции с много персеверации на елементите, абстрактно-геометрични и знакови решения с преобладаване та предметно - веществени мотиви пред образите на хора и животни (27. 56 - 73 стр.). Характерен „шизофренен" феномен са рисунката „от птичи поглед", разноплановост на перспективата, „рентгенови изображения", „прозрачност" на обектите Вл.Иванов (1976). (27. 103 - 109 стр..15. 44 - 50 стр.)

Този параграф разглежда клинико-психологични методи на диагностика при ранна шизофрения

Шизофренията у значителна част от болните в началния период не се проявява в своя класически образ и може да напомня депресия, фобия, което може да затрудни поставянето на диагнозата. Обикновено минава доста преди да се разбере, че не става въпрос за „преумора" или „чудатост", а разкъсване на жизнената линия, което е типично начало на психозата. Обикновено предпсихотичната личност показва шизоидни тенденции, благодарение на което началото е незабележимо и се третира като развитие н а особеностите на личността.

Като психологичен метод, който може да се използва за диагностика на ранните шизофрении, е ***теста на Роршах***. Този метод е особено чувствителен там, където се проявата дискретни промени в личността, емоциите и успява да открие отклоненията там където други методи се затрудняват. При ранните шизофрении може да има проява на аутистични тенденции, проявени като липса на човешки фигури или ако има те са под формата на детайли.

Липсват детерминанти по цвят отговори или ако има, те са назоваване на цвета, а разстройствата на мисленето се проявяват в изказвания с елементи на разкъсаност. Нарушената връзка с реалността се проявява в странни абсурдни отговори или често неразбираеми.

Болните срещат трудности при интерпретацията на таблата, а отговорите особено при напредване на процеса и проява на „психичната разкъсаност" са контаминирани.

Друг метод е ***Тематично аперцептивния тест***. Отговорите на болните дори и в ранните фази на психозата носят страх, напрежение, аутизъм, склонност към обобщения и псевдофилософски размишления.

Тест на Вартег тук рисунките имат безсмислени или странни конструкции отражение на патологичните изживявания.

MMPI тест – този метод е удобен за изследване на болните в ранните фази на болестта, когато личността е запазена и може да се създаде словесен контакт.

В ранните етапи от развитието на болестта шизофренно болният показва значително повишение по скала Шизоидия, Параноя и Психопатия. Извън клиничните скали, които са повишени, нерядко болните показват и повишение по скала Депресия, което се интерпретира, като преминаване от нормалния в шизофренния свят. Друго явление при ранни шизофрении, особено у болни с висше образование е т.нар. соматизиране на психозните изживявания. Болният си дава сметка, че нещо се променя и проявява интерес към соматичното си състояние и се тревожи за здравето си, което може да покачи скала Хипохондрия.

Друг метод за изследване на шизофренно болни теста на Векслер, създадена да измерва интелигентността, може да даде допълнителни данни за ранното начало на шизофрения. Изходната точка е, че интелектуалните функции претърпяват

болестни промени. Тук се откриват промени като мисловни разстройства, резоньорство трудности в абстрактното мислене и перцепцията.

Количественият анализ на данните от теста при ранна шизофрения дават следните особености:

Обикновено резултатите на словесната и функционалната скала са понижени по отношение на речника. Словесната скала, която е резултат от общите и училищни познания, придобивани в детството и ранна младост, претърпяват по-малко понижение (с изключение на и повторение на цифрите и сходство, в чиито основи стоят способността за абстрактно мислене умозаключения и изграждане на нови понятия и функцията на пряката памет и внимание), отколкото функционалната скала, чиито изпълнение зависи от актуалното състояние на болния. Характерни са различията между отделните субтестове, които са последствия от „заприщване" и „интелектуална пустота", типични за простата форма на шизофрения. Чести са странните дефиниции и обобщения от субтестовете за сходство и речник, а новите понятия, които болните изграждат, често имат общ характер представляват отражение на качествените изменения в процесите на мислене и по-специално в обсега на абстрактното мислене. Аутизмът и изолирането от външния свят се проявяват, като ниски резултати по теста за разбиране на приказките в картини, което се опира на умението да се решават конкретни жизнени задачи. В обобщен вид най-голямо понижение има по онези субтестове, чиито съдържание се свързва с отношението на болния към обкръжаващия го свят и с мисловните процеси, а при кататонна се свързва със забавяне на процесите на мисленето, разстройство на вниманието и удължено време на реакция**.** (13. 195 - 204 стр., 62. 47 - 55 стр.)

Разгледани са патопсихологични изследвания при шизофрения

Данните получени от клинико-диагностичните методи са обобщение в патопсихологичните концепции.

Внимание Това нарушение, като увреждане на „централните филтриращи процеси", чиято функция била активно да потискат външните усещания и вътрешните мисли, които не са свързани с фокуси на вниманието в даден момент.

Възприятие. Редица автори отделят внимание на значението на промените в сетивния стадий на познанието за възникване на налудното разбиране на действителността.

Памет. По мнение на Блейхер косвени признаци за наличие на афективно-личностови изменения при болни с шизофрения, се явява кривата на запомняне при 10 думи, във вид на плато, при отсъствие на клинично определено снижение на паметта. (6. 448 стр.) При пациенти с шизофрения се наблюдават значителни нарушения на оперативната, краткосрочната памет, опосредственото запаметяване не е нарушено. Най-големите разлики могат да бъдат открити при пациенти с шизофрения в сравнение със здрави при възпроизвеждане на семантично организиран материал.

Мислене H. Baruk (1959) разработва въпроса за ролята на т.нар. вътрешна мисъл при възникването на шизофренната налудност. В същност тук се използват „дълбинни механизми" - „изтласканата вътрешна мисъл се връща като налудност".

A. Storch (1922) говори за архаично - примитивно мислене у шизофренно болните. H. Werner (1940) също развива схващането за регресия към примитивно ниво на мислене, подобно на това при децата и „членовете" на т.нар „примитивни култури". T. Trunnel (1964) установява прилика между шизофренно и детско мислене и т.н. H. Youkilis.

Тихомиров проследява три звена на психологическия механизъм на нарушение на мисленето при шизофрения. Първото звено – нарушение на мотивационната

сфера, която води към нарушение на личностния смисъл. За болните от шизофрения личностният смисъл на предметите и явленията често несъвпада с общоприетия. Той е обусловен от реални ситуации и знанията на човек за тях. При това се получава изравняване на стандартни и нестандартни информативни признаци. Второ звено – придаване на нестандартните информативни признаци по-голямо значение от стандартните. И трето звено е нарушение на селективността на информацията. (12. 228 стр.)

Емоции Автори като J. Falret (1964), G. Specht (1901), A. Magulies (1901) и J. Pinel (1932), приемат тезата, че патологичните чувства стоят „над идеите и над налудностите Нарушения на емоциите при шизофрения носят характер на негативни симптоми. Клинично те се проявяват в снижено изразеност на емоционалните преживявания, апатия, неадекватен афект (паратимия).

Съзние и самосъзнание C. Westphal (1878) счита, че в съзнанието възниква неопределено изменение на собствената личност, в резултат на което се появява налудност за отношение, а след това и за преследване.

Невропсихологични изследвания при шизофренни разстройства

В съвременната клинико-психологична практика все повече място заемат невропсихологичните изследвания, подпомагащи диагностицирането на шизофренни разстройства. Подход на невропсихолозите при шизофрения, е да се установи дали има определен модел при изпълнение на определени тестови задачи. Този модел може да покаже дали при шизофрения има лезия, къде е тя, и може ли да бъде локализарана. Този подход приема, че шизофренните пациенти са сходни с пациентите с определени лезии с неизвестна локализация. Всъщност в съвременните схващания все повече се говори не за абнормността, причинена от лезия или дегенерация, а за опредлено абнормно развитие. Все още има малко информация за връзките между абнормните резултати от психологични тестове и абнормностите на мозъчното развитие.

В следващият параграф е представена диференциалната диагноза на разстройства от шизофренния спектър

Диференциалната диагноза на разстройствата от шизофрения спектър включва границите с афективните разстройства и непсихотичните личностови разстройства, а също така и с наркологичните психотични разстройства и соматогенните психотични разстройства. Клиничното разграничение между шизофренията и разстройствата на настроението може да е изключително трудно особено в началото на заболяването. (33. 34 стр.)

В последния параграф на първа глава са разгледани терапевтичните интервенции при шизофренни разстройства

„Връзката между психофармакологичното и психотерапевтичното направление в психотерапията е показана нагледно в сравнението на болния със заседнал в плитчините кораб – медикамента го изтегля от нея, а психотерапията му дава правилния курс и бди за опазването му”. (Ив. Темков, К. Киров 1975). (40. 209 стр.)

Съвременната терапия на пациенти с шизофрения е компилация от биопсихосоциални компоненти т.е. да се интегрират в един подход всички елементи, и те да бъдат съобразени като с влиянието на болестта, така и с личността на пациента и социалната реалност. Биологичният елемент е представен чрез наследственост, мозъчна структура, мозъчна функция или дисфункция и др. Психологични елемент е представен чрез личностови параметри – личностна структура, личностни особености, личностова промяна, социални умения и адаптивни способности, ниво на личностово функциониране и др. Социалният елемент включва микро и макросоциалната среда, взаимоотношения,

народопсихологическите особености, културата, етноса, религията и др. (45. 178 стр.) В терапевтичен план това включва комбинация от психофармакология, психообучение и рехабилитационни интервенции, и континуум от извън болнични интервенции.

(39. 226 - 263 стр., 42. 115 - 124 стр.)

Индивидуална психотерапия - индивидуалната терапия обхваща широк спектър от интервенции, които са от полза при шизофрения. Най-често описваните форми са подкрепяща психотерапия и ориентирана към прозрение (insight-oriented) психотерапия.

Групова психотерапия - груповата терапия включва спектър от модалности като: групи за психообучение, групово съветване и групова психотерапия, като някои групи са комбинация от тези подходи. (41. 53 - 59 стр.)

Психоаналитичен подход - Freud предполага, че пациентите с психотични разстройства са неспособни да формират значим, стабилен, и изпълним трансфер (основата на психоаналитична терапия). Тази неспособност представлява трудност в работа с несъзнавани конфликти и защити проявяващи се във връзка с терапевта. (25)

Когнитивно - поведенчески подход - когнитивно – поведенческия подход за работа с психоза се базира на няколко емпирични констатации, като: съществуване на преход между нормалността и психозата, относително по-разбираем характер на множество психични симптоми, установявани и потвърдени експериментално. Главният терапевтичен подход се състои в идентифициране на автоматичните мисли. Когнитивно - поведенческите подходи включват: изграждане на здрав терапевтичен съюз, характеризиращ се с приемане, поддържане, и взаимни цели преди въвеждане на техники за промяна на поведението. (Dickerson, 2000; Rector & Beck, 2001). (25)

Neurocognitive remediation (Kurtz 2004, 2002) се опитва да подобри когнитивната функция, и по такъв начин да въздейства на симптома към по добър функционален резултат чрез поставяне на практически задача и повторението им. (62. 62 стр.)

Фамилна терапия - фамилната терапия е психотерапевтичен метод, при който се работи със семейството (хора, свързани помежду си с кръвна или брачна връзка или съжителстващи заедно). Този вид психотерапия е особено подходяща за „очевидни" семейни проблеми като брачни недоразумения и поведенчески проблеми у децата. (Gurman et al. 1986). (107. 423 - 441 p., 41. 53 - 59 стр.)

Къмплайънс с лекарствената терапия - това е другата важна детерминанта в терапевтичните интервенции при шизофренията, имайки предвид факта, че болшинството от пациенти допускат спирането на медикамента в някой етап от лечението. (11)

Ранни интервенции - интерес предизвика терапевтичният подход за работа с шизофрения в началото на болестта и преди развитие на активната пихотична симптоматика. **(**104. 581 - 509 p., 112. 327 - 345 p., 113. 201 - 222 p.)

През последните години се формира консенсус относно етиологичните фактори при шизофрения. Повечето изследователи я приемат като разстройство на невроразвитието. Въпреки това остават някои противоречия относно ролята на генетичните, средовите фактори и времето, когато се появява увредата. Ранните теории подчертават значението на усложнения по време на бременността и генеточната основа, по-новите концепции приемат тезата, че шизофренията е „късно разстройство на невроразвитието", при което влияние оказват и психологическите особености на човек, както и факторите на средата. Въпреки разнообразието на етиологичните фактори, може да се направи следното обобщение за етиологията на шизофренията. Това е заболяване, при което има

наличие на абнормности в мозъчното развитие и наслагване на психологически фактори и това води до сериозно когнитивни изменения, описани още от Bleuler като „халтавост на асоциациите". През XXI век тази концепция се разбира като увредена обработка на информацията, разстроено мониториране на мисленето или влошена психична координация, тази базисна увреда в когницията води до генерализирана патология при множество когнитивни процеси (внимание, памет, мислене, реч и емоции) и социалното функциониране на индивида.

ВТОРА ГЛАВА СХВАЩАНИЯ ЗА КОГНИТИВНО ПОВЕДЕНЧЕСКАТА ТЕРАПИЯ И КОПИНГ СТРАТЕГИИТЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИЯ

В първи параграф са разгледани теоретичните предпоставки за възникването и развитието на когнитивно-поведенческата терапия.

Когнитивната терапия, според нейния създател Аарон Бек, е „основана на съществената теоретична парадигма, че чувствата и поведението на индивида са детерминирани в голяма степен от начина, по който той структурира света".

Когнитивно-поведенческата терапия се базира на четири основни теоретични постановки:

Изследванията на руския физиолог Иван Павлов в края на XIXв. Той открива един основен процес на научаване, който по-късно нарича ***Класическо обуславяне***. Последовател на теорията на Павлов, John B. Watson прилага принципите на класическото обуславяне при създаването на фобия у дете, в демонстрация как може да бъде увеличена интензивността на невротичния отговор.

Около 1930г. изследванията на B. F. Skinner поставят въпроса за съществуването на друг тип научаване- ***Инструменталното (или оперантно) обуславяне.*** Този тип обуславяне представлява процес, чрез който поведението се придобива, поддържа или „погасява" в зависимост от последващите го събития. Множеството изследвания в областта на споменатите парадигми формират т. нар. ***Теория за научаването*** - източник на хипотези за когнитивно-поведенческата терапия.

През 60-те години, изследванията по ръководството на A. Bandura започват да формират нова съвкупност от хипотези, които наблягат на ролята на имитацията в научаването. Резултатите от тези проучвания се обобщават в ***Теорията за социалното учене.*** Изкривяването на когницията е причина за дисфункционалността на личността. Основоположниците на това направление са A. Ellis (1962 г., рационално-емотивна терапия) и A. Beck (1979 г., когнитивна терапия). **(**8, 45**)**

Във втори параграф са предгледани направленията в когнитивно – поведенческата психотерапия

Всички когнитивни терапии споделят философската позиция че подчертаването на капацитета и ресурса на човек може да доведе до по – добро разбиране на вярванията и действията на човек, и че тези вярвания и действия са подчинени на това, какво значение се е научил да му отдава човек в следствие на жизнения опит.

Mahoney и Ainkoff (1978) предлагат полезна класификация на типовете когнитивна терапия, като ги организира в три типа. Те включват когнитивно реструктуриращи терапии, терапии за придобиване на умения (копинг умения), и проблем - ориентирани терапии (терапии по типа проблем - решение). Основната разлика между отделните типове е степента, с която всяка една от терапиите работите със когнитивна или поведенческа промяна.

Копинг терапиите са терапии, включващи обучението на индивидите в адаптивни модели на поведение и използване на набор от умения в различни социални ситуации. Целта на този тип когнитивна терапия е развиване на по-добри умения за преодоляване на ситуации, които са стресови или проблематични за пациента. (Meichenbaum, 1977, Goldfried & Davison, 1976).

Проблем - решение терапии според D'Zurilla и Goldfried (1976) имат за цел да научат пациента да използва комплект от полезни стратегии в множество проблемни ситуации. Стратегиите могат да са когнитивни или поведенчески. Терапевтът активно работи с пациента да развива решения на проблеми, предполагайки, че това ще доведе до последващо подобрение в емоциите и поведението Nezu (2001). (213. 10 - 12 р.)

В слеващите параграфи са разгледани същността на когнитивно-поведенческата психотерапия и разбиране на психопатологията от когнитивно – поведенческата парадигма.

Когнитивно-поведенческата терапия се базира и на обяснителния ***модел*** **A B C D E,** където, първите три звена (**A**, **B** и **C)** са свързани с възникването на симптоматиката при пациента, а последните две (**D** и **E)**, с терапевтичното въздействие.

Според когнитивно-поведенческата терапия симптомите, оплакванията, с които идва пациентът, са вследствие на когнитивни феномени. Когнициите представляват мисли, образи, идеи, представи, вътрешната реч на личността. Когнитивните феномени са център на произхода на симптоматиката, а афективните и соматични промени се явяват впоследствие. Фокусът е насочен към анализиране на взаимодействието между когнициите и емоциите, и как отношението на това взаимодействие (когниции – емоции) се отразява на поведение. (213. 14 – 20 р.)

В този параграф се разглеждат автоматичните мисли в когнитивно - поведенческата парадигма

Според КПТ непосредственото отношение към реакциите на индивида, изразяващи се в емоции, телесни усещания и поведение, има крайният когнитивен продукт – така наречените автоматични мисли.

Автоматичните мисли възникват спонтанно и не са съзнателно, често са неверни или само частично верни, те произлизат от убежденията на човека, които той счита за „абсолютни истини". Автоматичните мисли представляват оценъчни разсъждения, бързи, кратки, които не са резултат на размисъл, а изглежда сякаш се появяват автоматично.

Съществува и едно по-дълбоко ниво – нивото на когнитивните схеми, или базисни вярвания, които се формират в ранните стадии на живота. Те организират, интегрират и насочват получаваната отвън информация. Изкривяването на информацията предполага някои специфични особености на когнитивните процеси – механизми, които водят до логически грешки. Изкривяването на информацията предполага някои специфични особености на когнитивните процеси – механизми, които водят до логически грешки. Beck описва 6 основни механизма:

Произволните умозаключения са изводи, неподкрепяни от непосредствените факти, нито от логиката.

Избирателното внимание се изразява в „изваждането" на дадено събитие от неговия контекст и използването му като „свидетелстващо" за трайни негативни характеристики на индивида.

Свръхгенерализирането се характеризира със склонността да се правят цялостни заключения, базирани върху един единствен случаен пример.

Преувеличаването и минимализирането означават придаване на твърде голямо или напротив – несъответно малко значение на даден случай.

Персонализацията представлява асоцииране на дадено изолирано събитие с изводи за себе си или за друго лице.

Дихотомното мислене е тенденцията нещата да се интерпретират в светлината на максимата „всичко или нищо". (2. 81 - 346 стр.)

Тук са представени са и автоматични мисли и връзката им с шизофрения.

В КПТ налудните убеждения се възприемат за базисно сходни на нормалния мисловен процес, като се различават от неналудните убеждения само по степента им на резистентност към повлияване от доказателства. Дори пациенти с налудни убеждения, които изобщо не допускат възможността, че „грешат" и отхвърлят възможността а обсъждане на алтернативи, успяват да променят налудностите си в когнитивно-поведенческата рамка. Освен това КПТ дава възможност да се работи директно с убежденията относно слуховите халюцинации, което в значителна степен намалява тяхната честота, интензивност, негативно съдържание, императивност, както и дистреса свързан с тях. (26. 24 - 30 стр.)

Възможно обяснение за механизмите на когнитивното изкривяване при шизофрения могат да бъдат представени по следният начин - Към основните мисловни операции се отнасят обобщението, (абстрахирането), анализ и синтез. Обобщението е следствие от анализа, разкриващ съществените връзки между явленията и обектите.

Изследванията на мисленето на болни, страдащи от различни заболявания, откриват, че нарушенията на операционалната страна приемат различни форми, при цялото разнообразие са сведени до два крайни варианта, а именно - снижено ниво на обобщение и изопачаване на процеса на обобщение.

Друг тип мисловни нарушения могат да бъдат описани като **нарушение на динамиката на мисловните дейности.** В практиката може да се видят две често срещани нарушения на динамиката на мисленето - лабилност на мисленето и инертност на мисловния процес.

Третият тип нарушение на мисленето могат да бъдат обособени като **нарушения на личностната компонента на мисленето.** Към тези нарушения се отнасят разнопластовост на съжденията, резоньорство, нарушение на критичността и саморегулацията.

Критичност на мисленето предполага съпоставяне на получаемия резултат с условията на задачата и предполагаемия резултат. Болните могат да актуализират неадекватните връзки и отношения, които придобиват смисъл поради изменената нагласа. В резултат на което се получава трудно осмисляне на съдържанието на задачата.

Разнопластовост - това мисленето се заключава в това, че в съжденията на болния някои явления протичат в различни плоскости (слон и скиор „предмети за зрелище", кон и мечка и двете са животни).

Резоньорство - при него се наблюдава склонност към „безплодно мъдруване". Тенденция към многословни разсъждения.

Нарушение на саморегулацията - тук нарушението се заключва в невъзможност целенасочено да организират мисловните дейност. При това могат да бъдат достъпни сложните обощения, логически операции, но в резултат на неопределеност на мисленето неговата целенасоченост се явява неспособност да се реши поставената задача.

В литературата по психопатология се разглеждат нарушения на мисленето във вид на разстройство на асоциативния процес, патология на съжденията, а така също и патология на мисленето по темп. (46. 7 - 11с., 12. 177 – 217 стр.)

Скоковете към решения (без предварително обсъждане), изграждането на външни атрибуции. Този процес на търсене и намиране е процес на приписване на причинност на поведението (атрибутивен процес). Причини за погрешна атрибуция: категоризация – при възприемането на социални обекти човек се влияе от опита, към коя когнитивна категория да отнесем обекта.

Друго обяснение може да бъде намерено във вербалните замени, които имат свой далечен аналог в речевата патаология и при т.нар. фонетични асоциации при срещани при болни с шизофрения. Наблюдава се нарушение на „планиране на фразата, което води до „неправилно програмиране на изреченията", а планиране на фразата е фаза на вътрешната реч. Разколебаната езикова компетентност намира израз и в големия брой нарушени изречения, които на места оставят впечатление за мисловна несъгласуваност, което говори за нарушение на механизма на неадресирана реч – вътрешна реч – вербално изказване. Заключението от това е, че промените в активността на „езиковото съзнание" са от психично и емоционално естество, но и че тези явления са подчинени на йерархично организирани когнитивни структури (47, 16. 136 - 139 стр.) т.е. наблюдава се неразграничаване на вътрешна от външна реч Kurtz (2005). (39. 211-213 стр.)

В този параграф са разгледани сновни терапевтични техники в когнитивно-поведенческата терапия. Разгледани са когнитивните техники и поведенчески техники.

Това са техники, насочени към подпомагане на пациента в идентифицирането, сравнението с реалността и промяната на погрешните концептуализации и дисфункционалните убеждения:

В когнитивно-поведенческата терапия се прилагат основно следните поведенчески терапевтични техники:

Релаксиращи методи като, **автогенен тренинг, систематична десенсибилизация и др.**

Имплозия - („експлозия", но, насочена към вътрешния свят) се състои в продължително излагане на пациента в ситуация, провокираща силно безпокойство.

„Наводняване" и превенция на отговор - При тази техника пациентът се излага на стимул, провокиращ тревожност и същевременно се предотвратява появата на избягващото поведение.

„Ваксиниране" срещу стрес - Тази когнитивно-поведенческа техника е насочена към развиването на способности у пациента за контрол над стреса.

Парадоксално намерение - тази парадоксална техника на пациента се казва, че трябва да се опита да провокира симптома си с максимална интензивност.

Наказателни и предизвикващи отвращение методи

В много от случаите целта на поведенческата промяна е премахването на поведенчески патерн, който е проблематичен, неподходящ, опасен, непозволен, вреден.

Biofeedback (биологична обратна връзка) - тази техника се отнася до серия процедури, които предоставят на пациента информация относно един или повече от неговите биологични отговори.

Тренинг в социални умения - „социални умения" е широко понятие, което включва серия от умения, насочени към установяване на задоволителни междуличностни отношения и успешна интеграция в обществото.

Тренинг в асертивност (себеутвърждаване) - „асертивността" е широко използвано понятие, чиято дефиниция е претърпяла много промени с течение на времето. (45. 139 – 147 стр.)

В този параграф се разглежда когнитивно – поведенческа психотерапия при шизофрения.

Beck описва случай на пациент със систематизирана параноидна налудност, който е бил успешно лекуван. Терапията изследва в детайли последователността от житейски събития, предшестващи появата на параноидните налудности на пациента.

Основните терапевтични цели и принципи при терапията при психотични разстройства са повишаване на разбирането за индивидуалните психотични феномени (психообучение). Провеждане на терапия при съгласие за това и при явно наличие на дистрес, негативни емоционални и/или социални последствия, отчаяние, безпомощност. Нормализиране на преживяванията - налудности и халюцинации. Разпознаване, описание, управление, както и намаляване на значимостта и убедеността в налудните вярвания. Обучение в търсене на доказателства и алтернативи (тестиране на реалността) относно симптомите. Работа с убежденията относно медикаментозната терапия и превенция на рецидив. (26. 24 – 30 стр.)

Представени са основните техники в когнитивно-поведенческата психотерапия при шизофрения.

Техниките са модифицирани, за да могат да се справят с някои от специфичните ограничения, наложени от заболяване (например, когнитивна дисфункция) или вторични ефекти (например, стигмата).

Разработване на терапевтичена алианса на базата на гледната точна на пациента

Гледната точка на пациента е от съществено значение за всяка успешна психотерапия, включително и когнитивно-поведенческа терапия.

Развитие на алтернативни обяснения на симптомите

Когнитивно-поведенческата терапия изследва и развива собственото разбиране на пациента, относно неговите симптоми.

Редуциране на въздействието на позитивните симптоми

Целта на когнитивно-поведенческата терапия не е да се опита да убеди или да насили пациента да се съгласи, че той има симптоми на психично заболяване, а да се намали тежестта от стреса, породен от симптома, независимо от това дали пациентът приема диагностичния етикет.

Във втората част на втора глава се разглеждат копинга.

Историческият обзор на теориите за копинга вероятно може да започне още от Чарлз Дарвин, който определя човешките стратегии за справяне в рамките на реакциите бягство - борба. Несъмнено е обаче, че теорията за психичните защити е основополагаща за развитието на съвременните представи за копинга и в настоящата разработка се изисква именно нейното по-подробно разглеждане. Така както копинтъг е реакция на възприета опасност, така защитните механизми са отговор на възникнала тревожност. Понятието "защита" е въведено от З. Фройд и е доразвито в рамките на психоаналитичната теория. Анна Фройд дава най-съществения принос в разработването на теорията за защитните механизми (Анна Фройд. 2000). Тя защитава тезата, че изборът на използването на определен механизъм не е докрай изяснен, но все пак съществуват някои характеристики, които спомагат да се класифицират защитите. (19. 17 стр., 39 стр., 28 - 30 стр.)

Анималистичният модел обратно - акцентира върху значимостта на ситуацията. (94., 95).

Копингът играе важна роля при изследване на значимостта на отношението личност-среда. Тя се свързва с влияние върху оценъчния процес и върху емоциите чрез обратна връзка. Копингът влияе, от една страна върху оценката и преоценката на стресовата ситуация, а от друга - каузално предшества емоцията като резултат, т. е. начините за справяне могат да бъдат индикатор за индивидуалните разлики при отговор на стрес На най-високо равнище копингът се разграничава по критерия - ангажиране или дезангажиране със стресовата ситуация. Идентифицирани са две групи стратегии: стратегии, включващи активно ангажиране за преодоляване на стресора, и стратегии, при които човек се стреми да се дезангажира от възникналите проблеми и да се дистанцира от стресовата ситуация.

На второ ниво, критерий за допълнително реструктуриране на посочените две групи е насочеността им към емоциите или към проблема. Това позволява идентифициране на четири групи копинг стратегии от по-нисък порядък: ангажираност с проблема, ангажираност с емоциите, дезангажираност от проблема и дезангажираност от емоциите. На последното трето ниво са разграничени осем специфични стратегии:

1. Стратегии, ангажирани с проблема - решаване на проблема и когнитивно преструктуриране.
2. Стратегии, ангажирани с емоциите - емоционална експресивност и търсене на социална подкрепа.
3. Стратегии, дезангажирани от проблема- отклоняване на проблема и бягство в сферата на мечтите.
4. Стратегии, дезангажирани от емоциите - самообвинение и затваряне в себе си.

Класическият когнитивен подход на Лазарус разграничава стратегиите за справяне със стреса на две основни групи: **проблемно - фокусирано справяне** (problem focused coping) или често определяно като активно справяне и **емоционално - фокусирано справяне** (emotion focused coping) или пасивно **справяне.** (108)

Според друга гледна точка, отстоявана от Лазарус и Фолкман, копингът трябва да бъде разглеждан като динамичен процес, който се променя във всеки един етап на стресовото преживяване.

Според Петкова, Николкова (2002, 2007), стратегиите за справяне със стреса, могат да бъдат обобщени в два основни вида копинг стратегии, ефективни и неефективни стратегии. Под понятието ефективни копинг стратегии са тези, при които човек има преживяването за контрол над ситуацията, и може да организира и ръководи преодоляването на стреса. Противоположни на първият тип стратегии са така наречените неефективни стратегии, при които се губи чувството за контрол над ситуацията. При поредица от житейски неуспехи се изгражда песимистична нагласа за безпомощност и безперспективност, независимо от предприеманите действия. Тези състояния се характеризира със следните особености на личността: липса на мотивация или активност; тъга и равнодушие; липса на враждебност, когато враждебността е оправдана; когнитивни проблеми; депресия. (45. 259 – 260 стр.)

Разгледани са копинг статегиите при шизофрения

Изследванията в областта на копинг стратегиите при шизофрения започват да се развиват през втората половина на 20 век. През 1981 г., Falloon и Talbot изследват четиридесет пациенти с персистиращи слухови халюцинации и откриват три групи стратегии, които те използват, за да се справят с тези симптоми.

Carr (1988) разглежда подробно 200 пациенти с шизофрения, които показват общо 310 различни копинг стратегии. Те са групирани, подобно на групите на Falloon и Talbot's (1981), и Carr ги обобщава, както следва:

Поведенчески контрол.

Разсейване,

Физически изменения, включващи движения.

Indulgence.

Неспецифични техники.

Социализация.

Когнитивен контрол. При тази стратегия се обособяват три подгрупи:

Потискане на нежеланите мисли и възприятия. („Аз се опитвам да не мисля за това", „Аз игнорирам гласовете").

Изместване на фокуса на вниманието. (пренасочване на вниманието към неутрална, успокояваща или разсейваща мисъл).

Разрешаване на проблеми. Тук вниманието се насочва върху настъпилите затруднения при планиране и решаване на бъдещи задачи**.** (76. 339–352 p., 35.)

Медицински грижи.

Симптоматично поведение. (82. 407–410 p.)

Направено е и описание на копинг стратегиите от пациентите

Следваща стъпка в изследването на копинг стратегиите е да се проучи субективното описание на болестта от самите пациенти. Хатфийлд (1989) изследва такива описания и твърди, че пациентите, вместо да са „затворени в себе си и пасивни, всъщност активно се борят с вътрешните си страхове и външната реалност, за да задържат емоционалния си баланс и социална цялост". (98)

Ром и Ешер (1989) описват преживяванията на група пациенти. След телевизионно предаване по време на което Ром представя, заедно с един свои пациент, копинг стратегия срещу халюцинации. Долу описаните фази били описани от пациентите като релевантни на справянето с гласовете:

„Шокиращата" фаза - обичайно гласовете започват внезапно и се възприемали първоначално като плашещо изживяване.

„Организационна" фаза, или процеса на избор и комуникация с гласовете.

„Стабилизационна" фаза или периода, в който пациентите усвояват по-последователен подход към справяне с гласовете.

Представени са и копинг статегиите използвани от пациентите и техните близки

Бокер и Бренер (Бокер 1989, Бренер 1987) приемат доста различен подход към изучаването на копинг (себесъхраняващите) стратегии. Те сравнявали пациенти с техните близки и контролна група, за да установят различия между тези групи. Те показват, че пациенти с шизофрения имат проблеми с обработването на информация в сравнение с нормалната контрола. (223. 542 – 559 p.)

Последната част на втора глава разглежда изведения теоретичен модел на копинг.

Копинг стил

Има три основни копинг стила, които хората използват, когато се опитват да разрешат или да премахнат даден стресор: проблем-фокусирани копинг стил (включващ в себе си проблем-фокусирани копинг стратегии като активно справяне, планиране, потискане на конкуриращи се активности, търсене на инструментална подкрепа, въздържане), емоционално – фокусиран копинг стил (включващ следните стратегии търсене на емоционална подкрепа, позитивно преосмисляне и

развитие, приемане, обръщане към религията, фокусиране върху емоциите и изразяването им) и избягващ копинг стил (включващ стратеги като поведенческа дезангажираност, психическа дезангажираност, отричане).

Копинг стратегии

Необходимо е обобщено разглеждане на 14 измервани дименсии на копинга, тъй като именно те са единица на анализ в настоящето изследване (Carver, Scheier, Weintraub, 1989):

1. Активно справяне – процес на извършване на насочени действия за отстраняване на стресора или минимализиране на неговите ефекти.
2. Планиране – мислене за това как да се справим със стресора.
3. Потискане на конкуриращи се активности – оставяне настрана на другите намерения и задачи, отхвърляне на проблеми, които разсейват вниманието.
4. Въздържане - представлява изчакване появата на подходяща възможност за действие и предпазване от прибързани действия.

Друг копинг отговор е търсенето на социална подкрепа. Според причината за търсене на социална подкрепа са дефинирани два вида:

5. Търсене на инструментална подкрепа – искане на съвет, помощ, информация. Тази стратегия е част от проблемно-фокусирания копинг.
6. Търсене на емоционална подкрепа – искане съчувствие, разбиране, морална подкрепа. Това е аспект на емоционално-фокусирания копинг.
7. Фокусиране върху емоциите и изразяването им – тенденция да се обръща внимание на тревогата и разстройването и да се обсъждат тези чувства.
8. Поведенческа дезангажираност – намаляване на усилията за справяне със стресора, дори отказ от усилия за постигане на целите, които стресорът блокира.
9. Психическа дезангажираност – разновидност е на поведенческата дезангажираност, която възниква, когато обстоятелствата блокират появата на поведенческата дезангажираност.
10. Позитивно преосмисляне и развитие – реконструирането на стресогенната ситуация в термините на една позитивна нагласа вероятно би довело човека до продължаване или завръщане към активни, проблемно-фокусирани копинг стратегии.
11. Отричане - отказ да се повярва, че стресорът съществува или опит да се действа все едно стресорът не съществува.
12. Примиряване или приемане на станалото.
13. Обръщане към религията.
14. Употреба на алкохол или наркотици.

Копинг стратегиите, от друга страна се дефинират като медиатори в процеса на поддържане на психическото и физическото здраве. Връзката им с поведения на боледуване и адаптация при кризи, разкрива личностовите потенциали и междуличностовите различия. (Ханчева. 2010г.)

Копинг механизъм

Тук се включват следните типове защитно компенсаторни форми на поведение. То бива два вида пасивно несъзнавано поведение, в което се включват:

Защитните механизми – Основната функция на защитните механизми е да „спасят" Егото от преживяването на неудоволствие, а протичането им става по несъзнателен механизъм.

Съпротиви - съзнаван или несъзнавън механизъм, използван в случаи, когато пациентът се опитва да „изнесе" подтиснати идеи, мисли, желания. Предпазва от постъпване на застрашаващ материал в съзнаваното. Съпротивата е механизъм, използван да се поддържа сигурността и себеоценката.

Защитните механизми и копинг механизмите представляват два различни типа адаптационни процеса (Cramer, 1998).

Различията между защити и копинг се основават на психичните процеси участващи в справянето с тревожността или стресора. Крамър (Cramer, 1998) въвежда пет критерия за разграничаването им, като първите два са от съществено значение – това са *съзнавания* или съответно *несъзнаван* характер на менталния процес участващ във функционирането и *интенционалността* (преднамерени/непреднамерени). Критериите *йерархичната организираност* на защитния процес или копинг-стратегията, *ситуативността* или *диспозиционалността* на процеса в личностовата структура са въпрос на акцент в концептуалната рамка и предизвиква значителни разминавания между мненията на изследователите.

Мичели и Кастелфранки (Miceli & Castelfranchi, 2001) прибавят още един разграничителен критерий – манипулиране/преработване(ревизиране) на нагласата. В основата на промяната стоят различни когнитивни процеси.

ТРЕТА ГЛАВА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА КОПИНГ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИ ВЯРВАНИЯ

Поради сложността на проблема (обем, обхват, многообразие), конкретно изследователските интереси са насочени към задълбочен анализ на копинг стратегиите като проява на копинг стиловете и автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания. В частност интереса е насочен към определен аспект на копинга, а именно към копинга стратегиите и копинг стила и тяхната взаимовръзка с автоматичните мисли, като проява на дисфункционалните вярвания. В изследването ще бъдат използвани следните наименования – копинг втори ниво или копинг стратегии. Копинг трето ниво или копинг метастратегии, копинг стил. В настоящето изследване се приема, че тези термини описващи отделни аспекти на копинга могат да се използват като синоними.

В този параграф е разгледана методология на изследването.

Представеното изследване има характер на психодиагностично проучване. То си поставя за цел чрез научни методи да изследва особеностите и взаимовръзката между изследваните явления (автоматичните мисли и копинг). Разгледаните ключови аспекти на автоматичните мисли като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите като прояви на копинг стиловете. Те са изведени по теоретичен път. От значение е те да бъдат потвърдени в емпирични, конкретни изследвания. Тази необходимост се определя от практико - приложния характер на научното изследване.

Проучването на проблема се извършва в два плана – теоретичени и изследователски. В Първа и Втора глава са анализирани основни теоретични постановки от български и чужди автори, които отразяват разноаспектността на разгледаните идеи в конкретните теоретични направления.

Концептуалните основания се извеждат чрез използването на теоретично-аналитично проучване на научната литература по проблематиката, свързана с копинг и автоматичните мисли.

Във връзка с по-обхватното изясняване на изследвания проблем е извършено проучване и интегриране на широк кръг въпроси, от областта на общо психологическото познание, клинична психология, консултативна психология, както и теоретични постановки от медицината и в частност психиатрията.

Представени са основни принципи в изследването

Принцип на обективност. Според него явленията трябва да се разглеждат и изучават такива, каквито са в действителност, от една страна. От друга страна, необходима е максимална обективност при обработката и интерпретацията на получения изследователски материал.

Принцип за изучаване на явленията в тяхното развитие. Изисква проследяване на измененията в изследваните явления и отчитане на факторите за това изменение.

Принцип за аналитико-синтетично изучаване на явленията. Практически в изследването този принцип се прилага при емпиричната интерпретация на понятията – процес, при който на обобщено, теоретично дадените конструкти се търсят реално, обективно наблюдаеми показатели, които да бъдат разгледани. На тази основа се правят основни изводи относно хипотези, теоретични модели и постановки, т.е. – теоретична интерпретация на емпиричните данни.

Този параграф разглежда обекта и предмета на изследването

Автоматичните мисли и копига при параноидна шизофрения. Групата се състоеше от пациенти психиатрична болница 25 мъже и 25 жени на възраст от 18 до 70 години, диагностицирани със параноидна шизофрения и имащи повече от две хоспитализации и приети на лечение в болницата.**Предмет** на настоящата разработка са копинг стратегиите (копинг второ ниво), копинг стил (метакопинг стратегии, копинг трето ниво) и автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания.

Представени са и изследователските хипотези

Хипотеза 1

Ще се наблюдават различия между групата на болните и групата на здравите по отношение автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите (копинг втори ниво) и копинг стила (копинг трето ниво).

Хипотеза 2

Полът и Възрастта ще са фактори, повлияващи автоматичните мисли (дисфункционалните вярвания) и копинг стратегиите (копинг второ ниво) и копинг стилът (копинг трето ниво).

Хипотеза 3

Ще се наблюдава връзка между автоматичните мисли като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите и копинг стилът (копинг метастратегиите). Тази връзка ще се наблюдава както в групата на болните така и в групата на здравите. Тази връзка няма да се влияе от наличието или отсъствието на шизофренна болест.

Хипотеза 4

Предполага се, че може да се изведе модел на изследваните параметри – автоматични мисли, като проява на дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите и копинг стил.

Хипотеза 5

Допуска се, че халюцинациите и налудностите ще влияят върху автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и копинга (копинг стратегии и копинг стил).

Хипотеза 6

Възможно е наличието на фамилна обремененост и протичането на заболяването да са фактори оказващи влияние върху дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите като проява на копинг стиловете.

Хипотеза 7

Вероятно условията на живот и наличието на социална дезадаптация, да повлияват дисфункционалните вярвания и копинга второ ниво (копинг стратегиите) и копинг трето ниво (копинг стиловете).

Формулирана е целта на изследването на дисертационното изследване. При формулирането на целта се изхожда от настоящото разработване на изследвания проблем, разгърнат на теоретическо и практическо равнище. В логиката на изследваните явления контекстуално са заложени два целеви акцента. Изясняване на съдържателните измерения на автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите при пациенти с параноидна шизофрения. Откриване на връзки между автоматични мислите и копинг стратегиите, както и автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и метакопинг стратегии (копинг стил).

Представени са и задачи на изследването

1. Да се анализира специализираната литература по проблемите свързани с шизофренията, когнитивно – поведенческата психотерапия, психотерапията при шизофрения, копинг стратегиите, копинг стратегиите при шизофрения.
2. Да се изяснят теоретичните основи на автоматичните мисли като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите, като проява на копинг стиловете.
3. Да се подберат адекватни на изследвания проблем психологически инструментариум.
4. Да се подберат адекватни за целта на изследването експериментална група (пациенти с параноидна шизофрения), и контролна група (психично здрави индивиди).
5. Да се подбере съответни на изследвания проблем статистически процедури
6. Да се направи количествен анализ и качествен анализ
7. Да се набележат връзките между автоматичните мисли, като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите, като проява на копинг стиловете.
8. На базата на теоретичните концепции получените емпирични данни да се предложи теоретичен модел на копинг стратегии и копинг стилове и автоматични мисли, като проява на дисфункционални вярвания.
9. Да се оформят препоръки за практическа работа с шизофренно болни.
10. Да се анализира наличната медицинска документация (епикризи, история на заболяването).
11. Да се изследват връзките между копинга и дисфункционални вярвания и специфичните характеристики като: наличие на налудности и халюцинации, социално – битови условия, дезадаптация, протичане и продължителност на заболяването.

В този параграф се разглеждат характеристиките на изследвани лица и процедура (котролна и експериментална група).

Изследването се проведе в периода 01.03.2009г. – 01.09.2009г., в изследването участваха 50 пациенти от ДПБ „Успение богородично”, както и 50 психично здрави индивиди. Експерименталната група се състои от пациенти на психиатричната болница 25 мъже и 25 жени на възраст от 18 до 70 години, диагностицирани със параноидна шизофрения и имащи повече от две хоспитализации и приети на лечение в болницата.

Експерименталната група се състоеше от пациенти във **фазата на стабилизиране**, като целта на тази фаза от лечението е да намали стреса за пациента и да му осигури подкрепа, да сведе до минимум вероятността от поява на нов епизод, да улесни адаптацията на пациента към живот в общността и да

спомогне за по нататъшното редуциране на симптомите, или във фаза на стабилност целта на тази фаза е да осигури поддържане или подобряване на нивото на функциониране на пациентите, да повиши качеството на живот, да осигури ефективно лечение на продромните симптоми и/или засилване на шизофренните такива, да осигури продължаващо наблюдение за нежелани ефекти от лечението.

Контролната група се състои от 50 здрави лица (без поставена психиатрична диагноза), на възраст от 18г. до 70г. Групата е съставена от 25 жени и 25 мъже.

В следващите параграфи са разгледани **включващи критерии в изследването, изключващи критерии от изследването.**

Важна част от дисертацията са и етични принципи на изследването.

При провеждането на настоящето изследване се спазваха изградените етични и професионални стандарти за работа с психично болни пациенти, които кореспондират с етичните норми и законодателни разпоредби на медицинската практика в нашата страна и установените етични стандарти в европейската и световна практика. Психологичните дейности се провеждат задължително и в пълно съответствие с принципите на етичните кодекси на Асоциацията на психолозите в България, Българския лекарския съюз, както и етичният кодекс на Българска психиатрична асициация и приетите Европейски и международни стандарти. Спазването на етични стандарти бе важен аспект при провеждане на настоящето изследване.

Предпоследният параграф на трета глава разглежда психологическия инструментариум.

Въпросник за копинг стратегии (Carver, Scheier, Weintraub. The Coping Orientation of Problem Experience Inventory (Carver et al., 1989)). (80. 94)

Въпросникът е разработен върху теоретичните основи на модела за справяне със стреса на R. Lazarus ((Folkman, Lazarus, 1980, 1985) и модела за саморегулацията на поведението на C. Carver и M. Scheier (Carver, Scheier,1981, 1983, 1985). Въпросникът за копинг стратегии е разработен за измерване на индивидуалните стилове на справяне (Карвър и др., 1989). Тестът е адаптиран за български условия от А. Русинова - Христова и Г. Карастоянов (2000). Той съдържа 14 субскали, определящи съответните стратегии за справяне. (65. 989-1003 p.)

Въпросник за автоматични мисли на Kendall & S. D. Hollon (1980) ATQ е изработен от Холтън и Кендал (1980), за да измерва честотата на спонтанно възникващите негативни мисли или руминации. Въпросникът се състои от 30 негативни твърдения. Тридесетте негативни твърдения са част от 100 негативни когниции обобщени от извадка, съставена от мъже и жени- колежани. Твърденията са типично асоциирани с депресивни преживявания от личния опит. (116. 94. 383 – 395 p.)

Последният параграф представя статистическите методи.

1. Статистическата значимост на изследваните резултати (ефекти) се вижда по стойността на оцененото ниво на значимост **p**. Стойността на **p** се интерпретира като вероятността за грешка при отхвърляне хипотезата за нулев ефект (грешка от първи род). Колкото е по малко **p** толкова е по-сигурно отхвърлянето на нулевата хипотеза и съответно приемане на предположението, че наблюдаваният ефект е статистически значим. Нулевите хипотези се отхвърлят обикновено при **$p<0.05$ ($<5\%$).** При стойности близки до праговата, се казва, че ефектът е маргинално значим.

2. При сравнителния анализ се използва тестът на Стюдънт за сравняване средните на независими извадки. В таблиците с оглед на пълнота са дадени средните стойности, проверяващите статистики и оценените нива на значимост.

3. Линейният коефициент на корелация показва посоката и силата на линейната статистическа асоциация между променливите, за които е пресметнат.

4. Коефициентът алфа на Кронбах служи като мярка за вътрешна съгласуваност на група айтеми, формиращи дадена скала. Неговата максимална стойност е 1. Добрите айтеми имат висока корелация с общия бал, което представлява мярка за тяхната дискриминантна сила.

5. Факторен модел на измерване. Традиционното измерване по дадена скала се състои в събиране на суровите айтъмни балове. В настоящата работа се използва друг механизъм за сканиране на резултатите, базиран на еднофакторния анализ по метода на максималното правдоподобие. Предимството на метода е в това, че отчита различната дискриминантна сила на айтъмите и фактически дава точната стойност на измервания конструкт в рамките на възможностите на дадения инструмент, а като недостатък може да се посочи неговото силно приспособяване към конкретните популации.

6. Дискриминантният анализ се използва за установяване разделителната сила на група фактори върху зависима номинална променлива. Използва се допълнително статистически механизъм на факторен подбор по метода на правото включване (forward stepwise). Статистиката Wilks' Lambda приема стойности между 0 и 1, като стойностите близки до нула показват добра дискриминация на модела. Статистиките Partial Lambda показват индивидуалния принос на всяка от променливите.

7. Клъстерният анализ групира обектите по сходство отчитайки нивата на аглометация.

8. CART (classification and regression trees) представляват първичен начин за класификация на базата на съществуващата информация от известните случаи. В този смисъл те могат да послужат като статистически метод за характеризиране на популационния прототип. (3. 17. 21)

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА АНАЛИЗ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА ДАННИТЕ ОТ ЕМПЕРИЧНОТО ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КОПИНГ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИ ВЯРВАНИЯ

Анализ и интепретация на хипотеза 1

Ще се наблюдават различия между групата на болните и групата на здравите по отношение автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите (копинг втори ниво) и копинг стила (копинг трето ниво).

При следващите сравнения посредством теста на Стюдънт за независими извадки се **наблюдава статистически значимо различие ($p<0.001$)**.

Болестта е фактор, засилващ дисфункционалните вярвания. Наличие на повече автоматични мисли, като проява на дисфункционални вярвания в групата на болните, е потвърждение, че групата на болните са по-рискови и склонни към дезадаптивни вярвания. При шизофренна болест се засилват дисфункционалните вярвания. Те се увеличават поради няколко фактора: стигматизацията на човек страдащ от психична болест, нарушение на социалната комуникация и липса на подкрепа от страна на семейството, поради не разбиране на болестта.

С повишаване на автоматичните мисли (обединена скала) се свързва и повишената личностновата неприспособимост и понижената самооценка. Това

може да доведе до социална изолация, от една страна. Нарушена комуникация за да се избегнат провалите в общуването поради болестта. Да „засили" негативната симптоматика вследствие протичане на заболяването. Пациентите обикновено са неуверени във възможностите си и трудно се справят с предизвикателствата на живота, което от своя страна води до повишаване на автоматичните мисли, което ги прави по неадаптивни в социума. По този начин се оформя един дисфункционален кръг.

Сравнение за скалите от въпросника за копинг стратегии между групата на болните и групата на здравите. При направеният статистически анализ се вижда, че **значимо различие, се наблюдава са по отношение на някои скали (Въздържане, Търсене на инструментална подкрепа, Търсене на емоционална подкрепа, Приемане, Обръщане към религията, Отричане и Психическа дезангажираност).**

Сравнение за скалите за копинг метастратегии (копинг стил) между групата на болните и групата на здравите. **Наблюдава се значимо различие при емоционално-фокусираните стратегии.** В групата на болните се показва предпочитане на тази метастратегия или копинг стил. Аналогичен ефект се наблюдава и при избягващите копинг стратегии. За проблем-ориентираните стратегии или проблем ориентиран копинг стил не се наблюдава значимо различие.

Изправени пред трудни житейски ситуации здравите и болните с шизофрения се фокусират върху решението на проблема. Разликата между двете групи е, че целта при здравите е съобразена с реалността. При болните реалността може да е „изкривена" от психопатологични феномени. Това решение на проблемната ситуация, може да е повлияно от болестната продукция, но може и да съдържа нормалпсихологични решения. Пациентите с шизофрения съсредоточават възможностите си, за да достиганат желания резултат. Съставят план на действие, който може да е повлиян от остатъчна или хронична психопатологична продукция.

Планирането се смята за една от активните, проблемно ориентирани стратегии. Освен това използването на активни стратегии по правило е типични за хора, които имат достатъчен ресурс за справяне. От което може да се направят две предположения отразени в основните теоретични постановки относно проблема за шизофрения. При шизофренно болни има наличие на достатъчно ресурс за справяне, но той не може да бъде достигнат в даден момент или ситуация. При преработката на информацията се наблюдава нарушение на получената информация, а това води до проблеми при интерпретацията на ситуацията и респективно не дотам адаптивни решения.

При емоционално фокусираните стратегии за групата на болните имаме значим ефект. Обяснение на този резултат можем да намерим в последните проучвания и преразглеждане на концепциите за шизофрения и по специално за ролята на емоциите. А именно при една от основните характеристики на шизофрения - психичното симптообразуване. Доскоро се считаше, че афективните нарушения при шизофрения се свеждат предимно до емоционални дефицити (анхедония и апатия) като част от негативните симптоми. Едва напоследък интересът на изследователите е привлечен от факта, че на другия полюс е ендогенно възникнала емоционална продукция, най-често под формата на защитни емоции (тревожност и страх) като част от позитивните симптоми

Трябва да кажем, че афективната биполярност при шизофрения съществено се различава от тази при биполярно разстройство. Докато при БАР двата полюса на афективността са по оста на емоционалната „валентност", разграничаваща положителни от отрицателни емоции, то при шизофрения те са по оста на емоционалния „араузъл" (биотонус). Понижен при негативна симптоматика и повишен при позитивна симптоматика.

В обясненията на психотичното симптомообразуване Bleuler е повлиян от своя асистент Carl - Gustav Jung и от личните си контакти със Sigmund Freud, поради което дава приоритет на някои психодинамични механизми, разкрити от психоанализата (Hingley, 2006). Той приема, че при параноидна психоза е налице асоцииране на болестните идеи с емоции (копнежи, страхове и опасения) в т.нар. от Jung „афективни комплекси", които отклоняват мисленето от законите на логиката и го превръщат в налудно (Hingley, 2006; Stone, 2006). Аналогична концепция за ролята на емоциите при психотично симптомообразуване беше разработена наскоро от Freeman & Garety (2003). Според нея, параноидните налудности се формират от взаимодействието между психотични и емоционални процеси. Тревожността (и по - специално социалната тревожност) се разглежда като патологично възникваща емоция, която предизвиква търсене на обяснение. Това, от своя страна, води до формиране на идеи за застрашеност - параноидността се поражда като опит за обяснение на безпричинната тревожност. Въпросната концепция е в съзвучие не само с идеите на Eugen Bleuler, но и с други хипотези, приписващи ключова роля на психотичните емоции за формиране и поддържане на когнитивната параноидно - халюцинаторна продукция.

По отношение на избягващия копинг стил резултатите показват едно „влошаване" на уменията и използваният копинг стил. Това е характерно и се наблюдава при дългогодишно проследяване на психозата.

Както се вижда от направеният анализ концепцията за емоцията и по специално за дефицитите в емоционалността и респективно в емоционално-ориентираният копинг трябва да се резивират. Получените емпирични данни от направеното експериментално-психологическо проучване не противоречат на теоретичните концепции. (60).

Анализ и интерпретация на хипотеза 2

Полът и Възрастта ще са фактори повлияващи автоматичните мисли (дисфункционалните вярвания) и копинг стратегиите (копинг второ ниво) и копинг стилът (копинг трето ниво).

При болните с увеличаване на възрастта се наблюдава тенденция към умерено нарастване на личностновата неприспособимост ($r=0.241$; $p=0.092$) докато при здравите такъв ефект отсъства ($r=0.033$; $p=0.822$). Този резултат може да се отдаде на няколко основни характеристики с увеличаване на възрастта болните изгубват подкрепа от близки, хоспитализациите стават по-продължителна и настъпва личностова промяна. Намаляват социалните контакти и се развива хоспитализъм, настъпва социална изолация. Наблюдава се хронифициране на заболяването, което уврежда годностите за пълноценна интеракция и развиване на проблеми в комуникацията. Настъпват и увреждания в когнитивните процеси, което води до непълноценно възприемане и тестване на реалността. Отслабените внимание и памет водят до общо снижение на адаптивното поведение и снижено качество на живот. Отслабването на когнитивните процеси е неравномерно. При внимание и паметта се наблюдава снижение на устойчивостта, концентрация и превключваемост, което води до снижение на интелектуалните функции. Пациенти в напреднала възраст са социално най-уязвимите групи, което води до хроничен стрес, нарушена способност да функционират самостоятелно и да бъдат активни, да се грижи за себе си и да се движат свободно.

Сравнение между мъжете и жените за субскалите от въпросника за автоматични мисли при групата на болните. **В групата на болните жените показват по-висока средна стойност при скали ниска самооценка ($t(48)=1.883$;**

p=0.066) и при обединената скала за негативни автоматични мисли (t(48)=1.870; p=0.0680).

Сравнение между мъжете и жените за субскалите от въпросника за автоматични мисли при групата на здравите. **Не се наблюдават статистически значими ефекти.**

Анализирайки данните относно половата диференциация. В групата на болните жените показват тенденция за по-висока средна стойност при обединената скала за негативни автоматични мисли (t(48)=1.883; p=0.066) и по-конкретно при ниската самооценка (t(48)=1.870; p=0.068). В групата на здравите такова различие липсва.

Установено е, че самооценката е основна съставна част от Аз-концепцията на личността и съвпада с индивидуалното възприемане на собствената ценност. Тя включва в себе си онова, което човек е убеден, че представлява-способности, компетентност, възможности за контрол върху събитията в социалната среда, психологически характеристики, физически качества и пр.

По отношение на самооценка мъжете обикновено си дават по-добра оценка, а жените приписват успеха на случайни фактори, не толкова на способностите си, което потвърждава хипотезата на Lenney (1977). (109 1-13)

При наблюдаваната тенденция за по-висока средна стойност при обединената скала за автоматични мисли, повишаването на автоматичните мисли може да доведе до изолация и избягване на провалите и интеракциите с другите хора. Пациентите обикновено са неуверени във възможностите си и трудно се справят с предизвикателствата на живота, което от своя страна води до повишаване на автоматичните мисли, избягващо поведение и негативни емоции, което ги прави по неадаптивни в социума.

С покачване на възрастта в групата на болните има предпочитане към следните копинг стратегии Активно справяне (r=0.401; p=0.004), Планиране (r=0.273; p=0.055), Потискане на конкуриращи се активности (r=0.401; p=0.092), Търсене на емоционална подкрепа (r=0.248; p=0.046), Отричане (r=0.333; p=0.018), Употреба на алкохол и наркотици (r=0.401; p=0.004). От това може да се направи заключението, че при покачване на възрастта при групата на болните във фазите на стабилизиране и стабилност се наблюдава „привикване" към болестта. Болните се научават да живеят с нея и когато са изправени пред трудности, се наблюдава съсредоточаване върху проблема и неговото решение, като се използва миналия опит (използване на адаптивни метакопинг стратегии). Същевременно адаптирането към някои ситуации, не изключва използването на неадаптивен копинг като употреба на алкохол и наркотици.

Набюдава се, че с покачване на възрастта в групата на болните се наблюдава предпочитане към проблем-фокусирания копинг стил (r=0.394; p=0.005) и емоционално-фокусирания фокус стил (r=0.281; p=0.048). Изправени пред трудни житейски ситуации пациентите със шизофрения се фокусират върху адаптивни стратегии за справяне. Съсредоточават се върху възможностите за достигане на определен резултат.

Този резултат макар и изненадващ може да намери своето обяснение в особеностите на експерименталната група. Както е известно в структурирана среда шизофренно болните успяват да привикнат към изискванията на средата. Особено ако те са прекарали там по-дълъг период от време и фунционират добре в такава среда. В болницата и в частност отделението те имат структурирано ежедневие. Болният по време на престоя си може да функционира на добро микросоциално ниво.

Друго обяснение е така нареченият хоспитализъм. Съвкупност от увреждания на психическото или физическото развитие, предизвикани от продължителна емоционална фрустрация вследствие на изолация. Това явление макар и негативно

влияещо върху експерименталната група и увреждащо годностите за самостоятелен живот в социума, тук показва една съществена характеристика. А именно стесняващият се репертоар от използвани копинг стратегии води до стабилизиране на онези модели на поведение, които се оказват успешни в една такава институция като психиатричната болница.

Пациентът не може да се обгрижва сам в социума, но може да задоволява нуждите си в една структура. При задоволяване на естествените физиологични нужди от храна, топлина дрехи и т.н., пациентите могат да насочат вниманието си към онези модели на поведение, които биха им били от полза. (Пример включването в почистване на отделението може да донесе допълнително цигара или кафе или някаква друга придобивка като по-близки отношения с обслужващият персонал).

Нито една от двете метакопинг стратегии (проблем фокусирани и емоционално фокусирани метакопинг стратегии) не може да се каже, че е по-предпочитана от групата на болните с покачване на възрастта. Както показват резултатите от изследването, двете метакопинг стратегии, често се наблюдават едновременно. Получените резултати са аналогични с изследванията на Pearlin and Schooler, проведени върху психично здрави хора (Pearlin and Schooler, 1978). (114. 2-21 p.). Както и са потвърждение на изследванията на Н. Н. Петрова, В. Ю. Задвинский, относно „особенности психосоциальнь адаптации и когнитивный стиль больных шизофренией", където се потвърждава хипотезата, че болните от шизофрения използват адаптивни копинг стратегии за справяне и към това трябва да се насочат психологическите интервенции като обучение в социални умения. (35)

Сравнение между мъжете и жените за субскалите от въпросника за копинг стратегии при групата на болните. **Не се наблюдават значими ефекти.** В групата на болните копингът не се влияе от полът. При болните се наблюдава унифициране на използваните стратегии. Шизофренията размива различията между половете при шизофренно болни.

Сравнение между мъжете и жените за субскалите от въпросника за копинг стратегии при групата на здравите. **Мъжете показват съществено по-висока поведенческа дезангажираност и завишен стремеж към религията и по-ниска психическа дезангажираност.**

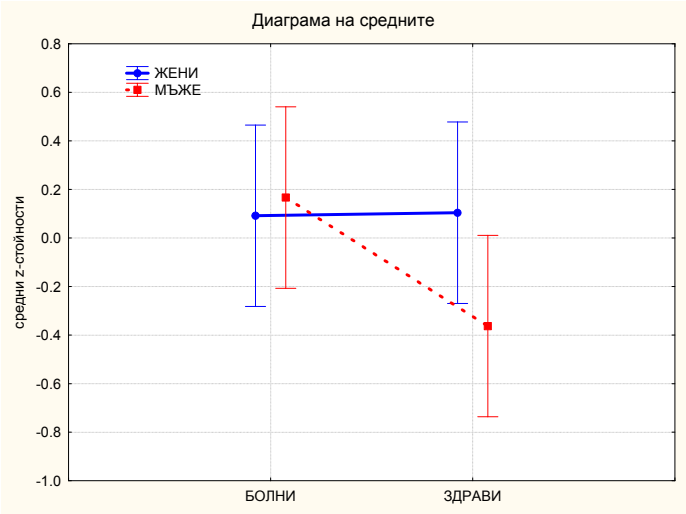
Сравнение между мъжете и жените за копинг метастратегии при групата на болните. **При групата на болните не се наблюдават статистически значими ефекти**.

Сравнение по Стюдънт между мъжете и жените за копинг метастратегии при групата на здравите. **Наблюдава се маргинално значим ефект на предпочитание на проблем - фокусирани стратегии при жените и по-нисък интерес към избягващите стратегии. Мъжете имат по голям интерес към тях.**

Копинг метастратегия (проблем – фокусиран стил)

За да се проследят ефектите на груповата принадлежност болни/здрави и пола мъж/жена ще използваме дисперсионен анализ. Резултатите са отразени графично на следната диаграма.

Диаграма на ефектите при дисперсионния анализ за копинг метастратегия – проблем – фокусирани стратегии

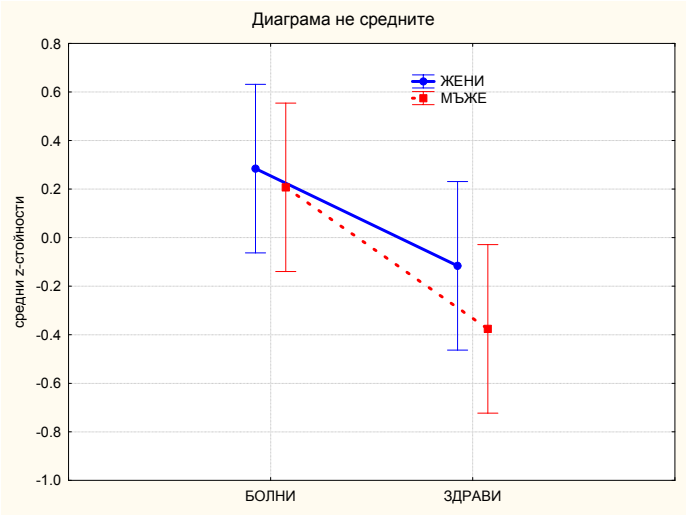


Следващата таблица съдържа резултатите от самия дисперсионен анализ, показвайки статистическата значимост на съответните ефекти. **Не се наблюдават статистически значими ефекти**

Копинг метастратегия (емоционално – фокусиран стил)

За да проследим ефектите на груповата принадлежност-болни/здрави и пола мъж/жена, ще използваме дисперсионен анализ. Резултатите са отразени графично на следната диаграма.

Диаграма на ефектите при дисперсионния анализ за копинг метастратегия – емоционално – фокусирани стратегии

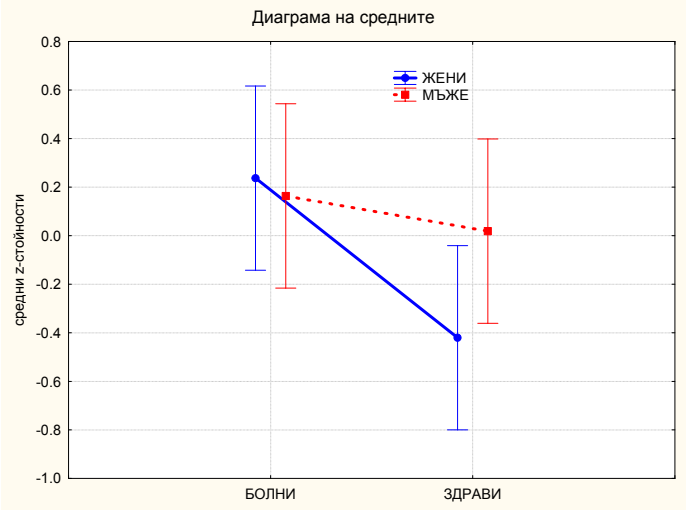


Наблюдава се значим **главен ефект на фактора група** (F(1,96)=7.909; p=0.006). В групата на болните се наблюдава по-високо предпочитание към тази метастратегия.

Копинг метастратегия избягващ копинг стил)

За да проследим ефектите на груповата принадлежност болни/здрави и пола мъж/жена ще използваме дисперсионен анализ. Резултатите са отразени графично на следната диаграма.

Диаграма на ефектите при дисперсионния анализ за копинг метастратегия – избягващи копинг стратегия



Наблюдава се маргинално значим главен ефект на фактора група (F(1,96)=4.405; p=0.038). В групата на болните се наблюдава по-високо предпочитание към тази метастратегия. Двуфакторните дисперсионни анализи по пол и група показват статистически незначими ефекти на пола: за проблем – фокусирани стратегии (F(1,96)=1.085; p=0.300); за емоционално – фокусирани стратегии (F(1,96)=0.928; p=0.338); за избягващи копинг стратегии (F(1,96)=0.914; p=0.342). Едно от възможните обяснения е, че при шизофренно болни полярната полова диференциация се нарушава в полза на по-комплексен стил на поведение. Става дума да такъв андрогенен тип – такъв, който съчетава стратегии за действие и на двата пола. Такива резултати, но за извадка от клинично здрави хора, са получени от Bem, 1981; Spence, 1985. (116). В Калифорнийско лонгитюдно изследване се доказва, че след средата на живота нататък различията между мъжките и женските роли се замъгляват и се преминава към комплексен стил на поведение. (Brooks, 1981), аналогични резултати, но за болни от шизофрения бяха получени и при настоящето изследване Полът не е фактор при избора на стратегия за реагиране.

Анализ и интерпретация на хипотеза 3

Ще се наблюдава връзка между автоматичните мисли като проява на дисфункционални вярвания и копинг стратегиите и копинг стилът (копинг метастратегиите). Тази връзка ще се наблюдава както в групата на болните така и в групата на здравите. Тази връзка няма да се влияе от наличието или отсъствието на шизофренна болест.

Корелации между скалите от въпросника за автоматични мисли и скалите на въпросника за копинг стратегии за групата на болните**. Не се наблюдават корелационни връзки.**

Корелационни връзки се наблюдават между копинг стратегиите и дисфункционалните вярвания. Наблюдава се отрицателна корелация между копинг стратегиите - активно справяне, планиране, потискане на конкуриращи се активности, въздържане, търсене на емоционална подкрепа, търсене на инструментална подкрепа, позитивно преосмисляне, приемане, фокусиране върху емоциите и изразяването, отричане, и дисфункционални вярвания свързани с личностова неприспособимост и желание за промяна, ниска самооценка, безпомощност.

Корелации между скалите от въпросника за автоматични мисли и скалите на въпросника за копинг метастратегии за групата на болните. **Не се наблюдават корелации**.

Корелации между скалите от въпросника за автоматични мисли и скалите на въпросника за копинг метастратегии за групата на здравите.

В групата на здравите се **наблюдават** отрицателна **корелация между проблем фокусираните стратегии, емоционално фокусираните стратегии, избягващия копинг стил и дисфункционалните вярвания.**

Значими корелации между скалите за автоматични мисли и копинг стратегиите **се наблюдават само в групата на здравите**. Получените резултати може да се интерпретират във контекста на моделите за преработка на когнитивната информация, като използваме няколко теоретични постановки ще бъдат представени някои от възможните обяснения на статистическите резултати.

Като фактор за получените резултати можем да посочим т.нар. генерализирани когнитивни диспозиции (оценката на взаимоотношенията със средата през определен период от време по приблизително един и същ начин) и ситуационната когнитивна активност (оценка на конкретната ситуация). Допуска се наличието на предпочитани личностни стилове за справяне със стреса, които влияят на конкретните стратегии за справяне във всяка една отделна ситуация. „Процесите на оценката и справянето със стреса са смесен продукт на личностните променливи и характеристиките на средата, тъй като те обединяват отношението личност - среда. Това отношение предполага ново ниво на теоретичен анализ на релационното значение, насочен към значимостта на това, което става за психичното благополучие на личността. То зависи от това как условията на средата се свързват с убежденията и целите на личността. Задачата на оценката е да интегрира тези две групи антседентни променливи - личността и средата в релационно значение, основано на релевантността на това, което се случва за психичното благополучие на личността. С други думи, ние можем да разберем емоционалния отговор, чрез това как случилото се е конструирано от личността от гледна точка на личните интереси и адаптацията”. (108. 39- 40 р.)

Друго възможно обяснение на получените резултати може да се търси в психологическата характеристика на когнитивната сфера на личността. Когнитивната сложност отразява категориалната диференциация на съзнанието на индивида, която способства за избирателно сортиране на впечатленията от действителността, опосредстваща дейността на личността. Когнитивната сложност се определя от количеството класификации, които субектът ползва съзнателно или неосъзнато при диференциация на обектите, от която и да е съдържателна област. Съзнанието на човека не е еднородно и може да се характеризира с различна когнитивна сложност в различните съдържателни области (напр. висока когнитивна сложност в областта на спорта и ниска - в сферата на междуличностното възприятие).

Операционален критерий за когнитивна сложност може да бъде броя на независимите фактори в субективното семантично пространство. Когнитивната сложност (complexity) е размерността на човешкото познание т.е. колко дименсии използва човек при описанието на един обект. Концептуализацията на когнитивната сложност се предшества от диференциацията, с която понятийно се преработва дадена коплексна информация, което както знаем е затруднено или невъзможно при шизофрения. От това с колко концепта борави изследваното лице, се съди за неговата когнитивна сложност или простота. Това е проява на устойчивата индивидуалност при интерпретиране на събитията не само по отношение на количеството информация, но и по това как тя се оценява, структурира, подрежда, преработва понятийно и използва по-късно (при необходимост от взимане на решение). Това, което в когнитивно - поведенческата парадигма се наричат когнитивните изкривявания и отклонения, които се проявяват като автоматични мисли. Те винаги се дължат на заложени дълбоко когнитивни схеми (комплекси). Различията между хората по отношение на когнитивната сложност са особено значими при обмен на информация в комплексни социални ситуации. Когнитивната сложност може да се определи като единство от устойчиви процеси.

Степента на когнитивната сложност зависи от три условия:

- Диференциация (колко на брой измерения ще бъдат разграничени в конкретния обект);
- Дискриминация (оценки на различията на признаците във всяко измерение);
- Интеграция (обединяване на измеренията в йерархична структура - установяване на взаимоотношенията между вече разграничените измерения).
- Равнището на когнитивната сложност (на преработка на информацията) варира в зависимост от:

1) предпочитаните дейности (харесваните обекти имат по-висока когнитивна сложност);

2) стратегията за решаване на проблеми;

3) интелектуалното развитие и образованието.

Когнитивната сложност, както се посочи, е свързана със стила за вземане на решения. Той е в зависимост от:

- използването на единичен или множествен фокус (дали се разглежда една или повече страни на проблема);
- количеството на използваната информация (брой единици, варианти).

Като цяло когнитивният стил е от изключително значение за оценяване на личността, защото той показва начина за ориентиране и позициониране на индивида в света. Когнитивният стил е механизъм за когнитивна организация.

Обяснение на получените резултати може да ни даде и т.нар. психологическата диференциация, която се отнася до възможността за възприемане на финитe разграничения между различните аспекти на ситуацията и на обектите, подложени

на перцепция. Последиците от наличието или липсата на психологическа диференциация у индивида в ежедневието са многобройни. Например, ако един човек разглежда друг човек с цел да го оцени:

1) при наличие на ниска диференциация, той ще даде една обща оценка според малък брой (дори според една) стъпки и ще генерализира извода си. Такава оценка е последица от много стеснения „хоризонт" на оценяващия.

2) при наличие на когнитивна диференциация се взимат под внимание много голям брой постъпки и човекът не се разглежда като общ концепт. Обикновено се дава заключение за една характеристика (приемана позитивно), в добавка с други черти (оценявани позитивно, негативно или неутрално). Този психичен феномен се отнася до възприемането на всякакъв род обекти, следователно става въпрос за начин на когнитивна организация с цел извличане на смисъл от обекти от какъвто и да е тип. Освен с перцепцията, психологическата диференциация корелира и с личностните особености.

Обобщавайки получените данни може да се изведат няколко пункта. При шизофренна психоза връзката между копинг системата и автоматичните мисли, респективно дисфункционалните вярвания, е нарушена. Психозата води до дефицити от една страна в когнитивната сфера и от друга в поведенческата сфера.

При пациенти с шизофрения системата на копинг и системата на дисфункционалните вярвания продължават да „работят", но не синхронично т.е. движат се по свой собствени правила.

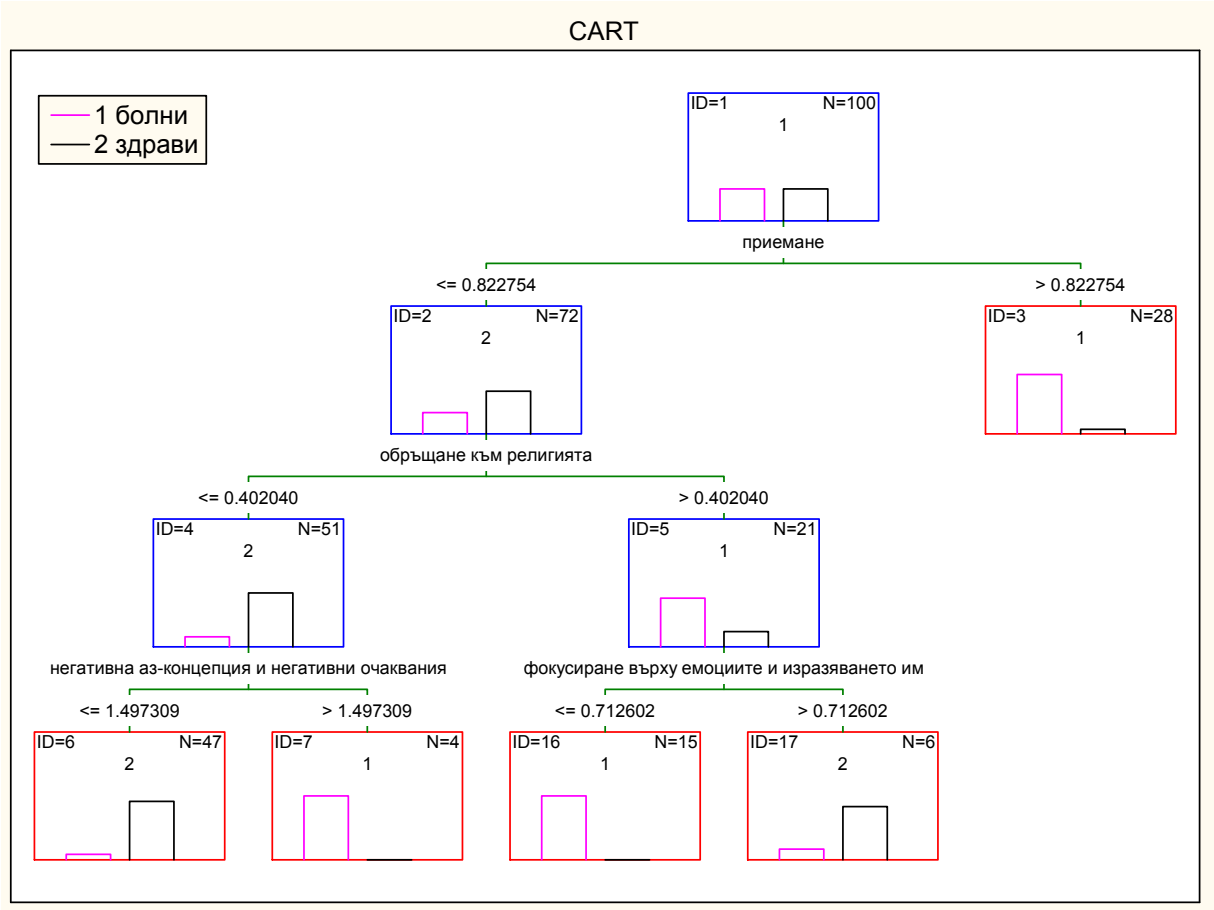
Нарушената оценка на реалността води до дисфункционални вярвания, но това не винаги води до използването на ефективен или неефективен копинг т.е. пациентът използва „ефективен копинг", според собствените си разбирания кое е ефективно и кое не.

Анализ и интерпретация на хипотеза 4

Предполага се, че може да се изведе модел на изследваните параметри – автоматични мисли, като проява на дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите и копинг стил.

За да бъде потвърдена или отхвърлена тази хипотеза ще бъде изследвана дискриминантна сила на експерименталните променливи т.е. ще бъде изследвана способността на употребените в експерименталните променливи да различават групата на болните и групата на здравите. За тази цел с помощта на факторен анализ ще се формират обобщени променливи. За четирите променливи от въпросника за автоматични мисли знаем, че образуват една дименсия **(ATQ).** За променливите от въпросника за копинг стратегии, които са 14 на брой, посредством класически факторен анализ се извличат три фактора при следните тегла. Двете обобщени променливи в съвкупност показват висок процент на предсказване – над 70% от случаите. Онова което в рамките на експеримента различава по същество групата на болните, е високата степен на негативни автоматични мисли и също така стремеж към търсене на подкрепа, отричане и употреба на алкохол и наркотици като копинг стратегии.

Диаграма



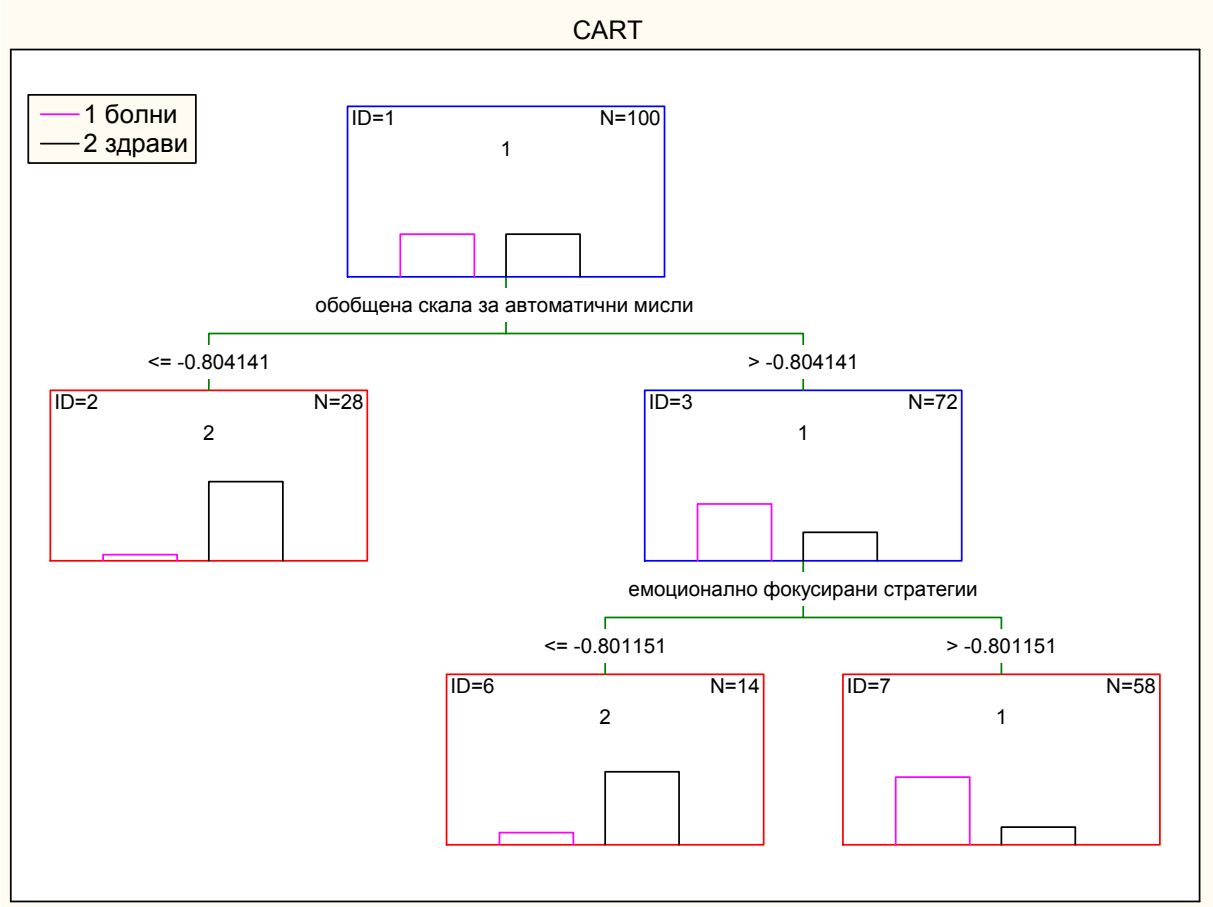
Въз основа на възли с номера 3, 6 и 16 можем да направим следните типизации, при които променливите са приведени към нормално стандартно разпределение.

Здравите се характеризират с ниско приемане (по-малко от 0.822754), ниско обръщане към религията (по-малко от 0.402040) и ниска негативна аз концепция (по-малко от 1.497309), което завършва във възел 6 и **описва правилно 43** случая и грешно само 4.

Болните се характеризират с високо приемане (повече от 0.822754), което завършва във възел 3 с **26 вярно описани случая** или ниско приемане (по-малко от 0.822754), съчетано с обръщение към религията (повече от 0.402040), без фокусиране върху емоциите (по-малко от 0.712602), което завършва във възел 16 с **15 вярно описани случая**.

Ако в качеството на променливи подберем обобщената скала ATQ плюс трите фактора за копинг метастратегии (копинг стил) се получават следните резултати.

Диаграма



Въз основа на тези възли можем да направим следните типизации.

Здравите се характеризират с ниско ниво на автоматични мисли (по-малко от -0.804141, възел 2 **описва правилно 26** случая) или с високо ниво на автоматични мисли, но с ниско ниво на емоционално фокусирани копинг стратегии (по-малко от - 0.801151, възел 6 и **описва правилно 12** случая), при неправилно описани общо 4 случая.

Болните се характеризират с високо ниво на автоматични мисли (повече от -0.804141), съчетано с високо ниво на емоционално фокусирани копинг стратегии (повече от - 0.801151), което завършва във възел 7 с **46 вярно описани случая** (при 12 неправилно класифицирани). Както се вижда от направения статистически анализ, тази хипотеза **се потвърждава**.

Анализ на хипотеза 5

Допуска се, че халюцинациите и налудностите ще влияят върху автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания и копинга (копинг стратегии и копинг стил).

Сравнение между групите по наличие на налудности. Наблюдава **тенденция при „ниска самооценка" (t(48)=1.914; p=0.062) и тенденция и при „приемане" (t(48)=1.986; p=0.053).**

Анализирайки хипотезата и от статистически анализ се вижда, че в групата на пациентите с **налудности** има по-висока самооценка от тези без налудности. Този резултат може да се интерпретира в контекста на конкретната налудност. Ако тя е в позитивен аспект, (идеи за реформаторство, идеи за по особена фамилна принадлежност (наследници на царе, на Господ и т.н.)) или наличие на определени дарби, това може да доведе до повишаване на самооценката, макар и базирана върху психопатологичната симптоматика.

Следващото допускане е свързано с копинг стратегиите и копинг стила. Налудностите ще са фактор за използване на ефективен или неефективен копинг. В групата на пациентите без наличие на налудности имаме по-ниско използване на емоционално фокусирани копинг стратегии т.е. приемане. Този резултат може да се интерпретира в следните аспекти:

Наличието на налудности в психопатологията се приема за позитивен симптом. Психопатологична продукция е добър прогностичен белег за заболяването, а отсъствието на такава и повече негативни симптоми като апатия, оттегляне, са лош белег за развитието на психозата. В конкретният случай ниското използване на емоционално фокусираната стратегия, планиране, в групата на пациентите без налудности може да се приеме за белег на негативната симптоматика при шизофренното разстройство и на нарушената емоционална и социална компетентност.

Сравнение между групите по наличие на халюцинации**.** Наблюдава се **тенденция при „негативна аз концепция и негативни очаквания" (t(48)=1.697; p=0.096).**

При наличие на халюцинации ще имаме повече автоматични мисли като проява на дисфункционалните вярвания. Можем да направим следното заключение: при липса на халюцинации се наблюдават повече автоматични мисли, като проява на дисфункционални вярвания, свързани с негативната Аз концепция и негативните очаквания. Ако има халюцинации, то те способстват за намаляване на двуфункционалните вярвания свързани с Аз концепцията и очакванията.

Този резултат може да се интерпретира в два аспекта: при наличие на активна психопатологична продукция, каквато е наличието на халюцинации, то връзката с реалността е ограничена, тестването на действителността е неефективно и това води до изкривяване на факти и събития. Следващият аспект е свързан с липсата на халюцинации и Аз концепцията и негативните очаквания. Ако има липса на халюцинации, то това е вследствие на затихване на психопатологичните феномени и респективно към подобряване на връзката с реалността и получаване на инсайт относно заболяването. Това води до редица промени, изграждане на критичност, и подобряване на състоянието. Пациентът осъзнава какво се е случило и поведението си по време на психотичния епизод и респективно изгражда нагласа към случилото се и тази нагласа влияе върху развитието на дисфункционални вярвания.

По второто допускане, а именно, че халюцинациите ще повлияват и използването на ефективни или неефективни копинг стратегии. При наличие на халюцинации ще има използване на неефективен копинг. Това допускане не се потвърждава. Във фазата на стабилизиране халюцинациите не са фактор, повлияващ поведението, но това не отхвърля допускането, че те влияят върху използвания копинг във активната фаза на психозата. Както е известно от литературата по психопатология в активна фаза на шизофренното разстройство наличието на халюцинации може да определи поведението вследствие на оценката, която му бъде направена. Ако пациентът, следствие на сетивните измами,

(халюцинации) атрибутира (припише), определена своя нагласа (напр. Ще бъда убит) то той, ще се използва такива стратегии, които макар и неефективни в реалността са „ефективни" в неговата реалност, за да се справи с проблема.

Анализ на хипотеза 6

Възможно е наличието на фамилна обремененост и протичането на заболяването да са фактори, оказващи влияние върху дисфункционалните вярвания и копинг стратегиите като проява на копинг стиловете.

Сравнение между групите по наличие на фамилна обремененост. При направеният статистически анализ се наблюдава **статистически значим ефект при „активно справяне" (t(48)=2.183; p=0.034) и при „употреба на алкохол и наркотици" (t(48)=2.273; p=0.028) и тенденция при „планиране" (t(48)=1.813; p=0.076).**

Не се наблюдават различия между двете групи по отношение на дисфункционалните вярвания. Влияние върху автоматичните мисли и респективно върху дисфункционалните вярвания има самата психоза, а не наличието или отсъствието на фамилна обремененост. Фамилната обремененост е предразполагаща към развитие на психичното заболяване. Факторите за развитието му и самото протичане са свързани със социални и индивидуално-психологически особености на човек.

В групата на пациентите с фамилна обремененост има предпочитание към използване на неефективни копинг стратегии като употреба на алкохол и наркотици и по-малко използване на ефективни стратегии като активно справяне и планиране. В групата на пациентите без фамилна обремененост има предпочитания към стратегиите попадащи в ефективният копинг стил. От получените данни може да се изведат следните изводи:

Наличието на фамилна обремененост е фактор за използване неефективен копинг. Фокусът на интервенциите трябва да е насочен към тази група;

Копинг стратегиите се стабилизират в детството чрез наблюдаване на използваните такива от родителите. Ако пациентът е стабилизирал неефективен опит наблюдавайки родителите, то той ще използва също неефективен копинг. Това твърдение е изводимо и от изведените проучвания риска за развитие на психоза е по-висок при лица с наличие на такова заболяване в семейството си. Развитие на психоза, като шизофрения е процес изискващ включване на множество фактори, като фактори на средата и индивидуалните особености.

Както се вижда от таблицата, фамилната обремененост влияе върху копинг стратегиите, но не и върху по глобалното копинг стила.

Резултати от дисперсионния анализ по „протичане на заболяването". Наблюдава се статистически **значим ефект при „поведенческа дезангажираност" (F(3,44)=3.569; p=0.021) и при „психическа дезангажираност" (F(3,44)=4.200; p=0.011) и тенденция при „фокусиране върху емоциите и изразяването им" (F(3,44)=2.347; p=0.086).**

Анализирайки статистическите данни за протичането на психозата. При различните видове на протичане на заболяването ще имат влияние върху автоматичните мисли, като проява на дисфункционалните вярвания. Достига се до заключението, че дисфункционалните вярвания и автоматичните мисли не се влияят от протичането. Те са стабилен когнитивен конструкт, който се влияе от наличието или отсъствието на болест, но не и от неговото протичане. При следващото допускане, че протичането на заболяването ще оказва влияние върху използваните копинг стратегии и респективно копинг стил. Ще се наблюдават

различия в използваните копинг стратегиите и копинг стилове (мета копинг стратегии), при различните видове протичане се наблюдават следните особености - статистически значим ефект при „поведенческа дезангажираност" и при „психическа дезангажираност" и тенденция при „фокусиране върху емоциите и изразяването им".

Наблюдава се използване на копинг стратегии, които могат да се определят като стратегии попадащи в два основни стила – емоционално фокусиран копинг стил и избягващ копинг стил. Както се вижда в представеният теоретичен модел на копинг по подразбиране емоционално фокусираните копинг стратегии се определят като ефективни. Но те може да са и неефективни в зависимост от контекста и времевото им използване (напр, копинг стратегия Въздържане), в този контекст. В този случай емоционално фокусираната копинг стратегия отразява тенденцията да се обръща внимание на това, което стресира и притеснява индивида и да се изявяват възникналите чувства.

Този отговор би могъл да бъде функционален, ако човек го използва през период на скърбене, за да се адаптира към загубата на близък човек и да се придвижи напред. Но от друга страна, фокусирането върху дистреса би могло да отвлича хората от активни копинг усилия и преодоляване на стреса, тази копинг стратегия при пациенти със шизофрения е неефективна поради няколко фактора:

При наличие на дефицити в емоционалната компетентност може да не бъде разпозната помощта от страна на другите;

Наличието на емоционални дисфункции, вследствие на деформиращия емоционалността шизофренен процес, макар и разпозната, тази подкрепа не може да се използва ефективно от пациента;

При все още не дезактуализирана психотична продукция, емоционалната сфера може да е продукт за нови психопатологични феномени – кататимни налудност и това може да се приеме като заплаха от страна на другите и да се действа според „съхраняващата".

Пациентът и налична в репертоара му копинг стратегия, вариращa в двете крайности - борба или бягство. Следващите копинг стратегии се определят като неефективни и са в състава не избягващия копинг стил - намаляване на усилията за справяне със стресора, дори отказ от усилия за постигане на целите, които той блокира. Предполага се, че този стил да бъде използван, когато хората очакват минимални резултати от опитите да се справят и използването на алтернативна активност за обръщане на вниманието към друг проблем. Обратно на стратегията за потискане на конкурентните активности. Описват се широк кръг дейности, които служат да отвлекат вниманието от мислене за стресовите събития.

При епизодично протичане имаме най – високо ниво на средните на поведенческа дезангажираност, фокусиране върху емоциите и психическа дезангажираност. Този тип протичане е най-благоприятно за пациента, защото се очаква повече активна или позитивна психопатологична продукция (халюцинации и налудности), но и по пълноценна ремисия.

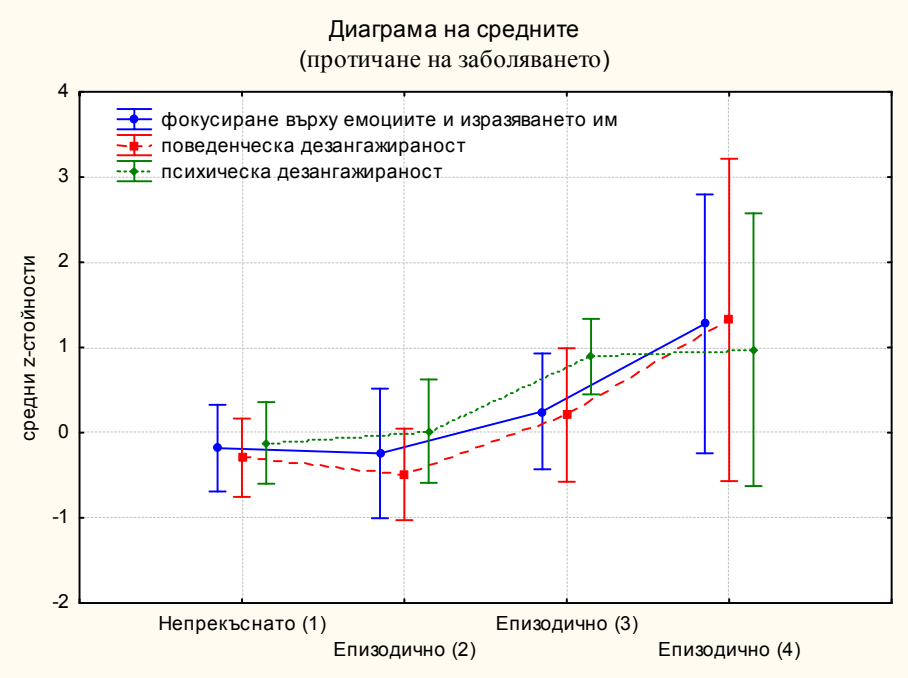
При епизодично с устойчив дефицит се наблюдава високо ниво на психическата дезангажираност, фокусиране върху емоциите и изразяването им и поведенческа дезангажираност. Този вид протичане също способства за една добра ремисия, но е в зависимост от тежестта на последващия дефицит на когнитивно, емоционално и социално ниво.

При епизодично протичане с прогресиращ дефицит се наблюдават следните особености: висока средна психическа дезангажираност, фокусиране върху емоциите и поведенческа дезангажираност. Както и в предишния параграф тук на преден план се откроява психическата дезангажираност, емоционалната дисфункция и след това поведенческата. Наблюдаваните характеристики са

негативни по отношение на протичането на заболяването, поради факта, че тези характеристики попадат в негативните симптоми и респективно за лош прогностичен белег по отношение на излизане от психозата.

Като най-неблагоприятно по отношение на протичането на психозата се очертава непрекъснато протичане. Тук на преден план излизат използването на копинг стратегиите: психическата дезангажираност, емоционалната дисфункция в копинг стратегията фокусиране върху емоциите и изразяването и поведенческата дезангажираност. Както се вижда от графиката, при този тип протичане използваните копинг стратегии са с близки средни, което може да е индикатор за „стесняване" и „преливане" на една неефективна стратегия в друга и индикатор за възможна тежка инвалидизация.

Диаграма на средните по параметъра протичане на заболването



(непрекъснато (1); епизодично с прогресиращ дефицит (2); епизодично с устойчив дефицит (3); епизодично ремитиращо (4))

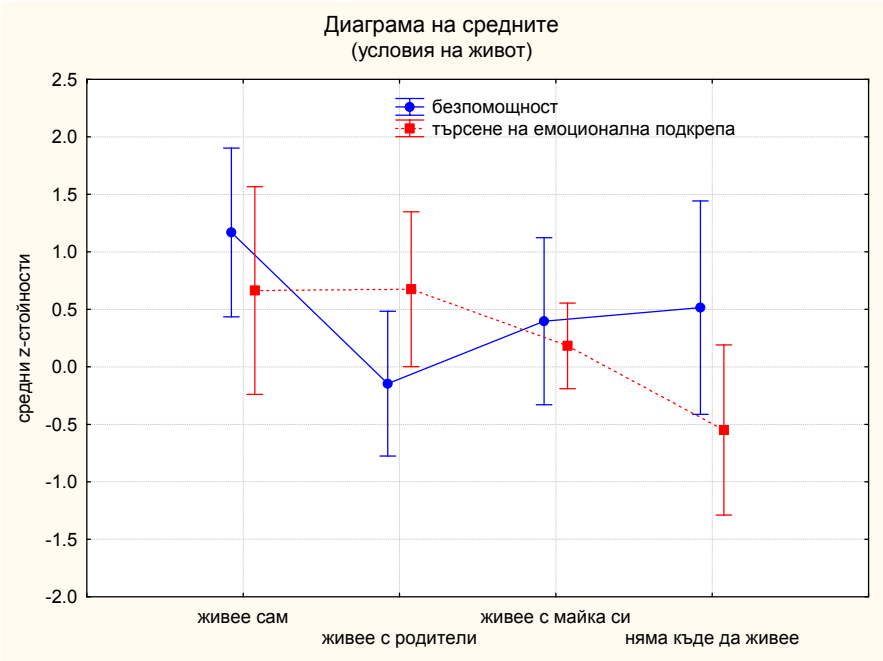
От направения до тук анализ може да се заключи, че независимо от различното протичане на шизофренната психоза се предпочитат два типа копинг стратегии попадащи в емоционално фокусиран копинг и избягващ копинг стил. Емоционално – фокусираният копинг може да се определи като по–скоро неефективен, отколкото ефективен, но винаги с контекста на ситуацията, като същевременно е налице използване на неефективен копинг – избягващ копинг. Налице е използването на различен копинг репертоар при различното протичане на заболяването.

Анализ на хипотеза 7

Вероятно, условията на живот и наличието на социална дезадаптация, да повлияват на дисфункционалните вярвания и копинга второ ниво (копинг стратегиите) и копинг трето ниво (копинг стиловете).

Резултати от дисперсионния анализ по „условия на живот". Статистическата обработка на получените данни показва следните особености. Наблюдава се **значим ефект при „безпомощност" (F(3,36)=2.907; p=0.048) и при „търсене на емоционална подкрепа" (F(3,36)=3.276; p=0.032).**

Диаграма на средните за „условия на живот" (отляво надясно: живее сам; живее с родители; живее с майка; няма къде да живее)



Може да се направи следното заключение за връзката дисфункционалните вярвания (безпомощност) - наличието на семейна среда. Семейството, с което да живее пациента и родители може да е фактор за ниско ниво на автоматичните мисли, респективно на дисфункционалните вярвания в сравнение с това да живее сам. При липса на място за живеене или когато живее сам се наблюдават по-високи стойности на дисфункционалните вярвания в сравнение с пациенти, които живеят с майка си или с родителите си. От това може да се изведат следните изводи:

Факторът условия на живот оказва влияние върху дисфункционалните мисли. Наличието на жилище е фактор, подобряващ функционирането на пациентите с шизофрения и способства за неговата рехабилитация в социума.

При наличие на жилище и семейна подкрепа е възможно използването на ефективна копинг стратегия попадаща в проблем фокусирания или емоционално фокусираният копинг стил. При наличие на двама родители, то това ще благоприятства използваният копинг в сравнение с случаите, когато пациентът живее с майка си. При условия, че пациента живее сам, то той изгражда такъв копинг, който от една страна може да се възприеме като положителен при условие, че има запазена преценка относно реалността. Но от друга, може да е неефективен при условие, че липсва социална система, която да оказва подкрепа. При такива

пациенти, които живеят с родителите си, те може да изградят ефективен копинг, който да им помага в реалността, както и да разчитат на родителите си като коректив (при положение, че родителите нямат психично заболяване).

Този ресурс може да се използва за изграждане на ефективна система на превенция и контрол на психичното състояние и да доведе до пълноценна ремисия.

Резултати от дисперсионния анализ по „наличие на социална дезадаптация". Наблюдава се **тенденция при „безпомощност" (F(2,44)=2.922; p=0.064), при „обръщане към религията" (F(2,44)=2.898; p=0.066), при „отричане" (F(2,44)=3.051; p=0.057) и при „употреба на алкохол и наркотици" (F(2,44)=2.752; p=0.075).**

По отношение на автоматичните мисли и дисфункционалните вярвания се наблюдава наличие на автоматични мисли и дисфункционални вярвания, свързани с безпомощност. Този резултат е израз на увредените когнитивни, емоционални и социални процеси. Както се вижда от графиката най-високо ниво на дисфункционални вярвания, свързани с безпомощност има при хроничния ход на психозата. Налице са следните характеристики: затруднено мислене и концентрация, объркана или разкъсана реч, продуктивни симптоми - „странни" убеждения (налудности и халюцинации). Феномен на „свикване", негативни симптоми, „дълбоко нищо не ги вълнува, нямат претенции за нищо, затворени са в себе си", липса на мотивация, анхедония и емоционална изравненост. Намалено внимание, когниция, интереси, лична хигиена, социални умения, нагон, изразност, тенденция към стереотипизация. По-често заболеваемост от соматични заболявания, нарушава се социалното функциониране. Налице е хронично (постоянно) присъствие на симптомите. На следващо място е наличието на автоматични мисли и респоректив дисфункционални вярвания при личностова промяна, която може да настъпи след различен период от време и се характеризира с изменения в познавателните, емоционалните, характеровите и волевите качества на психично болния, което води до затруднено самостоятелно справяне с всички житейски задачи. Като най ниско ниво на автоматични мисли има при липсата на хронификация и личностова промяна.

В обобщение може да се заключи, че дисфункционалните вярвания се „засилват" от изхода на психотичния епизод. Фокусът на интервенциите трябва да се насочи към тези две състояния, заради повишената дисфункционалност и високия риск от инвалидизация и социална дезадаптация.

При анализ на получените данни най-често използваната стратегия е обръщане към религията, която стратегия попада в емоционално фокусирания копинг стил. Тази стратегия се използва най – често при наличие на личностова промяна. Когато след психотичен епизод с критичността се появява и пациентът започва да търси обяснение на случилото се.

Тази стратегия се използва и при хора без наличие на социална дезадаптация, като там целта е да се намери подкрепа на външен фактор-авторитет в лицето на една по висша сила.

Най – малко използване на тази стратегия има при наличие на хроничен ход на психозата в това състояние както беше споменато по-горе, психотичната продукция не се дезактуализира. Въпреки, че пациентът е във фазата на стабилизиране, се наблюдава хронична психотична продукция. Причината за по-малкото използване на тази копинг стратегия е фактът, че пациентът е затруднен в изграждането на връзка с реалността. Респективно няма нужда от обяснение или помощ относно налудностите и халюцинациите. Той ги приема за „нормално", макар това да е израз на болестния процес. В конкретния случай трябва да се спомене и фактора социална среда. В психиатричната болница, в която е направено изследването има

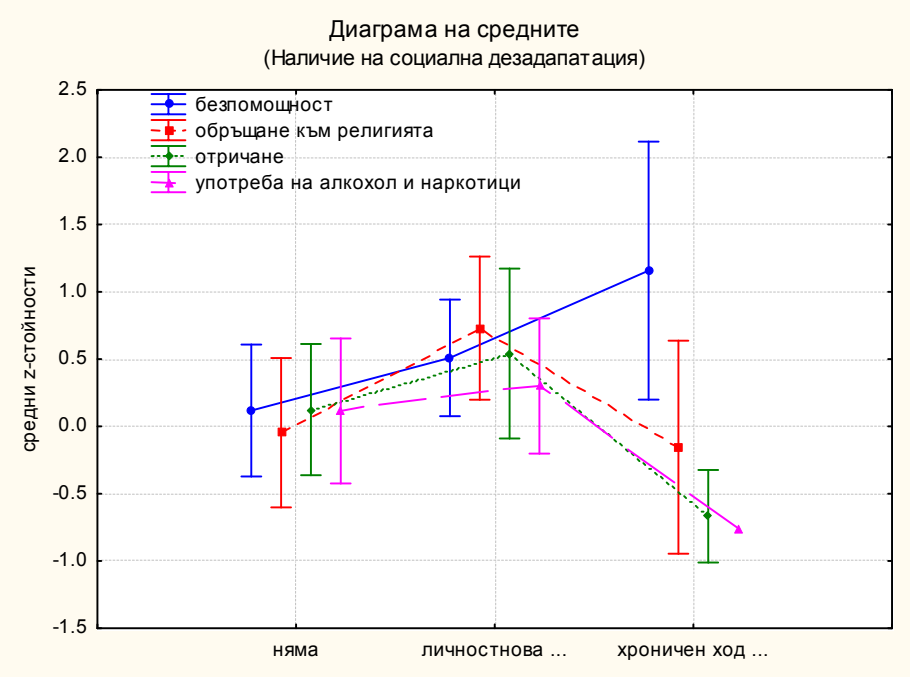
назначен свещеник който се грижи за религиозните нужди на пациентите и се извършват ежедневни литургии.

При изследване на неефективният копинг. Стратегиите попадащи в избягващия копинг стил се наблюдават следните особености:

При наличие на личностова промяна имаме по-високо използване на неефективен копинг като отричане и употреба на алкохол и наркотици. Следващото състояние, при което се използва неефективен копинг е при липсата на хроничен ход на психозата и личностова промяна в пациентите.

Най-ниско използване на тези копинг стратегии имаме при хроничния ход на психозата. Този факт би могъл да се анализира базирайки се на вече изложеното твърдение, че при шизофренни пациенти се стеснява репертоарът от използвани копинг стратегии. Пациентите използват малко стратегии, които могат да се определят като неефективни. Макар че както се вижда при хронификация и личностова промяна се използва емоционално фокусиран копинг, то този факт може да се интерпретира в позитивен аспект. Като търсене на социална подкрепа и помощ, развиване на социалните умения, то и е негативен- поддържане на дисфункционалността в мисленето, като квинтесенция на което, може да е стабилизирането на налудни идеи и респективно да се поддържа психопатологичната продукция. Направеният анализ е представен във вид на диаграмата по-долу.

Диаграма на средните за „ наличие на социална дезадаптация" (отляво надясно: няма; личностнова промяна; хроничен ход на заболяването)



ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

В групата на болните се наблюдават по-високи стойности на автоматичните мисли, като проява на дисфункционалните вярвания. Болестта е фактор подсилващ дисфункционалността.

В групата на здравите се отчитат по-ниско ниво на дисфункционални вярвания и в частност на автоматични мисли. Липсата на психична болест е константа за по-ниско ниво на автоматични мисли.

Значимо различие между здрави и болни има по отношение на следните копинг стратегии: Въздържане, Търсене на инструментална подкрепа, Търсене на емоционална подкрепа, Приемане, Обръщане към религията, Отричане и Психическа дезангажираност

Различие между експрименталната група и контролната група при копинг стиловете има между емоционално-фокусирания копинг стил и избягващия копинг стил.

При болните с увеличаване на възрастта се наблюдава умерено нарастване на личностновата неприспособимост, при здравите такъв ефект отсъства.

В групата на болните жените показват по-висока средна стойност по скала, ниска самооценка и при обединената скала за негативни автоматични мисли.

В групата на здравите такъв ефект не се наблюдава.

С покачване на възрастта в групата на болните има предпочитания към стратегии, като активно справяне, планиране и потискане на конкуриращи се активности, търсене на емоционална подкрепа и позитивно преосмисляне и отричане.

В групата на здравите с покачаване на възрастта има предпочитание към използването на отричането като копинг стратегия.

С покачване на възрастта, използването на проблем ориентиран копинг стил и емоционално фокусиран копинг стил, се повишава в групата на болните.

В групата на здравите с покачване на възрастта, не се наблюдава определено предпочитание към някои от копинг стиловете.

Копингът не се влияе от пола в групата на болните. Наблюдава се унифициране на използваните стратегии или шизофренията. Размиват се половите различията при шизофренно болни.

В групата на здравите мъжете показват съществено по-висока поведенческа дезангажираност и завишен стремеж към религията и по-ниска психическа дезангажираност.

При групата на болните не се наблюдават статистически значими ефекти по отношение на полова диференциация и копинг стил.

В групата на здравите се наблюдават следните осоености:

Предпочитание на проблем - фокусирания копинг при жените и по-нисък интерес към избягващите стратегии.

При мъжете имат по-голям интерес към избягващият копинг стил и по-малък към проблем-фокусираният стил.

В групата на болните не се наблюдават корелационни връзки между автоматичните мисли, като проява на дисфункционалността и копинга (копинг стратегии и копинг стил).

В групата на здравите се наблюдават корелационни връзки между копинг и автоматични мисли. Тази корелациона връзка се запазва и при копинг стила (копинг мета стратегии, копинг трето ниво).

Модел на копинг второ ниво (копинг стратегии и автоматични мисли).

Болните се характеризират с високо приемане или с ниско приемане съчетано с обръщение към религията, без фокусиране върху емоциите.

Здравите се характеризират с ниско приемане, ниско обръщане към религията и ниска негативна Аз концепция.

Модел на копинг трето ниво (дисфункционални вярвания и копинг стил)

Болните се характеризират с високо ниво на дисфунционални вярвания, съчетано с високо ниво на емоционално фокусирани копинг стратегии.

Здравите се характеризират с ниско ниво на дисфункционални вярвания (обединена скала автоматични мисли) или с високо ниво на дисфункционални вярвания, но с ниско ниво на емоционално фокусирани копинг стратегии

Изводи свързани с автоматичните мисли, като проява на дисфункционални вярвания, копинг второ и копинг трето ниво и специфични характеристики за шизофренната психоза:

По отношение на наличие на налудности се наблюдава тенденция за различие между групата, в която има наличие на налудности тази в която няма налудности.

В групата, в която няма налудности се наблюдава по-висока средна аритметична при „ниска самооценка". В която има налудности, се наблюдава по-висока средна аритметична (тенденция към различие) при „приемане".

В групата, в която няма халюцинации се наблюдава тенденция към различие. В тази група имат по-висока средна стойност по отношение на негативна Аз концепция и желание за промяна от групата, в която се наблюдават халюцинации.

При направения статистически анализ по отношение на фамилната обремененост, се наблюдава по-високи средни стойности на копинг стратегиите „активно справяне" и „планиране".

В групата, в която има фамилна обремененост се наблюдава различие и предпочитание към „употреба на алкохол и наркотици".

В параметъра протичането на заболяването се наблюдава знчим ефект при „поведенческа дезангажираност", „психическа дезангажираност" и тенденция при „фокусиране върху емоциите и изразяването им".

При изследване на влиянието на условията на живот върху автоматичните мисли и копинга се наблюдава значим ефект при дисфункционални вярвания свързани с безпомощност (скала „безпомощност") и при „търсене на емоционална подкрепа" (емоционално фокусирана стратегия).

Наличието на социална дезадаптация и влиянието и върху дисфункционалните вярвания и копинга показва тенденция към различие между групите по отношение на „безпомощност", „обръщане към религията", „отричане" и при „употреба на алкохол и наркотици".

Базирайки се на теоретичните концепции и на анализите от направеното експериментално психологическо изследване, могат да се маркират следните пунктове.

Подобряване на съществуващия специализиран диагностичен инструментариум.

Интеграция в практиката на нови психологически инструменти при проследяване развитието на психозата.

Изучаване на терапевтичното взаимодействие между биологичната терапия и психотерапевтичните интервенции и ефективността на терапевтичните методи.

Насочване на терапевтичните интервенции към към таргет групи, според протичането на заболяването, пола, възрастта.

Разработване на терапевтични подходи, базирани на емпирични разработки за работа с психични разстройства.

Определяне на рисковите фактори и превенция на рецидива при шизофренни разстройства.

Оценяване на индивидуалните нужди на пациентите със психични заболявания и в частност при шизофрения.

Систематичен и насочен подход към промените на **когнитивно, емоционално и поведенческо ниво**.

Разширяване на интердисциплинарните научните изследвания в областта на работата с шизофренни пациенти и интегрирането им в иновативни методи за оценка, превенция и терапия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщените интерпретации от проведено изследване дават няколко важни аспекта на диагностична оценка при болните от шизофрения. Най-силно изразени са анализите, че дисфункционалните вярвания се засилват от психотичните преживявания и социалната дезинтеграция определена от боледуването. Това дава много сериозно предписание към терапевтичния процес – необходимостта от комплексно медикаментозно и психотерапевтично въздействие.

Това потвърждава думите на двама от големите специалисти в психичното здраве в България „Връзката между психофармакологичното и психотерапевтичното направление в психотерапията е показана нагледно в сравнението на болния със заседнал в плитчините кораб – медикамента го изтегля от нея, а психотерапията му дава правилния курс и бди за опазването му". (Ив. Темков, К. Киров 1975).

Психотерапевтичното въздействие може да „неутрализира" и в голяма степен да възстанови формираните от психотичните преживявания. Да повлияе на високо ниво на дисфункционални вярвания, така че да се постига един по-добър баланс и позитивно възприемане, оценяване на реалността и собствената личност. Психотерапевтичното въздействие може да променя доминиращия при болните неефективен копинг, което ги поставя в социална изолация и дезинтеграция.

Психотерапията ще даде възможност за снижаване на засилващата се при болните „поведенческа и психическа дезангажираност", за да се стимулира възможността за социална реинтеграция. Разбира се, тази психотерапия има своята ограниченост и винаги индивидуална обвързаност, но тя дава по-добър терапевтичен шанс и социална реинтеграция, защото може да внесе позитивна промяна при дисфункционалните вярвания и неефективни копинг стратегии при болните от шизофрения.

ПРИНОСИ

ТЕОРЕТИЧНИ ПРИНОСИ

От направеният теоретичен анализ е изведен модел на копинг, включващ три нива. Копинг първо ниво – копинг механизми, защитни механизми и съпротиви. Копинг второ ниво съдържащ копинг стратегии. Копинг трето ниво - копинг стил, съдържа трите основни стила, проблем-фокусиран, емоционално-фокусиран и избягващ копинг стил.

ПРИНОСИ С ПРАКТИЧЕСКА НАСОЧЕНОСТ

Апробирана и модифицирана за български условия, е методиката за изследване на копинг стратегиите и копинг стила, по утвърдените в експерименталната психология процедури.

Апробирана и модифицирана за български условия, е методиката за изследване на автоматичните мисли, по утвърдените в експерименталната психология процедури.

Изведени са модели на копинг стратегиите и автоматичните мисли и копинг стила и дисфункционалните вярвания.

Получените резултати могат да бъдат използвани като основа за разработването на програми в областта на психичното здраве при работа с пациенти с шизофренни разстройства на възраст между 15 и 65 години.

ПУБЛИКАЦИИ

Куков, К., Съвременни психотерапевтични подходи при шизофрения**.** Шеста научна конференция „Приложна психология и социална практика”, гр.Варна, ВСУ, „Черноризец Храбър”, 2008г.

Куков, К., Копинг стратегии при шизофрения, сп. „Клинична психология”, бр. 2 / 2010г.

Куков, К., Автоматичните мисли в когнитивно-поведенческата парадигма. Осма научна конференция „Приложна психология и социална практика”, гр.Варна, ВСУ, „Черноризец Храбър”, 2010г.

Куков, К, Иванов, Кр., Психологически характеристики на копинг стиловете. Списание „Наука”. (Под печат).