



СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

КАТЕДРА „КЛИНИЧНА ПСИХОЛОГИЯ“

Автореферат на дисертационен труд

За придобиване на научна степен „доктор по психология“

Особености на когнитивния модел при социална тревожност

Клиничен психолог: София Димитрова

Научен ръководител: доц. Павлина Петкова, д.м.

Научни консултанти:

проф. Соня Карабельова, д.пс.н.

Калоян Куков, д.пс., д.пс.н.

Dr. William Chaplin, Ph. D., Director of the General Masters Program, Department of Psychology,
Director of Research at the Psychological Services Center, St. John's University

София, 2021

Увод

Всяка година почти 20% от населението в световен план страда от психично разстройство като депресия или тревожност. Тези състояния причиняват страдание не само на пациентите и техните семейства, но също така водят до големи икономически загуби поради загуба на работоспособност и разходи за здравни грижи (Whiteford et al., 2010). По последни данни 6.2% от населението на България страда от депресия, а най-разпространени са тревожните разстройства - 11.4%. В периода януари-септември 2020 година нивата на тревожност са се повишили 634% в следствие на пандемията от COVID-19 по данни на СЗО.

Социалната тревожност е проблем, който често бива пренебрегван и омаловажаван вероятно поради широката си разпространеност сред населението, а 6.8% от населението на САЩ е засегнато от него. Често социално тревожните хора са наричани срамежливи и са възприемани като интровертни. Тези хора търпят неуспехи в междуличностните отношения както поради симптомите и поддържащите механизми на това разстройство, така и поради виктимизация и стигматизация от страна на обществото. Интерес представлява да се изследват областите, в които се наблюдава нарушена социална адаптация при хората със социално тревожно разстройство, както и отражението върху основните области на психично функциониране според когнитивния модел – мисли, емоции, поведение. Настоящата работа изследва проявите на социална тревожност в рамките на когнитивния модел, както и влиянието на тревожността върху изграждането на способността за ментализация. Като маркер на високо метакогнитивно функциониране е избрано проучване на отношението към хумора - един от еволюционните механизми за справяне и адаптация. Тази взаимовръзка беше избрана поради липсата на задълбочени проучвания в тази област и поради подценяването на значението на такъв род механизми за справяне при хората със социална тревожност. Настоящото изследване цели да обогати знанията и разбирането за природата и дефицитите при социално тревожно разстройство, за цялостното функциониране на индивидите с такава патология, както и да допринесе за уточняването на най-подходящия терапевтичен модел.

- **Етиологични фактори за възникване на социална тревожност**

Генетични и неврологични фактори

Социалната тревожност не е рядко срещана сред населението. Скорешни изследвания показват, че между 7 и 13% от хората в западните държави изпитват социална тревожност или крайна срамежливост в някакъв период от своя живот (Furmark, 2002). За развитието на социална тревожност са важни както генетичните фактори, така и факторите на средата. Каган заключава, че генетичните причини и конституционалната предразположеност имат принос за развитието на социалната тревожност, тъй като подобни поведения се наблюдават дори при бебета. Според негово изследване около 20% от бебета на 4-месечна възраст

показват признаци на срамежливост или стеснителност – те започват да движат бързо своите крайници сякаш вършеят и да плачат, когато им се представи непознат предмет или човек - действие, което може да бъде съотнесено и като признак на поведенческа инхибиция. Проследявайки бебетата в следващите години, изследователят открива, че повечето от тях показват признаци на срамежливост като деца. Например, в игрови ситуации те често не се отдалечават много от родителите си и ги държат здраво, когато се появи ново дете на площадката. След още няколко години Kagan открива, че близо половината от срамежливите деца претърпяват трансформация и не продължават да са срамежливи в по-късното си детство. Сравнявайки родителски практики той открива, че родителите на тези деца са ги окуражавали да се социализират – т.е. те често са ги карали да участват в групи, да говорят с други деца, и са изразявали похвала, когато детето се социализира. Родителите на децата, които остават срамежливи са се оставили на нежеланието на детето да се присъединява към групи. В резултат на това техните деца не се научават да преодоляват съмненията в себе си и неувереността си (Kagan, 1999). Други изследвания показват, че родители, които са твърде контролиращи и протектиращи спрямо своите деца, често имат деца, които са срамежливи и тревожни (Wood et al., 2003). Тези изследвания сочат, че генетичната конституция е важна, но от другата страна от решаващо значение е и отношението на родителя към поведението на детето.

Психолозите, които изследват мозъка смятат, че социално тревожните хора имат по-реактивна амигдала, която е част от лимбичната система на мозъка и е отговорна за изпитването на страх. Kagan и колеги проследяват група от хора, които на двегодишна възраст са били изследвани за срамежливост. Те откриват, че възрастните, които са били срамежливи като деца показват по-висока реактивност на амигдалата на функционалния скенер в сравнение с възрастни, които не са били срамежливи (Schwartz et al., 2003). В друго изследване, психолози измерват хормона на стреса – кортизол на първия и на петия ден от началото на учебната година на 35 първокласници (Bruce et al., 2002). Изследователите откриват, че всички децата показват повишено ниво на кортизол на първия учебен ден. Срамежливите деца, обаче, показват завишени нива на този хормон и на петия ден.

Поведенчески фактори

Бихейвиористичната перспектива за причините за социалната тревожност се базира върху двуфакторния модел на обуславяне на Mowrer. От една страна човек може да има негативен социален опит (директно, чрез моделиране или чрез вербално инструктиране) и посредством класическо обуславяне да започне да се страхува от подобни ситуации, които после да избягва. Посредством оперантното обуславяне това избягващо поведение се поддържа чрез негативно стимулиране, тъй като избягването на ситуацията намалява преживяването на тревожност и страх у човека. В резултат на това възможностите за обусловения страх да се „погаси” са много малки. Дори когато човек общува, може да показва

избягващо поведение в дребни неща като избягване на очен контакт, невзимане на участие в разговора, стоене далеч от другите. Въпреки че подобни „безопасни“ поведения водят до избягване на негативна обратна връзка, те на свой ред интензифицират проблема.

Безопасните поведения, които се използват от хората със социална тревожност, се използват, за да намалят потенциалната възможност и страх за негативна оценка от другите. Тези поведения могат да бъдат най-различни, но обикновено се свързват с подлежащия страх. Те може да включват премисляне на ум какво думи да се използват или съзнателно правене на по-малко жестове, като за целта ръцете може да се държат в джобовете или зад гърба. Често пациентите със социална тревожност смятат безопасните действия за успешен начин да се справят със своята тревожност, но всъщност те може да имат много негативни последици. Заради използването им социално тревожните хора може да бъдат възприети като по-малко компетентни или спонтанни. Още по-важно, тези поведения са пречка за реструктурирането на негативните вярвания, свързани с общуването и социалните изяви, тъй като пациентът вярва, че последициите, от които се страхува няма да се случат, щом той изпълнява своите „безопасни“ поведения. Според изследване на Wells et al. (1995) предотвратяване изпълнението на безопасните поведения увеличава ефикасността на терапевтичната техника „излагане“.

Когнитивни фактори

Когнитивната парадигма разглежда социалната тревожност като следствие от нереалистични негативни вярвания за последициите от социалното поведение, интензивни емоции и избягващо поведение. Социално тревожните хора обръщат внимание повече на това как те самите се държат в социални ситуации, както и на своите вътрешни усещания и емоции, отколкото на другите хора. Често те формират мощни негативни визуални представи за това как другите ще реагират спрямо тях и се чудят как са възприети от останалите. Когато това се случи в разговор, тяхното поведение може да изглежда като липса на интерес за другата страна и на свой ред да провокира негативна реакция, социална изолация и още по-силна тревожност и да потвърди техните формирани страхове.

Повечето изследователи вярват, че социално тревожните хора са се научили да отдават твърде голямо значение на оценката на другите хора за тях, както да предъвкват своите съмнения. Това се нарича страх от оценяване. Например, те смятат, че човекът, с който те разговарят, ги смята за глупави или инфантилни. Подобни автоматични мисли, отразяващи дисфункционални вярвания за другите, резултат в страх, че другите ще ги оценят негативно. Тогава само мисълта да се качат на сцена или да водят групова среща ги изпълва със страх и следователно те избягват такива ситуации. Когато са накарани да участват в социално взаимодействие, те се опитват да го ограничат или да го прекъснат. Те също така се опитват да поддържат разговора безличен и незаплашителен. Избягват очен контакт, което

другите участници в разговора често интерпретират като желание да се прекрати разговора. Използват жестове, които показват, че се съгласяват като кимане с глава, без да се включват твърде много в разговора. Те се опитват да не споделят много своето мнение и лична информация, която може да бъде оценена от другите. Goldfried et al. (1984) използва многомерна скала с представителна извадка от социално тревожни студенти от мъжки пол и открива, че те оценяват измерението „риск да бъде оценен“ най-високо по отношение на вероятността да предизвика тревожност, като същевременно отдават по-малко значение на измерения „интимност“ и „свързани с учението“. Контролната група от нетревожни мъже, от друга страна, оценява „интимност“ два пъти по-силно, отколкото „риск да бъде оценен“, което предполага възможно различие в онова, което ръководи тези две групи, когато те са изправени пред възможност за интеракция със субект, който представлява интерес. Като цяло изследователите смятат, че в основата на социалната тревожност е страх от оценката на другите хора (Leary & Kowalsky, 1995), което се трансформира в липса на увереност в социални ситуации и чувство за липса на социални умения, необходими за навигиране на социални ситуации (Cheek & Melchior, 1990).

Освен страх от отрицателната оценката на другите, съществуват достатъчно данни, че хората със социална тревожност са крайно негативни, когато оценяват собственото си представяне, дори когато не им липсват социални умения. Например в едно изследване (Gerlach et al., 2001) откриват, че участниците със социална тревожност надценяват колко ще се изчервят по време на различни задачи като пеене и др. В друг подобен експеримент социално тревожни хора трябва да оценят свое представяне – даване на кратка реч. Социално тревожните хора оценяват своето представяне много по-негативно, отколкото обективни наблюдатели/оценители, за разлика от останалите участници, които не са свръхкритични към своето представяне (Ashbaugh et al., 2005). Следователно може да се заключи, че хората със социална тревожност са прекалено критични в себеоценките си, факт, който вероятно отразява активирането на дисфункционални вярвания за себе си и последващите от това негативни емоции при описаните ситуации.

В допълнение към това според друг подход, фокусиран повече върху себerefлексията и метакогницията, вярванията не за другите или за себе си, а за самите дефицити в социалните умения влияят индиректно върху социалната тревожност, като карат хората да се съмняват, че те притежават междуличностните умения, с които да предадат желаните впечатления за себе си на другите (Leary & Kowalski, 1995). Вярването, че човек не притежава важни социални умения като чувство за хумор, способност да води разговор без да се запъва или ораторско умение може да накара индивида да заключи, че той е малко вероятно да направи благоприятно впечатление или да бъде оценен позитивно в такива социални ситуации, в които такива умения са необходими. Според тази гледна точка централният фактор не е липсата на социални умения сам по себе си, а представата за собствената социална

неадекватност. Дори изключително неумели хора не биха се чувствали тревожни, ако те не могат да разпознаят собствените си социални ограничения. От друга страна някои социално умели хора, може да стават социално тревожни, когато се съмняват, че могат да се справят с определена социална ситуация. Хора с ниска самооценка, например, може да подценяват своята способност да общуват ефективно с другите и да изпитват социална тревожност, въпреки че притежават социални умения. Индивидите с ниска и висока социална тревожност се различават в своето възприемане за своите собствени социални умения, като социално тревожните хора, и по-точно тези, които притежават добри социални умения, подценяват своите социални умения в сравнение с оценки, дадени от наблюдаващи. Още повече, социално тревожните хора са по-склонни, отколкото останалите, да приемат, че дори успешно извършено поведение може да не доведе до желания резултат върху другите участници в ситуацията. Изводът е, че реалните умения в социални ситуации влияят в много по-малка степен върху появата на тревожност, отколкото представата на индивида за собствените умения.

Съществуват доказателства за това, че социалната тревожност е свързана със селективното внимание и по-точно такова към вътрешни знаци, вместо към външни (социални) знаци. Например, хората със социална тревожност изглежда, че прекарват повече време, отколкото други хора, в това да следят знаците на собствената си тревожност. В едно изследване, което дава възможност на участниците да изберат между това да гледат собствения си сърдечен ритъм на компютърен екран или друг видео материал, участниците с висока социална тревожност наблюдават по-задълбочено сърдечния си ритъм (Pineles & Mineka, 2005). Вместо да се фокусират върху външни стимули, хората с това разстройство изглежда са заети с това да следят собствените си нива на тревожност, което възпрепятства общуването в една или друга степен.

Няколко парадигми потвърждават, че хора с тревожни разстройства показват селективна преработка на заплашителни знаци (Mathews & MacLeod, 1994; McNally, 1998). Например, Mathews предлага, че активирането на дисфункционална схема за преработката на информация, свързана със заплаха към личността, или друг заплашителен сигнал, е присъщ на тревожните състояния. Mathews & MacLeod (1985) използват Stroop Color Naming Task и откриват, че на тревожните участници им трябва повече време, отколкото на контролната група, при наименоване цветовете на думите със заплашително съдържание („болест“, „ковчег“) в сравнение с тези с неутрално съдържание („заповядай“, „ваканция“). Изследвания, използващи други тестове, произлизащи от когнитивната наука, като например степента на визуално улавяне, свързано с определен стимул (MacLeod et al., 1986), докладват открития в подобна посока, а именно, че тревожните участници са по-нащрек за или се разсейват от заплашителни стимули, отколкото участниците в контролната група. Авторите интерпретират тези резултати като подкрепящи съществуването на когнитивна „опасна“ схема, която веднъж

активирана изкривява обработката на информация на предварително (preattentive) ниво. Независимо дали това изкривяване се дължи на възприятието или на вниманието по своя произход, смята се, че то играе важна роля в поддържането на тревожните разстройства, тъй като оказва влияние върху интерпретациите, които индивидите правят на по-късен етап в хода на обработка на информация.

Дотук описаните възможни обяснения за възникването и поддържането на социалната тревожност се съсредоточават главно върху неправилно възприети, разпознати и интерпретирани сигнали както външни - от обкръжението, така и вътрешни - от самия човек. От по-горе изложената литература може да се заключи, че социално тревожните хора проявяват селективно внимание към заплашителни стимули и към телесни промени, показват селективна обработка на информацията и когнитивни изкривявания, демонстрират силно изразени дисфункционални вярвания за света и себе си под формата на автоматични мисли, както и широк спектър от негативни емоции. Въпреки неминуемите генетични и невробиологични особености при тези хора, които в една или друга степен обуславят полесното възникване на подобно разстройство, от изключителна важност е способността на индивида да анализира по адекватен начин обратната връзка за своите действия, която постъпва от околната среда, както и от неговото тяло и когниция. Според посочените данни хората със социална тревожност изпитват затруднение в това да предположат реалното отношение на другите хора към тях и истинските причини, на които то се дължи. Тези факти говорят, че социално тревожните хора най-вероятно имат трудности в способността за ментализиране - метакогнитивна функция, която опосредства адекватното свързване с околния свят, себепознанието и саморегулацията.

- **Ментализация**

Причини за нарушаване способността за ментализация

Най-важната причина за нарушение в ментализирането е психологична травма в ранното или късно детство, която разклаща способността да се мисли за психични състояния или способността да се разказва за минали взаимоотношения. Характерът на травмата може да е свързан с negliжиране (Battle et al. 2004), особено в случаите, когато отразяването на основния грижещ се не съответства на емоционалното преживяване на бебето (Crandell et al., 2003). Съществуват доказателства, че история на несигурна привързаност или разстройство на привързаността може да доведе до проблеми с регулирането на афекта, вниманието и себеконтрола (Sroufe et al., 2005; Lyons-Ruth et al., 2005). Bateman и Fonagy (2010) предлагат, че тези проблеми се опосредстват от неуспех в развиването на силна и здрава ментализираща способност. В крайна форма това се вижда при пациенти с гранично-личностово разстройство, при които резултатът може да е свръхчувствителна система на привързаност, ниска способност да се регулират афектите и нисък волеви контрол на

капацитета на вниманието (Posner et al., 2002).

Неоспоримо е, че способността за ментализация се развива в междуличностна рамка, а присъствието на неоткликващ грижещ се, неспособен да мисли за детето по отношение на психични състояния, води до слаба интеграция на двата режима за преживяване на психичната реалност, което естествено би довело до недоразвита способност за ментализация. В случаите, когато детето е малтретирано или травмирано, за да избегне срещата с мислите на родителите за него като зло и тяхното намерение да го наранят, детето се защитава като инхибира развитието на способността за ментализиране. Детето спира да мисли за другите по отношение на намерения, вярвания и желания, тъй като те включват опасността да станат реални и да нараняват. Избягването на фрустрацията от детето в състояние на психична болка и нужда го карат да атакува и помрачава своя собствен апарат за придобиване на осъзнаване за психичната и за външната реалност. Инхибирането на психичната осъзнатост цели осигуряване на защита чрез незнание по отношение на психичните представи на родителите. Също така, когато физическото насилие е начин за комуникация между родителя и детето, тялото се превръща в средство за справяне с идеи, чувства и мисли. Неспособността на детето да държи идеи в съзнанието си или да придава значение на действията ще допринесе за увеличаване на импулсивността и насилието към собственото тяло, както и към другите хора. Неуспехът да намери друго съзнание, в което детето да види своето съзнание представено, ще доведе до непрестанни опити да намери алтернативни начини за задържане - увеличено използване на проекция, липса на отделяне и зависимост и др. (Fonagy & Target, 1995, 1997, 1998).

Клиничната подкрепа за модела на Fonagy може да бъде разделена в три групи: свързан с психоанализата на деца, с пациенти с гранично-личностово разстройство и с агресивни индивиди. При деца, живеещи в несигурна и травмираща среда се наблюдава развитийно задържане и инхибиция на ментализацията със защитна цел срещу представите на родителите за тях. При тези деца проблемът не е непоносима представа в съзнанието на детето, а притежанието на съзнание, което е способно да произвежда представи изобщо (Fonagy et al., 1993). Неспособността за ментализация се среща най-често при пациенти с гранично-личностово разстройство (Fonagy, 1991). В детството на тези пациенти обикновено неадекватен грижещ се реагира защитно или агресивно и така създава изкривена представа за детето, която след това то интернализира и най-вероятно чувства като външна или чужда на него самия. Тези пациенти след това отчаяно се опитват да премахнат тази част, като я изхвърлят навън, към друг човек, който например могат да мразят, унижават или плашат. Тези хора са много нестабилни, което говори за тяхната неразвита способност за рефлексия и липсата им на сложни и гъвкави психични представи. Те виждат реалността само по един начин и това ги прави склонни да проявяват нетолерантност и тревожност. Непрестанното използване на защитния механизъм на разцепването показва невъзможността им да

постигнат цялостна представа за себе си и другите. При хора с агресивни прояви също се наблюдава невъзможност за ментализиране и симптоми, наподобяващи тези при пациенти с гранично-личностово разстройство. Чрез агресивните си действия те се опитват да убият тази външна за ядрото на техния Аз, но интернализирана от майката част.

В настоящето изследване степента на метакогнитивна зрялост и способността за ментализация ще бъдат изследвани с помощта на конструкта чувство за хумор. Това е един много странен феномен, върху който са теоретизирани различни идеи на най-утвърдените философски школи, включително на “пилоните” на психологическата наука. Независимо от схващането за неговия произход, смисъл и употреба, безспорен остава фактът, че разбирането и използването на хумора в социални ситуации изисква определни метакогнитивни годности и неговата същност предполага от индивида да може да държи в ума си повече от една представа, да мисли едновременно за собственото си състояние и за това и на другите.

- **Чувство за хумор**

Хуморът е общ термин, който се отнася или до нещо, което цели да предизвика развеселеност или забавление или до онова качество, което прави нещото весело или забавно. Хуморът е общото качество между сатирата, фарса, комедията, шегата. Хуморът е универсален по отношение на човешката култура. Много исторически фигури, свързани с философията, са предложили огромно разнообразие от теории за причините за възникване на хумора, неговото естество и основна цел. Много групира тези индивидуални теории в три категории: Теорията за превъзходството, Теорията за несъответствието и Теорията за освобождаването.

Хуморът е един сложен и многостранен феномен, чиято функция и произход е трудно да бъдат обхванати в рамките само на една теория. Всички теории обаче стигат до извода, че той е повсеместен и следователно трябва да изпълнява важна роля както в индивидуален, така и в междуличностен план. Докато функцията на хумора в различни ситуации може да подлежи на дискусия, то нуждата от добре развита метакогнитивна способност за разбирането и използването на хумора е задължителна и неотменна. Вземайки предвид дългото съществуване на чувството за хумор и неговата еволюция през годините, може да се направи извода, че освен, че той има адаптивна функция за човешкия род, той също така става все по-изтънчен с развитието на човешкото общество. Това значи, че хуморът е висша метакогнитивна функция, чието съдържание може да бъде разбрано и използвано само при съответното невробιοлогично и психично развитие. С други думи способността за използване и разбиране на хумора е пряко свързана със способността за ментализация – умението за едновременно интегриране на две гледни точки, за себerefлексия и разграничаване между вътрешна и външна реалност. В тази връзка от изключителен

клиничен и емпиричен интерес е да се изследва по какъв начин ще бъде засегната една от висшите метакогнитивни функции, каквато е чувството за хумор, при хора, при които съществува установен дефицит в тези функции и по-специално в способността за ментализация, каквито са хората със социална тревожност.

- **Емпирични данни за взаимовръзката между социална тревожност и чувство за хумор**

В изследване за това как възприятието на психичните състояния на другите влияе върху чувството за хумор при 56 човека с неклинична социална тревожност, Samson et al. (2012) изследва връзката между социалната тревожност и способността за разбиране на различни видове хумор – семантични карикатури, визуална игра на думи и карикатура ТОМ (Theory of Mind – Теория на Ума). Изследователите очакват, че социалната тревожност ще възпрепятства изпитването на удоволствие от смешките, особено ако разрешаването на несъответствието включва обработване на социални знаци и оценяване на лъжливи психични състояния в другите. В съответствие с това екипът открива, че социалната тревожност се свързва с понижено изпитване на удоволствие от карикатурите, които включват интерпретирането на психичните състояния на другите (ТОМ), но не при семантичните карикатури или визуалната игра на думи. Също така високата социална тревожност е свързана с по-дълго забавяне на реакцията при оценка на смешките, особено при ТОМ карикатурите. Резултатите показват, че високо социално тревожните хора нямат липси по отношение на обработването на общото чувство за хумор, но може да се чувстват застрашени от дейности, включващи психичното състояние на други хора. Негативният афект, предизвикан от ТОМ карикатурите, може да възпрепятства преживяването на забавление и удоволствие при индивиди с висока социална тревожност и може също така да ги затруднява в това да оценят собствената си развеселеност. Тези данни подкрепят идеите на Fonagy, че поради травматични преживявания в ранно детство индивидите атакуват собствения си апарат за разбиране на другите хора, за да се защитят и резултатът е ограничена възможност за разбиране психичните състояния на другите.

- **Когнитивен модел**

Връзката между когниция и емоция

Революцията в областта на технологиите в последните няколко десетилетия доведе до възможността да се изследва как когнитивните процеси са свързани с неврологичното функциониране на индивида. Когнитивният невронаучен подход разчита в голяма степен на изследвания върху животни, които показват, че емоциите и когнициите започват да си взаимодействат още от самия момент на възприятие. От изключително значение за разбиране на когнитивните функции е знанието за емоциите (Ledoux, 1996). Моделите, базирани на изследвания с животни сочат, че съществуват специфични мозъчни структури,

които са свързани главно с емоционалните процеси, но същевременно си взаимодействат и с мозъчните системи и структури, подлежащи когнитивното функциониране.

Една от тези структури е с формата на бадем, наречена амигдала, която се намира пред хипокампуса. Знанието, че амигдалата е тясно свързана и отговорна за преживяването на емоции, главно страх, датира от 30-те години на миналия век. По-скорошни изследвания обаче посочват и нейните връзки с други мозъчни зони, които отговарят за когнитивното функциониране като префронталната мозъчна кора и сензорната кора (Young et al., 1994). Поради тази тясна свързаност и с двата типа процеси се смята, че амигдалата най-вероятно влияе върху когнитивните функции в отговор на емоционални стимули. В подкрепа на това твърдение е изследването на Anderson et al. (2000), чиито резултати предполагат, че главната функция на човешката амигдала е модулацията на невронните системи, подлежащи когнитивните и социални поведения като реакция на емоционални знаци. Ограниченията в невронаучните техники често подтикват изследването само на отделни неврологични структури, но е явно, че за аспектите на човешките емоции и когницията са отговорни сложни вериги на неврологични механизми. Амигдалата не е единствената структура, която е свързана с емоционалните процеси при хората, но е най-изследваната до днес.

Областите на проучване за връзката между когницията и емоция на неврологично ниво могат да бъдат разделени в пет направления: емоционално научаване, емоция и памет, влияние на емоциите върху възприятието и вниманието, преработка на емоции при социални стимули и промяна на емоционалните отговори.

Емоционалното научаване се съсредоточава главно в изследване и разбиране на това как даден стимул придобива емоционални качества и стойност. Проучвания върху класическото обуславяне заключват, че амигдалата има пряко отношение при придобиването, съхраняването и изразяването на обусловения отговор страх (Magen, 2001). Резултатите са потвърдени от изображения на повишено ниво на кислород в кръвта в тази зона, както и от съотношението между обусловения стимул, кожната проводимост и активацията на амигдалата (LaBar et al., 1998). Заключение, че амигдалата е свързана с обуславянето на емоцията страх при хората е подкрепено и от изследвания на хора с поражения в тази зона, при които такова обуславяне е невъзможно. Допълнителни изследвания в областта показват, че пациенти с поражение само на амигдалата могат когнитивно да разберат причината да се страхуват без да показват и преживяват телесните и емоционални симптоми на възбуда, докато пациенти с поражение на хипокампуса проявяват противоположна симптоматика – когнитивно не могат да разберат причината да се страхуват от стимула, но физически проявяват симптоми на емоционална възбуда. Тези данни свидетелстват за това, че има различни форми на емоционално научаване и те зависят от различните невронни субстрати (neural substrate) (Phelps, 2006) – докато хипокампуса отговаря по-скоро за когнитивното разбиране и осъзнаване на причинността, то

амигдалата е отговорна за „емоционалния“ или физиологичен отговор.

Още по-задълбочени изследвания в областта на амигдалата и нейните функции се съсредоточават върху парадигмата, наречена заучен (instructed) страх, при която се цели да се разбере степента на участие на амигдалата в изразяването на символично придобит страхов отговор, такива, които са въображаеми или очаквани, но всъщност никога не са преживяни. Резултатите са категорични в подкрепа на солидна физиологична реакция и активация на лявата амигдала в отговор на заплашителен стимул. В друго изследване на Funayama et al. (2001) се доказва, че хората с поражение в лявата амигдала показват и невъзможност за физиологично изразяване при заучен (инструктиран) страх. Тези данни ясно демонстрират, че лявата амигдала е тази част на структурата, отговорна за проявяването на символично придобити страхи. Споменатите изследвания показват, че вероятно съществуват трудно доловими различия в структурите и веригите, отговорни за обусловения и заучения страх. Именно поради тази причина учените продължават изследванията в областта, съсредоточавайки се върху изразяването на придобит страхов отговор при подп्राгови стимули.

Друг вид страх е този следствие на наблюдение, например, индиректно научаване на емоционалните характеристики на стимули чрез наблюдаване на реакцията на себеподобни (Ohman & Mineka, 2001). Резултатите от изследването са изключително интересни. Установява се, че при обусловения страх и страхът следствие на наблюдение участниците демонстрират физиологичен отговор на възбуда, както когато стимулът е представен надп्राгово, така и подп्राгово, докато при заучения или инструктиран страх е нужно осъзнаване на стимула т.е. надп्राгово представяне, за да се наблюдава страхова проява след това. Този символично представен страх не се проявява, когато заплашителният стимул е подп्राгов. Въпреки че на пръв поглед заученият страх и този следствие на наблюдение имат повече общо – и двата са свързани със социалното функциониране, изглежда страхът, породен от наблюдение, неврологично е по-близък до този, обусловен класически. Допълнителни проучвания в областта предоставят обяснение за този феномен. Заученият страх разчита не само на амигдалата, но и на хипокампа комплекс от структури за придобиване на епизодично знание и свързване на неутрално с неприятно събитие. Същевременно данни от изследвания с fMRI (Olsson et al., 2004) показват, че при заучаване на страх чрез наблюдение се вижда активация на амигдалата двустранно, предполагайки, че този процес, както класическото обуславяне зависи повече от работата на амигдалата и включва в по-малка степен други мозъчни структури. Обобщените данни от изследванията показват, че амигдалата играе важна роля при проявяването на емоцията страх и в много от случаите при нейното научаване. Разбира се последното е повлияно от нормите в социалната и културна група, към която принадлежи индивида. Механизмите, описани по-горе, в голяма степен обясняват на неврологично ниво значението и влиянието на оценката на другите, от

която индивидите със социална тревожност се страхуват, особено при изпълнение на задача пред публика, когато има елемент на наблюдение.

Според широко разпространено схващане, подкрепено от скорошни изследвания, емоцията влияе върху три компонента на епизодичната памет, посредством амигдалата: кодиране, задържане и възпроизвеждане. Смята се, че емоциите влияят върху кодирането посредством модулиране на вниманието и възприятието (Craik et al., 1996). Изследователите предполагат, че амигдалата е отговорна за стесняване на вниманието относно детайлите за емоционално значими събития, което на свой ред води до по-добро запамятане. Съществува дебат върху това дали по-доброто извикване и възпроизвеждане на емоционални стимули се дължи на влиянието им върху вниманието или на съхраняването на информация. Други изследвания в областта дават информация за връзката между емоциите и по-точно физиологичната възбуда, свързана с тях, и активирането на рецепторите на амигдалата, които подобряват консолидирането и складирането на информация в хипокампуса (McGaugh, 2000). Еволюционните психолози смятат, че по-бавният процес на консолидация позволява на емоционалната реакция на даден стимул да повлияе върху силата на паметта, и така събития, които са от жизненоважно значение за оцеляването на индивида да не бъдат забравени. Степента, в която физиологичната възбуда влияе върху епизодичната памет, е различна. Съществуват данни, че по-високият стрес може да има обратен ефект и да навреди на функционирането на хипокампа и на способността за запамятане, съхранение и възпроизвеждане (Mcewen & Sapolsky, 1995). Други изследователи се съсредоточават в по-различна, но доста интересна сфера, а именно взаимовръзката между емоциите и субективното усещане за вярност (истинност) на спомените. Още през 1992 Neisser & Harsh доказват, че силно емоционално преживяване води до висока степен на увереност в точността на спомените у участниците, въпреки че повечето от запомнената информация се оказва невярна. Всички изследвания както след публични събития, така и при лабораторни експерименти, при които се използват неврологични техники на „flashbulb” спомени, предполагат, че емоциите имат независим ефект върху подобряването на субективното усещане за вярност и изчерпателност на спомените (Phelps, 2006) - обстоятелство, което дава физиологично обяснение за силно изкривената субективна представа на хората със социална тревожност за тяхното представяне.

Друг начин, по който емоциите повлияват върху паметта за определено събитие, е посредством първите етапи на процесирание на информация – внимание и възприятие. Много изследвания са документирали, че наличието на емоции улеснява осъзнатостта за определени емоционално значими стимули дори в ситуации, в които ресурсите на вниманието са ограничени (например шумни места и др.). В такива случаи амигдалата играе критична роля. Учените предлагат два механизма, по които това се случва. Единият

предполага продължителна промяна в процесирането на възприети стимули, които са придобили емоционални качества посредством научаване. Вторият представлява по-кратка промяна в праговите нива на внимание в присъствието на емоционални стимули. Известни са реципрочните връзки между амигдалата и коровите зони, обработващи сетивна информация като например първичната зрителна кора. Много изследвания доказват, че амигдалата получава данни за значимостта на емоционалния стимул много бързо, преди тази информация да е достигнала челните дялове, отговарящи за нейното осъзнаване (Whalen et al., 1998). Още повече, че Anderson et al. (2003) показва в свое изследване, че вниманието и осъзнаването всъщност дават малко отражение върху отговора на амигдалата на заплашителни стимули. Напротив, именно тази автоматична реакция на амигдалата на заплашителни знаци от средата е важен фактор в нейната способност да модулира вниманието и реакциите към потенциална опасност посредством модулация на сетивните корови зони (Davis&Whalen, 2001). Доказателство за това твърдение са изследванията на мозъка с помощта на fMRI, които показват, че степента на активация на зрителната кора е пропорционална на тази на амигдалата при едни и същи стимули. Също така пациенти с нарушение в амигдалата не показват активация в зрителната кора, каквато се наблюдава при контролната група (Morris et al., 1998a). Последното е доказателство за съществената роля на амигдалата в медирането на тези промени. Освен влияние върху вниманието амигдалата играе важна роля и в процеса на възприемане. Phelps et al. (2005) разработва изследване, в което участниците имат задачата да намерят разлика между уплашено и неутрално лице. Намирането на разлика се смята за ранна функция на възприятието. Нейните открития са в синхрон с очакваното – знаците на страх подобряват намирането на разлики и също така подобряват вниманието. Тези резултати потвърждават, че емоциите посредством амигдалата модулират обработката на информация в първичните зрителни зони. Друг ефект, който емоциите имат върху вниманието е да го „грабват“. Много изследвания показват, че в емоционално наситени моменти обработката на слабо емоционални стимули се нарушава, тъй като пренасочването на вниманието от емоционалните качества на даден стимул е много трудно (Fox et al., 2001). Има спекулации за това на какво точно се дължи улесняването на привличането на вниманието. За някои физиологичната възбуда играе основна роля, а за други – присъствието на негативни или заплашителни стимули. Погледнато от еволюционна гледна точка откриването на подобни стимули от амигдалата има адаптивна функция, променяйки степента на бдителност при наличието им в тези ситуации.

Съществува дебат сред учените дали има специализирани невронни механизми, които да отговарят за преработката на определени стимули, идващи от средата. Има данни, че определени структури отговарят за възприемането на определени емоции и други, които сочат, че емоции сходни по проява могат да бъдат объркани, ако предварително не са зададени в контекст. В подкрепа на първото твърдение са няколко изследвания, които сочат, че съществуват определени зони от мозъка като фузиформната гънка, които отговарят за

различаването и разпознаването на лица. Въпреки че дискусиата остава отворена, няма съмнение, че сложни механизми допринасят за бързото различаване на лице на познат човек от това на непознат. Изследванията, занимаващи се с лицеизраза, от своя страна показват, че различни неврологични механизми отговарят за разпознаването на различни емоции от него. Според изследвания на Calder et al. (2001) и Lawrence et al. (2002) инсуларната кора е важна при разпознаването на погнуса и отвращение, а базалната ганглия в разпознаването на гнева. Разбира се, много изследвания показват, че амигдалата играе критична роля във възприемането на страха. И докато дори хора с увредена амигдалата могат да изразят страх, то те виждат израза на страх у другите, като по-малък, отколкото хора без такава увреда (Breiter et al., 1996). Учените, търсещи как конфигурацията на чертите на лицето влияе върху възприемането на емоцията, която то изразява, откриват, че при разпознаване на емоцията страх амигдалата разчита само на една от характеристиките, опитваща се да предаде страха – очите. Степента на активация на амигдалата за цялото лице или само за тази част от него не се различава. Този процес изглежда недвусмислен и ясно разбираем, но всъщност е доста сложен и може да бъде повлиян от много други фактори. Един от тях е контекста, в който се възприема емоцията. Например страха и изненадата са две лицеви изражения, за които съществува голяма вероятност да бъдат объркани, поради приликите в характеристиките на лицевите конфигурации. Скорошно изследване на тази тема открива, че амигдалата реагира в по-малка степен, когато предварително вербално е зададен контекст на изненада. В допълнение de Gelder et al., (2004) показва, че и други знаци като движенията на тялото съответствие с израза на страх водят до активация на амигдалата.

Изобилието от научни изследвания и данни за тясната и неразривна връзка между когниция и емоция недвусмислено предоставя неврологични и биологични доказателства в подкрепа на когнитивния модел, представен от Бек преди повече от 50 години. Взаимодействието между когниция и емоция се материализира под формата на физиологични симптоми на възбуда и мисли, които пряко влияят върху оценката на индивида за дадена ситуация и последващото му поведение в отговор на нея. По този начин се дава и основание за различните терапевтични техники, целящи да противодействат на появата на дисфункционални мисли и усилването на физиологичната симптоматика, която може да бъде преживявана като изключително неприятна от индивида. Изследванията не само в областта на невробиологията, но и тези, насочени към допълване и утвърждаване на когнитивния модел посредством клинични и контролни групи допринасят за значимостта и научната обоснованост на този модел и произтичащите от него терапевтични подходи. Това е една от причините настоящото изследване да се съсредоточи върху изследване на трите опорни точки на когнитивния модел – мисли, емоции, поведение, дали и как те се изменят и отразяват една от най-често срещаните психопатологии каквато е социалната тревожност.

Връзката между когниция и поведение

Авторите, занимаващите се с изследвания в областта на копинга разграничават три основни фази на теоретично развитие на този конструкт (Suls, David, & Harvey, 1996). Първият период е представен от психоаналитичната школа и егo психологията и се фокусира главно върху функцията и естеството на защитните механизми и копинг механизмите като стабилна личностова характеристика. Най-важни автори от този период са Зигмунд и Анна Фройд, Наап и Vaillant. Вторият период от 60-те години се съсредоточава върху транзакционната перспектива за копинга, като настоява, че последният е по-скоро динамичен процес, върху който влияят както когнитивни фактори, така и ситуационни такива. Изследователите, допринесли значително за развитието на тези концепции, са Lazarus, Folkman, Moos и други. Третият период започва през 80-те години на XX век и се характеризира с усилия в посока по-доброто разбиране на ролята на личността за генериране, поддържане и насочване на копинга.

Първоначалните идеи за копинг произлизат от работата на Зигмунд и Анна Фройд, свързана с идеите им за защитните механизми като част от егo процесите. В своите разработки от 20-те и 30-те години на XX век Фройд припознава 4 процеса, които спомагат за намаляване на страданието на индивида и за увеличаване на преживяването на удоволствие:

- 1) Интоксикация – използване на химични вещества
- 2) Изместване и сублимация на либидинални импулси, които служат за заобикаляне на фрустрацията, идваща от външния свят
- 3) Използване на илюзии и въображение за сметка на връзките с реалността
- 4) Цялостно оттегляне от реалността, при среща с твърде болезнени събития.

Зигмунд Фройд описва защитните механизми като мисловни операции, които държат болезнени мисли и емоции извън съзнанието. Психоаналитичната теория разглежда защитните механизми като противодействащи сили на изразяването на нагоните. Фройд е първият изследовател, който говори за ресурсите на егoто и как те често биват надвишавани от стресори от външния свят, както и от натиск и изисквания на психичното на индивида. Неговата дъщеря Ана Фройд доразвива тези идеи, като разграничава различни механизми, по които егoто търси защита срещу тревожността и начин за контрол над негативните емоции. Защитните механизми са подредени според нивото на адаптация или зрялост.

- 1) Незрели, примитивни или психотични защити – дисоциация, проекция, отричане, деперсонализация, проективна идентификация
- 2) Невротични защити – изолация, регрес, изместване.

3) Зрели защиты – сублимация, хумор, алтруизъм (Vaillant, 1977).

Теорията за обектните отношения и его-психологията разширяват идеята за функцията на защитните механизми, като в нея включват поддържане на самооценката и предпазване организацията на Аз-а.

Първоначалните изследвания върху защитните механизми от 30-те години на миналия век се съсредоточават основно върху два от тях – изтласкване и проекция. В началото на втората половина на XX век се появяват критици на тези изследвания, като най-видния от тях е D. S. Holmes. След много изследвания в областта на вниманието, ученето и паметта, той заключава, че защитният механизъм проекция може да бъде обяснен от концепцията за атрибуция, а изтласкването – от процесите на вниманието и подтискане на реакция. По този начин той за времето си опровергава наличието на каквито и да било несъзнавани процеси в тези защитни механизми, като по дефиниция следва, че те не са такива.

Клиницистите, свързани с тази област на психологията, продължават своята работа и вярват, че резултатите от изследванията на Holmes не са надеждни, тъй като са проведени в лабораторни условия, а не в реална среда. Съвременните подходи към изследване на защитните механизми включва методи на наблюдение като клинични интервюта, разкази, Q-sort. Lazarus (1998) преразглежда изводите и критиките на Holmes и заключава, че въпреки методологическите грешки на първоначалните изследвания в областта на защитните механизми, те недвусмислено подсказват за наличието на несъзнавани процеси. В момента всички психолози в областта на когнитивната психология приемат, че мисловните процеси отиват отвъд съзнанието. Новите доказателства в подкрепа на това схващане са предпоставка в подкрепа на съществуването на защитни механизми, които по определение са несъзнавани процеси. Тези доказателства сочат, че съществува косвена памет, която активира спомени, които са извън полето на съзнанието, които по-късно влияят върху припомнянето и решенията (Roediger, 1990). Съвременните изследвания върху вниманието също подкрепят съществуването на защитни механизми. Вниманието може да бъде разделено между два стимула, единият, от които е съзнаван, другият не. Това разделяне на вниманието е когнитивният процес, който допринася за защитните механизми разцепвани и диссоциация. Въпреки липсата на осъзнаване на единия стимул, изследванията показват, че неговите физически и семантични характеристики се анализират и че той влияе върху поведението (Greenwald, 1992; Jacoby, 1992). Още повече действия, които преди са изисквали внимание може да се автоматизират и от съзнавани да станат несъзнавани и така лицето да не осъзнава, че ги извършва.

В изследване на Bond et al. (2004) авторите разглеждат предишни проучвания, които посочват силни доказателства, че адаптивността на защитния стил корелира с психичното здраве на индивида, като за някои диагнози се установяват специфични модели

на защита. Например, при граничното личностово разстройство се наблюдава по-честа употреба на дезадаптивни и изкривяващи образа и реалността защити и по-рядко използване на адаптивни защити. Защитния стил става по-адаптиран с подобряване на симптомите, въпреки че междинните защити проявяват устойчивост, като могат да предскажат качеството на терапевтичната връзка.

В DSM III копинг стратегиите и защитните механизми допринасят независимо едни от други за определяне скалата за цялостно приспособяване – скала V. В DSM V се предоставя отделна скала, измерваща функционирането на защитите на индивида и може да се използва при поставяне на диагноза. В тази скала защитните механизми са представени в йерархична подредба.

Ниво на адаптация	Защити
Висока адаптация	Алтруизъм, хумор, сублимация, подтискане
Ментално инхибиране	Изместване, дисоциация, интелектуализация, изолация, изтласкване, отменяне
Минимално изкривяване на образа	Обезценяване, идеализация, всемогъщество
Отричане	Отричане, проекция, рационализация
Значимо изкривяване на образа	Аутистична фантазия, проективна идентификация, разцепване
Действие	Acting-out, апатично оттегляне, пасивно-агресивно поведение
Защитна дисрегулация	Проекция (налудна), отричане (психотично), изкривяване (психотично)

Защитните механизми могат да бъдат разглеждани като интрапсихични себезащитни отговори на заплаха. Защитните механизми се различават в своята ефективност, така че някои биват адаптивни, други – не. Адаптивните защитни механизми имат свойството ефективно да предотвратяват заплашителен афект, без да жертват правилното възприемане на реалността, докато дезадаптивни защитни механизми често включват значително изкривяване на реалността (Cramer, 1991). Друга характеристика на адаптивните защитни механизми е, че обикновено те водят до конструктивни действия (Vaillant, 1977). В това число адаптивния защитен механизъм хумор позволява на индивида да приеме реалността, свързана с разочарование или препятствие. Не е нужно никакво изопачаване на реалността, за да може той да изпълнява такава защитна функция. Още повече използването на хумор

омекотява възприетата заплаха от разочарованието, което улеснява индивида в справянето му със стресора по конструктивен начин. Този защитен механизъм контрастира с дезадаптивния и незрял защитен механизъм какъвто е например отричането, при който, за да се защити Аз-а се изкривява някой аспект на самия стресор или на неговите последствия, което може да доведе до липса на действие или до погрешно такова, в случай на проекция. Различните индивиди имат различен стил на защита, в смисъл, че се отличават качествено по вида защиты, които използват най-често. Основната цел на защитните механизми е да намали преживяването за заплашителен афект, включително негативни емоции, които са следствие на препятствия от средата. Съществуват много доказателства от литературата, които свидетелстват, че използването на дезадаптивни и незрели защитни механизми увеличава психопатологията и влошава приспособяването (Vaillant, 1992).

Полезно е защитните механизми да бъдат разглеждани според степента на тяхната зрялост, като при възрастните най-адаптивните защиты да са на върха на йерархията, а най-малко адаптивните – на дъното. Изследванията все повече потвърждават схващането, че използването на зрели защитни механизми предполага благоприятно социално и личностово функциониране, докато обратното често е белег на някаква патология като наличието на личностово или афективно разстройство (Cramer, 1999). И все пак последното твърдение също може да бъде сложено под въпрос. Дали дадена защита е адаптивна за конкретния индивид може да се определи, само ако се разгледа външния и вътрешен контекст, в който се проявява. Ако вземем предвид факторът възраст – ще открием, че според теорията е нормативно по-опростени защиты да се използват от по-малките деца, тъй като те все още не са разгадали тяхното функциониране и успешно ги предпазват от психологичен стрес, докато по-големите деца и възрастните, които са достигнали когнитивна зрялост, се нуждаят от по-сложни или зрели защиты за предпазване от стрес. Към това схващане има изключения, например, при наличието на ниско IQ или на сериозна психопатология използването на незрели защиты може да е критично за поддържането на минимална адаптация към средата. Друг фактор, който е нужно да се вземе предвид е времевият. В краткосрочен план защитите могат да бъдат изключително адаптивни, особено при отсъствието на други възможности, но в дълго-срочен план да възпрепятстват използването на ефективни и активни копинг стратегии за справяне и да попречат на успешното приспособяване към средата.

Относно връзката между защитните механизми и терапията, последните биха могли да предоставят неоспоримо доказателство за успешността на терапията. В клинична среда често е трудно да бъде измерена ефикасността на дадена терапия, като заключенията могат да бъдат условни и влияещи се от външни фактори при тяхното интерпретиране. Досега клиницистите прилагат промяна в количеството и качеството на симптомите като важен признак за настъпила промяна у пациента и успешност на терапията. Съвременните стандарти изискват по-дълбочинно разглеждане на психологическите причини за подобни

поведенчески и когнитивни промени. Една такава психологическа промяна, която би могла да обясни промяната в симптомите и да измери ефективността на терапията е промяната в използваните защитни механизми.

През втората половина на 20-ти век изследванията върху защитните и копинг механизмите се развиват, като постепенно започват все повече да се фокусират върху тяхната йерархична структура, както и върху опити да разграничат двете концепции.

White (1974) разглежда копинга като начин за адаптация при трудни обстоятелства и условия, като механизмите за справяне са насочени именно към случващото се отвън, в средата, докато защитните механизми са по-скоро начин за защита от тревожност и опасност. Naan (1997) предлага тристранен модел, състоящ се от копинг механизми, защитни механизми и фрагментация. Според нея копинга се различава по своите гъвкави, но целенасочени поведения, ориентираност към бъдещето, като същевременно се отчита настоящето, интегрираност на съзнателни и предсъзнателни елементи, преработване на негативен афект и неговото приемливо изразяване. Тя твърди още, че процесите на обективност, емпатия, сублимация, концентрация и заместване са основите на усилията за справяне.

В статия от 1998 Р. Cramer разглежда защитните механизми и копинг стратегиите като два различни вида процеси на адаптация. Според автора тези процеси могат ясно да се разграничат по психологическите процеси, които включват, но не и по връзката им с последствията. Основните характеристики, които различават двата адаптационни процеси са тяхната съзнателна/ несъзнателна природа и наличието на преднамереност или отсъствието на такава. За критериите, които до този момент се считат също от основно значение като техния диспозиционен или ситуационен статус или наличието на йерархичност в понятията, се открива, че са второстепенни за разграничаването на двата процеса.

В изследване на Whitty et al. (2003) авторът разглежда разликите между защитните механизми и копинг стратегиите и по-точно наличието на разлика в използването на зрели/ незрели защитни механизми и ефективни/неефективни копинг стратегии в различни възрастови групи. Резултатите показват, че най-младата група (17-23 години) използват значително по-малко зрели защитни механизми и значително повече незрели защитни механизми в сравнение с другите две възрастови групи. Не се установява значима разлика в степента на зрялост на защитните механизми за хората на средна възраст (40-47 години) и възрастните (63-70 години). Противоположно на откритията за защитните механизми, не се открива разлика в ефективността на копинг стратегии при различните възрастови групи. Едно допълнително откритие е, че хората с по-високи житейски цели са по-склонни да използват зрели защитни механизми. Авторите потвърждават, че при развитието на теории за справяне със стреса, от значение ще бъде вземането предвид както на защитните механизми, така и

на копинг стратегиите.

Основните разлики между копинг и защитните механизми могат да бъдат обобщени така:

1. Копингът е по-широк конструкт от защитата. Докато повечето защитни механизми са ригидни и автоматични интрапсихични процеси, фокусирани върху възпрепятстване на тревожността и опасността, копинг стратегиите могат да бъдат разглеждани като по-гъвкави, интегрирани и насочени към средата усилия, занимаващи се както с вътрешни, така и с външни изисквания и налични ресурси
2. Въпреки че първоначалната идея за защитните механизми споделя идеята, че те са стабилни характеристики като чертите на характера, по-късно копинг механизмите се разграничават като гъвкави поведения, повлияни до голяма степен от характеристиките на факторите на средата, които по-скоро се разглежда като процес, определен от контекста на ситуацията.
3. Копингът включва широк набор от когнитивни, емоционални и поведенчески стратегии, насочени не само към вътрешни нужди и желания, но и към външните изисквания на стресорите на средата.
4. За разлика от защитните механизми копинг механизмите не търсят само и единствено запазване интегритета на егото и намаляване на психичната болка и неудоволствие за индивида и връщане на преживяването на удоволствие, но също така целят да повлияят факторите на средата и да поддържат баланса на психосоциално функциониране на индивида.

Изследователят с най-голям съвременен принос към дефиницията на копинг механизмите – Lazarus – подчертава тяхната характеристика на когнитивни и поведенчески процеси, които целят да овладеят дадени изисквания на външната или вътрешна среда, които се разглеждат като надвишаващи ресурсите на индивида. Определенията на Moos (1984) и Snyder & Dinoff (1999) отнасят значението на копинг механизмите за справяне и преодоляване на стреса и най-вече техния принос за намаляване на физическите, емоционални и психологически последствия от стресорите и поддържането на психосоциална адаптация.

В случаите, когато дадена ситуация се оцени като стресова или проблематична т.е. ограничава или надвишава способностите или наличните ресурси на индивида, същият следва да избере от няколко копинг стратегии, с които разполага. Според теорията на Lazarus тези копинг стратегии могат да се разделят основно в две категории – фокусирани върху проблема или задачата (външната среда) и фокусирани върху емоциите (вътрешна среда). По-късно се разпознава и допълнителна трета категория – избягващ копинг (Billings & Moos, 1981). Проблем-фокусирания копинг е насочен към промяна на проблема, който лежи в

основата на дистреса. Той е алопластичен по природа, а именно насочен към промяна на външната реалност и на средата, за да намали стреса, предизвикан от дадена ситуация (Perrez & Recherts, 1992). Противоположно на това емоционално-фокусирания копинг цели да регулира емоциите след като установи първоначална оценка, че заплашителните условия на средата са непроменяеми. В този случай копингът е автопластичен и цели адаптиране и приспособяване към съществуващата стресова среда.

Работата на Lazarus и неговите колеги поставя основите за по-нататъшно задълбочаване на усилията за уточняване йерархичната структура на копинг механизмите и създаване на подходящи теоретични модели. Така например през 1978 Pearlin и Schooler изследват ефикасността на копинга в различен социален контекст, като тяхната работа помага за разбирането действието на копинг моделите според спецификата на социалните роли. Skinner et al. (2003) препоръчва 3-те най-често използвани отличителни белези за копинг стратегиите – проблемно-фокусирани/емоционално-фокусирани; приближаване/избягване и когнитивни/поведенчески – да не се използват вече. Вместо това авторите препоръчват изработването на йерархични системи от действени видове като търсене на близост, приспособяване и т.н. Областта се нуждае от допълнителни изследвания за уточняване организацията на идентифицираните до този момент семейства от копинг механизми.

Endler и Parker (1983, 1997) създават мултидименсионален интерактивен модел, който цели да изследва сложните взаимовръзки между личността, тревожността, стреса и стратегиите за справяне. В този модел най-силно е застъпена идеята за това как личността на индивида влияе на средата и същевременно се повлиява от външните фактори. Те се фокусират върху тези когнитивни, мотивационни, физиологични и съдържателни променливи, които повлияват обработката на информация, обръщайки специално внимание на подкатегория от характеристики, каквито са тревожността като черта и като състояние. Според изследователите чертите на личността като тревожност, когнитивен стил и ниво на емоционалност взаимодействат със стресови ситуации от живота като кризи и травми и активират възприятията за опасност. Тези възприятия на свой ред водят до промени в състоянието на тревожност, изисквайки реакция на тези промени. Реакциите на промените в състоянията на тревожност се разглеждат като копинг отговори и психологически защиты.

По-специално предполага се, че при хората със социална фобия, нивата на тревожност са почти постоянно над средните, тъй като обществото е устроено така, че социалният контакт е неизбежен. Високите нива на тревожност несъзнавано и автоматично отключват защитни механизми, отговарящи на зрелостта на индивида. Продължителното използване и функциониране през защитни механизми води до социална и личностова дезадаптация, при която в някаква степен се прекъсва връзката между вътрешния свят на индивида и външната среда. Това на свой ред предизвиква нарушения в способността за

ментализация и възпрепятства индивида от използване на адаптивни копинг стратегии за справяне в различни ситуации.

Изследване на Stora & Clark (1993) потвърждава тезата, че хората със социална фобия се фокусират върху своите вътрешни негативни преживявания и не отчитат с точност и в пълна степен обратната връзка от средата. Изследването се състои от кратък разговор, с подставено лице, който се записва. Изследваните лица са разделени в 3 групи – хора със социална фобия, контролна група от пациенти с тревожност и контролна група от непациенти. По време на разговора се оценяват мислите, поведението и вниманието. Резултатите показват, че в сравнение с контролните групи, пациентите със социална фобия имат по-негативни оценяващи мисли за себе си, представят се по-лошо и систематично подценяват своето представяне. Няма разлики по фактора внимание между трите групи. Анализът на съдържанието на мислите разкрива, че много малко от негативните мисли, докладвани от хората със социална фобия, са ясно изказана оценка от други хора.

Друг аспект, който се нуждае от внимание по време на терапевтичното лечение на пациентите със социална фобия е използването на безопасни поведения. Търсенето на такива безопасни поведения се разглежда като играещо основна роля в поддържането на това и други тревожни разстройства. Въпреки че има ясни теоретични различия между безопасните поведения и адаптивните копинг стратегии, различаването им в клиничната практика може да се превърне в предизвикателство.

Копинг стратегиите и защитните механизми се използват, за да описват реакциите на хората на стресови ситуации. Идеята за копинг стратегиите идва от традициите на социалната психология, а тази за защитните механизми е базирана на психоаналитичната теория. Според традиционната гледна точка двете идеи са много различни. В последните години все по-голям брой изследвания показват, че двата концепта са повече свързани, отколкото се е предполагало. В изследване на Bouchard et al. (2003) се изследва връзката между двата конструкта в контекста на предсказването им на приспособяване в конкретна стресова ситуация, каквато могат да бъдат съпружеските отношения. Изследователите разглеждат два възможни обяснителни теоретични модела за връзката между копинг стратегиите и защитните механизми – независимия модел и ефективния модел. Според първия двата концепта са сравнително независими един от друг, докато при втория се набляга на възможността и двата да допринасят за адаптивните или дезадаптивни начини за справяне с трудности в съпружеските отношения. Резултатите показват, че двата концепта допринасят по уникален начин за приспособяването в отношенческите отношения, като нито един от двата самостоятелно не води до по-добра адаптираност, което може да се разглежда като подкрепа на твърдението, че и двата конструкта са сложни по своята същност и се намират в комплексна взаимовръзка помежду си, когато влияят върху мислите, емоциите и поведението на човек.

Терапевтични подходи

Изследване от 2002 година показва, че въпреки разпространението на тревожните разстройства, само 20% от хората получават някакво лечение (Wang et al., 2002). В мета анализ на терапевтичните подходи при социална тревожност Acarturk et al. (2009) открива, че психологическите терапии са ефективни в лечението на тревожни разстройства, но достъпът до тях е ограничен, особено в страни с нисък и среден доход (Olfson et al., 2010). Официалната статистика за България сочи, че възможността за психиатрична и психологическа грижа е силно ограничена, като държавния сектор разполага със средно 7 психиатри и 2 психолози на 100 000 души от населението. Причините за оскъдното внимание към тревожните разстройства може да са още -хроничност на симптомите, липса на познание и осъзнатост, неадекватно или твърде кратко лечение.

Социалното тревожно разстройство се асоциира със значителна инвалидизация и намалено качество на живот (Stein & Kean, 2000). В случая качество на живот се отнася до субективната оценка на индивида за удовлетвореност по отношение на преживяванията в ежедневието. Safren et al. (1997) показва, че хората със социална тревожност докладват за много по-ниско качество на живот в сравнение с представителна извадка в норма. Качеството на живот също негативно корелира с тежестта на симптомите, инвалидизацията и наличието на депресивни симптоми. Въпреки добрите резултатите след провеждане на лечение, качеството на живот остава значително по-ниско, отколкото при хората без социална тревожност (Eng et al., 2001). В тази връзка е важно да се открият и съчетаят онези терапевтични техники, които биха дали най-добри резултати. За да се случи това, те трябва да бъдат съобразени с особеностите на възникване и протичане на психичното разстройство, както и с културалните характеристики на социалната среда и с индивидуалните личностови особености.

Фармакологично лечение

Интересът към лечение на социална тревожност посредством медикаменти датира още от 70-те години на XX век. Медикаментите, които намаляват тревожността, са от групата на анксиолитиците и на антидепресантите. Много изследвания доказват, че лекарствата са по-ефикасни, отколкото плацебо, и по-бързи при третирането на тревожни разстройства. Специално при тревожните разстройства излагането и психологическата терапия са предпочитаните методи за лечение, тъй като само чрез тях пациентът има възможност автентично, а не под влиянието на медикаменти, да преживее ситуации, от които най-много се страхува и да преформулира вярванията за това, което може да се случи (Foa et al., 2005; Hollon et al., 2006). Интересно е, че социалната тревожност е изключение от това правило. Federoff & Taylor (2001) доказват много добър ефект на бензодиазепините като Valium и Xanax в сравнение с когнитивно-поведенческите интервенции. Логично предположение би било

медикаментите с най-малък ефект върху съзнанието на пациентите (странични ефекти) да бъдат най-ефективни, тъй като ще се намесват най-малко със способността на пациента да научи нови умения и да ги прилага. Това очакване обаче не се потвърждава за трициклични антидепресанти от типа на SSRIs и SNRIs.

В мета анализ, сравняващ фармакологично лечение и КПТ с контролна група Gould et al., (1997) открива, че двете активни групи превъзхождат контролната, с големина на ефекта ($r = .62$) и ($r = .74$) съответно. Съществуват смесени данни за ефикасността на двата вида лечения и кое е по-ефективно. Проблем във фармакологичното лечение е задържането на ефекта, тъй като щом се преустанови вземането на лекарството обикновено има рецидив. При внимателно проведено проучване на Blanco et al., (2010) се установява, че комбинацията от анксиолитици и КПТ постига по-добри резултати, отколкото, което и да е от двете лечения самостоятелно. Резултатите могат да се обяснят с това, че фармакологичното лечение дава по-бързи, но по-малко дълготрайни резултати, докато ефективността на КПТ започва да се проявява малко по-късно, но се задържа при повторна оценка месеци след приключване на лечението и при нея има по-малко рецидиви.

Смисълът на едно такова съчетаване е само при условие, че двете терапевтични стратегии се потенцират една друга. В едно изследване на Naug et al. (2003) се открива, че в дългосрочен план употребата на медикамент едновременно с излагане всъщност възпрепятства ефекта от излагането, въпреки че комбинацията изглежда обещаваща в краткосрочен план. Този феномен може най-добре да бъде обяснен с факта, че вземането на медикамент променя състоянието на съзнанието и въпреки че пациентът се намира в ситуацията, предизвикваща страх, той отново не може да я преживее изцяло, както преди това го е възпрепятствала тревожността му. Пациентът е лишен от есенциалната възможност да преживее ситуацията по друг начин и да сформира различни вярвания за нея, което на свой ред води до понижен терапевтичен резултат в дългосрочен план.

Допълнителни фактори влияят върху успешността на фармакологичното лечение. Basoglu et al. (1994) открива, че пациентите, които отдават своя напредък на медикаментите, са по-неуверени да се справят без вземането на хапчета, в сравнение с пациентите, които вярват, че подобряването им се дължи на техните собствени усилия. Друг фактор може да бъде характера на медикамента, като по-инвазивните лекарства могат да карат пациентите да отдават позитивните промени на тях и да бъдат по-уязвими към рецидив. По същия начин дозата на лекарството също ще окаже различно влияние, когато се комбинира с КПТ. Например, малки дози бензодиазепини в началото на терапията могат да улеснят изправянето пред ситуацииите, бъдещи тревожност, докато приемът на по-големи количества да води след със себе си инхибиране на преживяването на тревожност и обезсмисляне на техниката излагане (Sartory, 1983). В тази връзка най-съвременните теории за потенцирането на фармакологичната и когнитивно-поведенческата терапия обръщат внимание на

последователността и количеството при комбинирането на различните подходи.

Когнитивно-поведенческа терапия (КПТ)

Най-проучваната психотерапия към момента е когнитивно-поведенческата терапия (КПТ). Много научни опити и мета-анализи показват нейната ефективност в лечението на тревожни разстройства (Acarturk et al., 2009).

В последните няколко десетилетия КПТ се отличава сред емпирично подкрепените лечения (ESTs) за тревожни разстройства при възрастни (Chambless & Ollendick, 2001). Няколко мета-анализа на добре контролирани клинични опити подкрепят ефикасността на КПТ при социална тревожност (Deacon & Abramowitz, 2004). В изследване на Norton et al. от 2007 отново се доказва ефикасността на КПТ при целия спектър от тревожни разстройства, включително социална фобия. Резултатите показват, че леченията, които използват КПТ техники показват значително по-висок ефект в сравнение с групи без прилагано лечение или плацебо.

Въпреки някои ограничения на научните изследвания като публикуването предимно на данни, които подкрепят КПТ, използването на чакаща контролна група и качество на опитите, Pim et al. (2016) открива, че ефектите на терапията се запазват умерени при лечението на социална тревожност, дори когато се контролира за качество на изследванията и използването на по-консервативни контролни групи като плацебо (хапче).

Същност и основни похвати на КПТ при социална тревожност

Излагане.

Системна десенситизация.

Когнитивно реструктуриране.

Обучение в социални умения

Релаксационни техники.

Техника „себеинструкиране“

Използването на метафори в КПТ при социално тревожно разстройство

От изследването на Димитрова и Петкова (2014), разглеждащо зависимостта между социалната тревожност и метакогнитивната способност за разбиране и използване на хумора, се обособи идеята, че хуморът и неговите проявления може да бъде полезен не само в своята рефлексивна функция на способността за ментализация, но и като терапевтична техника с висок потенциал. До този момент най-задълбочено хуморът като похват е описан

при работата с метафори в когнитивно-поведенческата рамка. Важно е да се отбележи, че метафората и хуморът не са еднозначни понятия, но се предполага, че тяхното адекватно разбиране и подходящо използване зависи от сходни когнитивни и метакогнитивни способности.

Използването на метафори в когнитивно-поведенческата терапия е обвързано с основите на когнитивната теория. Основната идея, подкрепяща когнитивния модел на емоциите на Бек от 1976 година, е предположението, че емоционалните реакции на индивида са функция от начина, по който той организира реалността и отдава значение на събития и ситуации. Значението е онова, което предизвиква емоциите, не събитията сами по себе си. Когнитивната теория набляга на твърдението, че определени емоции принадлежат на определен тип интерпретации. С други думи едно и също събитие може да предизвика различни емоции у различни хора, дори у един и същи човек, но в различни периоди. Според когнитивните терапевти хората, които изпитват емоционални затруднения, често или винаги се обвързват с определен негативен и непродуктивен начин на интерпретация на дадена ситуация, като индиректно разглеждат това свое отношение като единственото възможно, като правилно и истинно такова. Изхождайки от принципите на добрите терапевтични практики, следва, че терапевтът е важно да способства пациента да разбере как функционира света и да му помогне да превъзмогне ригидните негативни вярвания, които възпрепятстват неговото функциониране и често могат да бъдат в основата на различни емоционални разстройства. За тази цел се очертава нуждата от създаването на ясно и разбираемо алтернативно обяснение, което да позволи на пациента да се освободи от дисфункционалните негативни вярвания. Известно е, че такова алтернативно разбиране се постига с помощта на формулировката, която за някои учени като Butler (1998) представлява „метафорична карта“ на трудностите на пациента. Подобна перспектива насърчава идеята, че пациентът и терапевтът са откриватели, всеки с експертност в своята област (терапевтът – в психологичните теории и терапевтични практики, а пациентът относно своя опит и преживявания). Тогава всяка сесия бива разглеждана като допринасяща за откриването на нови парчета от „картата“ или „пъзела“ и за тяхното свързване.

Използването на метафори в клиничната практика може да подпомогне пациентите да погледнат на света с други „очи“, да увеличи тяхната когнитивна гъвкавост и в резултат да ги окуражи да изпробват нови типове реакции и поведения. Метафорите се използват в когнитивната терапия с цел пациентите да изследват и разбират съществуващите дисфункционални значения и вярвания, като същевременно започват да съставят нови и различни такива. Служенето с метафори в терапевтичния дискурс може да се възприеме като своеобразен антипод на психообучението, което изисква директен разговор за конкретния проблем, за работата на мозъка и съзнанието, без използването на сравнения, които не са пряко свързани със страданието и психологическата болка на пациента.

Същността на използването на метафори се състои в това, че клиентът директно или индиректно е подканен да сравни нещо, което той не разбира добре или не разбира изцяло с друго, което му е добре познато. Метафората създава когнитивен мост, който подобрява разбирането на пациента за неговия проблем, предоставя му възможност да го разгледа в изцяло нова светлина и може би да избере друго поведение като реакция. Друго преимущество на използването на метафори в клиничната практика е възможността пациентите по-добре да се справят с проблемите и произхождащия от тях дистрес без съзнанието им да бъде замъглено от твърде силни негативни емоции, които обикновено са свързани с определени негативни значения, отдавани на проблематичната ситуацията. Дистресът, страданието и психологическата болка могат да затруднят засегнатия индивид да мисли ясно за онова, което се случва с него, докато понякога метафората е по-малко емоционално натоварена и използването ѝ води до успешно дистанциране от проблема с цел по-продуктивното му обсъждане. Метафората осигурява дистанция от неконтролируемите емоционални реакции, създавайки потенциал за повторно свързване с болезнените ситуации, но по нов начин. Метафорите притежават уникалното свойство да поддържат точния баланс между това да поддържат дискусиата достатъчно емоционална, за да може пациентът да се свърже с нея и да я запомни ясно в ума си и същевременно да предотвратяват афектите да излязат извън границите на контрола. Метафората дава възможност за достигане до т.нар. инсайт за определен проблем и неговия първоизточник и да се изнамерят нови решения за справяне. Друго предимство на метафорите е тяхната способност да включат по-активно пациента в терапията, тъй като често те предизвикват ярки представи, които подобряват паметта за обсъжданата в терапията тема и за достигнатите заключения. Метафората свързва и съхранява новите значения и създава по-голяма вероятност частите отново да извикат цялото. Не на последно място метафората осигурява по-лесното възпроизвеждане на ключови значения в терапията без нуждата от дълги интерпретации и обобщения.

Съществуват различни начини, които биха спомогнали за още по-доброто разбиране и използване на метафорите. Първият от тях е техниката на насоченото откривателство, с помощта на която пациентът активно участва в създаването и уточняването на най-подходящата метафора за конкретната ситуация. Този способ води до по-задълбочено процесизиране и улеснява възпроизвеждането в последствие. В този случай основната цел ще бъде достигането до споделено разбиране за проблемите на клиента между терапевт и клиент. Друг начин за увеличаване силата на метафората е начинът на нейното представяне. Тя може да бъде въведена като ролева игра или аспекти от нея да бъдат физически представени от терапевта. Важно е да бъдат включени и други сетивни модалности, като например, да се използва тона и силата на гласа с цел по-добро илюстриране на идеите, съдържащи се в метафората.

Изборът на подходяща метафора е важен процес, за който терапевтът трябва да бъде добре подготвен. Използваната метафора трябва да може лесно да се разбере от пациента. Добре е тя да е свързана с интересите и миналия му опит. Терапевтът трябва да е сигурен, че тя резонира достатъчно с пациента, за да подсили нейното добро процесирание и разбиране. Препоръчва се използването на поведенчески експерименти, които да затвърдят валидността на заключенията, извлечени от метафората. Не на последно място метафората трябва да бъде в унисон с ценностната система и културата, към която принадлежи пациента.

Метафората може да допринесе за използването на хумора като терапевтично средство. Понякога самите метафори са под формата на шеги или забавни истории. Хуморът в терапията трябва да се използва внимателно, като терапевтът трябва да има предвид, че пациентът е възможно да възприеме дадена шега като подигравка или снизходителност. За резултата от използването на хумора в терапията са важни 2 фактора: контекста, в който се използва хумора и терапевтичната връзка. Най-удобният случай е използването на спонтанен хумор, когато клиентът е удивен от нещо, което той или терапевтът е казал. Тогава за терапевта е лесно да се присъедини. Въпреки че рискува да развали шегата, важно е терапевтът да изследва кое е допринесло за възприемането на ситуацията като забавна, тъй като това ще внесе нова гледна точка към дадения феномен и ще спомогне за увеличаване на когнитивната гъвкавост на пациента. Естествено същият метод е подходящ при преднамерено използване хумор. Често хуморът води до промяна в отношението към даден феномен, от пълното му приемане до разглеждането му с известна ирония, което на свой ред спомага за намаляване на обвързаността с емоционално-наситени ситуации и въвежда допълнителна гледна точка.

Тревожността представлява еволюционно развит страх от възможна опасност. Тя става патологична, когато размерът ѝ не съответства на дадения стимул. Степента на тревожност зависи не само от идеята за риск от заплаха, но също от това колко „ужасни“ изглеждат последствията от една такава ситуация, както и вярването на индивида за неговата способност за справяне. Наличието на тревожност води до появата на т.нар. „безопасни“ поведения като избягване, които от животоспасяващи могат да се превърнат в поддържащ механизъм на патологична тревожност. В незаплашителна ситуация, те са нещото, което възпрепятства индивида да открие, че неговите страхове са безпочвени. Именно когнитивният модел обяснява патологичната тревожност с погрешна интерпретация на опасността в дадена ситуация и поддържането на негативните вярвания за нея посредством безопасните поведения. Например хората, със социална фобия, които носят специални дрехи, за да скрият обилното си изпотяване, вярват, че дрехите са единствената причина другите хора да не коментират тяхното изпотяване. Подходяща метафора, описваща резултата от използването на безопасни поведения, е „решението се превръща в проблема“. Единственият ефективен начин за терапия е намаляването на безопасните поведения с цел

по-добро тестиране на реалността. Това не е лека задача и изисква голяма мотивация и решеност от страна на пациента. В случаите на фактическо избягване на дадена ситуация може да се използва метафората „да се срещнеш лице в лице” със страховете си и да се използва пример със страх от дадено животно. Например, какво бихте направили, ако дете се страхува от кучета (животното трябва да е съобразено с индивидуалните страхове на пациента и да не съвпада с тях)? Коя би била най-подходящата стратегия да се превъзмогне този страх? По този начин се стимулира отношение на любопитство, а също така се ангажира в по-голяма степен участието на пациента в терапията. В случаите на емоционално избягване при физическо присъствие в дадена ситуация пациентите със социална фобия упражняват засилен контрол над емоциите. Обикновено зад такива действия стои вярването, че индивидът ще бъде завладян и смазан от афектите. За подобни безопасни поведения подходящи метафори включват: „да си като замръзнал”, „да изключиш”, „да поставиш стена между себе си и света”. Терапевтичната намеса в случая цели да открие вярванията на пациента, свързани с изпитване на силни емоции в социалната среда и с помощта на когнитивно реструктуриране да ги направи по-малко дисфункционални и по този начин да подпомогне проявата на по-балансиранни реакции. Безопасните поведения в самата ситуация при социално тревожни хора могат да включват подготвяне на фрази, в случай, че разговорът не върви или когато имат притеснение, че звучат глупаво. Както стана ясно по-горе, благоприятният развой на събитията се приписва на безопасното поведение, като това на свой ред не подпомага по никакъв начин увереността на пациента, че той би се справил във всеки случай. Провеждането на поведенчески експеримент без използването на безопасни поведения е най-ефективният начин за прекъсване на този порочен кръг. В случая могат да се използват метафори от типа на строителния работник, който бил оставен да крепи стената цял ден. В този случай единственият начин работникът да си почине и да разбере, че стената стои сама и не пада е да я пусне. Или историята с пътника, който пускал парчета хартия през прозореца, за да не се появи слон на релсите. Когато никакви слонове не се появяват, пътникът решава произволно, че това се дължи единствено и само на взетите от него мерки. Последният пример е подходящ, когато терапевтът реши да използва хумор, който да подпомогне дистанцирането на пациента от ситуацията, но също така да засили запаметяването и възпроизвеждането на примера. Хуморът подпомага изграждането на мост между съзнанието на клиента, елементите на метафората и проблематичната ситуация. Заключениеята се илюстрират посредством метафората, за да не предизвикат високо ниво на емоции и по този начин те биват разбрани по-добре.

Други фактори, които оказват влияние за появата и поддържането на патологична тревожност е селективното внимание. Хората еволюционно са предразположени към по-висока чувствителност към външни и вътрешни заплашителни преживявания, знаци и сигнали. Докато тази черта има предимно адаптационно значение, в случай на тревожно разстройство, пациентът остава фокусиран върху източника на опасност или заплаха, поради

своята изострена сензитивност. Това на свой ред повишава нивата на тревожност и увеличава още повече бдителността на клиента, превръщайки възприемането на малко вероятни катастрофални последствия като реални и възможни. Метафора, която добре представя една такава ситуация, е „да си търсиш белята“. Възможно е да се използва сравнение с това, че човек е подучен да открива неща, които са свързани с онова, което го вълнува. Така се затваря един порочен кръг, в който пациентът е стимулиран още повече да засили своята бдителност, което се отразява негативно на тревожната симптоматика. Друга полезна метафора би била сравняване на поведението на клиента с това на експерт в дадена област. Например, с хора, страдащи от социална фобия, може да се използва примера с експерт по езика на тялото и да се попита чие мнение ще бъде по-меродавно за човешкото поведение. Поведението на клиента може също да бъде оприличено като отговаряне на „фалшива тревога“.

Социалната фобия представлява страх от оценката на другите хора. Това води до повишаване на тревожността и до чувства на уязвимост. Често в терапията става ясно, че представата на пациентите с това разстройство за самите тях е като за прозрачни спрямо околните. В тази връзка подходяща метафора в клиничната практика би била тази за „стъклена кутия“. Клиентите често прекарват дълго време в самонаблюдение, изучаване и критикуване на собственото си представяне, като проектират тези дейности върху другите и предполагат, че те се отнасят по същия начин към тях и достигат до същите заключения, сякаш те са „прочетена книга“. Това усещане може най-добре да бъде превъзможнато с помощта на поведенчески техники като ролева игра и поведенчески експеримент. Друга полезна метафора, отразяваща невъзможността на пациентите със социална фобия да възприемат обратна връзка от заобикалящия ги свят е тази за „търсенето на радиостанция“. Когато пациентът избягва социални ситуации или присъства в тях, но е по-скоро фокусиран върху себе си, като извършва безопасни действия, това може да се оприличи на някой, който търси радиостанция, но не чува песен, поради статичния шум. Така представено за пациентите става ясно, че те нямат достъп до това как всъщност ги виждат околните. Тази информация е от изключителна важност за хода на тяхната фобия, тъй като изкривеното възприемане на отговора от заобикалящата среда е един от основните поддържащи фактори на това разстройство. Някои специалисти намират метафората с „отпускане на колана“ за подходяща, когато имат нужда да сравнят набора от налични поведения на пациентите със социална фобия и нуждата от тяхното увеличаване. За тези пациенти е характерно ограничаването на поведенческите модели до състояние на „ходене на въже“, като се вярва, че и най-малкото отклонение от правилата за поведение, води след себе си катастрофа в социален план. Важно е да се отбележи, че увеличаването на набора от поведенчески модели ще доведе до по-балансирано възприемане на ситуацията и ще намали ригидността в поведенческите реакции, което на свой ред ще позволи разнообразяване на комуникацията с външния свят и ще предостави възможност за различно свързване с другите хора, също както

разширяването на повърхността, по която се стъпва, улеснява движението напред.

Критики към класическата КПТ и най-нови терапевтични методи

Основното предимство на КПТ пред други терапии е обстоятелството, че когнитивните и поведенчески техники произлизат логично и научно от доказани теоретични модели за тревожността. Така съществува теоретична и практическа връзка между терапевтичните техники и симптомите на разстройствата, към които са насочени.

Въпреки това, една от най-разпространените критики към когнитивно поведенческата терапия твърди, че симптомите след време отново се възобновяват или се заместват с други. Може би споменатите критики се коренят в убеждението, че успешното лечение трябва задължително да включва идентифицирането на причините за симптомите. Когнитивно поведенческата терапия всъщност не пренебрегва тези причини, напротив, те играят важна роля при избора на терапевтични стратегии. Акцентът обаче се поставя не върху причините, свързани с индивидуалната история на пациента, а върху причините, проучени и предоставени на когнитивно поведенческата терапия от теориите, обясняващи човешкото поведение.

Въпреки централното място на когнитивните схеми в най-ранните трудове, свързани с когнитивна терапия, когнитивните техники и подходи, които се появяват по-късно са насочени по-скоро към автоматичните мисли, правилата и допусканията. В резултат на това психотерапевтичните протоколи стават все по-кратки във времето и водят до все по-малко внимание върху процесите на ниво когнитивни схеми или базови вярвания.

В най-съвременните подходи на КПТ социалната тревожност се терапевтира с добре структурирани протоколни сесии, които макар по-малко на брой могат да достигнат 90 мин. Причината за това е сериозното внимание, което се обръща на конструирането на поведенчески експеримент в самата сесия и неговото осъществяване. Най-новите изследвания за ефективността на класическите техники на КПТ показват, че излагането не води до значително подобрене на симптомите, независимо от честотата и интензивността. Оказва се, че чисто поведенческото привикване не води до основна промяна на възприятията за света и на подлежащите базови вярвания. Затова терапевтите в момента първо изследват индивидуалните страхове, свързани със социалната ситуация и на базата на тях заедно с пациента правят предсказания какво ще се случи в такъв случай. Поведенческият експеримент цели да тества тези предположения и да предостави реално доказателство на пациента.

Основна разлика в съвременния терапевтичен протокол е, че отпада фокусът върху откриване, оценяване и анализиране на тревожността, предизвикана от междуличностна интеракция. Тревожността е налице и усилия в посока тя да бъде намалена с релаксационни

техники водят само до временни резултати. Онова, което би довело до качествена промяна е тестване на това, което пациентът вече „знае“ в главата си. А именно с помощта на йерархично подреден списък със ситуации, които водят до тревожност, първо се записва очаквания резултат, а след това в реално време индивидът се поставя в съответната ситуация. В края на експеримента се сравнява опита от експеримента с направените предположения, анализират се мислите и чувствата преди, по време и след поведенческия експеримент.

Понякога се провежда един и същи експеримент използвайки поведението до този момент или целенасочено променяйки го. Поведенческият експеримент основно цели да демонстрира резултата от изоставянето на „безопасните поведения“. Друга причина да се използва е, когато пациентът се тренира да измества своя фокус на внимание отвътре навън. С негово съгласие сесии се записват на видео и той може реално да види разликата в своето поведение, когато е зает със своите притеснения и остава дистанциран от другия участник в разговора и когато е възможно най-ангажиран с другата страна на комуникацията. Запис се прави също, в случаите когато пациентът си представя негативни картини за това как той изглежда отстрани или използва вътрешна информация, за да прецени до колко другите го харесват – колко се е изчервил, колко му треперят ръцете или гласа. В тези случаи видео обратната връзка се използва, за да нормализира състоянието на пациента, като той се сравни с другите участници в общуването и с представата си за своето представяне. Тя цели още да поправи негативни образ на индивида за себе си тук и сега.

В случаите на социална тревожност терапевтът трябва да знае основните „мини“, на които може да попадне в своята работа. Първо, хората със социална тревожност се опитват да контролират разговора, темите и своето представяне, което води до дистанцирана и повърхностна комуникация. Второ, терапевтът не бива да вярва на онова, което вижда, а внимателно да изследва базовите вярвания и дисфункционални правила на пациента, за да разбере какво означава даденият симптом за конкретния пациент. През цялото време терапевтът трябва да знае, че е обект на фобията на пациента и като такъв може да предизвика твърде силни емоции, ако бъде твърде емпатиен и приемащ. В някои случаи се приема използването на бяла дъска, като посредник, и елемент, който да предоставя комфортна дистанция между пациент и терапевт.

Много автори се връщат към първоначалните идеи на Бек за нуждата пациентите да се концептуализират посредством техните когнитивни схеми (Young, 1995). По-специално Jeffrey Young е един от най-влиятелните поддръжници на схема-фокусираният клиничен подход. Отбелязвайки ограниченията в традиционната когнитивна терапия, той предлага, че изместване на фокуса върху схемите често е наложителен, тъй като за някои пациенти променящите се емоции и когниции от момент на момент са недостъпни и това прави фокусирането върху автоматичните мисли непродуктивно. Други пациенти безпроблемно

разпознават своите ирационални вярвания в терапия, но след това продължават да се чувстват зле. А пък трети не са способни да установят продуктивно работно сътрудничество, което е необходимо за работа, фокусирана върху симптома. Най-накрая Young отбелязва, че пациенти, видени в общността, често са много по-сложни и хронични, отколкото онези включвани в представителните извадки на клиничните опити при направата на протоколите за когнитивна терапия. В резултат на това, нуждата от фокусиране върху подлежащите схеми е започнало да влияе върху практиката на когнитивна терапия, а схема-фокусираният подход все повече се ориентира към обясняване и лечение на определени клинични проблеми.

Други терапевтични модели при социална тревожност

- **Групова когнитивно-поведенческа терапия (СВГТ/ГКПТ)**
- **Програма „MISA”**
- **Интерперсонална терапия**
- **Базирана върху ментализация терапия (МБТ)**

Ефективност на терапията при комбиниране на различните подходи

В желанието си да достигнат до по-ефективно лечение на социална тревожност, изследователите експериментират с различни комбинации от терапевтични подходи. Предвид множеството от проявления на социална тревожност – физиологична възбуда, дисфункционални вярвания и мисли, поведенчески нарушения, избягване и дистрес, идеята да се използват различни техники, които да адресират всеки аспект на проблема и по този начин да оптимизират крайния резултат, изглежда интуитивно привлекателна (Chambless & Gill, 1993). Прегледът на резултатите от подобни изследвания, обаче, не потвърждава тази хипотеза напълно. Изглежда ефективността на комбинацията от похвати се влияе от тежестта на разстройството и наличието на коморбидност.

Една възможна причина за недобрите резултати от използване на разнородни техники и похвати при социална тревожност е ограниченото време и ресурс пациентът да овладее която и да е от тях и да я прилага успешно в ежедневието си. Друго обяснение за лошото възприемане на микс от терапевтични подходи е невъзможността на пациентите да имат ясна представа за смисъла и целите на лечението, които от своя страна са базови компоненти на терапията и водят до т. нар. „shared understanding” или споделено разбиране между пациент и терапевт за характера на проблема и как да бъде адресиран той.

Съществува възможност комбинацията от лечения да дава по-малко противоречиви резултати при по-продължителна терапия, но тази хипотеза не е добре документирана в научната литература. Както при решението за комбиниране на медикаменти с КПТ, така и тук, фокусът към бъдещите проучвания е върху последователността на избраните похвати и техния интензитет, а не толкова към тяхното съчетаване.

Влиянието на рестриктивните пандемични мерки върху социалната тревожност

Най-съвременните доклади за социална тревожност се фокусират върху непосредствената пандемична обстановка и свидетелстват за интересни последици от противоепидемичните мерки – носенето на маски. Индивидуални пациенти докладват за по-спокоен вътрешен монолог, по-малко количество социално тревожни мисли и по-слабо фокусиране върху тревожността от изпълнението на задача пред други хора и тяхната оценка. Освен, че намаляват тревожността, маските за лице помагат на социално тревожните хора да почувстват себе си по-автентични – не им се налага да внимават за своето социално поведение като усмихване и изражение, например.

Един от механизмите, които допринасят за този ефект, е чувството за анонимност и уеднаквяването с останалите хора (Hirsh, J. B., 2011). Благодарение на маските за лице не може да се разпознаят признаците на тревожност като зачервяване и нервни лицеизрази, които в друг случай може да привлекат вниманието на околните. Фокусът на вниманието се сменя от себе си към другите от една страна, но и подобрява колективната отговорност и вероятно подобрява себевъзприятието, тъй като поведението носене на маска допринася за добруването на обществото. Наложените мерки ограничават социалните контакти, което допълнително носи спокойствие на пациентите, че на тях не им се налага да общуват, дори се препоръчва обратното.

Szczesniak et al. (2020) в изследване за връзката между визуалните последици от пандемията – носенето на маска и психичното здраве открива, че носенето на маска за лице води до по-ниски нива на психопатология и по-точно на тревожност и безсилие, особено за хората, които се борят с физическите и физиологични аспекти на социалната тревожност, както и завишено усещане за контрол, независимо от възрастта, пола и заетостта. В някаква степен настоящата ситуация води до временни, но реални подобрения в психичното функциониране на хора със социална тревожност. Подобни резултати до момента са постигнати с онлайн общуване, което е натоварено с по-малко тревожност и повече самочувствие, но не предоставя възможности за преодоляване на състоянието.

Важно е да се отбележи, че маските за лице са временно решение за хронично състояние, което се нуждае от терапия. Погледнато от друг ъгъл, обаче, е възможно използването на маска да допринесе за първоначалното отпускане на пациента в терапията и свързването му с терапевта. Маските могат да бъдат прилагани и в поведенческите експерименти, като се проследява внимателно усещания, емоции и мисли с и без носене на предпазен плат.

Организация на изследването

Цел и задачи

Настоящото емпирично изследване има за цел да разкрие спецификите на когнитивния процес при социална тревожност. Изследват се ирационалните вярвания и негативните емоции и страхове и тяхната обвързаност с поведението. Основен фокус са особеностите на метакогнитивните умения при тази група и по-точно способността за ментализация, изследвана чрез отношението към хумора. Важно за настоящия труд е как специфичният мисловен и емоционален процес се отразява върху способността за адаптиране. Перспективата на изследването отразява съвременния подход в когнитивния модел и терапия, който акцентира върху първостепенната важност на емоционалния процес за разбирането на дадена патология и намиране на подходящо лечение. Научната работа е базирана на 2 пилотни изследвания.

Обобщение на данните от пилотните изследвания

Пилотно изследване в голяма степен потвърждава първоначалните допускания, направени на базата на когнитивния модел. Съществува тясна обвързаност между дисфункционалните мисли и негативния афект на тревожността, както и използването на незрели защити, каквато е дисоциацията. Високите нива на социална тревожност предполагат по-честото използване на дезадаптивни копинг стратегии. Изглежда обаче връзката между когнициите и поведението е по-сложна. Отношението между дисфункционалните мисли и степента на социална тревожност също се нуждае от по-задълбочено разглеждане. Изглежда социалната тревожност може да има различен характер, етиология и проявление, което на свой ред повлиява върху всички останали променливи като ниво на ментализация, избор на защитни механизми и копинг стратегии.

Данните от изследването подсказват, че полът, възрастта и културата също играят значима роля в някои от случаите и могат да преобърнат първоначалните очаквания. При жените натрупването на житейски опит изглежда подпомага по-добрата адаптация и справяне с тревожността, докато при мъжете е обратното, като на преден план се забелязва именно тревожност, породена от социални ситуации. Този феномен може да бъде част от особеностите на народопсихологията, но може да бъде обусловен от специфични стресори на средата и очаквания към мъжката роля в условия на преход и демокрация. Подобни резултати могат да дадат голямо отражение не само върху теоретичния когнитивен модел и прилагането му към населението на България, но и към възможността за използването на когнитивно-поведенческа терапия за лечение. Изглежда българите от определена възрастова група не биха се облагодетелствали от техниката „излагане”, прилагана с най-голям успех при хора със социална тревожност. Поради различния характер на тяхната социална тревожност тази стратегия следва да бъде преразгледана и да бъде намерена друга, по-подходяща за

условията в страната.

Въпреки че настоящото пилотно изследване хвърля светлина върху много от механизмите, свързани със социалната тревожност, то има и много ограничения. На първо място малкият брой участници затруднява анализа на данните. Препоръчва се провеждането на изследване с по-голяма представителна извадка. Също така е важно да се използва сравняването на резултати между клинична и контролна група, като участниците в клиничната група да бъдат индивиди, диагностицирани със социална тревожност. Тези предпоставки ще позволят да се изследват медиращите и модериращите фактори между социалната тревожност и дезадаптивното поведение, както и способността за ментализация.

Хипотези

На базата на информацията от литературата, свързана със социална тревожност и чувство за хумор и резултатите от дотук описаните пилотни изследвания бяха изведени следните допускания:

- Участниците с по-висока социална тревожност ще покажат по-високи нива на дисфункционални автоматични мисли.
- Участниците с по-висока социална тревожност ще имат по-силно изразени тревожни негативни преживявания, стигащи до нуждата от психична защита и преживявания на дисоциация.
- Участниците с по-висока социална тревожност ще покажат по-често използване на неефективни копинг стратегии като избягване на проблема и ще бъдат по-пасивни към проблемите като цяло.
- Лицата със социална тревожност ще проявят по-ниска чувствителност към хумора, неговата социална употреба и възможността да се използва като стратегия за справяне. Тези лица имат нарушение на емоционалното съзряване поради особеностите на своето израстване, което води недоразвитата способност за ментализация и по-слаба чувствителност към хумора като пример на тази висша метакогнитивна функция.

Инструментариум

В настоящото изследване се използва батерия от тестове, целяща да диагностицира степента на социална тревожност, количеството и вида на дисфункционалните тревожни мисли, копинг стратегиите. За установяване използването на психичен защитен механизъм е добавена скала, измерваща степента на дисоциация. Включен е също въпросник, оценяващ степента на развитост на чувството за хумор като характерна метакогнитивна способност, в случая, отразяваща способността за ментализация.

1. SPIN – Скрининг за социална тревожност

2. SAT – Социално тревожни мисли

3. „Индикатор за копинг стратегии“

4. MSHS – Скала за чувство за хумор

5. QED – Въпросник за преживявания на дисоциация

Емпирично изследване

- **Провеждане на изследването**

Клиничната група беше диагностицирана със социално тревожно разстройство от психиатър. Участниците в нея също така имат оценка от клиничен психолог. Останалите са избрани на случаен принцип. Участниците и от двете групи дадоха своето информирано съгласие за участие в изследването и им беше дадена обратна връзка за резултатите от батерията тестове според индивидуалните предпочитания. Действителното набиране на участници и администриране на тестове се случи в рамките на няколко месеца. Част от пациентите продължават своята терапия. Подходяща обратна връзка беше предоставена на техните терапевти за откритията на настоящото изследване по отношение на най-новите терапевтични подходи в областта, най-новите научни данни, както и резултатите от представителната извадка в този труд.

- **Изследвани лица (Таблица 1, 2)**

Представителната извадка се състои от общо 74 души – 30 мъже и 44 жени (Таблица 1), на възраст между 16 и 62 години. Средната възраст е 37.5 години (Таблица 2). При мъжете средната възраст е 39 години, а при жените 36. Най-често срещаната възраст при мъжете е 50, докато при жените 27 години (Таблица 3). 75.7% от участниците са с висше образование, а останалите - със средно или основно (Таблица 4). От мъжете 30% са със средно, а 70% с висше. При жените 20.5 са със средно или основно и 79.5% са с висше образование (Таблица 5).

- **Количествен анализ на резултатите**

Корелационен анализ по скали (Таблица 3)

SPIN

След проведения корелационен анализ се установи силна корелация между скалата за социална фобия SPIN и скалата за социално тревожни мисли SAT ($r = .73$, $n = 74$, $p < .001$), както и четвъртата ѝ подскала „тревожност при изпълнение“ ($r = .72$, $n = 74$, $p < .001$). Значителна корелация се наблюдава между SPIN и първите три подскали на теста за

социално тревожни мисли, както следва: „общ дискомфорт и социална неадекватност“ ($r = .69$, $n = 74$, $p < .001$), „другите забелязват дистреса“ ($r = .56$, $n = 74$, $p < .001$) и „страх от негативни оценки“ ($r = .66$, $n = 74$, $p < .001$). Умерена положителна корелация съществува между скалата за социална фобия и копинг стратегията „избягване на проблем“ ($r = .46$, $n = 74$, $p < .001$) и слаба отрицателна корелация с копинг стратегията „решаване на проблем“. С въпросника за дисоциация QED се наблюдава умерена корелация в положителна посока ($r = .30$, $n = 74$, $p = .009$). Докато с въпросника за чувство за хумор и 3 от неговите подскали се регистрира отрицателна корелация в умерена степен и слаба такава с третата скала „отношение към хората с чувство за хумор“. Резултатът за взаимодействие между скалата за тревожност и въпросника за чувство за хумор е ($r = -.43$, $n = 74$, $p < .001$), за първата подскала „социална употреба на хумора“ – ($r = -.46$, $n = 74$, $p < .001$), за „хуморът като копинг стратегия“ – ($r = -.33$, $n = 74$, $p = .004$), а за „отношение към хумора като цяло“ ($r = -.41$, $n = 74$, $p < .001$).

Очаквано, присъствието на социална тревожност обуславя количеството тревожни мисли, като резултатите поставят акцент върху когнициите, свързани с тревожност при изпълнение на задача. Това дава възможност за бъдещо изследване, което ще разграничи дали този резултат се наблюдава, тъй като изпълнението на задача обикновено се свързва с това да си наблюдаван или оценяван.

Налице е обвързаност между социалната фобия и използването на дезадаптивната, в повечето случаи, копинг стратегия „избягване на проблем“, както и до понижено използване на адаптивната „решаване на проблем“. Едновременно с това наличието на социална тревожност изглежда обвързано с използването на незрели защити и уязвимост към стрес. Съществува отрицателно взаимодействие на социалната фобия с чувството за хумор и неговата употреба, по-малко изразено към хората с чувство за хумор. Резултатите свидетелстват за затруднения във функционирането на хора със социална тревожност, при които се наблюдават повече тревожни мисли, повече дезадаптивни копинг стратегии, по-голяма психическа незрялост и недоразвитост на метакогнитивните способности, изразено в недооценяването и по-слабото използване на хумора в ежедневието. Тенденцията хората със социална тревожност да имат запазено „слабо място“ за хората с чувство за хумор се наблюдава и при настоящата предствителна извадка, макар и в доста по-ограничена степен.

SAT

От направения корелационен анализ се установява силна положителна корелация между общия резултат на скалата за социално тревожни мисли SAT и 3 от нейните подскали: „общ дискомфорт и социална неадекватност“ ($r = .95$, $n = 74$, $p < .001$), „страх от негативни оценки“ ($r = .90$, $n = 74$, $p < .001$) и „тревожност при изпълнение“ ($r = .95$, $n = 74$, $p < .001$). Силата на корелационната степен е значителна с втората подскала „другите забелязват дистреса“ ($r = .69$, $n = 74$, $p < .001$). Наблюдава се умерена положителна корелация с копинг

стратегията „избягване на проблем“ ($r = .40$, $n = 74$, $p < .001$) и с резултата от QED тест за дисоциация ($r = .34$, $n = 74$, $p = .004$), както и умерена отрицателна корелация с общия резултат на въпросника за чувство за хумор и първата му подскала „социална употреба на хумора“ ($r = -.30$, $n = 74$, $p = .009$) и ($r = -.34$, $n = 74$, $p = .003$), както следва. Наблюдава се и слабо отрицателно взаимодействие с последната подскала на въпросника „отношение към хумора като цяло“.

Данните свидетелстват за намалена кохерентност между втората подскала и останалите от въпросника за социално-тревожни мисли. Неудобството от това до колко физиологичните белези на социална тревожност се забелязват от околните минава на втори план след неудоволствието от преживяването на подобен телесен дискомфорт, страха от осъждане и напрежението при извършване на определена дейност. Закономерно хората, които докладват за по-голямо количество социално-тревожни мисли са тези, които прибегват повече до дисфункционални стратегии за справяне и незрели защити. Присъствието на социално-тревожни мисли е обвързано също с по-слабо положително отношение към хумора като цяло и с ограничение в социалната му употреба.

Първата подскала на SAT „общ дискомфорт и социална неадекватност“ корелира положително в силна степен със скалите „страх от негативни оценки“ ($r = .79$, $n = 74$, $p < .001$) и „тревожност при изпълнение“ ($r = .88$, $n = 74$, $p < .001$). и в значителна степен със скалата „другите забелязват дистреса“ – ($r = .61$, $n = 74$, $p < .001$). Наблюдава се умерена положителна корелация с копинг стратегията „избягване на проблем“ ($r = .42$, $n = 74$, $p < .001$). и с въпросника за дисоциация ($r = .36$, $n = 74$, $p = .002$). В същото време се регистрира слаба, но отрицателна корелация с общия резултат на въпросника за чувство за хумор и четвъртата подскала „отношение към хумора като цяло“, както и умерена отрицателна корелация с първата му подскала „социална употреба на хумора“ ($r = -.32$, $n = 74$, $p = .006$).

Резултатите тук потвърждават заключенията от въпросника като цяло. Изглежда тревожността дали другите забелязват дистреса е по-слабо обвързана с преживяванията на общ дискомфорт и социална неадекватност в сравнение с другите две скали на теста. Висок резултат по тази скала демонстрира отрицателно взаимодействие и с четвъртата подскала на въпросника за чувство за хумор, като нюансът е върху занижена положителна оценка на хумора като цяло, белег на препятствия в развитието на метакогнитивните процеси.

Втората подскала на SAT „другите забелязват дистреса“ корелира положително в значителна степен с третата подскала „страх от негативни оценки“ ($r = .62$, $n = 74$, $p < .001$) и с четвъртата подскала „тревожност при изпълнение“ ($r = .67$, $n = 74$, $p < .001$). Отчита се слаба положителна корелация между нея и копинг стратегията „избягване на проблема“, както и между нея и теста за дисоциация. Едновременно с това се регистрира слаба отрицателна корелация между нея и общия резултат на въпросника за чувство за хумор, както и първата

му подскала – „социална употреба на хумора“. Третата скала на въпросника за социално тревожни мисли SAT „тревожност, че другите забелязват дистреса“ изглежда по-слабо обвързана с останалите 3 скали на въпросника. Тя също така показва по-слабо взаимодействие с копинг стратегиите и защитните механизми, както и със социалната употреба на хумора и отношението към него като цяло.

Третата подскала на SAT „страх от негативни оценки“ корелира положително в силна степен с четвъртата подскала на въпросника „тревожност при изпълнение“ ($r = .85$, $n = 74$, $p < .001$). Същата корелира положително в умерена степен с копинг стратегията „избягване на проблема“ ($r = .37$, $n = 74$, $p = .001$) и теста за дисоциация ($r = .35$, $n = 74$, $p = .003$). Наблюдава се отрицателна корелация с въпросника за чувство за хумор ($r = -.32$, $n = 74$, $p = .006$) и първата му подскала ($r = -.34$, $n = 74$, $p = .003$) и слаба отрицателна корелация с подskalата „отношение към хумора като цяло“. Резултатите демонстрират силна обвързаност между страха от негативни оценки и тревожността при изпълнение на задача. Той също така си взаимодейства с копинг стратегията „избягване на проблем“ и въпросника а дисоциация.

Без да са налице данни за причина-следствие, може да се предположи, че в някаква степен социално тревожните мисли предопределят избягващо поведение, което на свой ред води до затвърждаване на когнициите. Данните потвърждават по-слабото използване и по-ниската положителна оценка за хумора сред индивидите със завишени нива на мисли, свързани със страх от оценяване.

По отношение на четвъртата скала на SAT „тревожност при изпълнение“ се наблюдава умерена положителна корелация с копинг стратегията „избягване на проблем“ ($r = .41$, $n = 74$, $p < .001$) и въпросника за дисоциация QED ($r = .34$, $n = 74$, $p = .003$). Отчита се слаба отрицателна корелация с общия резултат на въпросника за чувство за хумор и с четвъртата му подскала „отношение към хумора като цяло“, както и умерена отрицателна корелация с първата подскала „социална употреба на хумора“ ($r = -.32$, $n = 74$, $p = .006$). Четвъртата скала потвърждава резултатите на въпросника като цяло, както и останалите подскали.

Индикатор за копинг стратегии

Първата копинг стратегия „решаване на проблем“ регистрира слаби положителни корелация с втората копинг стратегия „търсене на социална подкрепа“, със сумарния резултат на въпросника за чувство за хумор, с неговата първа подскала „социална употреба на хумора“, както и с третата подскала на въпросника „отношение към хората с чувство за хумор“. Отчита се умерена положителна корелация с последната подскала „отношение към хумора като цяло“ ($r = .33$, $n = 74$, $p = .004$) и същевременно слаба корелация в отрицателна посока с теста за дисоциация. Тези данни затвърждават решаването на проблем като адаптивна копинг стратегия, тъй като тя корелира положително с въпросника за чувство за хумор, което е белег на личностова и когнитивна зрялост. Индивидите, които търсят активно разрешаване

на проблемите, са също тези, които са склонни да използват хумор в социални ситуации и имат положително отношение към него като цяло.

Втората копинг стратегия „търсене на социална подкрепа“ показва слабо взаимодействие в положителна посока с въпросника за чувство за хумор като цяло, с третата подскала „отношение към хората с чувство за хумор“ и четвъртата „отношение към хумора като цяло“. При тази стратегия за справяне закономерно се наблюдава положително отношение и към хората, които имат чувство за хумор.

Копинг стратегията „избягване на проблем“ регистрира едно значимо взаимодействие. Наблюдава се умерена положителна корелация между честотата на използване на тази стратегия и степента на дисоциация ($r = .33$, $n = 74$, $p = .004$). Корелационният анализ потвърждава взаимодействието между поведението и степента на психична зрялост. При незрели индивиди или такива в регрес, се наблюдава използването на дезадаптивни копинг стратегии, каквато е избягването.

Чувство за хумор

Общият резултат на въпросника за чувство за хумор регистрира силна положителна корелация с четирите си подскали, както следва: „социална употреба на хумора“ ($r = .97$, $n = 74$, $p < .001$), „хуморът като копинг стратегия“ ($r = .89$, $n = 74$, $p < .001$), „отношение към хората с чувство за хумор“ ($r = .94$, $n = 74$, $p < .001$) и „отношение към хумора като цяло“ ($r = .72$, $n = 74$, $p < .001$).

Първата подскала на въпросника „социална употреба на хумора“ корелира в силна степен с втората „хуморът като копинг стратегия“ и третата „отношение към хората с чувство за хумор“ подскали ($r = .82$, $n = 74$, $p < .001$) и ($r = .88$, $n = 74$, $p < .001$) и в значителна с последната ($r = .64$, $n = 74$, $p < .001$).

Втората подскала показва силно положително взаимодействие с третата подскала „отношение към хората с чувство за хумор“ ($r = .84$, $n = 74$, $p < .001$) и значително с последната подскала „отношение към хумора като цяло“ ($r = .58$, $n = 74$, $p < .001$).

Третата подскала на въпросника „отношение към хората с чувство за хумор“ регистрира значителна положителна корелация с последната „отношение към хумора като цяло“ ($r = .61$, $n = 74$, $p < .001$).

Нито един от резултатите на въпросника за чувство за хумор не демонстрира взаимодействие със скалата за дисоциация с изключение на четвъртата подскала „отношение към хумора като цяло“, която отчита слабо отрицателно взаимодействие с нея.

Данните свидетелстват за известна отделеност на последната скала „отношение към

хумора като цяло“ от останалите. Едно възможно тълкувание е, че хуморът отразява висша метакогнитивна способност на индивида и неговите нюанси се докосват в голяма степен до философски концепции и рефлексии за живота. Изглежда употребата му в социални ситуации, за справяне и възприемането му от другите е по-достъпно, отколкото неговата сложна природа сама по себе си. Всъщност именно тази подскала има отношение към степента на личностово съзряване и вида на психичните защиты.

Корелационен анализ по хипотези

Хипотеза 1

Резултатите от изследването потвърждават направената хипотеза, а именно че участниците, които демонстрират социална тревожност, ще покажат и високи нива на дисфункционални тревожни мисли. След проведения корелационен анализ се установи силна корелация между скалата за социална фобия SPIN и скалата за социално тревожни мисли SAT ($r = .73$, $n = 74$, $p < .001$), както и четвъртата ѝ подскала „тревожност при изпълнение“ ($r = .72$, $n = 74$, $p < .001$). Значителна корелация се наблюдава между SPIN и първите три подскали на теста за социално тревожни мисли, както следва: „общ дискомфорт и социална неадекватност“ ($r = .69$, $n = 74$, $p < .001$), „другите забелязват дистреса“ ($r = .56$, $n = 74$, $p < .001$) и „страх от негативни оценки“ ($r = .66$, $n = 74$, $p < .001$). От тези резултати откриваме, че социалната тревожност в нейните аспекти – страх, физиологична възбуда, избягване, корелира най-силно с категорията социално-тревожни мисли, свързани с „тревожност при изпълнение“. Действието или изпълнението на дадена задача като цяло е най-силно засегнато при тези индивиди вероятно поради обстоятелството, че обикновено това е придружено от непосредствено наблюдение, както и оценка или обратна връзка за представянето.

Хипотеза 2

Втората хипотеза на изследването се подкрепя от обработените данни. Тестът за социална тревожност SPIN корелира положително със скалата за дисоциация QED ($r = .30$, $n = 74$, $p = .009$). Взаимодействието между двете променливи е умерено, което отново свидетелства за широкия диапазон на разнообразие от характеристики при хората със социална тревожност. Очакването, че те са по-склонни към прибегване до по-незрели защиты се потвърждава, но все пак силата на обвързаността свидетелства, че може да има и изключения. Качественият анализ на извадка от група с висока социална тревожност насочва вниманието към строго индивидуални характеристики от личната им история. Преживяването на травматични събития, както и неразвитата способност за ментализация са онези фактори, които предопределят взаимодействие между тези два въпросника и в резултат между високата тревожност и прибегването до дисфункционални психични защиты.

Хипотеза 3

Направените тестове за независими извадки потвърждават третата хипотеза на изследването, а именно – наблюдават се статистически значими различия между групата с висока социална тревожност и тази – с ниска, по отношение на ефективната стратегия „решаване на проблем“ ($t_{72}=2.44$; $p<.05$), както и на неефективната „избягване на проблем“ ($t_{72}=4.17$; $p<.05$). В статистически значима степен повече индивиди от групата без социална тревожност предпочитат активното справяне с проблемите, като същевременно повече от изследваните лица със социална тревожност избягват проблема. Наблюдава се умерена положителна корелация между социалната фобия и копинг стратегията „избягване на проблем“ ($r = .41$, $n = 74$, $p < .001$). Едновременно се наблюдава слаба, но отрицателна корелация между наличието на социална тревожност и ефективната копинг стратегия „решаване на проблем“ ($r = .23$, $n = 74$, $p < .05$).

Резултатите отразяват очакваната посока на взаимодействие, а именно, индивидите с по-висока тревожност предпочитат неефективната копинг стратегия „избягване на проблема“ и по-скоро избягват стратегията „решаване на проблем“. Те също така търсят по-малко социална подкрепа, но тази подскала не достига статистическа значимост. Избягващото поведение и последващата социална изолация възпрепятстват използването на близките и важни за човека хора като ресурс за справяне.

В подкрепа на взаимовръзката между социална тревожност и избор на неефективни копинг стратегии, въпросникът за социално тревожни мисли като цяло, както и 3 от подскалите му, показват умерена положителна корелация с поведението „избягване на проблем“, както следва - ($r = .40$, $n = 74$, $p < .001$), „общ дискомфорт и социална неадекватност“ ($r = .42$, $n = 74$, $p < .001$), „страх от негативни оценки“ ($r = .37$, $n = 74$, $p = .001$), „тревожност при изпълнение“ ($r = .41$, $n = 74$, $p < .001$). Втората подскала „другите забелязват дистреса“ показва слаба корелация в същата посока ($r = .25$, $n = 74$, $p < .05$).

Хипотеза 4

Резултатите от изследването потвърждават четвъртата хипотеза. Установяват се значими различия между двете групи по отношение на въпросника за чувство за хумор и 3 от неговите подскали. Индивидите с повишена социална тревожност отчитат по-ниски резултати на скалата за „чувство за хумор“ като цяло ($t_{72}=2.97$; $p<.05$), както и на „социална употреба на хумора“ ($t_{72}=3.3$; $p<.05$), „използване на хумора като копинг стратегия“ ($t_{72}=2$; $p<.05$) и „отношение към хумора като цяло“ ($t_{72}=2.74$; $p<.05$). Тези данни потвърждават откритията от предишни изследвания, а именно, че чувствителността на хората със социална тревожност към хумора е значително по-ниска и способността им да го използват в социални ситуации и като начин за справяне със стресови ситуации е възпрепятствана или недоразвита. Това на свой ред свидетелства за ограничения в емоционалността и нейната проява, както и за

затруднения в процеса на ментализиране.

Заклученията се потвърждават и от корелационния анализ, който показва отрицателна корелация в умерена степен на скалата за социална тревожност с въпросника за чувство за хумор като цяло и с 3 от неговите подскали и слаба такава с третата скала „отношение към хората с чувство за хумор“. Резултатът за взаимодействие между скалата за тревожност и въпросника за чувство за хумор е ($r = -.43$, $n = 74$, $p < .001$), за първата подскала „социална употреба на хумора“ – ($r = -.46$, $n = 74$, $p < .001$), за „хуморът като копинг стратегия“ – ($r = -.33$, $n = 74$, $p = .004$), а за „отношение към хумора като цяло“ – ($r = -.41$, $n = 74$, $p < .001$)

Така обработените резултатите подкрепят и допълнителната хипотеза, че индивидите с положително отношение към хумора са и тези, които по-често избират адаптивни копинг стратегии и търсят разрешаването на проблема. Участниците от групата без социална тревожност, които избират тези начини на справяне са значително повече в сравнение с тази с висока социална тревожност.

Факторен анализ на инструментариума

След проведения количествен анализ, пожелахме да задълбочим разбирането си за феномена на социална тревожност и инструментариума, с който може да бъде изследван, като отправна точка беше въпросът дали въпросниците, които са стандартизирани в англоговоряща страна могат да уловят различните аспекти на мислите, емоциите и поведението в представителна извадка от българи.

SAT

След направения факторен анализ за този въпросник стана ясно, че предложените от авторите 4 подскали на теория не се подкрепят емпирично и решението в този случай е да се запази само 1 фактор т.е. с цел да се съхрани силата на статистическите данни и смислената интерпретация е добре да остане само общият резултат на скалата.

Можете да видите факторния анализ на скалата в **Приложение 1**.

SPIN

След направения факторен анализ за този въпросник с данните от настоящата представителна извадка, стана ясно, че предложените от авторите 3 подскали - страх, физиологична възбуда и избягване на теория не се подкрепят емпирично и решението в този случай е да се запази само 1 фактор т.е. с цел да се съхрани силата на статистическите данни и смислената интерпретация е добре да остане само общият резултат на скалата. Можете да видите факторния анализ на скалата в Приложение 1.

MSHS

След направения факторен анализ за този въпросник с данните от настоящата представителна извадка, стана ясно, че предложението на авторите, че може да съществуват 4 измерения на теория не се подкрепят емпирично. Авторите все пак предупреждават, че доказателствата за 4 подскали не са силни и както и в този случай, решението е да се запази само 1 фактор т.е. с цел да се съхрани силата на статистическите данни и смислената интерпретация е добре да остане само общият резултат на скалата. Можете да видите факторния анализ на скалата в **Приложение 1**.

Индикатор за копинг стратегии

След проведения факторен анализ бяха изведени 3 фактора на скалата, съвпадащи с теоретичното предложение на авторите. Доказва се, че скалата изследва копинг стратегии и трите фактора са валидни и за настоящата представителна извадка от българи. Те са – решаване на проблем, търсене на социална подкрепа и избягване, като по-ниският резултат за консистентност потвърждава липсата на смисъл в търсенето на един общ фактор. Във всеки случай съотношения между твърденията има. Наличието на умерена консистентност говори още, че избягването, дори разглеждано като дезадаптивна копинг стратегия, представлява активно поведение за справяне. Можете да видите факторния анализ на скалата в **Приложение 1**.

QED

След проведения факторен анализ бяха изведени 3 фактора на скалата, съвпадащи в голяма степен с теоретичното предложение на научния екип на настоящата дисертация. Във всеки случаи, от данните на настоящата представителна извадка се извлекоха факторите – дисоциация на психично ниво, дисоциация на телесно ниво и фантазия, като трябва да се отбележи, че част от твърденията не са включени в отделните скали, поради своята необвързаност с останалите айтъми, а Фактор 3 (Фантазия) се състои само от 3 твърдения. Можете да видите факторния анализ на скалата в **Приложение 1**.

С цел допълнителна яснота и възможност за извличането на повече хипотези за взаимовръзката между мислите, емоциите, защитните механизми, висшите метакогниции, представени от чувството за хумор, и поведението и посочването на насоки за бъдещи изследвания, подскалите на въпросниците, както са представени от авторите им, бяха запазени в качествения анализ. Също така добавихме трите фактора на въпросника за дисоциация QED, които бяха установени след направения “exploratory” факторен анализ.

Допълнителен регресионен анализ на данните

С цел установяване на зависимости между променливите отвъд корелационната връзка, бяха извършени серия от регресионни анализи, с помощта на SPSS и разширението Process 3.5 на Dr. Andrew F. Hayes, с цел откриване на модератори и медиатори на връзката

между социалната тревожност и защитните механизми, поведението и мислите. Модераторите са онези понятия, от които зависи обвързаността между 2 други концепции, докато медиаторите обясняват връзката между тях и отговарят на въпроса „Защо?“. Особеност на извличането на подобни взаимовръзки е размера на представителната извадка, като в случая малкият брой участници най-вероятно възпрепятства извличането на по-значими резултати.

Според теоретичния модел на изследователите връзката между наличието на социална фобия и използването на незрели защитни механизми се модерира от степента на развитост на ментализацията, в този случай измерена посредством въпросника за чувство за хумор (MSHS). Това предположение не се потвърди, отсъства значимо взаимодействие, което означава, че връзката между тревожността и дисоциацията не е функция на хумора. Връзката между същите 2 променливи не е повлияна и от възрастта.

Във всеки случай има данни за значима отрицателна корелация между социалната тревожност и скалата за дисоциация, както и между въпросника за социална фобия и четвъртата подскала на въпросника за чувство за хумор – отношение към хумора кат цяло, и също така между последната скала и въпросника за дисоциация. Тези обстоятелства сигнализират, че има голяма вероятност чувството за хумор да медира или в известна степен да обяснява отрицателната обвързаност между наличието на социална тревожност и степента на личностова зрялост. Хипотеза, която заслужава внимание и може да бъде тествана с по-голяма представителна извадка.

Едно откритие е, че връзката между социалната тревожност и копинг стратегията „избягване“ се медира от степента на зрялост на защитните механизми ($r = .46$; $p < .05$). Колкото по-избягащо е поведението в следствие на тревожността, толкова повече подлежащи незрели защитни механизми като дисоциацията се откриват. Степента на личностова зрялост обяснява избора на избягащо поведение при хората с висока социална тревожност.

3.6. Качествен анализ на резултатите

Обобщение на качествен анализ

От проведения задълбочен качествен анализ на изследваните лица с най-висок резултат на скалата за социална тревожност могат да бъдат изведени следните заключения по отношение на хипотезите на настоящото изследване:

1. Участниците с по-висока социална тревожност във всеки случай демонстрират високи нива на социално тревожни мисли. Когнитивния компонент на този вид тревожност изглежда не се влияе от индивидуалната история на изследваните лица или от другите личностови характеристики, отразени от резултатите на останалите въпросници. Страхът от негативни

оценки и притеснението, че другите забелязват дистреса имат минимален превес над общия дискомфорт и тревожността при изпълнение на дадена задача. Тези резултати още веднъж подкрепят използването на когнитивната парадигма в терапевтичен план при социално-тревно разстройство.

2. Изглежда дори при много високи нива на социална тревожност, не непременно индивидът прибегва до нуждата от психична защита. На базата на качествения анализ става ясно, че този компонент е силно повлиян както от личната история на изследваното лице, така и от изначалната личностова предиспозиция. От една страна вроденият ресурс на индивида за проява на устойчивост в лицето на изключително негативни лични преживявания и от друга - степента на системно травмиране от страна на родителското семейство и наличието на силни травматични преживявания като смърт и загуба.

Комплексният анализ на данните показва, че скалата за социална тревожност и скалата за дисоциация са обвързани с въпросника за чувство за хумор. Според данните от последния разгледаните изследвани лица могат да бъдат разделени на 2 групи – със запазена или развита чувствителност към хумора и такива с почти никакво положително отношение към него. В двете групи има по двама души с резултат на въпросника за дисоциация в норма и по един участник със завишен резултат в рамките на соматично разстройство. Личната история на участниците в двете неформални групи показва известни различия.

Индивидите с ниска чувствителност към хумора и резултат в норма по отношение на психичните защити не докладват за травматични събития в своята история. Социалната тревожност изглежда е следствие на прехвърляне на неовладяемата тревожност на родителите върху децата, системното обезценяване, наставляване и контрол. В резултат на това децата израстват с недоразвит емоционален и метакогнитивен потенциал и са косвено травмирани от страховете на своите родители до степен на инвалидизиращо тревожно разстройство. Поради скъсения си диапазон на функциониране, те нямат нуждата от психична защита, а преживяването е по-скоро на отдръпване от света и оттегляне към себе си. В този случай личната предиспозиция – чувствително дете, вероятно интроверт, води до висока социална тревожност и ограничена способност за ментализиране, но тази връзка зависи от присъствието на тревожни и свръх контролиращи родители.

Случаят, който се отличава по отношение на степента на използване на психични защити, свидетелства за травматична загуба на прародител (дядо) на фона на неразвит емоционален и метакогнитивен потенциал, поради невъзможността на родителите да откликнат на променящите се нужди на своето порастващо дете. В този случай niskият резултат на въпросника за чувство за хумор е съчетан и с високи нива на използване на незрели защити като дисоциация на психично и телесно ниво и фантазия.

От друга страна участниците в групата с висока социална тревожност, но съхранила своята чувствителност към хумора, забелязваме сходна житейска история – неразбиране от страна на родителите, подкрепа от страна на бабата, и травматично преживяване на загуба на този прародител. В случая разликата с другите участници е, че тук модериращ фактор е присъствието на човек, който да партнира на детето в неговото израстване и да подпомогне развитието на неговия личностов и емоционален потенциал, отразен от високия резултат на въпросника за чувство за хумор. Изглежда разгръщането на този ресурс е спомогнал на индивидите да се справят с травматичното събитие на загубата на прародителя, но и да не прибегват до незрели психични защити, въпреки наличието на тревожно разстройство в зряла възраст.

Случаят, който се отличава по отношение на психичните защити, отразява загубата на родител, а не на прародител, в предпубертетна възраст, което оказва и огромно влияние върху живия родител и финансовото състояние на семейството. В този случай, въпреки създадените метакогнитивни годности в изследваното лице, тези стратегии не сработват достатъчно поради изключително тежката травма и голяма част от неразрешената психична енергия се насочва към тялото до степен на соматично разстройство. Наблюдава се деперсонализация на телесно ниво като основен начин за справяне. Хипотезата в случая е, че загубата на родител в детска възраст е било прекалено силно събитие за обработване от все още неузрелия и несформиран напълно психичен апарат, което е пренесло справянето със загубата на телесно ниво, а оттук това е станало несъзнаван модел и в други трудни ситуации.

В обобщение, израстването в среда на тревожни и контролиращи родители повлиява и изостря симптомите на социална тревожност; способността за ментализация зависи от присъствието на откликващ грижещ се, а степента на използване на незрели защитни механизми - от тежестта на преживяната травма, като данни за дисоциация има и при добре ментализиращите индивиди със социална тревожност, но в тези случаи травматичното събитие е изключително тежко.

3. Качественият анализ не потвърждава първата част от третата хипотеза, а именно, че участниците с по-висока тревожност ще използват повече неефективната копинг стратегия „избягване“. Резултатите на групата са ниски, само един участник е със среден резултат. Фактори, които могат да хвърлят светлина върху тази неочаквана взаимовръзка и да я обяснят са: липса на социални умения и умения за общуване, ниска самооценка, изолация, страх от провал, болести, смърт. Ако някой от тези феномени е налице, можем да предположим и блокаж в поведението, дори в търсенето на пасивната стратегия за справяне – избягване. Втората част от хипотезата, че участниците от клиничната група ще бъдат по-пасивни към проблемите като цяло се потвърждава от качествения анализ, тъй като резултатите за активните копинг стратегии „решаване на проблем“ и „търсене на социална

подкрепа“ са средни или ниски. Данните потвърждават наблюдението за отдръпване от света и житейските задачи, занижената активност и нерядко затруднение при и нежелание за търсене на подкрепа. Налице е неизползване на стратегията „избягване“, сякаш индивидите се оттеглят дотам, че не участват в ситуации, които трябва да избягват. Може да се предположи още и че те не разпознават същата стратегия като подходяща в специфични ситуации, например като защита от ретравмиране. Невъзможността да „избягат“ от своеволията на своите родители в психичен и физически план е довело до липса на припознаване на избягването като копинг ресурс и блокаж в действията, включително и на избягване.

4. Четвъртата хипотеза на изследването се потвърждава само от половината участници. Изглежда модериращия елемент на връзката висока социална тревожност – ниска чувствителност към хумора е наличието на чувствителен грижещ се обект, който да развие емоционалния и метакогнитивен потенциал на порастващото дете. Когато този процес е успешен и в някаква степен завършен, независимо от неприятните събития и преживявания на човека, се наблюдава положително отношение към хумора, към шегаджиите и хумора като цяло, както и опити за използването му в социална среда и като копинг механизъм, дори при тежки травми да е съчетано и с използването на незрели защитни механизми. Докато при останалите участници от качествения анализ се вижда липса на чувствителност към хумора и невъзможност за използването му като стратегия за справяне.

Наблюденията от качествения анализ, които не са свързани с резултатите от батерията тестове, илюстрират типа страхове, които имат лицата със социална тревожност. Наред със страха от себеизява, общуване с всякакъв вид авторитети и изключително ниската самооценка, се забелязва парализиращия и едновременно с това нагнетяващ страх от болести, от фатална грешка и в крайна сметка от смърт. В тази връзка се препоръчва включването на екзистенциални елементи в плана на една дългосрочна психотерапия.

Друго обстоятелство, което прави впечатление в групата на най-силно социално тревожните е цялостното възпрепятстване на социалното общуване до степен на изолация, липса на умения за комуникация и невъзможност за създаване на значими приятелски и партньорски взаимоотношения. Социалната тревожност е разстройство, което може изначално и трайно да поразии тази важна сфера от функционирането на човека и да го лиши от богатството да споделя, да се грижи и да се свързва с другите.

По отношение на мотивацията за терапия, тя се случва по-трудно и бавно в сравнение с други пациенти. Дали индивидуалните затруднения ще бъдат усетени в терапията зависи от волевата устойчивост на човека и до колко той на собствен ход може да преодолее съпротивите си. Промяната се случва с бавно темпо и се нуждае от системно поддържане на постигнатите резултати в дългосрочен план.

Дискусия

Резултатите от изследването потвърждават направените хипотези. Социално-тревожните пациенти показват значително по-голямо количество тревожни мисли от една страна и по-малко положително отношение към хумора като цяло и неговата социална употреба. Те са по-склонни да използват стратегията избягване и значително по-рядко използват стратегията решаване на проблем в сравнение с хората без социално-тревожно разстройство. При тях по-често се наблюдава проявата на незрели защити като психичен блокаж, фантазия и дисоциация.

Въпреки статистически значимите резултати, наблюдават се неочаквани по-малко явни открития за особеностите на личността на пациентите със социално-тревожно разстройство, представена от модела на Бек – когниции, емоции, поведение. Безспорно най-силна и непротиворечива е връзката на социалната тревожност със социално-тревожните когниции. Най-значими за тази група пациенти са мислите, свързани с оценка от другите, изпълнение на задача и общ дискомфорт. Притеснението, че другите забелязват физиологичните и поведенчески белези на тревожността отстъпва пред гореспоменатите фактори, обстоятелство, което може да отразява особености на настоящата извадка или да бъде културално обусловено. Очаквано социално-тревожните пациенти изпитват затруднение в намирането на подходящ поведенчески отговор и често прибегват до т.нар. дисфункционални копинг стратегии, каквото е избягването. В случая този резултат е придружен от наблюдението, че проявяването на активност за каквото и да е поведение е ниско. Резултатите от клиничната група сочат не само за проблеми в избора на стратегия, но и за цялостно оттегляне от ситуациите, изискващи действие. На базата на последващия качествен анализ може да се обобщи, че хората със социална тревожност често се оттеглят от взаимоотношенията до степен да се оттеглят от живота и всички негови предизвикателства. Хората със социална тревожност по-рядко използват стратегията решаване на проблем, по-често предпочитат да се справят като избягват дадена ситуация или решението ѝ. Едновременно с това често те имат затруднение да търсят и получават социална подкрепа. Причините за това могат да бъдат разнопосочни, но качественият анализ повдига завесата за възможни отговори. От една страна в повечето случаи тревожността е следствие на травмиращи и ретравмиращи обстоятелства в семейната среда. Най-близките на пациентите, техните основни грижещи се, не съумяват да дадат нужната подкрепа в ключови моменти на съзряването. Накратко пациентите нямат опитност да получават социална подкрепа, не знаят как да я потърсят и как да я разпознаят. От друга страна тяхната личностна и метакогнитивна незрялост не благоприятства търсенето на чужд опит за научаване като възможност за справяне със собствените житейски проблеми. Не е за пренебрегване цялостната пасивност, която отразяват резултатите от този въпросник. Стойностите на хората с висока социална тревожност са значително по-ниски в сравнение с

тези в норма. Ниските резултати на хората с висока социална тревожност на трите скали на въпросника показва истинско оттегляне от света, нежелание за включване в живота и пасивност до степен на самопредизвикана дълбока изолация. Страховете на тези хора, вярата, че им липсват умения за общуване, и незнанието как да се справят с трудни за тях ситуации – дори да прибегнат до активно избягване на ситуацията, са толкова силни, че дезадаптират тяхното поведение в огромна степен и ги лишават от възможността да трупат нови и различни преживявания.

Социално тревожните хора също така като група показват по-ниска чувствителност към хумора и неговата употреба. Хуморът е много сложен феномен, за чието възникване и основна функция съществуват теории от векове и продължават да се конструират такива. Улесняване на адаптацията, защитаване на егото и канализиране на нервното напрежение са само част от множеството функции, които хуморът изпълнява за човечеството. Изследването показва, че при хората с по-висока тревожност способността за използване на хумора е по-малка в сравнение с хората в норма. Според много изследвания, направени в областта на ментализацията, това най-вероятно се дължи на недоразвита рефлексивна метакогнитивна способност за възприемане и едновременно интегриране на собствената и чуждата гледна точка, за толериране на несъответствие между очакване и реалност. Причина за подобен „дефект“, освен на конституционална предиспозиция, може да се дължи на несигурна привързаност или травматични преживявания в детството, които на свой ред инхибират развитието на способността за ментализиране със защитна цел - запазване цялостта на аз-а.

Резултатите от изследването показват свързаност между концепциите за социална тревожност и дисоциация. С помощта на качествения анализ и данните от регресионния анализ става ясно, че тази зависимост е със сложна природа. От една страна социално тревожните хора наистина прибегват по-често до незрели защитни механизми, но това обстоятелство се модерира от наличието на травма в житейската история и в някаква степен се обяснява от степента на метакогнитивна зрялост и положително отношение към хумора. Дисоциацията от своя страна играе роля за разбирането на връзката между социалната тревожност и избягващото поведение.

Ограничения и препоръки

Основно ограничение на изследването е неговият естествен модел. Не е етично състоянието на социална фобия да бъде целенасочено провокирано, така че да се очертаят експериментална и контролна група и затова анализът на данните е предимно корелационен, отразяващ непрекъснатата променлива на социална тревожност. Друго обстоятелство, което намалява степента на значимост на количествения анализ е фактът, че изследването не проследява участниците във времето, а събира информация само за определен момент от тяхното функциониране.

От друга страна изследването е богато на данни от качествения анализ, които дават уникална възможност да се направят хипотези за взаимовръзките на различните променливи и за развитието на отделните феномени – социална тревожност, ментализация, психични защити, които след това да се проверят емпирично.

В бъдеще ще бъде от изключително значение за областта на социалната тревожност да се проведе експериментално изследване с и без терапия, като могат да се обособят няколко типа терапия, и да се провери дали теоретичните открития на настоящата работа се потвърждават и в каква степен, спрямо културалните особености на българите.

Теоретични и практико-приложни постижения в дисертационната разработка

Теоретични постижения на дисертационния труд

Настоящото изследване повдига „завесата“ за взаимовръзките между мисли, емоции, поведение, защитни механизми, личностова зрялост и метакогнитивни способности при хората със социална тревожност. В някои отношения очакванията се потвърждават, докато други поставят нови въпроси и прецизират различни хипотези за бъдещи изследвания.

Според резултатите връзката между силата на социалната тревожност и степента на изявеност на социално-тревожните мисли е неотменна. Допълнително задълбочаване в отделните характеристики и проявления на когнитивния и емоционалния компонент е излишна предвид факторния анализ на въпросниците и извода, че тревожността е всъщност един феномен с много „лица“ и търсене на още детайли при тестването може само да обърка и напругне хората с това разстройство, което на свой ред ще изкриви данните по начини, които ще бъде трудно да се коригира. Още едно доказателство за промяна на фокуса в най-съвременните терапевтични протоколи при социална тревожност, където откриването, оценяването и анализирането на тревожността отпада - в случая за валидно за извадка от българи.

Връзката между социалната фобия и поведението в никакъв случай не е така директна, както очаквахме. Хипотезата, че хората със социална тревожност ще показват по-ниска активност при решаването на проблеми се потвърждава, но те също така изпитват затруднения в търсенето на подкрепа и в много от случаите резултатът им за стратегията „избягване“ също е нисък. Това обстоятелство неминуемо представя сложната взаимовръзка на тези два феномена и нуждата от по-задълбочени изследвания и със сигурност посочва необходимостта от включването му в психотерапевтичните особености при тези случаи. Тук повече от където и да е другаде проличава, че избягването всъщност е активен избор, а индивидите с висока социална тревожност са пасивни до степен да не използват и тази стратегия за справяне. Това разбира се отразява колко тежка е тяхната патология и представлява важна информация за терапевта.

Въпреки че хипотезата, че хората със социална тревожност ще имат по-нисък резултат на

въпросника за чувство за хумор се потвърди и те като група проявяват значително по-ниска чувствителност към този феномен, това не означава, че няма и изключения. От качествения анализ стана ясно, че изключенията се формират в осакатяваща и стресираща семейна среда, но с наличието на 1 грижещ се – обикновено прародител, който да партнира на детето в неговото порастване. Тези трудно доловими различия са важни за разбирането ни за метакогнитивното функциониране на хората със социално тревожно разстройство и възможностите им да бъдат въвлечени и да се възползват от лечение. Възможно е метакогнитивните способности да обясняват връзката между социалната тревожност и използването на незрели защитни механизми, но тази хипотеза следва да се провери по-нататък и с различен инструментариум.

Връзка между прояви на социална тревожност и такива на дисоциация има, въпреки че не непременно. От качествения анализ стана ясно, че тази връзка се модерира от фактора преживяна травма. С други думи, ако социалната тревожност се дължи на интровертен темперамент и индиректно травмиране на родителите и свръхконтрол, обикновено индивидът се научава да функционира и да се справя по собствен начин и не прибегва до незрели защитни механизми. От друга страна, ако към това се добави тежко травматично преживяване, е много вероятно създадените механизми за справяне да не са достатъчни и дисоциацията да стигне до ниво соматизация.

Изводите от пилотните изследвания, че социалната тревожност засяга мъжете по-късно, а жените в по-ранна възраст, не се потвърдиха. Социалната тревожност е изявена по-рано в жизнения цикъл. Образователната степен от своя страна и натрупването на опит с възрастта играят защитна роля и в тези случаи се наблюдава по-рядко прибегване до дисоциация. Продължителността на обучението е от значение не само за развитие на интелектуалния потенциал, но служи и като буфер срещу високи нива на стрес.

Настоящото изследване има още един принос в разбирането на феномена на социалната тревожност. Връзката между високите нива на социална тревожност и избора на копинг стратегията „избягване“ се обяснява от личностовата незрялост, в случая от присъствието на незрели защитни механизми. Колкото повече тези индивиди използват „избягването“ като стратегия, толкова по-вероятно е те да имат сериозни личностови дефицити, като става въпрос за годности, които не са били стимулирани повече, отколкото за разрушени такива от травматични преживявания.

Теоретико-практични постижения за лечението на социално тревожно разстройство

Неоспоримата обвързаност на състоянието социална тревожност с неговия когнитивен компонент свидетелства за нуждата от използването на КПТ при лечението на тези пациенти, тъй като при този подход фокусът е именно върху идентифицирането, оспорването и преформулирането на дисфункционални мисли, правила, допускания и вярвания. От

литературния обзор на настоящия научен труд става ясно, че КПТ е най-ефективното лечение на социална тревожност към момента, след приключването ѝ пациентите продължават да се подобряват и търсят по-малко поддържаща терапия и процентът на отпадане е 13%. Разбира се, важно е да се интегрират най-съвременните протоколи в лечението на социално тревожното разстройство - идентифициране на очаквания и вярвания за социални ситуации и тяхното проверяване с поведенчески експеримент, трениране на фокуса на вниманието между външни и вътрешни стимули, използването на видео обратна връзка за оспорване на ригидни вътрешни представи и допускания.

От настоящите данни следва, че всички допълнителни начини за намаляване високите нива на тревожност като разсейване, релаксационни техники, майндфулнес са препоръчителни като придружаващи средства за овладяване на състоянието. Важно е изборът на терапия да адресира подлежащите депресивни симптоми, защото в много от случаите те правят симптоматиката по-сериозна и затрудняват благоприятна изход от лечението.

Не без основание може да се допусне, че признаците на дълбоко оттегляне от света към себе си, уловени от ниския резултат на копинга „избягване“, са провокирани от изкривени базови вярвания и страхове. В хода на терапията, ако тези дисфункционални вярвания са свързани с това до колко самите пациенти притежават или вярват, че притежават способности за общуване, тренинг в социални умения и повишаване на самооценката, както и моделиране от страна на терапевта, ще бъдат подходящи.

От качествения анализ стана ясно, че хората със социална тревожност живеят с много страхове, ако не свои, то интернализирани такива от своите близки. Опасенията им са концентрирани в очаквания за провал, болести и смърт. Вярвам, че включването на екзистенциален подход в една дългосрочна терапия може да има благоприятен ефект върху изхода от лечението и вероятността от рецидив.

Използването на хумор и метафори се оказва подходящо не само за хората в норма, но и за някои случаи на социална тревожност. Отново индивидуалният подход, събирането на данни и формулировката на случай са решаващи за правилния избор на техника от терапевта. Във всеки случай има хора с много висока социална тревожност, които са способни не само да разбират хумора и да го оценяват у другите, но и да го използват в социалните контакти и като начин за справяне в трудни ситуации. Това обстоятелство поставя въпроса дали да бъдат подбрани участниците със социална тревожност в една груповая терапия и какви ще бъдат критериите за това. В допълнение или по-скоро като първи стъпки към използването на метафори в терапевтичния процес стои базираната върху ментализация терапия (МБТ). Нейното използване ще даде уникалния шанс на пациентите да интегрират различните режими на функциониране, да подобрят своите метакогнитивни годности и да тестват реалността. И на базата на своите открития, не на страховете, да формират бъдещи очаквания.

Данните от качествения анализ показват и поведението на пациентите със социална

тревожност в терапия. На преден план излиза високият риск от преустановяване на терапия, не само заради това, че тя съдържа в себе си източника на фобията, но и поради факта, че при всеки напредък, старите норми и установения ред се нарушават, а това се превръща в нов източник на стрес, тревожност и несигурност в пациентите. Както е отбелязано в теоретични обзор, фактът, че може би за първи път се излагат на ситуации, от които се страхуват, води неотменно до покачване на тревожността и задържането им в терапия зависи от успешното ѝ преодоляване. Интересно е, че и преживяванията на гняв и неспособността да се справят и с тази емоция може да се превърне в причина за напускане на терапията. Поради тези обстоятелства, както и заради недоразвитите метакогнитивни способности и невъзможността за учене чрез чуждия опит, нуждата от поддържаща терапия е голяма.

Практични постижения на дисертационния труд

Практически принос на настоящото изследване е специалното внимание към използваните въпросници и извършването на факторен анализ. Данните могат да бъдат взети под внимание в бъдещи научни теми, тъй като вече има доказателства за или против обособяването на скали за отделните въпросници.

Заключение

Настоящото изследване има за цел да потвърди резултатите от предишни изследвания (Димитрова и Петкова, 2014), разглеждащи взаимовръзката между социална тревожност и чувство за хумор, както и да представи социалната тревожност в светлината на когнитивния модел и съпътстващите я когнитивни и поведенчески особености. Данните от изследването потвърдиха първоначалната идея, че високите нива на тревожност се отразяват на способността за ментализация и в конкретния случай на разбирането и използването на хумора. Съществува тясна обвързаност между високите нива на социална тревожност и използването на дезадаптивни копинг стратегии и незрели защитни механизми. Високите нива на обща тревожност също така са съпътствани от наличието на дисфункционални мисли. Настоящите данни се нуждаят от по-задълбочено изследване и анализ с помощта на по-голяма представителна извадка и наличието на терапевтична и контролна група, за да може да се даде по-цялостно обяснение на наблюдаваните взаимодействия. Настоящото изследване доказва, че личностната зрялост играе ролята на модериращ фактор между високите нива на социална тревожност и използването на дезадаптивни копинг стратегии и загатва за свързаност с чувството за хумор като медиращ фактор на тази диада.

Важно е настоящите резултати да бъдат допълнително подкрепени от експериментално изследване, насочено към прилагане на новите установени взаимовръзки

между феномените в рамките на добре структурирана терапия.

ПУБЛИКАЦИИ

- Публикации в научни издания, одобрени от НАЦИД:

Димитрова, С. (2021). Социална тревожност и копинг стратегии. *Клинична и Консултативна Психология*, бр. 38, ISSN 1314-0280.

Димитрова, С. (2021). Терапевтични подходи и препоръки за практиката при социално тревожно разстройство. *Клинична и Консултативна Психология*, бр. 39, ISSN 1314-0280.

Димитрова, С. (2021). Алтернативен подход към социално тревожното разстройство. *Електронно издание на ВСУ "Черноризец Храбър"*, ISSN 1313-7514.

- Други публикации:

Петкова, П., Матанова, В. и колектив. (2020). Проективният тематично-аперцептивен тест за възрастни и деца. Издателска къща "Стено". ISBN 978-619-241-124-4.

Петкова, П., Цонева, Н., Димитрова, С. (2018). Майндфулнес техники при ПТСР. 48-ми Европейски конгрес по когнитивна терапия, София.

Димитрова, С. (2018). Когнитивен мост-употребата на метафори в КПТ. 48-ми Европейски конгрес по когнитивна терапия, София.

Петкова П., Петрова, Г., Димитрова, С. (2018). Нарушения в процеса на ментализация при психосоматични заболявания. *Когнитивно-поведенческа психотерапия*, бр. 1.

Петкова, П., Димитрова, С. (2017). Гневът в психотерапевтичната практика. Научна конференция с международно участие по психиатрия и клинична психология „Гневът“, София.

Петкова, П., Димитрова, С. (2016). Емоционална регулация в когнитивно-поведенческата. *Когнитивно-поведенческа психотерапия*, бр. 1, 18-22.

Chaplin, W. & Dimitrova, S. (2016). The personality of psychotherapy clients: Agreeable and emotionally stable clients show greater improvement over time. 18th European Conference on Personality (ECP18), Romania.

Петкова, П., Димитрова, С., Петрова, Г. (2015). Когнитивно-поведенчески подходи при заболявания в терминален стадий. *Когнитивно-поведенческа психотерапия*, бр. 1, 28-36.

Димитрова, С. & Петкова, П. (2014). Социална тревожност и чувство за хумор. Седми национален конгрес по психология, Процентски център ЛМ.

Петкова, П., Петрова, Г., Димитрова, С. (2014). Дисфункционални емоционални изкривявания в когнитивно-поведенческата психотерапия. Когнитивно-поведенческа психотерапия, бр. 1, 36-42.

Петкова, П. & Димитрова, С. (2013). Когнитивно-поведенческа терапия и ментализация. Списание по Когнитивно-поведенческа Психотерапия, ИК М&М.

Таблица 1

Кростабулация пол/възраст

Кростабулация			
Пол/възраст			
0.00 мъже	Брой	Валидни	30
		Липсващи	0
	Mean		39.1333
	Median		36.5000
	Mode		50.00
	Std. Deviation		10.80145
	Minimum		19.00
	Maximum		58.00
1.00 жени	Брой	Валидни	44
		Липсващи	0
	Mean		36.6364
	Median		38.5000
	Mode		27.00 ^a
	Std. Deviation		10.97585
	Minimum		16.00
	Maximum		62.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Таблица 2*Кростабулация пол/образование*

Пол/Образование		Кростабулация			Общо
		Категории образование - 2 групи			
		1.00 средно	2.00 висше		
Пол	1.00 мъже	Брой	9	21	30
		% within пол	30.0%	70.0%	100.0%
	2.00 жени	Брой	9	35	44
		% within пол	20.5%	79.5%	100.0%
Общо		Брой	18	56	74
		% within пол	24.3%	75.7%	100.0%

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
p < .01

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)
p < .05

Приложение 1

Факторен анализ на скалите

Резултати от Факторен Анализ на Въпросника за Дисоциация - QED

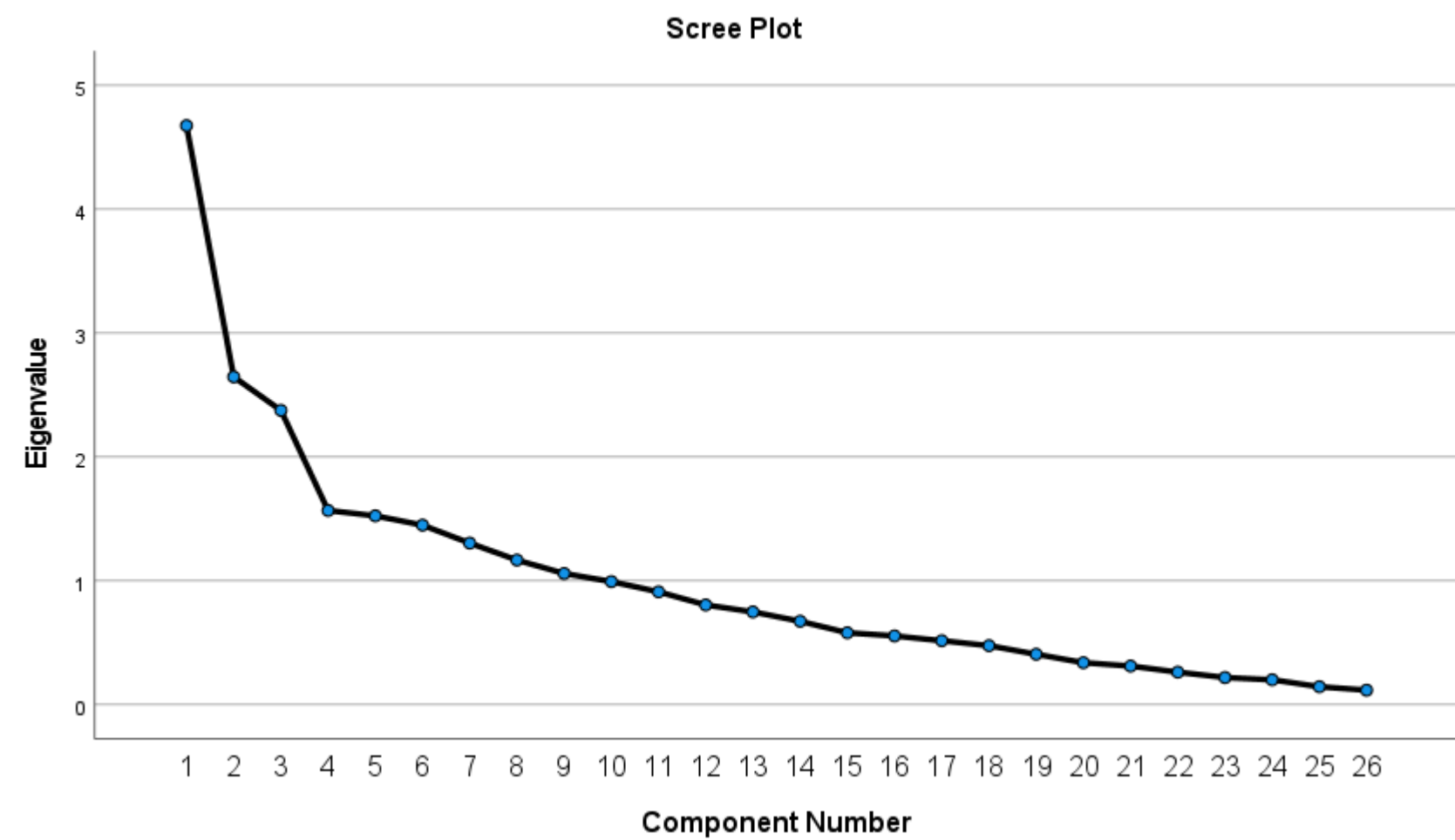
Твърдение	Factor loading		
	1	2	3
14. Понякога крайниците ми се движат самостоятелно.	0.73	0.11	-0.2
13. Понякога се чувствам сякаш има някой вътре в мен, който управлява действията ми.	0.68	0.15	0.10
22. Душата ми понякога напуска тялото.	0.65	-0.05	0.13
11. Докато пораствах, хората често казваха, че изглеждам сякаш съм в мой собствен свят.	0.59	0.15	0.18
12. Понякога се чувствам сякаш тялото ми претърпява преобразяване.	0.57	0.03	0.05
2. От време на време се чувствам като някой друг.	0.54	-0.43	-0.18
3. Понякога съзнанието ми блокира, изпразва се напълно.	0.54	-0.44	-0.11
8. Имал съм периоди, когато не мога да си спомня къде съм бил предишния ден (дни).	0.52	0.38	-0.18
4. Често се чудя кой съм всъщност.	0.50	-0.31	-0.30
9. Когато се опитвам да казвам думи, те не излизат правилно.	0.49	0.07	0.19
1. Често чувствам като че ли нещата не са реални.	0.49	-0.46	0.04
5. Веднъж или повече пъти ми се е случвало да гледам себе си втренчено в огледалото, сякаш гледам непознат човек.	0.44	-0.30	-0.06
16. Понякога имам проблеми да разбирам речта на другите.	0.35	-0.05	-0.14
7. Рядко се чувствам объркан, като в мъгла.	0.13	-0.11	0.10
15. Когато бях дете рядко сядах и мечтаех в училище.	-0.19	-0.62	0.05
19. Имам богат и вълнуващ фантазен живот.	0.06	-0.60	-0.18

21. Фантазирам (мечтая) малко.	0.05	-0.60	0.02
26. Никога не съм имал периоди на déjà vu, да се озовавам в нова позиция с ясното чувство, че съм бил там или че съм преживял това преди.	-0.39	-0.59	-0.08
6. Често усещам, че в моите мисли и действия липсва мисълта за мен.	0.13	-0.32	0.31
18. Съзнанието ми никога не се е изпразвало.	0.03	-0.32	0.23
25. Никога не съм изпадал в транс като хипноза.	0.09	-0.02	0.72
10. Никога не съм стигал някъде без да знам къде съм бил преди това или как съм се озовал там.	-0.06	0.25	0.66
17. Рядко се безпокоя от това къде слагам нещата.	-0.002	0.14	0.60
23. Не мисля, че ще мога да се хипнотизирам.	0.063	-0.20	0.56
20. Никога не ми се е случвало да гледам в пространството без да мисля за нищо.	-0.173	-0.09	0.49
<u>24. Когато бях дете, никога не съм имал въображаеми приятели.</u>	<u>0.316</u>	<u>0.01</u>	<u>0.34</u>
Percentage of variance	17.98%	10.18%	<u>9.13%</u>
Стойност на "eigen"	4.68	2.65	<u>2.38</u>

Метод на извличане: Principal Component Analysis.

Метод на ротация: Oblimin with Kaiser Normalization.

Факторни стойности над **.49** са удебелени.



Резултати от Факторен Анализ на Въпросника за Социална Тревожност - SPIN

Твърдение

	Factor loading		
	1	2	3
5. Да бъда критикуван ме плаши много.	0.84	-0.10	-0.35
16. Избягвам да разговарям с който и да е авторитет.	0.83	-0.02	0.16
15. Да съм смутен или да изглеждам глупаво са сред най-лошите ми страхове	0.81	-0.16	-0.30
10. Да говоря с непознати ме плаши.	0.80	0.37	-0.01
6. Страхът от неудобство ме кара да избягвам да правя неща или да говоря с хора.	0.79	-0.16	-0.13
14. Страх ме е да правя неща, когато други хора може да гледат.	0.79	-0.19	0.09
13. Сърцебиенето ме притеснява, когато съм сред хора.	0.77	0.25	-0.17
9. Избягвам дейности, в които съм център на вниманието.	0.77	-0.22	0.43
3. Партита и социални събития ме плашат.	0.76	0	0.16
17. Разтреперването пред други ме притеснява.	0.71	0.21	-0.22
8. Избягвам да ходя на партита.	0.71	0.16	0.35
12. Бих направил всичко, за да избегна да бъда критикуван.	0.70	-0.08	-0.4
1. Страхувам се от авторитети.	0.70	-0.45	-0.08
7. Изпотяването пред хора ми причинява безпокойство.	0.69	0.3	0.14
11. Избягвам да произнасям речи.	0.69	-0.33	0.30
2. Притеснявам се, че се изчервявам пред хората.	0.68	-0.05	0.08
4. Избягвам да разговарям с хора, които не познавам.	0.68	0.51	0.08

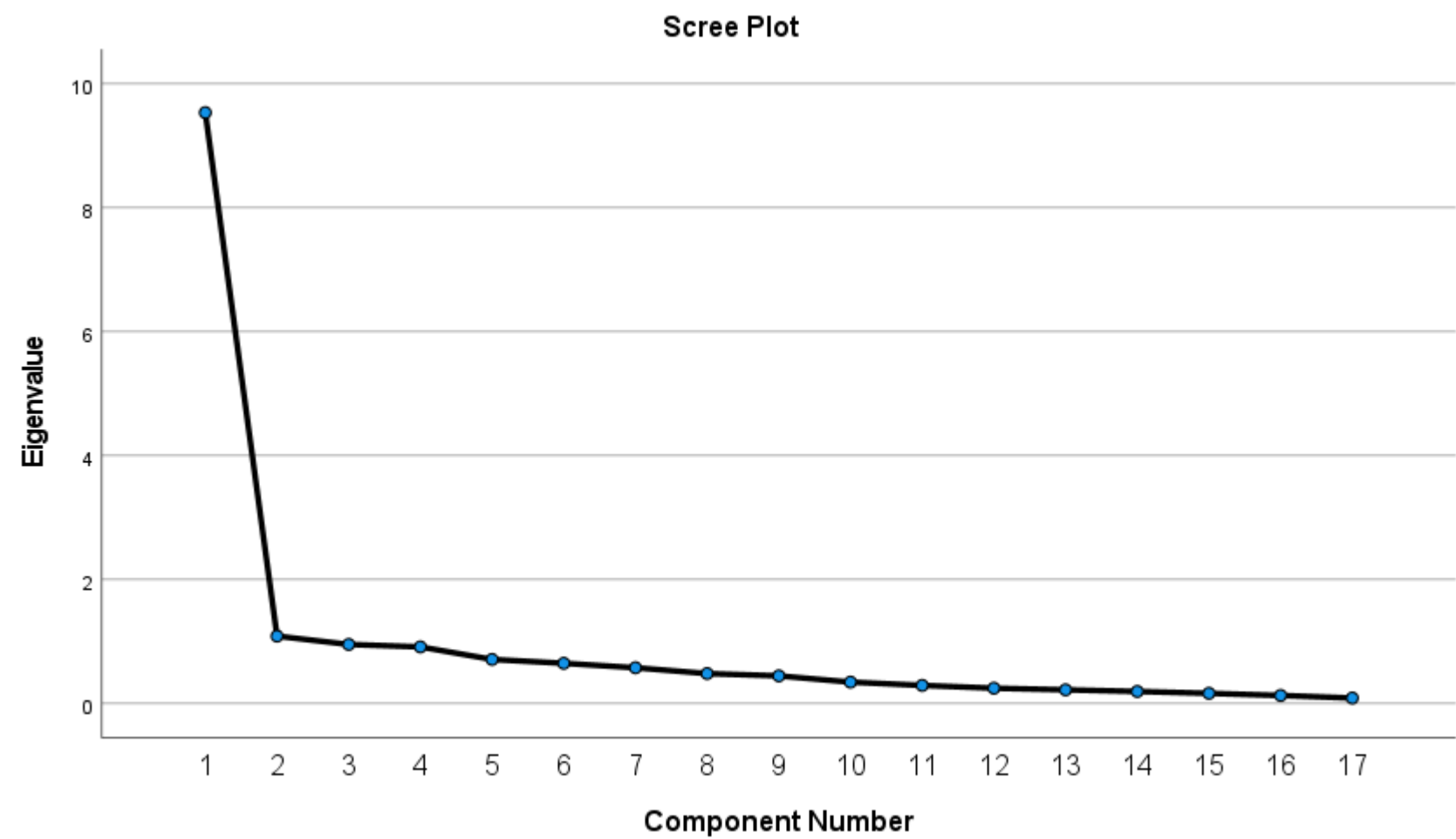
Percentage of variance 56.07% 6.39% 5.59%

Стойност на „eigen” 9.53 1.09 0.95

Метод на извличане: Principal Component Analysis.

Метод на ротация: Oblimin with Kaiser Normalization.

Факторни стойности над .50 са удебелени.



Резултати от Факторен Анализ на Въпросника за Социално Тревожни Мисли - SAT

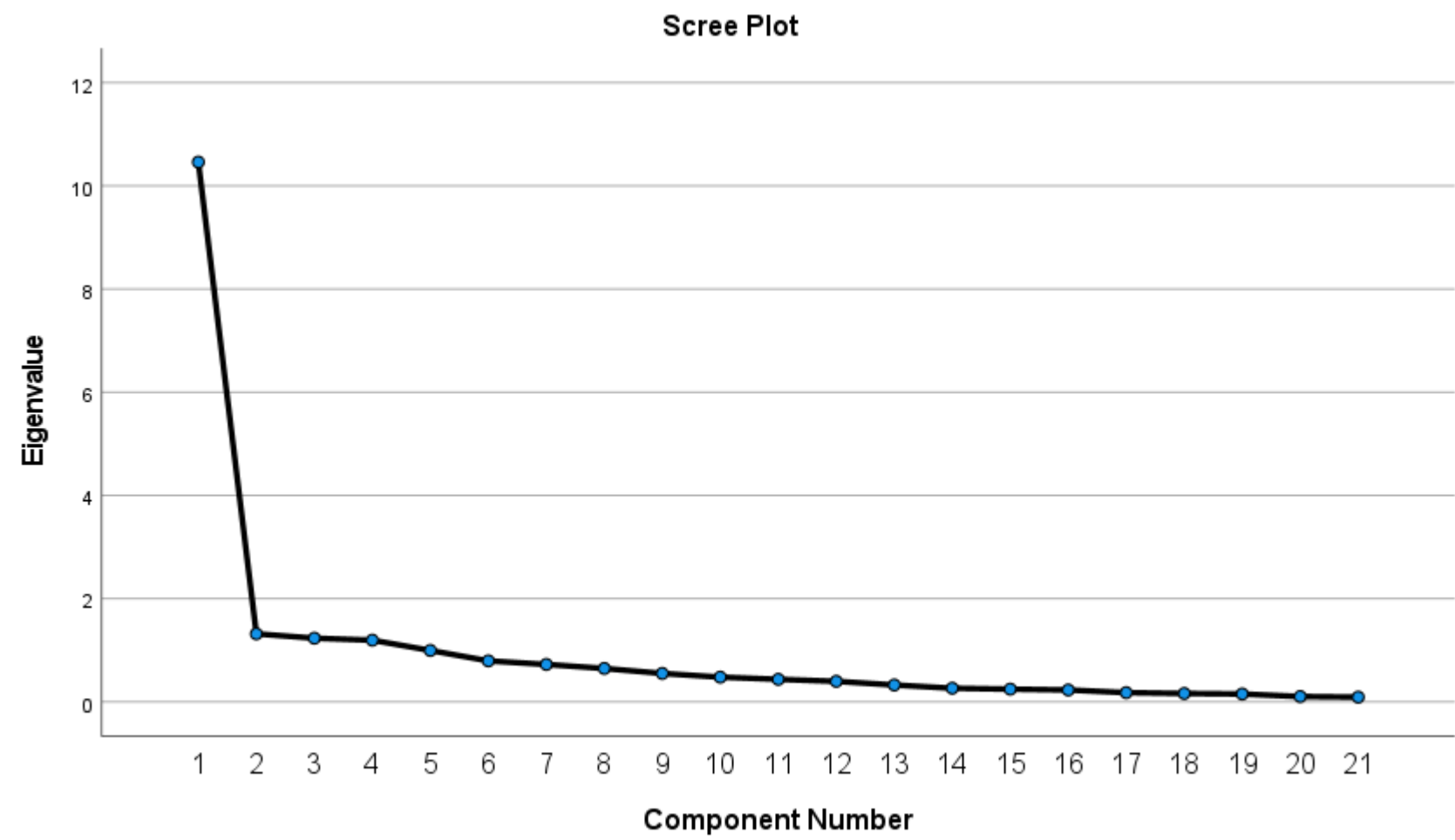
Твърдение

	Факторни стойности	
	1	2
13. Чувствам се беззащитен.	0.90	-0.06
7. Чувствам се уплашен.	0.87	0.04
14. Ще се вцепеня.	0.82	0.04
20. Другите няма да ме разберат.	0.79	-0.10
8. Искат ми се просто да можех да бъда себе си.	0.75	-0.11
16. Не ми харесва да съм в тази ситуация.	0.66	0.10
19. Чувствам напрежение в стомаха си.	0.65	0.05
17. Неадекватен съм.	0.64	0.21
10. Разтреперан съм.	0.62	0.22
4. Изпотявам се.	0.50	0.12
5. Какво да кажа най-напред?	0.42	0.17
12. Дали другите ще забележат тревожността ми?	-0.08	0.89
6. Могат ли да познаят, че съм нервен.	-0.12	0.85
21. Какво мислят за мен?	-0.02	0.85
18. Дали тревожността ми си личи?	0.10	0.76
15. Сега знаят, че съм нервен.	0.19	0.65
9. Какво ли си мислят за мен сега?	0.16	0.63
3. Може би звуча глупаво.	0.20	0.61
2. Не знам какво да кажа.	0.12	0.58
11. Не произнасям думите добре.	0.00	0.47
1. Чувствам се напрегнат и несигурен.	0.36	0.41
Percentage of Variance	49.89%	6.28%
Стойност на „eigen”	10.46	1.32

Метод на извличане: Principal Component Analysis.

Метод на ротация: Oblimin with Kaiser Normalization.

Факторни стойности над **.50** са удебелени



Резултати от Факторен Анализ на Скалата за Копинг Стратегии

Твърдение

	Factor loading		
	1	2	3
12. Доверявам страховете си на своите родственици или на приятели.	0.83	0.07	-0.04
24. Отивам при приятел, за да ми помогне да разбере по-добре проблема.	0.7	0.03	-0.08
14. Разказвам на другите ситуацията, тъй като нейното обсъждане ми помага да намеря решение.	0.69	-0.02	-0.13
32. Искам утеха и успокоение от тези, които ме познават най-добре.	0.67	-0.01	0.21
23. Отивам при приятел за съвет - как да се справя със ситуацията.	0.64	0.04	0.05
7. Обсъждам ситуацията с хора, тъй като обсъждането ми помага да се почувствам по-добре.	0.63	0.05	-0.09
1. Позволявам си да споделя чувствата си с друг/други.	0.61	0.05	-0.35
25. Приемам съчувствието и взаимното разбиране на приятелите.	0.56	0.43	0.09
5. Приемам съчувствие и разбиране от някого.	0.55	0.24	-0.12
31. Приемам помощта на приятели и родственици.	0.53	0.34	0.04
19. Отивам при някого (приятел или специалист), за да ми помогне да се почувствам по-добре.	0.51	-0.23	0.03
10. Мечтая, фантазирам за по-добри времена.	0.48	0.02	0.25
16. Съсредоточавам се изцяло върху разрешаването на проблема.	-0.01	0.71	0.12
20. Стоя твърдо и се боря за това, което ми е нужно в тази ситуация.	-0.06	0.70	-0.04
29. Опитвам се да разреша проблема.	0.06	0.66	-0.14
9. Много внимателно преценявам възможностите си за избор.	-0.073	0.64	0.30
17. Размишлявам върху план за действие.	0.08	0.61	0.21
33. Опитвам се прецизно да планирам своите действия, а не да действам импулсивно под влиянието на външни стимули.	-0.08	0.58	-0.06
15. Мисля за това какво трябва да се направи, за да се подобри ситуацията.	0.19	0.51	0.08
8. Поставям си ред от цели, които ми позволяват да се справя постепенно със ситуацията.	0.05	0.50	-0.12
11. Опитвам се с различни способности да разреша проблема, докато не се намери подходящ.	0.04	0.49	-0.17
28. Представям си, че съм герой от книга или филм.	0.25	-0.37	0.32
2. Опитвам се да направя всичко, така че да може най-добре да се разреши проблема.	0.18	0.29	-0.01
3. Търся възможни решения преди да предприема нещо.	-0.02	0.26	0.05

21. Избягвам общуването с хора.	-0.36	-0.05	0.68
18. Гледам телевизия повече от обикновено.	0.05	0.07	0.60
6. Правя всичко възможно да не разберат другите, че имам проблем.	-0.35	0.09	0.56
27. Представям си, че би могло да бъде различно.	0.32	-0.26	0.55
30. Искам хората да ме оставят намира.	-0.29	0.02	0.52
22. Занимавам се с хобито си или със спорт, за да избегна проблема.	0.35	0.01	0.51
4. Опитвам се да отвлека вниманието си от проблема.	-0.07	0.06	0.51
13. Пазарувам по-дълго време от обикновено.	0.26	0.20	0.28
26. Спя повече от обикновено.	0.09	-0.03	0.25

Percentage of variance	19.18%	10.39%	<u>9.00%</u>
Стойност на 'eigen'	6.33	3.43	<u>2.97</u>

Метод на извличане: Principal Component Analysis.

Метод на ротация: Oblimin with Kaiser Normalization.

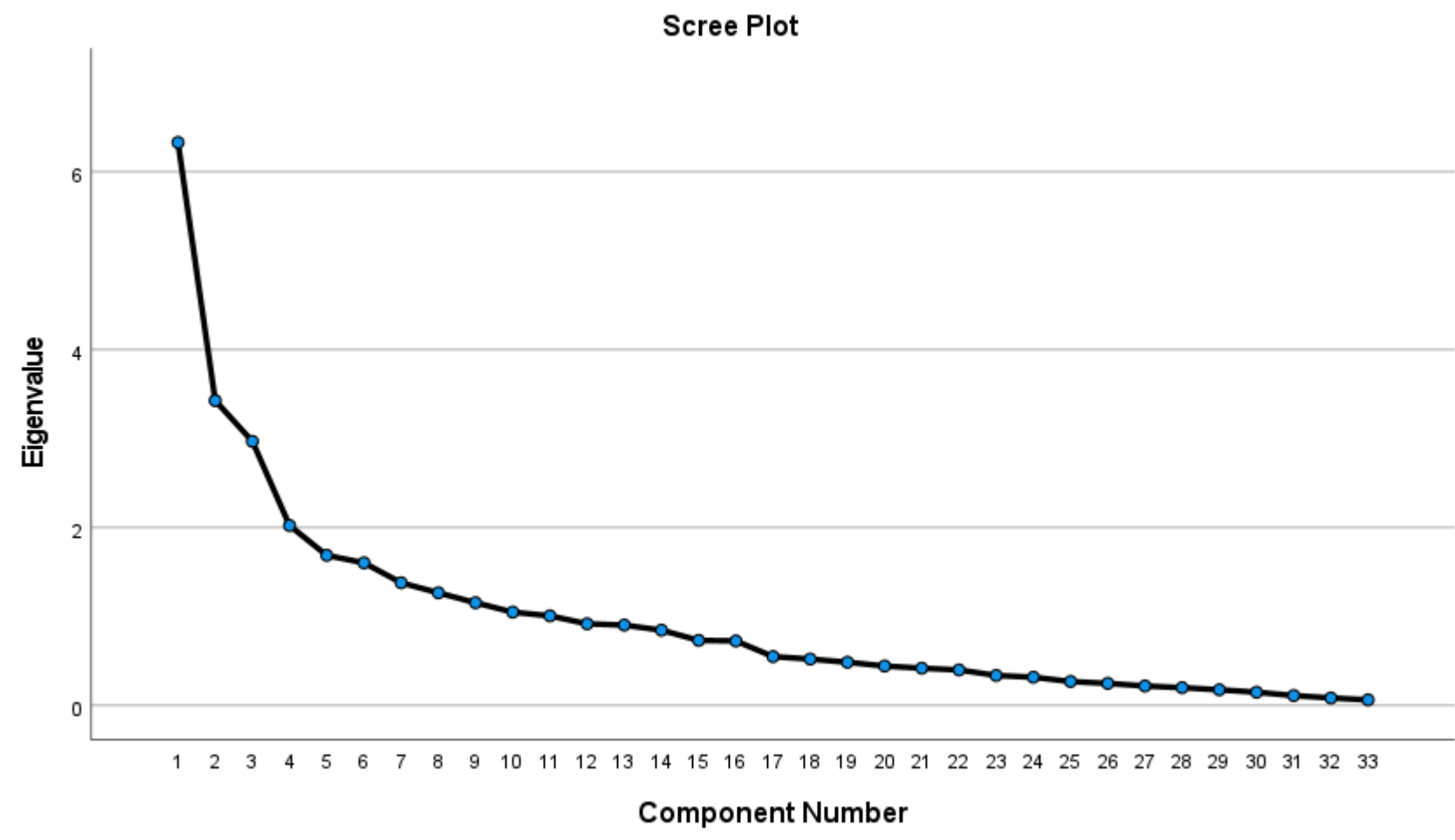
Факторни стойности над **.25** са удебелени

Корелационна матрица на компонентите

Компонент		1	2	3
1	1	0.154	0.05	
2	0.154	1	-0.019	
3	0.05	-0.019	1	

Метод на извличане: Principal Component Analysis.

Метод на ротация: Oblimin with Kaiser Normalization.



Резултати от Факторен Анализ на Скалата за Чувство за Хумор - MSHS

Твърдение

Factor Loading

	1	2
12. Мога да кажа нещата по такъв начин, че да накарам хората а се смеят.	0.86	-0.11
15. Хората се обръщат към мен да кажа нещо забавно.	0.85	-0.19
3. Уверен съм, че мога да накарам другите хора да се смеят.	0.82	0.01
21. Аз всъщност мога да контролирам група хора, като използвам чувството си за хумор.	0.78	-0.18
5. Другите хора ми казват, че говоря забавни неща.	0.77	-0.13
9. Често мога да разсмея хората с нещата, които казвам.	0.76	0.09
7. Мога да успокоя напрегната ситуация, като кажа нещо смешно.	0.75	0.19
24. Моите остроумни изказвания забавляват всички.	0.74	-0.04
2. Използването на остроумие или хумор ми помага да се справям с трудни ситуации.	0.74	0.18
18. Смятан съм за духовит човек от моите приятели.	0.72	0.08
6. Мога да използвам остроумие да се адаптирам към много ситуации.	0.72	0.21
23. Използвам хумора, за да забавлявам моите приятели.	0.70	0.25
1. Понякога измислям вицове или забавни истории.	0.68	-0.10
19. Да се справяш, използвайки хумор, е елегантен начин да се справяш.	0.65	0.16
22. Използването на хумор ми помага да бъда по-спокоен.	0.64	0.26
16. Хуморът ми помага да се справям.	0.55	0.44
13. Хуморът е лош механизъм за справяне.	0.12	0.69
20. Да се опитваш да овладееш ситуации, като използваш хумор, е наистина глупаво.	0.20	0.56
8. Хората, които разказват вицове, са досадни.	0.09	0.53
4. Не харесвам комикси.	-0.36	0.52
10. Харесвам добрата шега.	0.42	0.49
11. Да наречеш някой "клоун" е истинска обида.	-0.07	0.41
14. Оценявам онези, които създават хумор.	0.24	0.30
17. Чувствам се неудобно, когато всички разказват вицове.	0.1	0.23

Percentage of variense 42.59% 8.17%

Стойност на „eigen” 10.22 1.95

Метод на извличане: Principal Component Analysis.

Метод на ротация: Oblimin with Kaiser Normalization.
Факторни стойности над .50 са удебелени.

