



СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ "СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ"
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
Катедра по Социална, трудова и педагогическа психология

Александър Стефанов Масурски

**Тревожност и самотност при лица с психози и
при лица, зависими от психоактивни вещества**

АВТОРЕФЕРАТ НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и
научна степен „доктор“

Научен консултант:

проф. Ваня Матанова, д. пс. н.

Официални рецензенти:

доц. Павлина Петкова
доц. Румяна Крумова-Пешева

**София
2017**

Дисертационният труд е представен на 221 стандартни машинописни страници и е онагледен с 46 таблици и 8 фигури. В допълнително книжно тяло с приложения към дисертационния труд са представени още 29 таблици и 56 фигури.

Библиографията включва 282 източника, от които 30 на кирилица и 252 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита от Катедра по социална, трудова и педагогическа психология на Философски факултет – СУ „Св. Климент Охридски“.

Дисертационният труд е насрочен за защита пред научно жури в състав:

Доц. Румяна Крумова-Пешева, д.пс.н. – Председател

Доц. Павлина Петкова

Проф. Ваня Матанова, д.пс.н.

Доц. д-р Красимир Иванов

Доц. д-р Владимир Велинов

Публичната защита ще се състои на 10.11.2017г. от 14:00 часа в 63 зала, Южно крило на ректората

Съдържание

Въведение	4
Кратък теоретичен обзор	5
Цели, задачи и хипотези	10
Участници	12
Материали и методики.....	13
Резултати от проведеното изследване.....	16
Социална тревожност.....	16
Самотност.....	18
Връзка между социална тревожност и самотност	19
Демографски фактори и преживявания за самотност и тревожност	22
Социална тревожност, чувство за самотност и суицидно поведение.....	24
Обсъждане.....	27
Социална тревожност.....	27
Самотност.....	31
Връзка между социална тревожност и чувство за самотност.....	35
Демографски фактори.....	41
Социална тревожност, чувство за самотност и суицидно поведение.....	44
Изводи.....	49
Приноси на дисертационния труд	52
Публикации, свързани с дисертацията.....	54
Използвана литература	54

Въведение

В дисертационния труд е разгледан проблемът за преживяванията на социална тревожност и самотност при лица с алкохолна зависимост, хероинова зависимост, параноидна шизофрения, както и при лица без наличие на психична патология. Клиничните практика и опит са показали групите с психична патология като особено уязвими към деформации в социалното функциониране, водещи до преживявания на социална тревожност, отхвърленост и самотност.

Смислово и структурно дисертационният труд е разделен на три части.

В *първата част* е направен обзор на литературните източници, разглеждащи проявите на тревожност и самотност. Въпреки че социалната тревожност е сравнително често изследван феномен, много от неговите прояви не са добре проучени или получените резултати не са еднозначни. Преживяванията за самотност, от своя страна, стават обект на изследване едва през последните няколко десетилетия, като натрупаните данни в областта все още са оскъдни. Проблемът за клиничните аспекти на самотността е слабо изследван, докато все повече изследвания през последните години насочват вниманието си към него установявайки, че изявеното чувство за самотност може да окаже пагубно въздействие върху физическото, психическото и социалното функциониране на индивида. Не е изследвана връзката между социално-тревожните прояви и чувството за самотност.

Във *втората част* е обсъдена организацията на емпиричното изследване. В заложените цели, задачи и хипотези са изследвани проявите на социална тревожност и самотност сред четири групи лица (контролна група, алкохолно зависими, хероиново зависими и лица с параноидна шизофрения) и възможността между тези прояви да съществува връзка, която, съчетана с наличието и вида психична и поведенческа патология, да оказва влияние върху социалното функциониране на индивидите.

В *третата част* са представени резултатите от проведеното емпирично изследване. Представени са проявите на социална тревожност и чувство за самотност за всяка от изследваните групи, като е изследвана и потенциалната връзка между тях. Представени са резултатите по отношение на потенциалното влияние на някои конкретни демографски фактори върху проявите на социална тревожност и самотност. Представени са резултатите относно взаимовръзката между социалната тревожност и чувството за самотност с декларираните от индивидите суицидни нагласи и поведение.

Кратък теоретичен обзор

Когато хората са тревожни, обикновено се справят по-лошо от обичайното. Затормозени са много от извършваните операции: от когнитивните процеси до изпълнителските операции. Тревожността и страхът са едни от най-рано появилите се състояния, като много езици поддържат богат набор от лексеми, с които описват множеството психични реакции от страхово-тревожния регистър. Страхът се определя като алармена система, активираща нормални физиологични реакции спрямо стимули от средата, възприемани като заплашващи ^[46, 57]. За разлика от него тревожността се възприема като конструкт, включващ емоционално състояние или личностова черта, които се свързват с негативен афект, специфични физиологични реакции, предчувствия за заплаха или застрашеност и мисли за наличието на бъдещо негативно събитие ^[1, 12, 43, 57], или отговор на продължителна непредсказуема заплаха, включващ физиологични, афективни и когнитивни промени ^[25, 41]. Концепцията за *безпокойството* значително подпомага, но и усложнява разбирането за тревожността. Безпокойството се разглежда като първичен когнитивен компонент на тревожността ^[12, 38], характеризиращ се с наличието на телесни усещания, повтаряне или *извикване* на мисли и образи, които се възприемат като имащи застрашителен или заплашващ характер, включващи угриженост за бъдещи

събития, чийто изход е несигурен или се възприема като негативен, и предизвикват негативен афект [12, 15, 38, 57, 62].

Проявите на тревожност при психотичните разстройства могат да приемат различни форми и проявления. Психотичната тревожност по-често протича с тежки прояви на психомоторни симптоми. Често, още в продрома на психозата се наблюдават по-явно изразени тревожни прояви. Тревожността при психози може да се срещне в няколко форми. Тя може да е компонент на психозата, като нивата ѝ се завишават при дебюта на заболяването и при психотичен епизод. Изследвания сочат пряка зависимост между проявите на параноя и тревожност [54], като дори има мнения, че това са явления от един и същ симптоматен клъстер. Тревожността може да се явява и следствие на подлежаща органична увреда или да се прояви като страничен ефект от медикаментозната терапия. Тя може да бъде и симптом на независимо проявило се тревожно разстройство. Нерядко тревожното разстройство е следствие на *борбата* с болестта, срама и стигмата от нея, негативни идеации, унижение, страха от рецидив. Понякога тревожното разстройство при психози може да е особено трудно за разпознаване, поради изразена негативна симптоматика, понижена или липсваща критичност, изразено социално отдръпване и др.

Все още не е ясно как наличието на коморбидно тревожно разстройство влияе върху психозата. Някои изследвания сочат, че повишената тревожност значително влошава протичането на психозата и социалното функциониране, увеличава продължителността на хоспитализациите, повишава страданието и субективното чувство за безнадеждност, понижава качеството на живот, увеличава риска от суицид, рецидив и рехоспитализация [3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 26, 40, 66]. Откриват се по-изразени негативни оценки и нагласи спрямо собствената личност и болестта [1, 42].

Все още спорен е въпросът за връзката между психоза и тревожност. Много автори свързват тревожността с наличната позитивна симптоматика [8, 23, 66], докато други отдават по-голямо значение на негативната такава [13, 35, 39, 40, 42]. Много автори не откриват връзка между конструктите [13, 35, 39, 42, 48]. Най-разпространените

тревожни разстройства, съчетани с психози, са obsесивно-компулсивно разстройство, паническо разстройство и социална фобия [7, 8, 17, 18, 22, 36, 44, 52, 65, 66], като дори се предлагат нови типове разстройства като шизо-obsесивно разстройство и паническа психоза.

След коморбидността на тревожните разстройства с депресия, втората им най-честа комбинация е с употреба на вещества [4, 33, 34, 47, 50, 58, 59, 60, 64]. За обяснението на тази връзка, най-общо, съществуват три групи хипотези. Според първия подход, водещи в съобусловеността са тревожните прояви, а зависимостта към вещества е вторично изявена. Тези теории разглеждат употребата на вещества като средство за *самолечение*, използвани за понижаване на тревожността. Второто течение приема употребата като основна, а проявите на тревожност се асоциират с действията по набавяне и употреба, избягване на абстинентни прояви или крейвинг. Според третата хипотеза двата конструкта нямат пряка връзка помежду си, а споделят общи етиологични фактори, които следва да бъдат потърсени в социалната действителност, функционирането на индивида и възможностите за адаптация и справяне. И трите направления представят изследвания, които целят да потвърдят тяхната достоверност, но за цялостното разбиране на проблема трябва да се подхожда комплексно.

Отвъд философските търсения, клиничните аспекти на самотността започват да се изследват едва в последните десетилетия. Вероятно поради тази причина феноменът остава слабо изследван и непознат. Въпреки множеството представени дефиниции за самотността, най-често използван е моделът на несъответствието на Replau & Perlman (1982), според който самотността е количествено или качествено несъответствие между желано и актуално ниво на социални контакти и връзки, и загуба на чувство за принадлежност. Впечатление правят три пункта: самотата се асоциира с количествен или качествен дефицит в общуването; самотата е субективен опит и не може да се поставя знак за равенство между самотност и социална изолация; субективният опит при самотност се асоциира с неприятни преживявания и дистрес. Ernst & Casioippo (1999) определят самотността като

комплекс от чувства, обхващащ реакциите спрямо незадоволяването на интимни и социални нужди. Най-общо самотността се разделя на два вида: емоционална и социална. Емоционалната се наблюдава, когато на индивида липсва интимност към обект на привързаност като романтичен, брачен партньор, родители, деца. Социалната се характеризира с липсващи или незадоволителни социални връзки: приятелски кръг, принадлежност и приетост от желана социална група, споделяща общи интереси и извършваща общи дейности. Демографски фактори като пол, възраст, образование, семеен статус могат да допринесат за по-голяма уязвимост. Възрастта е основен фактор, като юношите и тези в късна зрялост по-често стават жертви на преживявания за самотност [2, 11, 53, 55, 56]. Сред несемейните, разведените или вдовците измерените нива на самотност са по-високи [19, 24, 27, 29, 30, 32, 55]. Докато някои автори [31] не откриват полови различия в преживяванията за самотност, много приемат жените като по-самотни [11, 19, 27, 32], а други откриват по-високи нива на самотност при индивидите от мъжки пол [21, 24, 28, 30]. Нивата на самотност са по-високи сред безработните и тези с нисък социо-икономически статус [19, 20; 24, 55].

Преживяванията за самотност сред индивидите с психози са слабо изследвани. Смята се, че самотността корелира положително с някои психични разстройства, сред които и шизофрения. И докато самотността отразява предимно субективните преживявания на индивида за трудности при изграждане и поддържане на социални и емоционални връзки въпреки наличието на желание за това, социалното отдръпване отразява тенденции на отказ от общуване, като причини за това могат да бъдат психотична мотивация, непълни ремисии, дълга давност на заболяването, изразена негативна симптоматика, волеви и мисловни затруднения, липса или загуба на социални умения, промяна на личността на болния. Социалната изолация на такива индивиди отразява обществените тенденции към отхвърляне и стигматизация на лица с психични заболявания, възприемането им като опасни и различни. Според Morgan и кол. (2011) всяко четвърто лице с психоза съобщава за социална изолация и самота. Важно значение

имат и социалните мрежи, като при индивидите с психози, независимо от размера им преди манифестиране на заболяването, обикновено те са по-малки, ограничени до фамилна и съседска среда. Половината изследвани от Bengtsson-Tops & Hansson лица (2001) декларират нужда от повече социални контакти, а 1/3 от пациентите споделят за липса на емоционална връзка, в която да се чувстват уверени и щастливи. Sündermann и кол. (2014) изследват лица след първи психотичен епизод и оценяват средният брой на седмичните им контакти на 3,9; индивидите декларират средно 2,6 самотни дни седмично, като те са значително повече при тези, на които липсва близка и доверена фигура. Това показва, че дори след първи психотичен епизод у голяма част от лицата липсва необходимата социална подкрепа и те не успяват да създадат или поддържат нужните системи за социална подкрепа.

Самотността е една от психичните променливи, оказващи влияние върху демонстрацията на рисково поведение, способна да затрудни функционирането на индивида, да влоши физическото и психическото му здраве и да наруши способностите му за адаптация и справяне. Самотността е една от основните причини за предприемане на рисково поведение, включително прием на вещества, като връзката между тях е слабо изяснена. Предполага се, че рисковото поведение е основна маладаптивна стратегия за справяне с изпитвания като следствие на самотността стрес ^[37, 61]. Нерядко индивидите използват вещества за справяне с негативните ефекти от преживяването на самота като чувство за изключване или стремеж към различие в търсенето на идентичност. Получените при изследвания резултати не са еднозначни. Според Replau & Perlman (1982) самотните индивиди по-често употребяват алкохол като отговор на лични проблеми и стрес, докато лицата, които не са самотни, употребяват алкохол с цел участие в социални събития. Социалните мрежи също имат важна роля при индивидите с употреба на алкохол. Сравнявайки социалните мрежи на лица с алкохолна употреба и такива без история на алкохолни проблеми Mowbray и кол. (2014) откриват по-малка широта сред индивидите с алкохолна злоупотреба и още по-тесни социални мрежи

при алкохолно зависимите. От друга страна, популярността и наличието на прекалено широка социална мрежа също повишава вероятността от ангажиране с рисково поведение ^[45]. Нерядко вещества се използват с цел по-добра социализация и подобряване на чувството за принадлежност. Malta и др. (2014) измерват, че самотността сред учениците в Бразилия се явява предиктор за употреба на никотин, алкохол и тежки дроги, докато липсата на приятели е предиктор на засилената употреба на никотин и тежки дроги, но не и алкохол; същевременно подкрепящата семейна и приятелска среда понижават този риск. Обобщавайки няколко изследвания, Borsari & Carey (2006) откриват два типа мотивация за употреба на алкохол при студенти. Първият се характеризира с липса или нарушения на качеството на връзката с връстници. Вторият механизъм разглежда употребата на вещества като свързващо звено между индивида и групата, поддържащо чувството му за принадлежност. Така, в някои случаи, употребата на вещества може да се свърже с незадоволяване на потребността от принадлежност или натиск от страна на връстниците.

Цели, задачи и хипотези

Представеното емпирично изследване цели да измери и сравни интензивността на социално-тревожните когниции и нивата на чувството за самотност при четири групи лица: такива без психична патология, лица с алкохолна зависимост, лица с хероинова зависимост и лица с шизофрения. Други цели на изследването са измерване на връзката между социално-тревожните преживявания и чувството за самотност, както и евентуалното влияние на тези конструкти върху суицидните нагласи и поведение.

Заложените в изследването цели са свързани с полагането на следните хипотези:

Хипотеза 1: Нивата на декларираната социална тревожност са високи сред клинично представените популации. Тъй като лицата с клинична психична патология често демонстрират дефицити в общуването, значително по-

вероятно е да бъдат стигматизирани и отхвърляни, както и спрямо тях да се подхожда преубедено, вероятно е при тези индивиди по-често да се появяват социално-тревожни когниции. За тестирането на тази хипотеза е измерен и сравнен интензитетът на социално-тревожните когниции за всяка от изследваните групи.

Хипотеза 2: Нивата на субективно изпитваното чувство за самотност са по-високи при лицата от клинично представените популации. Поради голямата вероятност за социално отхвърляне на лицата с психична патология, е измерено и сравнено декларираното чувство за самотност на лицата във всички изследвани групи.

Хипотеза 3: Между нивата на декларираната социална тревожност и тези на чувството за самотност съществува корелационна зависимост. За тестирането на тази хипотеза е измерена корелационната зависимост между интензитета на социално-тревожните когниции и чувството за самотност за всяка изследвана група.

Хипотеза 4: Демографските фактори пол, възраст, образование, семеен статус, заетост оказват влияние върху социалната тревожност и субективно изпитваното чувство за самотност. Тъй като някои изследвания откриват влияние на представените демографски фактори върху интензитета на социално-тревожните когниции и чувството за самотност, като друга задача на изследването е поставена нуждата да се измери наличието на потенциално влияние от страна на тези фактори.

Хипотеза 5: Преживяванията за социална тревожност и субективно изпитвано чувство за самотност оказват влияние върху появата на суицидни мисли, разработването на суицидни планове и предприемането на суицидни опити. Нерядко социалната тревожност и чувството за самотност са посочвани като сериозни преципитиращи фактори за появата на суицидни мисли, разработването на суицидни планове и предприемането на суицидни опити. Изследването има за задача да определи дали интензитета на социално-тревожните

когниции и чувството за самотност оказват влияние върху суицидните нагласи и поведение, както и дали суицидните нагласи и поведение се различават при отделните групи изследвани лица.

Хипотеза 5.1: Наличието на предишни суицидни опити оказва влияние върху преживяванията за социална тревожност и субективно изпитвано чувство за самотност. Тъй като потенциално наличието на предишни суицидни опити може да провокира поведение на отбягване и отхвърляне от страна на обществото, което в много случаи е силно стигматизиращо спрямо такива прояви, се оценява влиянието на предишните суицидни опити върху актуално декларирания интензитет на социално-тревожни когниции и чувство за самотност.

Участници

В емпиричното изследване участват 189 лица, разпределени в четири изследвани групи. В контролната група са включени 58 лица, при които липсват данни за психично разстройство. Лицата от мъжки пол са 16, а от женски – 42. Средната възраст е 32,3г. Едно лице е с основно образование, 9 със средно и 48 с висше. 5 са безработни, 52 са заети, а 1 е временно зает. Несемейните са 34, семейните 20, а разведените 4.

В групата на алкохолно зависимите влизат 32 лица, покриващи критериите на МКБ 10 за поставяне на диагноза алкохолна зависимост и потвърдена такава от психиатър. Лицата от тази група през последния месец са провеждали лечение в защитена среда и не са употребявали алкохол. Мъжете в тази група са 27, а жените 5. Средната възраст на участниците е 44,9г. Едно лице е с основно образование, 26 със средно и 5 с висше. Безработните са 10, заетите 20, а лицата с временна заетост са 2. Девет лица са несемейни, 8 са семейни, а 15 са разведени.

В третата изследвана група влизат 36 лица с диагноза хероинова зависимост, които покриват критериите по МКБ 10 и потвърдена такава от психиатър. Всички лица през последния месец са провеждали метадоново поддържащо лечение, като

провежданите уринни тестове не са установили наличието на хероинова употреба за този период. 31 от участниците са мъже, а 5 жени. Средната им възраст е 31,6г. Седем души са с основно образование, 28 със средно и 1 с висше. Безработните са 11, заетите 25, а временно заетите 3. Трима от участниците са семейни, а 33 несемейни.

В последната група са включени 63 лица с параноидна шизофрения. Всички лица покриват критериите за диагноза параноидна шизофрения по МКБ 10 и са диагностицирани от психиатър. Всички лица са тествани извън острата фаза на психотичния епизод. 42 от участниците са мъже, а 21 жени. Средната възраст е 42,5г. Шестима са с основно образование, 50 със средно, а 7 с висше. 43 са безработни, 16 са заети, а 4 са с временна заетост. 45 души са несемейни, 10 са семейни, а 8 разведени.

Материали и методики

В изследването са използвани методики – SAT (Social Anxiety Thoughts), RULS (Revised UCLA Loneliness Scale), C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale), PANSS (Positive And Negative Symptoms Scale) и полуструктурирано интервю. При наличието на съмнения в диагностицирането на дадено лице, то е изключено от по-нататъшно участие. Не се включват и лица, при които се открива актуална психотична продукция, което предполага липсата на коректност при провеждане на методиките; такива, при които има съмнения за наличието на агравационни, симулационни и дисимулационни тенденции; такива, чиито когнитивни дефицити дават основание да се подозира неразбиране на задаваните въпроси или на представените методики.

Социално-тревожните мисли са измерени с методика за самоотчет *SAT (Social Anxiety Thoughts)*. Методиката се състои от 21 твърдения и е създадена, за да измерва когнитивните компоненти на социалната тревожност (мисли, интерпретации или съждения), появяващи се в социални ситуации. От участниците се изисква да преценят с каква честота през последните три месеца се

е появявала въпросната когниция. Някои от лицата, например такива с параноидна шизофрения и тези с алкохолна зависимост, през последния месец са били хоспитализирани и не са осъществявали характерните за социалното си функциониране контакти с други лица. Те дават своите отговори за последните три месеца преди хоспитализацията или това, което оценяват като стандартно социално функциониране. Възможностите за отговор са представени в 5-степенна ликертова скала (*никога, рядко, понякога, често, винаги*). Методиката включва и четири субскали: (1) мисли на общ дискомфорт и социална неадекватност, (2) притеснение, че другите забелязват дистреса, (3) страх от негативни оценки, и (4) възприятия за възбуда в поведението и тревожност при изпълнение.

Нивата на субективно изпитваното чувство за самотност са измерени с методика за самоотчет *RULS (Revised UCLA Loneliness Scale)*. Въпросникът измерва субективното чувство за социална и емоционална свързаност и преживяванията за самотност. *RULS* се състои от 20 айтема, зададени под формата на твърдения, които оценяват чувството за принадлежност на индивида и възприятията му за свързаност със заобикалящата социална среда и лицата в нея. От участниците се изисква да оценят предложените твърдения по 4-степенна ликертова скала (*никога, рядко, понякога, често*) в зависимост от това, колко често са се чувствали по този начин през последните 3 месеца. По отношение на стационарните пациенти с шизофрения, предполагайки че при много от тях през периода, непосредствено предхождащ хоспитализацията, са били налице психотични прояви, които е възможно да доведат до оттегляне на болния или избягване от околните, е подадена инструкция да оценяват контактите си в периода между последните две хоспитализации и това, което приемат за стандартно функциониране. Амбулаторните пациенти оценяват удовлетвореността от социалното и емоционалното си общуване през последните три месеца.

За изследване на суицидните нагласи е използвано полуструктурирано интервю. Като основа за това интервю е използван въпросникът *C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale v. 1/14/09)*. Тъй като изследваните лица се

различават значително по отношение на даваните отговори, информацията е обобщена в по-обширни, но по-малко на брой категории. За суицидни мисли са приемани идеации, които индивидът е смятал за реално възможни. Не се приемат за съществени идеации, свързани с възрастови житейски кризи, при които индивидът обмисля смисъла на живота и смъртта или се опитва да открие отговор на въпроса *защо живее* по-скоро в екзистенциален план, отколкото като възможен летален изход. Не се приемат като суицидни нагласи и *суровите констатации*, че човек може да сложи край на живота си, без те да са съпътствани от актуални към този период нагласи към отнемане на собствения живот като евентуално поведенческо действие. Изследването на суицидните нагласи обхваща единствено времето, през което у лицата от клиничните популации е налице диагностицирана патология. Категориите, които са заложили за по-нататъшен анализ са: наличие на *актуални суицидни мисли*; наличие на *суицидни мисли на някакъв етап от живота*; наличие на *актуални суицидни планове*; наличие на *суицидни планове на някакъв етап от живота*; и *предприети суицидни опити*.

При лицата с шизофрения е използвана и скалата за позитивни и негативни симптоми при психози (*PANSS*). Тъй като целта на изследването включва оценка на стандартното функциониране на индивида в неговата социална среда е измерена степента на ремисия, използвайки кратка версия на *PANSS*. Най-често използваните критерии предполага резултат от 3 или по-малко точки (т.е. леко изразена абнормност) по всеки от следните критерии: P1 налудности, P2 понятийна дезорганизация, P3 халюцинаторно поведение, N1 притъпен афект, N4 пасивност/апатично социално отдръпване, N6 липса на спонтанност и поток на разговор, G5 маниерност и поза, G9 необичайно мисловно съдържание. Максималният сбор, според така представените критерии, би следвало да е не повече от 24т. Тъй като ремисията при някои лица, особено тези с по-продължителен ход на болестта, не е съвсем пълноценна, в изследването са включени и лица, които демонстрират умерени нарушения по някои от критериите (4т.), като въпреки това са изключени всички, чийто общ резултат е над 24т.

Резултати от проведеното изследване

При тестирането на вътрешната надеждност, се установява отлична такава за SAT ($\alpha_{SAT} = 0.908$) и много добра за RULS ($\alpha_{RULS} = 0.877$).

Социална тревожност

Нивата на изява на социална тревожност са изследвани с дисперсионен анализ (Analysis Of Variance). Анализът цели да установи влиянието на фактора *наличие на психична патология* върху нивата на социална тревожност. Критериите за провеждане на дисперсионен анализ са спазени. Измерваните стойности на зависимата променлива са прекъснати числови стойности; независимата променлива е представена посредством четири групи изследвани лица; никое лице не участва в повече от едно условие. Разпределението на единиците в извадката е нормално или близко до нормалното. С *Shapiro-Wilk*-тестът се установяват p -стойности 0,105284 за контролната група; 0,237452 при алкохолно зависимите и 0,570715 при хероиново зависимите. По-малко чувствителният *Kolmogorov-Smirnov test* потвърждава близко до нормалното разпределение и при лицата с параноидна шизофрения ($p=0,287375$). Резултатите са проверени и след премахването на участниците, които демонстрират екстремни стойности по изследвания признак, като установените различия не са статистически значими. За да се оцени нивото на хомогенност на статистическото разсейване е проведен *Levene's test*. Установява се липса на статистически значими различия в стандартното отклонение при изследваните групи ($p=0,544929$).

При сравнението на семплите (*multiple sample comparison*) проведенният *Fisher's LSD* установява статистически значими междугрупови различия при интензитета на социално-тревожните когниции. Обособяват се два клъстър, като в първия попадат лицата от контролната група и тези с хероинова зависимост, които демонстрират ниска интензивност на социално-тревожните когниции, а във втория попадат алкохолно зависимите и лицата с шизофрения, които

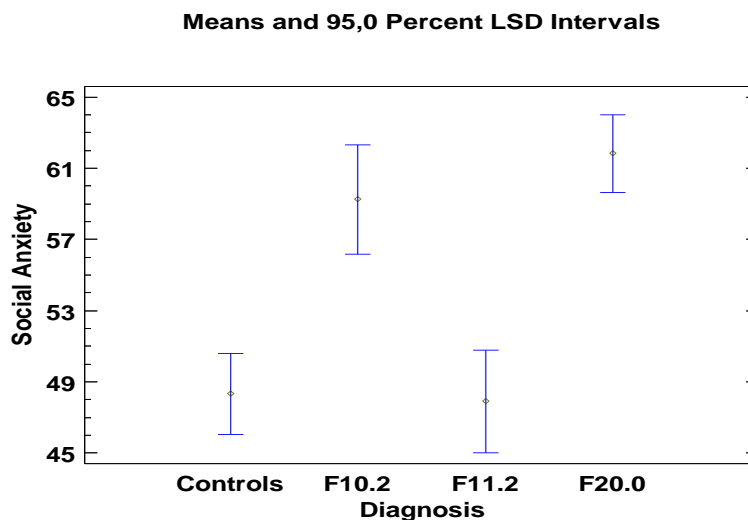
демонстрират статистически значимо по-високи нива на социална тревожност. Проведеният *Tukey's HSD* потвърждава получените резултати (таб. 1).

Контраст	Значимост	Разлика	+/- Граници
Контролна група - F10.2	*	-10,9224	5,38642
Контролна група - F11.2		0,41092	5,18999
Контролна група - F20.0	*	-13,4978	4,45119
F10.2 - F11.2	*	11,3333	5,94286
F10.2 - F20.0		-2,5754	5,30987
F11.2 - F20.0	*	-13,9087	5,1105

* определя наличието на статистически значима разлика при $p < 0,05$

Таб. 1. Нива на социална тревожност според Fisher's LSD

Поради наличието на възможност разпределението в някои от извадките да не е близко до нормалното, е проведен и непараметричен *Kruskal-Wallis test*, който потвърждава наличието на статистически значими междугрупови различия ($p = 3,12459E-9$). Графичният вид на получените резултати е представен на фиг. 1.



Фиг. 1. Нива на социална тревожност според Fisher's LSD

Самотност

Нивата на изява на чувство за самотност са изследвани с дисперсионен анализ. Спазени са критериите за провеждане на такъв: нивата на зависимата променлива са представени посредством прекъснати числови стойности; независимата променлива е категорийна променлива за липса, наличие и вид на психична патология; никое лице не участва в повече от едно условие. С *Shapiro-Wilk* тестът се установява близко до нормалното разпределение в групите с алкохолна зависимост ($p=0,105487$), хероинова зависимост ($p=0,352848$) и шизофрения ($p=0,50963$). С *Kolmogorov-Smirnov test* се установява близко до нормалното разпределение и в контролната група ($p=0,0637071$). Проведен е анализ с и без да са включени лицата, демонстриращи екстремни стойности по изследвания признак, като не са установени статистически значими различия в получените резултати. *Levene's test* не установява статистически значими различия в стандартните отклонения на отделните изследвани групи (0,378082). Проведеният Fisher's LSD установява наличието на статистически значими междугрупови различия по отношение чувството за самотност (таб. 2).

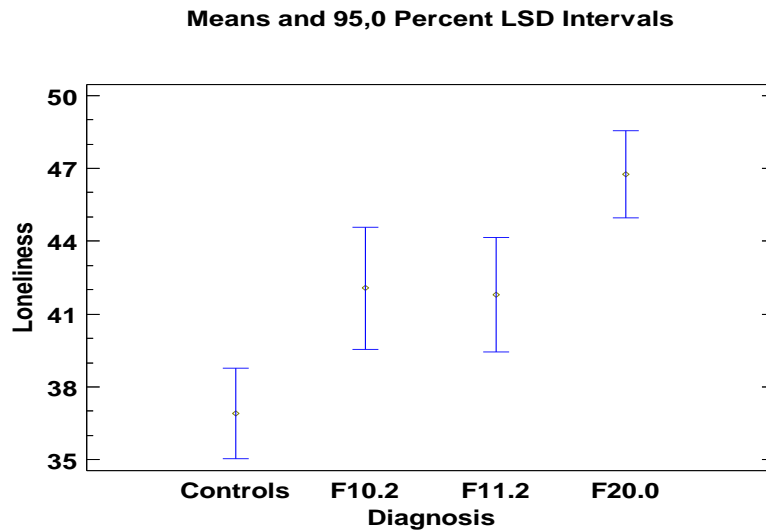
Контраст	Значимост	Разлика	+/- Граници
Контролна група - F10.2	*	-5,16595	4,41758
Контролна група - F11.2	*	-4,909	4,25648
Контролна група - F20.0	*	-9,86535	3,65057
F10.2 - F11.2		0,256944	4,87394
F10.2 - F20.0	*	-4,6994	4,3548
F11.2 - F20.0	*	-4,95635	4,19129

* определя наличието на статистически значима разлика при $p<0,05$

Таб. 2. Нива на чувство за самотност според Fisher's LSD

Най-ниски нива на чувство за самотност декларират лицата от контролната група, докато при тези с параноидна шизофрения нивата на самотност са най-високи; групите на зависимите се позиционират в междинния интервал, като се

наблюдава статистически значима разлика по отношение на останалите две групи, но не и между самите групи на зависимите. Графичният вид на резултатите е представен на фиг. 2.



Фиг. 3. Нива на декларирано чувство за самотност според Fisher's LSD

Проведен е и *Tukey's HSD*, като според него статистически значима разлика е налице единствено между резултатите на лицата от контролната група и тези с параноидна шизофрения. Поради съмнения в непараметричност на демонстрираните резултати, е проведен и *Kruskal-Wallis test*, който потвърждава наличието на статистически значими междугрупови различия ($p=0,00000556436$).

Връзка между социална тревожност и самотност

Изследванията върху клиничните аспекти на самотността и връзката им с психичната патология са ограничени, като едва през последните години те набират популярност. Не ни е известно проучване, което да изследва евентуалната връзка между преживяванията на социална тревожност и чувство за самотност. В изследването е измерена тази връзка не само сред клинично здрава популация, но и при лица с наличие на психична и поведенческа патология. Използван е корелационен анализ, като основно използваният метод е този на Пиърсън. Като

инструменти за проверка са използвани и методите на Спирман и Кендал, които демонстрират сходни резултати с незначителни отклонения в някои случаи. Поради наличие на асиметрия и различия в ексцеса, в някои случаи са използвани трансформации, като резултатите не демонстрират значителни различия. За всяка от изследваните групи е измерена корелацията на чувството за самотност с интензитета на социално-тревожните когниции, като цяло, и с всяка от субскалите, включени в методика SAT. Резултатите от проведения анализ са представени в таб. 3.

		Дискомфорт и неадекватност	Притеснение за дистреса	Страх от негативни оценки	Възбуда и тревожност	Социална тревожност (общо)
Контролна група	Самотност	,402**	,234	,351**	,481**	,435**
	N	58	58	58	58	58
	Sig. (2- tailed)	,002	,078	,007	,000	,001
Алкохолна зависимост	Самотност	0,6414**	0,5609**	0,0604	0,5894**	0,6479**
	N	(32)	(32)	(32)	(32)	(32)
	Sig. (2- tailed)	0,0001	0,0008	0,7425	0,0004	0,0001
Хероинова зависимост	Самотност	0,5308**	0,4091*	0,6369**	0,4880**	0,5755**
	N	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)
	Sig. (2- tailed)	0,0009	0,0132	0,0000	0,0025	0,0002
Параноидна шизофрения	Самотност	0,1526	0,2047	0,1859	0,4005**	0,2944*
	N	(63)	(63)	(63)	(63)	(63)
	Sig. (2- tailed)	0,2324	0,1075	0,1447	0,0011	0,0192

* *. Значимост на корелацията при $p < 0,01$

*. Значимост на корелацията при $p < 0,05$

Таб. 3. Нива на корелация на чувството за самотност с декларираната социална тревожност

Най-силна корелация между интензитета на социално-тревожните когниции и чувството за самотност е измерена в групите на зависимите. Повечето от връзките в тези групи са изразени в значителна степен, като при лицата с хероинова зависимост чувството за самотност корелира положително с всички измервани елементи на социалната тревожност, а измерените корелации са от умерена и значителна степен. Интересно, при лицата с алкохолна зависимост не се

наблюдава корелационна връзка на чувството за самотност със страха от негативни оценки ($p=0,7425$). Всички измерени корелационни връзки в контролната група са от умерена степен, а такава липсва между чувството за самотност и субскалата за притеснение за това, че другите забелязват дистреса. При лицата с параноидна шизофрения се установява наличие единствено на слаба корелационна зависимост на чувството за самотност с интензитета на социално-тревожните когниции и умерена с наличието на възбуда в поведението и тревожност при изпълнение. При останалите субскали не е измерена значима корелация.

Налице са основания за провеждане на допълнителен статистически тест за проверка на възможността при лицата с алкохолна зависимост чувството за неадекватност да има ролята на междинна променлива, която пълно или частично опосредства връзката между двата изследвани конструкта. Последователността на проведените статистически измервания е представена в таб. 4, като се установява, че чувството за социална неадекватност има ролята на частична междинна променлива между чувството за самотност и интензитета на социално-тревожните когниции.

	<i>Източник</i>	<i>Сума на квадратите</i>	<i>Метод</i>	<i>F-Ratio</i>	<i>P-Value</i>
Стъпка 1	Социална тревожност → Самотност	1426,46	Проста регресия	21,71	0,0001
Стъпка 2	Социална тревожност → Неадекватност	797,081	Проста регресия	175,97	0,0000
Стъпка 3	Социална неадекватност → Самотност	1398,02	Проста регресия	20,97	0,0001
Стъпка 4	Социална неадекватност → Самотност (контр. Социална тревожност)	1331,37	Множествена регресия	18,78	0,0002
Стъпка 5	Социална тревожност → Самотност (контр. Социална неадекватност)	1346,38	Множествена регресия	19,35	0,0001

Таб. 4. Социалната неадекватност като междинна променлива

Демографски фактори и преживявания за самотност и тревожност

Изследвани са демографските характеристики пол, възраст, образование, заетост и семеен статус. Използван е линеен регресионен модел, с който е изследвано влиянието на всеки фактор поотделно, както и неговото взаимодействие с наличието и вида на психичната патология.

Установява се, че факторът *пол* оказва статистически значимо влияние върху интензитета на социално-тревожните когниции, като повлиява по-силно лицата от женски пол. В съчетание с другия изследван фактор, а именно *наличието и вида на психична патология*, факторът *пол* престава да е статистически значим. Изследвайки всяка от групите поотделно, се установява, че не са налице полови различия в интензитета на социално-тревожните когниции в групите на зависимите. От своя страна, жените с шизофрения декларират по-висок интензитет на социално-тревожните когниции. В КГ, въпреки че *p*-стойността е много близо до границата на значимостта ($p=0,0663$), дори и с използването на по-малко чувствителен тест, не е открита значимост на фактора *пол*. Не се установява наличието на значимо влияние на *пола* върху чувството за самотност нито като самостоятелен фактор, нито в съчетание с наличието психична патология. Въпреки че лицата от мъжки пол декларират по-високи нива на самотност, различията не са значими.

За да се изследва влиянието на фактора *възраст*, изследваните лица са разделени в пет възрастови интервала, като в зависимост от начина на дефиниране на независимата променлива, се използва полиномна регресия и дисперсионен анализ. И двата метода оценяват самостоятелното влияние на фактора *възраст* като значимо, като нивата на социална тревожност са по-ниски при лицата на по-ниска възраст, а в последствие нарастват статистически значимо. Когато обаче факторът *възраст* е изследван за всяка от групите поотделно, не се установява статистически значимо повлияване. Вероятно е отразените статистически различия при изследването на всички лица да се явяват резултат от натрупването на отклонение или статистическа грешка. Никой от методите не открива

статистически значимо влияние на възрастта върху декларираното чувство за самотност, независимо дали самостоятелно или в съчетание с наличието на психична патология.

За да се оцени влиянието на степента на образование е използван регресионен модел, който не установява наличието на влияние върху нивата на социална тревожност нито като самостоятелен фактор, нито в неговото съчетание с наличието и вида на психичната патология. По същия начин, нивото на образование не оказва значимо влияние върху чувството за самотност нито като самостоятелен фактор, нито в съчетание с наличието на психична патология.

За да се оцени влиянието на работната заетост е използван регресионен модел. Установява се, че както като самостоятелен фактор, така и в съчетание с наличие на психична патология, *работната заетост* оказва значимо влияние върху нивата на социална тревожност, като лицата без постоянна заетост декларираат по-високи нива от заетите. Във всички групи лицата с временна заетост декларираат най-ниски нива на социална тревожност, но тези резултати не могат да бъдат взети с висока степен на достоверност, поради малкия брой на лицата с такава заетост. Освен това, статистически различия се наблюдават по отношение на лицата с временна заетост, докато декларираните различия в нивата на социална тревожност между безработните и заетите лица не са значими. Единствено при лицата с алкохолна зависимост, макар и с малко, заетите са декларирали по-високи нива на социална тревожност. В останалите групи по-силна социална тревожност декларираат безработните, като тези различия не са значими. По същия начин се процедира и при изследването на чувството за самотност. Декларираните от безработните нива на самотност значително надвишават тези на лицата с постоянна или временна заетост. В контролната група и при алкохолно зависимите се отчитат значително по-високи нива на самотност при безработните. При хероиново зависимите и тези с шизофрения, не се откриват различия.

Същите методи са използвани за оценяване на влиянието на семейния статус. Установява се, че семейният статус не оказва влияние върху нивата на

социална тревожност нито индивидуално, нито при взаимодействие с фактора *наличие на психична патология*. В никоя от изследваните групи не се установява статистически значимо влияние на фактора *семеен статус* върху нивата на социална тревожност. По идентичен начин е изследвано влиянието на семейния статус върху нивата на самотност, като не се установява статистически значимо влияние. Въпреки че нивата на самотност са по-ниски при семейните, отколкото при разведените или несемейните, разликите не са статистически значими. При изследването по групи също не се установяват различия, въпреки че несемейните в почти всички групи (с изключение на лицата с шизофрения) декларират по-високи нива на самотност.

Социална тревожност, чувство за самотност и суицидно поведение

Последната хипотеза е свързана с възможността преживяванията за социална тревожност и самотност да повлияват суицидното поведение. Аспектите на суицидното поведение са групирани най-общо в пет категории: *наличие на суицидни мисли на някакъв етап от живота*, *наличие на актуални суицидни мисли*, *наличие на суицидни планове на някакъв етап от живота*, *наличие на актуални суицидни планове*, и *предприемане на суицидни опити на някакъв етап от живота*.

За да се установи дали са налице различия в суицидните нагласи и поведение между изследвани групи в зависимост от наличната патология е използвано χ^2 -разпределение. Резултатите са представени в таб. 5 като е видно, че липсва статистически значимо влияние на суицидните нагласи в зависимост от вида патологията. В някои от клетките е индикирано наличието на по-малко от 5 лица, което може да спомогне за отхвърлянето на нулевата хипотеза и приемане на алтернативната. В случая не може да се говори за отхвърляне на нулевата хипотеза.

Категория	Степени на свобода	P-Value	Забележка
суицидни мисли на някакъв етап от живота в зависимост от диагнозата	2	0,6483	Някои от клетките по този признак са < 5.
актуални суицидни мисли в зависимост от диагнозата	2	0,1787	Някои от клетките по този признак са < 5.
суицидни планове на някакъв етап от живота в зависимост от диагнозата	2	0,6822	
актуални суицидни планове в зависимост от диагнозата	2	0,8707	Някои от клетките по този признак са < 5.
извършени суицидни опити	2	0,6483	Някои от клетките по този признак са < 5.

Таб. 5. χ^2 -разпределение на суицидните нагласи в зависимост от наличната патология

За да се оцени влиянието на нивата на социална тревожност и чувство за самотност върху суицидните нагласи и поведение е използвана бинарна логистична регресия. Решението да се изследват не само актуалните суицидни нагласи, но и такива, появили се на някакъв етап от живота, е взето поради наличието на теории, според които тревожността и самотността могат да бъдат разглеждани не само като психични състояния, но и като личностови черти. Проблемен е фактът, че изследваните лица от контролната група декларират липса на каквито и да било суицидни нагласи и суицидно поведение, което резултира в невъзможност за провеждане на сравнителни процедури с лицата от тази група, откъдето се налага изключването на тези лица от по-нататъшния анализ.

В групата на лицата с алкохолна зависимост не се установява значимо влияние на социално-тревожните когниции и чувството за самотност върху появата на суицидни мисли, както актуални, така и на някакъв етап от живота. Обратно, чувството за самотност може да се окаже силен предиктор при планиране и подготовка на суицид, докато социалната тревожност оказва влияние единствено върху суицидното планиране на някакъв етап от живота, но не се установява такава зависимост за актуалните суицидни планове. По същия начин, чувството за самотност може да бъде силен предиктор за предприемането на

суицидно поведение ($p=0,0117$) при лицата с алкохолна зависимост, докато интензитета на социално-тревожните когниции не се явява значим предиктор ($p=0,3698$). Тъй като последиците от предприемането на суицидни опити могат да предизвикат стигматизация и отхвърляне спрямо индивида, е изследвана и обратната тенденция, а именно влиянието на предишни суицидни опити върху социално-тревожните когниции и чувството за самотност. Установява се, че наличието на предишни суицидни опити не оказва влияние върху нивата на социална тревожност ($p=0,6759$), но оказва такова върху чувството за самотност ($p=0,0140$).

При хероиново зависимите се установява значимо влияние на социалната тревожност върху появата на суицидни мисли, както актуални ($p=0,0025$), така и на някакъв етап от живота ($p=0,0168$). Обратно, чувството за самотност не се асоциира като значим фактор за появата на суицидни идеации. Сходни са резултатите и по отношение на суицидното планиране. Социално-тревожните когниции оказват значително влияние върху предприемането на суицидно планиране както на актуалния етап ($p=0,0025$), така и на някакъв етап от живота ($p=0,0004$). Не е установено влияние на чувството за самотност върху суицидното планиране. Същата тенденция се наблюдава и при предприемането на суицидно поведение. Социално-тревожните когниции могат да окажат такова влияние ($p=0,0021$), докато чувството за самотност не се явява значим предиктор за предприемането на суицидно поведение. Обратната зависимост също е в сила – при лицата с хероинова зависимост наличието на предишни суицидни опити оказва влияние върху нивата на социална тревожност ($p=0,0044$), но не и върху тези на чувството за самотност.

Същият модел е използван и при лицата с параноидна шизофрения, като не се установява повлияване на суицидните идеации нито от страна на социално-тревожните когниции, нито от чувството за самотност. Установява се, че социално-тревожните когниции ($p=0,0014$), както и чувството за самотност ($p=0,0014$) могат да повлияят върху актуалното суицидно планиране. Подобно на

суицидните идеации, и двата изследвани конструкта не повлияват предприемането на суицидно поведение и обратно, предишните опити за самоубийство не оказват влияние върху преживяванията за социална тревожност и самотност.

Обсъждане

Социална тревожност

Измерването и сравнението на нивата на социално-тревожни прояви при различни клинични и контролна популации могат да спомогнат за по-доброто разбиране на конструкта и неговите изяви. Получените резултати за нивата на социална тревожност се разпределят в две основни групи. По-нисък интензитет на социално-тревожни когниции декларират лицата от контролната група и тези с хероинова зависимост, докато значително по-висок интензитет демонстрират лицата с алкохолна зависимост и тези с параноидна шизофрения.

Ниските нива на тревожност при контролите са относително очаквани. Докато някои теории обвързват завишените нива на тревожност с наличието на психична патология, това са лица, при които липсват данни за наличието на такава. Освен това, очаква се, че като типични представители на общата популация, спрямо тези лица се предприема по-слабо стигматизационно и отхвърлящо отношение от страна на социума, откъдето и социално-тревожните когниции са с по-слаб интензитет. И още, социалното и емоционално функциониране на общата популация формират критериите за норма и патология, а лицата в контролната група са типични представители на общата популация. Не на последно място, тези лица по-често получават социална и емоционална подкрепа, а и лицата от общата популация обикновено демонстрират по-добри способности за адаптация и справяне, откъдето причините за проява на социална тревожност са по-малко.

Алкохолно зависимите декларират значително по-висок интензитет на социално-тревожни когниции. Самото наличие на психична или поведенческа

патология е сериозен рисков фактор за повишаване на социалната тревожност, като често употребата на психоактивни вещества се съчетава с наличието на тревожно разстройство или субклинична форма на изява на тревожността. Особено вероятно е, тревожността, наред с други фактори, да оказва сериозно влияние за формирането на зависимостта. Обратно, зависимостта към вещества често води до формиране или задълбочаване на социални, емоционални, физически и адаптационни проблеми, което рефлектира в повишаване на нивата на тревожност.

Много от изследваните лица споделят за наличието на травматичен опит, който възприемат като преципитиращ алкохолната употреба, често акцентирайки върху притеснения и тревоги породени от житейски несгоди, загуби или неуспехи, с които не успяват да се справят или да преработят емоционално. Тези лица обикновено използват веществото като средство за намаляване на нивата на тревожност. От друга страна, не е нужно нивата на тревожност да са прекалено високи, за да се употребява алкохол с цел нейното понижаване. Достатъчно е индивидът да ги възприема като високи, а собствените си възможности като недостатъчни. В същия аспект, но по-труден за разграничаване при конкретните изследвани лица, е стремежът за социална фасилитация или т.нар. социална употреба. При тези лица началото на употребата се свързва със стремеж към вписване в социалната обстановка и стремеж за снемане на тревожността в социални ситуации. Заучавайки такъв модел, употребата на вещества може да прерасне отвъд обикновено преципитиращите социални ситуации.

Обратно, *провокираният от веществото път* също е вероятен. Много от участниците говорят за поява или засилване на тревожните преживявания в следствие на проблемите във функционирането им, провокирани от алкохолната употреба. Често нарушенията и дефицитите обхващат всички сфери на функциониране. Промените в телесното, функционално, социално, семейно и когнитивно функциониране често стават повод за повишаване на тревожността, откъдето да се провокира употреба на вещества за нейното снемане. Специално

внимание следва да се обърне на емоционалното функциониране, тъй като често при алкохолно зависимите се развиват клинични или субклинични депресивни афективни реакции. Развитието на такива реакции, съчетано с алкохолна употреба, и особено при наличието на малоценности, безперспективностни и виновности идеации, водят до повишаване на тревожната реактивност и значително увеличават риска от предприемане на суицид.

Много от участниците говорят за алкохолната употреба и тревожността като споделящи общи етиологични фактори, най-често стрес или травматичен опит, които повишават тревожността им и резултат в употреба на вещества. В този аспект, някои участници са преминали през състояние на алкохолен делир. Възможно е фактът, че това е животозастрашаващо състояние с потенциален летален изход да води до повишаване на тревожността относно собственото психично състояние и здравен статус.

Хероиново зависимите декларират значително по-ниски нива на социална тревожност, съотнесими с тези на лицата от контролната група. Декларираните ниски нива на тревожност създават впечатление за прояви на защитни механизми и защитно поведение. Предполага се наличието на защитно поведение като стремеж към прикриване на личностови черти, ниска мотивация за провеждане на психологични интервенции, липса на ангажираност при тестиране, манипулативно поведение и нежелание за себеразкриване. Друга причина за намаляване на социалната тревожност е видът на провежданата терапия. Поддържащата терапия с метадон осигурява ежедневния достъп до вещество, чието наличие би могло да понижи интензитета на тревожните преживявания, тъй като се избягват практиките по търсенето и набавянето му. Възможно е така хероиново зависимите да изпитват по-голяма сигурност и по-ниска социална застрашеност.

Социалното функциониране на лицата с хероинова зависимост обикновено е по-лошо от това на алкохолно зависимите. Ето защо декларираните по-ниски нива на тревожност са неочаквани. Едно от обясненията се *корени* в свързаността

с обществото. Употребата на алкохол е социално по-приемлива, зависимите демонстрират по-добра свързаност с обществото и по-често *функционират в него*. За разлика от тях, хероиново зависимите обособяват свои субгрупи, които са в по-голяма степен *затворени* и осъществяват по-малко интеракции със заобикалящата социална среда. Вероятно, по-голямата свързаност със средата, по-честите връзки и по-голямото значение, което се придава на взаимодействието и функционирането в такава, провокират по-високи нива на тревожност сред алкохолно зависимите. Вероятно е хероиново зависимите да възприемат функционирането си в субгрупата като достатъчно задоволително, което да намалява нуждата от общуване с други представители на социума. Освен това, ако хероиново зависимият изпитва слаба нужда от общуване със социални елементи извън субгрупата, възможно е той да понижава значимостта им, при което да не изпитва тревожност от възможно дискредитиране, негативно възприемане и т.н.

Лицата с *параноидна шизофрения* декларират най-високи нива на социална тревожност. Тези резултати не са съвсем изненадващи имайки предвид, че болестта води до промени в личността и до социални дисфункции. Въпреки че не са изследвани докато са в активна фаза на психозата, при някои не се достига до пълна ремисия и се долавят остатъчни параноидни интерпретации. Като параноидни интерпретации приемаме нарушенията в съдържанието на мисленето, при които се извяват идеи от параноидния кръг. Такива са идеите за преследване, въздействие, отношение, контрол, злонамереност и увреда. Появата на такива интерпретации често прави лицата с параноидна шизофрения подозрителни, мнителни, недоверчиви, тревожни. Именно тези тълкувания в много случаи водят до отбягване на социални контакти от страна на болния; до изява на тежки страхови прояви; до възприятия за другите като за враг и дори до витална застрашеност. Въпреки че параноидните идеи се срещат при почти всички лица по време на тестирането, макар и оценени като *бледи* и слабо повлияващи поведението, възможно е те да са в основата на декларираната социална тревожност. Възможна е дисимулация на преживяванията, което да

има отношение към първоначалния подбор. Дори и слаби параноидните интерпретации могат да повишат социалната тревожност и чувството за застрашеност. От друга страна, продължителното наличие и проявления на налудности от параноидния кръг водят до развитието на мнителност и подозрителност към лица от социалната действителност на индивида.

При провеждане на изследването, някои от болните декларират страхове, свързани с ежедневно си функциониране. Тези участници споделят ангажираност с мисли за представянето си в социума, където често са приемани за *неадекватни* и *странни*. В някои случаи това се приема за нормалпсихологична реакция, дължаща се на тенденции към стигматизация и дискриминация на психично болните, като отказът от наемане на работа, от общуване, приемане, оказване на подкрепа повишават нивата на социална тревожност. В други случаи, същите притеснения могат да се обвържат с подозителност, мнителност и параноидни интерпретации.

Друга възможност предполага наличието на obsесивно-компулсивни симптоми, когато някои лица, особено такива с по-добър инсайт, споделят за *нахлуващи неканени мисли, срещу които се борят*. Тези натрапливости, които в някои случаи са трудни за разграничение от налудностите, могат значително да засилят преживяванията за тревожност, особено в социална обстановка и да предизвикат отрицателен ефект върху представянето на индивида в социума.

Самотност

Трудност при оценяването на самотността, особено в нейните клинични аспекти, поражда фактът, че липсват достатъчно изследвания в областта. Следва да се изтъкне нуждата от оценяване на нивата на самотност, тъй като това е феномен, имащ основно значение за психичното благополучие и функциониране на индивидите, а в някои случаи и за физическото им здраве. Изхождайки от заложената хипотеза следва да се изтъкне, че лицата от клиничните популации в проведеното изследване декларират по-високо субективно чувство за самотност.

Най-ниски нива на самотност са измерени в контролната група. Като типични представители на социума, тези лица поддържат типични за социума нива на социална свързаност и емоционална привързаност, контакти, извършване на съвместни социални дейности и т.н. Те разполагат с по-голяма широта на социалните мрежи и поддържат контакти с повече хора. При контролите има по-голяма вероятност за развитие на привързаност, за поддържане на контакти или за съвместно извършване на дейности, а вероятността те да станат обект на стигматизация и изолация е по-ниска. Друго възможно обяснение се корени в *привлекателността* на тези лица. В социален аспект, контролите демонстрират по-голяма привлекателност за осъществяване контакт и развитие на привързаност, отколкото лицата с психични и поведенчески разстройства.

Неочаквани, в известна степен, са високите нива на самотност, декларирани от лицата с шизофрения. Хипотезата за по-високи нива на самотност сред шизофренно болните е съпроводена с теоретични съмнения и трудности. От една страна, негативната шизофренна симптоматика, емоционално-волевата промяна и аутистичното отдръпване дават основания да се смята, че у тези лица е понижено желанието за поддържане на социални контакти и социално функциониране. От друга страна, налице са процеси, които могат да доведат до преживявания за отхвърленост и самотност. Някои от тях са достигане до относително *чисти* откъм симптоми ремисии; наличие на богата на стимули социална среда; тенденции към стигматизация, дискредитиране и отхвърляне; дори в някои случаи и наличие на налудни интерпретации. Като особено явно изразени, тенденциите към стигматизация често водят до отхвърляне на психично болните, до отнемане на възможността за осъществяване на контакти и получаване на подкрепа. Прямо психично болните битуват множество предразсъдъци, допълнително влошаващи възможностите за встъпване в контакт. Често те са възприемани като опасни за околните и себе си, ненужно и без провокация агресивни, като невъзстановяващи се, неспособни, неадекватни, неефективни,

като консуматори на здравни и социални помощи; като лица, у които липсват морални и общочовешки ценности.

Също така, лицата с шизофрения се възприемат като по-слабо атрактивни и привлекателни за осъществяване на социални интеракции. Често те са описвани като ексцентрични, странни и неадекватни. В същия контекст, прогресиращите когнитивни и социални дефицити, промяната в приоритетите на болните, честата абулия, наличието на активни или остатъчни психотични симптоми водят до отбягване, игнориране, заклеяване, етикетиране. В някои случаи дори самите близки на болния предприемат действия по изоставяне и отхвърляне. Друг фактор за преживяването на самотност се явява финансовата нестабилност. По-голямата част от лицата с шизофрения имат нисък социо-икономически статус, поради което са възприемани като слабо атрактивни и често не разполагат с нужните финансови ресурси за подобряване на социалното и интерперсонално функциониране.

Самите лица с шизофрения често предприемат неефективни стратегии за справяне със самотността. Някои демонстрират по-добра социална вградимост, като предприемат терапевтично поддържане, социална активност, развиват интереси и здравно поведение. Обратно, лицата с по-висока самотност представят предимно пасивни стратегии. Те по-рядко инициират социални интеракции, често демонстрират комуникативни дефицити и изискващо поведение. Интересно е, че много от тези пациенти проявяват спонтанна инициатива за осъществяване на социални интеракции с други лица с психични заболявания. Вероятно е при инициацията на такива контакти нивата на тревожност да са по-ниски.

Зависимите декларират значително по-високи нива на самотност от тези в контролната група и значително по-ниски от лицата с психози. Подобно на лицата с психози, при зависимите се открива по-малка широта на социалните мрежи, по-ниска социална активност, по-явно социално отхвърляне, повече дисфункционални социални модели на поведение, отколкото при лицата от контролната група.

Като основен фактор за повишаване на самотността се определят процесите по стигматизация, които са най-явно изявиени спрямо лицата със зависимости. Спрямо тях също битуват множество предразсъдъци, отнасящи се до агресивно поведение, липса на принос за развитие в икономически и социален аспект, криминално поведение, възприемането им като потребители на здравни, социални и пенитенциарни услуги, откъдето процесите по отхвърляне и стигматизация са явно изразени. Силни са предразсъдъците, свързани с агресивно поведение, като зависимият се възприема като агресор и способен да извърши всичко, за да си набави веществото. Масовата представа за хероиново зависим е като за *умопомрачен*, неконтролируем и опасен. Масовата представа за алкохолно зависим се свързва с разбиране за лице, което е в постоянна интоксикация, с употребата на големи количества в ранните часове на деня. Често общата популация възприема зависимия като некоректен и незаслужаващ доверие. Така, лицата със зависимости се възприемат като слабо атрактивни и непривлекателни.

Вероятно е и зависимите да демонстрират личностови и характерови акцентуации: емоционална лабилност, психопатия, манипулативност и др., което да провокира дискомфорт у лицата от общата популация, желание за социално отбягване и отхвърляне. Вероятно, събирането на зависими в субгрупи играе ролята на защитен механизъм срещу социалната стигматизация и загубата на чувство за принадлежност, като минимизира преживяванията за самотност. В този смисъл, като социална субгрупа, зависимите обикновено функционират по-добре от лицата с психози. Докато шизофрено болните в повечето случаи живеят сами или със свои близки и по-рядко и трудно встъпват във взаимоотношения извън кръга на близки или съседни, зависимите демонстрират афинитет към встъпване в контакти с други зависими. Вероятно е така да изпитват чувство за принадлежност към такива социални субгрупи, което да провокира декларирането на по-ниски нива на самотност. Възможно е и субгрупите на зависимите да са по-толерантни към приемане на нови членове. В същия аспект, едновременният прием на вещества често води до чувство за *заедност* и принадлежност.

Друга възможност предполага зависимите да са социално и функционално по-адаптивни, да разполагат с повече финансови средства и социални придобивки, при което да възприемат функционирането си като по-близко до социалните норми и до разбирането им за социален интегритет. И още, зависимите по-често използват активни стратегии за подобряване на социалната си свързаност, отколкото лицата с психози, при което е вероятно да изпитват по-добра социална свързаност.

Връзка между социална тревожност и чувство за самотност

Социално-тревожните преживявания и чувството за самотност са феномени, които потенциално могат да окажат влияние помежду си. Основание за залагането на такава хипотеза дава фактът, че и двете явления са социални по своята същност; подчертават взаимодействието на индивида със социалната среда; и двете явления се преживяват като негативни и предизвикващи страдание. Същевременно, преживяванията на социална тревожност и самотност могат да мотивират и инициират промяна у индивида, подобряване на социалното му функциониране и връзки, поддържане на поведения за минимизиране на тези преживявания. В търсене на евентуална зависимост между социалната тревожност и чувството за самотност, е измерена корелационната връзка за всяка от изследваните групи.

В *контролната група* е налице умерена корелация между чувството за самотност и интензитета на социално-тревожните когниции. Умерена корелационна връзка на чувството за самотност се установява и със субскалите за дискомфорт и социална неадекватност, страх от негативни оценки и с възприятията за възбуда в поведението и тревожност при изпълнение. Липсва корелационна връзка на чувството за самотност с притеснението за това, че другите забелязват дистреса. Ниските нива и по двата изследвани конструкта в контролната група дават основания да се смята, че ниските нива по единия фактор корелират с ниски нива по другия. При близо половината лица измерените

социално-тревожни когниции отговарят или са близки по интензитет на измереното чувство за самотност. При тези участници нивата на социална тревожност и самотност са относително стабилно свързани и между тях съществува корелационна връзка. При останалите, измереният интензитет на социално-тревожните когниции не отговаря или не е близък до интензивността на преживяванията за самотност. Това предполага, че при различен интензитет на изява на тревожни когниции, могат да бъдат очаквани различни нива на чувство за самотност, откъдето и наличието на различни механизми на връзка между факторите. При половината изследвани лица се наблюдават тенденции да се откликва на социално тревожните когниции със съпоставими преживявания на отхвърленост и самотност, т.е. при тези лица връзката между двата феномена е значима, поне при ниските им нива на изява. Ниските нива на социална тревожност позволяват на индивида да поддържа качествено по-добра социална активност, повече на брой контакти, по-широка социална мрежа, да демонстрира по-добри комуникативни умения и да извлича по-голямо удовлетворение от поддържаните контакти. Обратно, ниските нива на самотност предполагат чувство за принадлежност, приетост и комфорт. Като типични представители на социума при контролите се наблюдава умерена връзка по отношение на ниските нива при двата изследвани конструкта.

Липсва корелация между чувството за самотност и притеснение, че другите забелязват дистреса. Вероятно, наличието на такива когниции се свързва от лицата със социална обстановка и според когнитивните им интерпретации индикирането на дистреса от страна на другите не би довело до отхвърляне и до основания за повишаване на чувството за самотност. Не винаги индивидите преживяват и демонстрират достатъчно значим дистрес, но дори и да са налице такива когниции, в много от ситуациите, в които попадат този дистрес не е очевиден за околните. Така, притеснението, че другите забелязват дистреса не се явява достатъчно добър предиктор за оценяване на преживяваното чувство за самотност. Чувството за самотност корелира умерено с възприятията за възбуда в

поведението и тревожност при изпълнение. Вероятно това се дължи на разбирането, че наличието на възбуда и тревожност може да представи индивида в неприемлива светлина, да доведе до неговото дискредитиране и понижаване на атрактивността му. Наличието на такива възприятия може да доведе развитието на интерпретации за отхвърленост и до повишаване на декларираното чувство за самотност.

Измерена е умерена корелация между чувството за самотност и страхът от негативни оценки. Такава връзка може да има особено важно значение при лица със склонност към изказване на себенеутвърждаващи твърдения, демонстриращи ниска асертивност и ниска самооценка. При тези лица е по-вероятно негативните оценки (или интерпретациите за наличие на такива негативни оценки) да активират негативни базови убеждения и да се тълкуват като социално заплашващи, активирайки когниции за социално отхвърляне.

При *алкохолно зависимите* връзката между нивата на социална тревожност и чувство за самотност е по-явно изразена. Значителна корелация е установена както на чувството за самотност с интензитета на социално-тревожните когниции като цяло, така и със субскалите 1) мисли за общ дискомфорт и социална неадекватност, 2) притеснение за това, че другите забелязват дистреса и 4) възприятия за възбуда в поведението и тревожност при изпълнение. При алкохолно зависимите се открива механизъм, при който интензитета на социално-тревожните когниции в голяма степен отговаря на интензитета на чувството за самотност. Вероятно, част от оказващите влияние фактори са чувството за социално отхвърляне и изключване, стигматизация, предразсъдъци и неприемане. Вероятна е и обратната връзка, при която преживяванията за самотност провокират когниции за малоценност, отхвърленост, безперспективност, чувство за неадекватност на поведението и социално несправяне.

Не се открива корелационна връзка на чувството за самотност и страха от негативни оценки. Възможно е това да е израз на защитни механизми и поведение с цел минимизиране на негативните ефекти от наличието на социално-

неприемливо поведение, като тези лица са склонни да приемат формално критично неприемливите социални оценки за себе си. Не се отхвърля и възможността алкохолно зависимите действително да са развили механизми, с които *не разпознават* получаваната негативна оценка или да им липсва нагласа, че могат да станат обект на такава. Липсата на страх относно получаването на негативни оценки влиза в пряко противоречие с наличието на тревожност от това, че другите ще забележат дистреса, което предполага, че тези индивиди са сензитивни относно мнението на околните за тях, но проявяват защитни механизми.

Наличието на когниции за дискомфорт и социална неадекватност могат да породят чувство за социално несправяне, различност и когниции за отхвърленост. Алкохолно зависимите често декларират когниции, свързани с чувство за неадекватност и социално несправяне. И обратно, преживяването на самота може да доведе до чувство за неприетост, отхвърленост и да породи когниции за собствена неадекватност. Изследвана е възможността чувството за неадекватност да има ролята на междинна променлива и да опосредства връзката между социално-тревожните когниции и чувството за самотност. Основанията дават значителната корелация на възприятията за неадекватност с проявите на социална тревожност и чувство за самотност; фактът, че чувството за неадекватност може да обясни голяма част от връзката между двата конструкта; спонтанно разкриваните от лица когниции за неадекватност, възможността те да подкрепят зависимостта и изпитаното чувство за отхвърленост и самотност. На база тези твърдения и проведените статистически тестове чувството за неадекватност е *разпознато* като непълна междинна променлива по отношение на двата изследвани конструкта.

Значителна корелация е измерена между чувството за самотност и притеснението, че другите забелязват дистреса. Вероятно това се дължи на възможността дистресът да породи когниции за несправяне, дискредитиране и понижаване на привлекателността. Обратно, чувството за самотност се тълкува

като заплашващо и поражда дистрес. Понижаването на социалните взаимодействия може да доведе до дистрес и когниции за отхвърленост, непривлекателност и социална тревожност. Вероятно значителната корелация на самотността с възприятията за възбуда в поведението и тревожност при изпълнение се дължат на възможността те да дискредитират индивида и да провокират у околните възприятия за неговата неадекватност.

При *хероиново зависимите* се открива значителна корелация на чувството за самотност с интензитета на социално-тревожните когниции и две от субскалите: 1) мисли за общ дискомфорт и социална неадекватност и 3) страх от негативни оценки. Умерена корелация е измерена със субскалите 2) притеснение, че другите забелязват дистреса и 4) възприятия за възбуда в поведението и тревожност при изпълнение. Интересен е фактът, че хероиново зависимите декларират предимно ниски нива на социална тревожност и средни към високи нива на чувство за самотност. Вероятно е ниският интензитет на социално-тревожните когниции да е следствие от работата на защитни механизми, при което нивата на социална тревожност да са всъщност по-високи от декларираните, като е възможно интензитета на двата изследвани феномена да е относително еднакъв. На база получените резултати обаче, се предполага възможността ниският интензитет на социално-тревожните когниции да се дължи на относителен комфорт при общуването в социална субгрупа с други зависими, където се споделят общи интереси, сходни поведение и мотивация, често нестабилни контакти. Вероятно, самата субгрупа на зависими поставя по-ниски изисквания и е относително по-толерантна към допускането на други лица. При чувството за самотност обаче, независимо от възможността за развитие на принадлежност към социалната субгрупа, индивидът е сравнително ограничен откъм контакти с лица извън нея. Възможно е наличието на съмнения относно приемането в групата, наличието на конфликти в нея и незадоволеност на чувството за привързаност, откъдето ниският интензитет на социално-тревожните когниции кореспондира със средни или високи нива на чувство за самотност.

Друга възможност предполага повишаването на интензитета на социално-тревожните когниции да води до поява на негативни себеотносни идеации, които могат да доведат до повишаване на чувството за застрашеност, отхвърленост и самотност. Същевременно, по-високите нива на самотност могат да доведат до съмнения в принадлежността към конкретна субгрупа, да повишат интензитета на чувството за отхвърленост и така да повишат нивата на социална тревожност.

Значителна корелационна връзка се открива и на чувството за самотност с мислите за дискомфорт и социална неадекватност. Този механизъм беше изчерпателно обяснен в дискуссионната част при лицата с алкохолна зависимост. Различията при хероиново зависимите произлизат от слабите възприятия за социална неадекватност, като вероятно това има отношение към използването на защитни механизми, по-лошата социална вградимост или наличието на по-явно изразени трудности при оценка на социални ситуации. От друга страна, повишаването на нивата на социална неадекватност в тази група също води до повишаване на чувството за самотност, като се хипотезира влиянието и на други, неизследвани фактори. Притеснението, че другите забелязват дистреса, както и възприятията за възбуда в поведението и тревожност при изпълнение корелират в умерена степен с чувството за самотност. Предложените механизми са вече описани по отношение на лицата от контролната група. Различията при хероиново зависимите произтичат от предположеното вече наличие на защитно поведение.

Резултатите при лицата с шизофрения са противоречиви. Корелацията между двата конструкта е слаба. При само една от субскалите се открива умерена корелация с чувството за самотност, а именно възприятия за възбуда в поведението и тревожност при изпълнение. Въпреки че в тази група са измерени най-високи нива и при двата конструкта, хипотезата за наличието на връзка между тях не се потвърждава. При лицата с шизофрения високата социална тревожност съответства на слабо чувство за самотност. Възможни обяснения са наличието на когнитивни дефицити (въпреки че при първоначалната селекция

такива лица са отстранени, както и тези с понятийна дезорганизация), наличие на диссимулационни тенденции или опит да се разбере как работи методиката. По-вероятно е при тези лица да се наблюдава механизъм, различен от този при зависимите, като връзката между двата феномена се опосредства от множество други фактори, които *затъмняват* нейната изява. Такива фактори могат да бъдат потърсени в аспекти на болестта, наличието на афективна компонента на психозата или, обратно, притъпена емоционалност, социалната роля на психично болен и др. Възможно е и аспектите на болестта да променят интерпретацията на значението, което имат социалните ситуации и взаимодействия. Реална изглежда възможността влаганото в социалните ситуации и контакти значение от лицата с шизофрения да е различно, при което мисловната и понятийна организация да са качествено променени. Друга възможност насочва към наличието на параноидни интерпретации.

Демографски фактори

Не са ни познати изследвания върху влиянието на демографските фактори върху чувството за самотност сред клинично представени популации. След като е установено, че наличието на психична патология оказва влияние върху интензитета на социално-тревожните когниции и чувството за самотност, е изследвано влиянието на демографските фактори пол, възраст, образование, семеен статус и заетост поотделно, както и в съчетанието им с наличието на психична патология.

При изследването се установява влияние на фактора *пол* върху социално-тревожните когниции, като те са по-интензивни при лицата от женски пол. Възможно е това да се дължи на генетична предразположеност към преживяване на тревожност, като женският пол е отговорен за износване, раждане и полагане на грижи за фетуса, при което еволюционно се развива *алармена система* с по-нисък праг на чувствителност и способност за по-ранна детекция на възможни опасности. Друго обяснение е свързано с възможността за изява на

дискриминативни тенденции спрямо лицата от женски пол в социума, при което интензитетът на социално-тревожните им когниции е по-висок. При жените от контролната група и при тези с шизофрения се наблюдава по-висок интензитет на социално-тревожни когниции, а при лицата със зависимости не се наблюдават полови различия. Възможно е, като типични представители на социума при жените от контролната група да действат гореописаните механизми. Възможно е зависимите от женски пол да намаляват нивата на декларирана тревожност като следствие от употребата на вещества и наличие на нужда от минимизиране на неприемливите когнитивни и емоционални последствия от тази употреба, т.е. минимизиране на когнитивен дисонанс. При лицата с шизофрения не се наблюдава пряко себеувреждащо поведение (то се свързва по-скоро с изяви на болестта), при което е вероятно да действат гореописаните механизми. Освен това, виталната застрашеност при тези лица предполага механизми за по-ранна детекция на заплашващите стимули.

Въпреки че мъжете декларират по-високи нива на чувство за самотност, тези различия не са статистически значими. Възможно е това да се дължи на тенденции към дисимулация или социална неприемливост от страна на мъжете, или и двата пола да са еднакво резистентни към преживяванията за самотност.

Факторът *възраст* не е индикиран като оказващ значимо влияние нито върху интензитета на социално-тревожните когниции, нито върху чувството за самотност. Възможно е факторите, провокиращи социална тревожност или самотност да са относително постоянни през житейския път на човека и да оказват по-голямо влияние върху индивида като черти на характера (а не толкова ситуативно), при което да не се наблюдава значима възрастова динамика.

Не се установява значимо влияние на фактора *образование*. Резултатите показват липса на ефект на взаимодействие между изследваните феномени като следствие от влиянието на фактора *образование*. Вероятно множество други фактори оказват влияние върху нивата на социална тревожност и самотност, като

степената на образование и наличието на по-високи академични постижения и умения не гарантират подобряване на възможностите за справяне с тях.

Факторът *работна заетост* се явява статистически значим като при безработните се откриват значително по-високи нива на социална тревожност, отколкото при заетите. Нивата на социална тревожност са значително по-високи сред безработните. Вероятно това е свързано с фактори като по-добра финансова обезпеченост, по-добро задоволяване на потребности, подобряване на възможностите за снемане на стреса, упражняване на харесвани дейности, подобряване на социалния статут и престиж, улесняване на комуникацията. Съществува и обратната възможност, индивидите с по-висока социална тревожност по-трудно да започват и поддържат работна заетост, а повишаването на тревожността им да влошава работните им задължения и професионалната им атрактивност. Когато представените групи се изследват поотделно, значими различия се откриват единствено в групата на алкохолно зависимите. Възможно е лицата във всяка група да притежават сходни възможности за адаптация, дори и при липсата на постоянна работна заетост.

Работната заетост оказва влияние и върху чувството за самотност, като безработните декларират по-високи нива. При разглеждане на всяка от групите поотделно, значими различия се наблюдават единствено в контролната група и при алкохолно зависимите. Работната заетост обикновено е свързана с поддържането на социални контакти и взаимоотношения, като предоставя възможности за поддържане на колегиални и трудово-партньорски отношения, които могат да спомогнат за емоционално обвързване, приятелство, подобряване на свързаността и чувството за принадлежност. Така, работната заетост предполага разширяване на социалната мрежа и дава възможност за понижаване на чувството за самотност. При хероиново зависимите и шизофренно болните не се наблюдават значими различия в нивата на самотност, като вероятно отношение имат мотивацията за извършване на работна дейност и за поддържане на социални контакти. Алкохолно зависимите и контролите, които работят

декларира по-слабо чувство за самотност, вероятно поради по-добра социална свързаност.

Не се открива влияние на фактора *семеен статус* върху нивата на социална тревожност. Възможно е наличието на семейни и брачни отношения да не рефлектира в типа подкрепа, нужен за намаляване на социалната тревожност. Липсва значимо влияние на семейния статус и върху нивата на самотност. Възможно е несемейните да разполагат със също толкова богата на социални и емоционални контакти мрежа, колкото и семейните, а разведените да проявяват добри адаптационни способности за понижаване на самотността. Възможна е и обратната алтернатива, брачните отношения да не допринасят за повишаване на нивата на емоционална и социална свързаност. Дори в някои случаи наличието на брачни взаимоотношения води до понижаване или прекъсване на някои контакти, към които индивидът проявява емоционална или социална свързаност.

Социална тревожност, чувство за самотност и суицидно поведение

Последната хипотеза изследва възможността интензитета на социално тревожните мисли и преживяванията за самотност да оказват влияние върху някои аспекти на суицидните нагласи и поведение. От получените резултати като основен фактор, повишаващ риска от обмисляне и предприемане на суицид, се обособява не вида на психичната патологията, а самото наличие на такава. Проблем е фактът, че лицата от контролната група отричат наличие на суицидни нагласи, което не позволява извършването на по-нататъшна обработка и измерване на влиянието на социално-тревожните когниции и чувството за самотност върху суицидните нагласи. Възможно е индикираната липса на суицидни нагласи да се дължи на грешка в събирането на данни. Вероятна изглежда и възможността в моменти на житейски кризи да са се прокрадвали неинтензивни суицидни мисли или студени констатации, че може да се извърши суицид, без да е предприет такъв. Вероятно такива мисли са се проявявали просто като възможност, но не и като алтернатива, която може да се предприеме.

Значително по-малко вероятно е лица от контролната група някога да са предприемали планиране на суицид, тъй като в такива случаи обикновено се достига до психично-здравен специалист и се индикира наличието на психична патология или проблеми в адаптацията. Тревогата от поставяне на диагноза, демонстрация на стигма или наличието на защитни механизми също може да възпира някои лица да представят наличието на суицидни нагласи.

В групата на *алкохолно зависимите* не се установява влияние на социално-тревожните когниции върху наличието на суицидни мисли. Това предполага, че вероятно социално-тревожните когниции са само един от факторите, които повлияват формирането и появата на суицидни идеации едва в съчетанието им с други фактори. Същевременно те подкрепят зависимостта, като тяхното снемане се преживява като удоволствен, макар и морално укорим процес, което служи за *оправдаване* на собственото поведение. Социалната тревожност оказва влияние върху планирането на суицид на някакъв етап от живота, но не повлиява актуалното планиране. След като социалната тревожност не е предиктор за изграждането на актуални суицидни планове, но потенциално може да участва в изграждането на такива, вероятно тя демонстрира значимост едва в съчетание с други фактори, които да потенцират нейното влияние. Вероятно значимост се придобива в съчетание с преживявания в депресивен стил, вероятността за което не е малка, имайки предвид депресивния ефект на алкохола. В тези случаи рязко се повишава вероятността от предприемане и на суицид, като е вероятно и социално-тревожните когниции да допринасят за това. Социалната тревожност не се явява значим предиктор и при предприемането на суицидни опити. Вероятно такова влияние се наблюдава едва в съчетание с други фактори, като с най-голямо значение са когнитивни и афективни аспекти на депресивността. Обратната тенденция също не показва значимост. Наличието на предишни суицидни опити, независимо от евентуалните тревожни тенденции и опасения от страна на близките и стигматизационните тенденции на социума към лица, предприели

суицид, не оказват значително влияние за повишаването на нивата на социална тревожност.

Чувството за самотност се явява значим предиктор за поява на суицидни идеации при алкохолно зависимите. Въпреки че не повлиява пряко актуалните суицидни мисли, самотността е важен предиктор за появата на такива на някакъв етап през живота, но в съчетание с други фактори, най-вероятно депресивни преживявания. Не бива да се пренебрегват силните доказателства в насока на това, че конструктите тревожност, самотност и депресивност имат генерален, но все още неизяснен общ фактор или клъстър от фактори. Чувството за самотност повлиява склонността на индивида към изграждане на суицидни планове. Вероятно е, чувството за самотност, особено ако е хронично или интензивно, да води до неприятни преживявания, с които индивидът да се справя трудно, откъдето качествено да се повишава нивото на риск от изграждане на суицидни планове и предприемане на суицидно поведение. Фактът, че чувството за самотност при алкохолно зависимите корелира значително с интензитета на социално-тревожните когниции предполага, че съчетанието на тези две явления има отношение към изграждането на суицидни планове, като е вероятно те да се потенцират взаимно. Такова съчетание поставя алкохолно зависимия в особено неизгодна ситуация, тъй като, от една страна, изпитва самотност при липсата на достатъчно задоволителни контакти, а от друга, изпитва социално-тревожни реакции при наличието на такива. Така, високите нива по двата фактора се явяват силни предиктори за планиране на суицид. В потвърждение, открива се и значимо влияние на чувството за самотност върху иницирането на суицидни опити. Наличието на предишни суицидни опити също се явява важен предиктор на чувството за самотност. Не се знаят нивата на самотност по време на предприемане на суицидните опити, но ако се приеме тяхната изявеност като личностова черта, е вероятно те да са завишени. Независимо от нивата на самотност по време на предприемане на суицида, се открива, че в последствие те остават трайно високи. Възможно е това да се дължи на някои постсуицидни

феномени, като стигматизация и отбягване на суицидалния индивид, собствена етикетизация. Възможна е и активация на описания механизъм за опосредстване през фактори от емоционален, когнитивен и социален аспект.

При *хероиново зависимите*, получените резултати са противоположни. Открива се значимо влияние на социално-тревожните когниции върху появата на суицидни мисли, както актуални, така и за минал период. Измерва се такова влияние и върху планирането на суицидни опити. На пръв поглед изглежда, че статистическата обработка е свършила своята работа. По-внимателен преглед обаче, установява, че само едно лице декларира суицидни мисли и планове и същевременно много високи нива на социална тревожност. Останалите декларират ниска социална тревожност и липса на суицидни мисли и планове. Това качествено променя погледа върху резултатите, като единственият извод, който може да се направи е, че ниската социална тревожност съответства на нисък суициден риск. Частичен отговор на въпроса за повлияването на суицидните нагласи при повишаване на социалната тревожност дават предприетите суицидни опити. Лицата с предишни опити декларират най-висока социална тревожност. Това предполага възможността, не само ниските нива на социална тревожност да резултират в по-нисък суициден риск, но и високите нива да водят до неговото повишаване. Не се пренебрегва възможността лицата с висока социална тревожност да не успяват да се включат в неформална група на зависими или да не успяват да се приспособят в достатъчна степен, поради което изпитват висока тревожност и потенциално са застрашени от извършване на суицид.

Противоположни са резултатите по отношение на чувството за самотност. При хероиново зависимите то няма отношение към суицидните нагласи и поведение. При тях чувството за самотност не е предиктор нито на появата на суицидни идеации, нито на суицидно планиране, нито на суицидно поведение. Нещо повече, наличието на предишни суицидни опити не оказва влияние върху чувството за самотност. Най-вероятно приемането в неформални групи оказва

протективна роля върху него и по този начин понижава интензитета му като рисков суициден фактор. Отпадането на алтернативни интереси, приемането в неформална група на зависими, споделящи същите интереси и прекарването на повече време с тях, резултат в чувство за относително приемане, като понижават самотността сред хероиново зависимите. Според друга възможност продължителната употреба на опиоиди води до личностова и социална промяна, при която социалните дисфункции и чувството за самотност не играят значима роля за предприемането на суицидно поведение, а стесняването на интересите и намаленото взаимодействие със социума водят до стесняване на социалните мрежи и потенциалното намаляване в значимостта на контактите с индивиди от социума.

При лицата с *параноидна шизофрения* липсва влияние от страна на двата фактора върху появата на суицидни мисли и предприемането на суицидни опити. Вероятно оформящата се личностова промяна активира защитни механизми и води до намаляване на чувството за изолация от страна на другите като потенциален рисков фактор за извършването на суицид. Възможно е суицидни идеации или поведение да се породят под взаимното влияние на социалната тревожност или чувството за самотност с други фактори, но наличните резултати провокират мнението, че самостоятелното действие на тези два фактора не провокира поява на такива. Като доказателство, че двата изследвани фактора действат самостоятелно се привежда измерената слаба корелация, което предполага, че двата фактора са относително несвързани помежду си и не влияят върху изследвания суициден риск едновременно. Единственото значимо влияние и на двата фактора се открива по отношение изготвянето на суицидни планове. За разлика от появата на суицидни мисли, всеки от тези фактори, дори и взети поотделно, се явява с достатъчна интензивност, за да доведе до планиране на суицид. Възможно е това да се дължи на остатъчни параноидни интерпретации или такива за витална застрашеност. Според друга възможност, при ремисия тези лица са по-склонни да интерпретират взаимоотношенията си с другите в

контекста на отхвърляне, осмиване, етикетиране, с наличие на възприятия от страна на другите за тях като странни и неадекватни. Лицата с шизофрения не декларират влияние на предишните суицидни опити върху социално-тревожните когниции и чувството за самотност. Тези лица често отричат извършването на суицидни опити, като диссимулират такива преживявания или представят различна, често нелепа, мотивация за своите действия. Вероятно е такова отричане да играе ролята на защитен механизъм или да се дължи на личностова промяна или остатъчни параноидни интерпретации.

Изводи

На база резултатите от проведеното изследване могат да се направят следните изводи:

1. Лицата, у които не се установява наличие на психична или поведенческа патология декларират най-нисък интензитет на социално-тревожни когниции. Тези лица са социално адаптивни в по-голяма степен и по-рядко търпят социално отхвърляне и стигматизация.

2. При лицата с алкохолна зависимост и тези с параноидна шизофрения се установява най-висок интензитет на социално-тревожни когниции. Това са лица, които търпят в по-голяма степен социално отхвърляне и стигматизация и демонстрират повече трудности в адаптацията. Лицата с алкохолна зависимост често използват вещества като метод за справяне с тревожните прояви, докато при тези с шизофрения тревожните прояви могат да бъдат следствие от налудни прояви и интерпретации.

3. Лицата с хероинова зависимост декларират социално-тревожни когниции, чийто интензитет е съпоставим с този, деклариран от лицата без психична или поведенческа патология. Вероятно това се дължи на изява на защитни механизми, чиято цел е да се минимизират социално-тревожните прояви.

4. Лицата без наличие на психична или поведенческа патология декларират най-ниски нива на субективно изпитвано чувство за самотност. Като

най-социално адаптивни, поддържащи най-широки социални мрежи и деклариращи най-добра социална свързаност, тези лица декларират най-ниска самотност.

5. Лицата с шизофрения декларират най-високи нива на самотност. Спрямо тези лица се откриват изявени тенденции към стигматизация, възприемане като слабо атрактивни, непривлекателни и *странни*, откъдето те често са социално отхвърлени. Въпреки очакванията за слаб интерес към проява на социални контакти, лицата с шизофрения декларират наличие на желание за такива и чести преживявания за отхвърленост и самотност.

6. Лицата със зависимости декларират самотност, значително по-висока от лицата без патология и значително по-ниска от лицата с шизофрения. Зависимите са обект на предразсъдъци и социално отхвърляне, често демонстрират специфични личностови черти, които могат да действат отблъскващо на общата популация или използват дисфункционални модели за справяне. Въпреки това нивата на самотност не са толкова явно изявени, колкото при лицата с шизофрения. Вероятно това се дължи на по-добре развити интерперсонални процеси в тези групи и чувство за принадлежност към субгрупата на зависимите.

7. При лицата без патология се открива умерена корелационна връзка между интензитета на социално-тревожните когниции и чувството за самотност, като ниските нива на чувство самотност отговарят на слаб интензитет на социално-тревожните когниции.

8. При лицата с алкохолна зависимост се открива значителна корелационна връзка между чувството за самотност и интензитета на социално-тревожните когниции, като чувството за неадекватност играе ролята на частична междинна променлива, поне при част от лицата.

9. При хероиново зависимите се открива значителна корелационна връзка, като ниският интензитет на социално-тревожни когниции отговаря на

умерени към високи нива на самотност, вероятно дължаща се на ограничени и несигурни контакти, както и несигурност спрямо приетостта в субгрупата.

10. При лицата с параноидна шизофрения се открива слаба корелационна връзка и механизъм, според който високите нива на чувство за самотност не отговарят на интензивни социално-тревожни мисли и обратно, интензивните социално-тревожни мисли не отговарят на силно чувство за самотност. Вероятно, поради слаби или липсващи критичност и чувство за неадекватност, при лицата с шизофрения се наблюдава слаба корелационна връзка между двата конструкта.

11. Изследването на демографските фактори води до следните изводи:

- Социално-тревожните мисли са по-интензивни при лицата от женски пол.
- При зависимите не се откриват полови различия в изпитваната социална тревожност, вероятно поради демонстрация на по-явно изразени маскулинни черти или специфични личностови акцентуации или характеристики при индивидите от женски пол.
- Не се откриват полови различия в декларираното чувство за самотност.
- Не се откриват възрастови различия в интензитета на социално-тревожните мисли и чувството за самотност.
- Не се откриват различия в интензитета на социално-тревожните мисли и чувството за самотност като следствие от нивото на образование.
- Работната заетост не оказва влияние върху интензитета на социално-тревожни мисли.
- Заетите лица декларират по-ниски нива на чувство за самотност.
- Семейният статус не оказва влияние върху интензитета на социално-тревожните мисли и чувството за самотност.

12. Чувството за самотност повишава риска от поява на суицидни мисли, изграждане на суицидни планове и предприемане на суицидни опити при лицата с алкохолна зависимост.

13. Социално-тревожните мисли повишават риска от планиране на суицид при лица с алкохолна зависимост.

14. Ниският интензитет на социално-тревожни мисли при лица с хероинова зависимост понижава риска от предприемане на суицид.

15. При хероиново зависими чувството за самотност не оказва влияние върху суицидните нагласи.

16. Интензитетът на социално-тревожните мисли и чувството за самотност не оказват влияние върху суицидните нагласи и поведение при лицата с шизофрения.

17. Наличието на предишни суицидни опити оказва влияние върху чувството за самотност при алкохолно зависимите.

Приноси на дисертационния труд

Приносите на настоящия дисертационен труд могат да бъдат обособени в два аспекта: теоретичен и практически.

Теоретични приноси:

- Представен е сравнителен анализ на интензитета на социално-тревожните когниции за трите групи изследвани лица, което се явява принос поради високата вариативност на представяните в научната литература резултати.

- За пръв път в българската научна литература са изследвани клиничните аспекти на самотността, като са установени нивата на субективно изпитвано чувство за самотност при лица в норма и при такива, с наличие на психична патология.

- Установен е интензитетът на връзката, механизмите на взаимодействие и някои от опосредстващите фактори между изявеността на социално-тревожните

когниции и субективно изпитваното чувство за самотност, което не е коментирано в достъпната ни литература.

- Емпирично е доказана непълна междинна променлива, опосредстваща връзката между социално-тревожните когниции и субективно изпитваното чувство за самотност, което е значително изразено при лицата със зависимости и слабо изразено при лицата с параноидна шизофрения.

- Установено е, че суицидните нагласи и поведение се повлияват значително от субективно изпитваното чувство за самотност при лица с алкохолна зависимост, докато при лицата с хероинова зависимост значим рисков суициден фактор е интензитетът на социално-тревожните когниции.

- Установено е влиянието и връзката на различни социални фактори (пол, възраст, образование, работна заетост и семеен статус) върху интензитета на социално-тревожните когниции и нивата на субективно изпитвано чувство за самотност.

Получените теоретични изводи могат да спомогнат за подобряване на практическите аспекти на работата с такъв тип психиатричен контингент.

Практически приноси:

- Установено е, че при лицата с алкохолна зависимост и параноидна шизофрения високите нива на социална тревожност се явяват сериозен терапевтичен проблем, затрудняващ терапевтичния процес и изискващ целева намеса за подобряване на социалните умения и на социалната свързаност.

- Установено е, че поради високата степен на корелация, повлияването в практическа среда на единия от двата фактора, социална тревожност или чувство за самотност, може да спомогне да повлияването и на другия при лица със зависимости. Такъв модел не може да бъде използван в практическа среда при лица с параноидна шизофрения или такива без наличие на психична и поведенческа патология.

- Установено е, че повлияването на чувството за неадекватност при лица с алкохолна зависимост има отношение към минимизирането на преживяванията за социална тревожност и чувство за самотност. Поради това чувството за неадекватност се явява важен целеви терапевтичен фактор при подобряване на социалната свързаност на алкохолно зависимите.

- Установено е, че високите нива на субективно изпитвано чувство за самотност при алкохолно зависими и високия интензитет на социално-тревожните когниции при хероиново зависими в практическа среда трябва да бъдат третираны тъй като се явяват високо-рискови фактори за появата на суицидни мисли и предприемането на суицидно планиране или действия.

Публикации, свързани с дисертацията

1. Масурски А. Тревожност и самотност при лица с шизофрения. *Клинична и консултативна психология*, бр. 4, 2015

2. Масурски А. Стигматизация и психична болест. *Клинична и консултативна психология*, бр. 2, 2016

3. Масурски А. Тревожност и самотност при лица с психози и при лица със зависимости, *Сборник втори национален конгрес по клинична психология с международно участие*, 2016

4. Масурски А. Самотност и суицидалност сред лица с психози и лица със зависимости, *Българско списание за психиатрия*, бр. 1, 2017

Използвана литература

1. Александрова Н. Х. Психологически проблеми на старостта. Университетско издателство „Паисий Хилендарски“, 2007

2. Александрова Н. Х. Характеристики на самотата през късните етапи на живота. Сборник научни доклади V Национален конгрес по психология, Българско списание по психология, бр. 1-4, 2008, 189-193

3. Маринов П. Шизофренията. Ася – Росен Младенов, 2010

4. Минева К. Типологични подходи при изследване на зависимости. Международна конференция, БСУ, 2010

5. Наков В., Дончев Т. Самоубийствата в България 2009 – 2013г. Военномедицинска академия, 2015

6. Пеева Д. Обществено опасно поведение при шизофренно болни. Управление и образование, том IX (4), 2013, 135-141
7. Хараланов С. Тревожно-депресивни маски на латентна шизофрения. Медицинско списание за лекараите в България, 2014, бр. 7
8. Хараланова Е. Емоционална продукция при „неафективни“ психози: клинично и теоретично значение. Неврология и психиатрия, 2008, бр. 1, 24-27
9. Achim A. M., Maziade M., Raymond E., Olivier D., Me´rette C. and Roy M-A. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin* vol. 37 №4, 811–821, 2011
10. Aguocha C., Aguocha K., Uwakwe R., Onyeama G. Co-morbid anxiety disorders in patients with schizophrenia in a tertiary institution in South East Nigeria: prevalence and correlates. *African Health Sciences* Vol 15 Issue 1, March 2015
11. Al Khatib S. A. Exploring the relationship among loneliness, self-esteem, self-efficacy and gender in United Arab Emirates college students. *Europe’s Journal of Psychology*, 8 (1), 159-181 /2012/, doi:10.5964/ejop.v8i1.301
12. Barlow D. H. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* / 2nd edition. NY, Guilford Press 2002
13. Belene E., Belene A., Algin F., Samanci A., Erkmen H. Comorbid anxiety disorders in schizophrenia: The relationship between sociodemographic and clinical characteristics. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2010;23:18-24
14. Bengtsson-Tops A. & Hansson L. Quantitative and qualitative aspects of social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry* (2001) vol. 47, №3, 67-77
15. Borkovec T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davis & F. Tallis /editors/, *Worries: perspectives on theory, assessment and treatment*, pp. 5-33, Sussex, England: Wiley & Sons
16. Borsari B. & Carey K. B. How the quality of peer relationships influence college alcohol use. *Drug Alcohol Rev.* 2006 July; 25(4): 361–370. doi:10.1080/09595230600741339.
17. Braga R. J., Mendlowicz M. V., Marrocos R. P., Figueira I. L. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res.* 2005 Jul;39(4):409-14.
18. Buckley P. F., Miller B. J., Lehrer D. S., & Castle D. J. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 35 no. 2 pp. 383–402, 2009
19. Cacioppo J. T., Fowler J. H., Christakis N. A. Alone in the crowd: the structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2009, Vol. 97, No. 6, 977–991; DOI: 10.1037/a0016076
20. Cacioppo J. T. & Hawkley L. C. *Loneliness*, 227-241; Chapter in Leary M. R. & Hoyle R. H. /editors/ *Handbook of individual differences in social behavior*. The Guilford Press, 2009
21. Cheng H. & Furnham A. Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence* 2002, 25, 327–339; doi:10.1006/yjado.475, available online at <http://www.idealibrary.com>
22. Cosoff S. J. & Hafner R. J. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998 Feb;32(1):67-72.
23. Craig T., Hwang M. Y. & Bromet E. J. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159:592-598
24. Dahlberg L. and McKee K. J. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 2014, Vol. 18, No. 4, 504–514, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>
25. Davey G. C. L., Hampton J., Farrell J., and Davidson S. Some characteristics of worrying: evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Person. individ. Diff.* Vol. 13, No. 2, pp. 133-147, 1992
26. de Haan L., Sterk B., Wouters L., and Linszen D. H. The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin* vol. 39 no. 1 pp. 151–160, 2013
27. Demakakos P., Nunn S., Nazroo J. /2006/ *Loneliness, relative deprivation and life satisfaction*. In Banks J., Breeze E., Lessof C., and Nazroo J. /Editors/ *Retirement, health and relationships of the older*

population in England: The English longitudinal study of ageing (Wave 2), 297-338. The institute for fiscal study, London.

28. Deniz M. E., Hamarta E., and Ari R. An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish students. *Social behavior and personality*, 2005, 33 (1), 19-32

29. Dill J. C. & Anderson C. A. *Loneliness, shyness, and depression: the etiology of interrelationships in everyday problems in living*. Chapter in Joiner T & Coyne J. C. /Editors/ *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington D. C.: APA, 1999; 93-125

30. Dykstra P. A. and Fokkema T. Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficits and cognitive perspectives. *Basic and applied social psychology*, 29 (1), 1-12, 2007

31. Ernst J. M. & Cacioppo J. T. Lonely hearts: psychological perspectives on loneliness. *Applied and preventive psychology* 8:1-22, 1999

32. Golden J., Conroy R. M., Bruce L., Denihan A., Greene E., Kirby M. and Lawler B. A. Loneliness, social support networks, mood, and wellbeing in community dwelling-elderly. Published online 9 March 2009 in Wiley InterScience; DOI: 10.1002/gps.2181

33. Goodwin R. D. & Stein D. J. Anxiety disorders and drug dependence: Evidence on sequence and specificity among adults. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 April ; 67(3): 167–173.

34. Grant B. F., Stinson F. S., Dawson D. A., Chou S. P., Dufour M. C., Compton W., Pickering R. P. and Kaplan K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Alcohol Research & Health* Vol. 29, No. 2, 2006

35. Hagen K., Solem S., Larsen T. K., Joa I., Kvale G., Hansen B. Obsessive-compulsive disorder (OCD) in patients with first-episode psychosis (FEP): a prospective study. *Clinical neuropsychiatry* (2014) 11, 6, 164-169.

36. Haralanov S., Haralanova E., Terziivanova P., Moeller H-J., Hennig-Fast K. Subjective emotional over-arousal to neutral social scenes in paranoid schizophrenia psychosis is significantly reduced by effective antipsychotic pharmacotherapy. *American journal of psychology and cognitive science*, Vol. 1, No. 2, 2015, pp. 48-60

37. Hawkey L. C. and Cacioppo J. T. Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity* 17 (2003) 98–105

38. Hirsch C. R. & Mathews A. A cognitive model of pathological worry. *Behaviour Research and Therapy* 50 (2012) 636-646; doi: 10.1016/j.brat.2012.06.007

39. Hosseini S. H., Zarghami M., Moudi S., Mohammadpour A. R. Frequency and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms/Disorders, Violence and Suicidal in Schizophrenic Patients. *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14(6):345-351

40. Huppert J. D., Smith T. E. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr*. 2005 Sep;10(9):721-31.

41. Jones M. & Mammen O. The anxiety disorders. Chapter 4 of *Clinician's guide to mental illness /edited by Daley D. C., & Salloum I. M./*. pp. 127-180; 2001. San Jose, The McGraw-Hill.

42. Karatzias T., Gumley A., Power K., O'Grady M. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 48 (2007) 371– 375

43. Kowalski, R. M. *Anxiety*. In *Oxford encyclopedia of psychology*, vol. 1, /Edited by Kazdin, A., E./, Oxford University Press, 209-212

44. Lowengrub K. M., Stryjer R., Birger M., and Iancu I. Social anxiety disorder comorbid with schizophrenia: the importance of screening for underrecognized and undertreated conditions. *Isr J Psychiatry Relat Sci - Vol. 52 - No 1* (2015)

45. Malta D. C., Oliveira-Campos M., do Prado R. R., Andrade S. S. C., Malta de Mello F. C., Dias A. J. R., Bomtempo D. B. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescents School-based Health Survey (PeNSE - 2012); *Rev Bras Epidemiol Suple PeNSE* 2014; 46-61; DOI: 10.1590/1809-4503201400050005

46. McNally, R. J. *Fear and terror*. In *Oxford encyclopedia of psychology*, vol.3. /Edited by Kazdin, A., E./, Oxford University Press, 341-344

47. Merikangas K. R. & Swanson S. A. *Comorbidity in anxiety disorders*, 2009. In Stein, M. B. & Steckler, T. /editors/. *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment*. Berlin, Springer-Verlag, 2010, 37-59

48. Michail M. and Birchwood M. Social anxiety disorder in a first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship to paranoia. *The British Journal of Psychiatry* (2009) 195, 234–241.
49. Morgan V. A., Waterreus A., Jablensky A., Mackinnon A., McGrath J. J., Carr V., Bush R., Castle D., Cohen M., Harvey C., Galletly C., Stain H. J., Neil A., McGorry P., Hocking B., Shah S., Saw S. People living with psychotic illness 2010: Report on the second Australian National Survey. *Commonwealth of Australia*, 2011
50. Mosing M. A., Gordon S. D., Medland S. E., Statham D. J., Nelson E. C., Heath A. C., Martin N. G. & Wray N. R. Genetic and environmental influences on the comorbidity between depression, panic disorder, agoraphobia and social phobia: a twin study. *Depress Anxiety*. 2009 ; 26(11): 1004–1011
51. Mowbray O., Quinn A., and Cranford J.A. Social networks and alcohol use disorders: findings from a nationally representative sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2014 May ; 40(3): 181–186. doi:10.3109/00952990.2013.860984.
52. Pallanti S., Quercioli L., Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: A relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004; 161:53–58
53. Peplau L. A. & Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. A Wiley-Interscience Publication. *Chapter 1: Perspectives of loneliness*. John Wiley & sons. 1982
54. Romm K. L. Depression, social anxiety and self-esteem in first episode psychosis: a cross-sectional study. *Series of dissertations submitted to the faculty of medicine, University of Oslo, 2011*
55. Rook K. S. *Loneliness*. In Oxford encyclopedia of psychology /Edited by Kazdin A. E./, vol 5., Oxford University Press, 2000, 73-76
56. Salimi A. & Bozorgpour F. Percieved Social Support and Social-Emotional Loneliness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 69 (2012)
57. Schroeder C. S. & Gordon B. N. Assessment & Treatment of childhood problems: a clinician's guide / 2nd edition. NY, Guilford Press 2002
58. Shrier L. A., Harris S. K., Kurland M., and Knight J. R. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *PEDIATRICS* Vol. 111 No. 6 June 2003; pp. e609-705
59. Slade T., Johnston A., Teesson M., Whiteford H., Burgess P., Pirkis J., Saw S. The mental health of Australians 2: Report of the 2007 National Survey of mental health and wellbeing. Commonwealth of Australia 2009
60. Smith J. P. and Book S. W. Anxiety and substance use disorders: A review. *Psychiatr Times*. 2008 October ; 25(10): 19–23.
61. Stickley A., Koyanagi A., Kuposov R., Schwab-Stone M. and Ruchkin V. Loneliness and health risk behaviours among Russian and U. S. adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014, 14:366 doi:10.1186/1471-2458-14-366
62. Stokes C. & Hirsch C. R. Engaging in imagery versus verbal processing of worry: impact on negative intrusions in high worriers. *Behaviour Research and Therapy* 48 (2010) 418–423
63. Sündermann O., Onwumere J., Kane F., Morgan C. and Kuipers E. /2014/ Social networks and support in first episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 March ; 49(3): 359–366. doi:10.1007/s00127-013-0754-3.
64. Swendsen J., Conway K. P., Degenhardt L., Glantz M., Jin R., Merikangas K. R., Sampson N., and Kessler R. C. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: Results from 10-year follow up of the National Comorbid Survey. *Addiction*. 2010 June ; 105(6): 1117–1128
65. Venkatasubramanian G., Rao N. P., and Behere R. V. Neuroanatomical, neurochemical and neurodevelopmental basis of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 2009 Jan-Jun; 31(1): 3–10.
66. Vrbová K., Praško J., Kamarádová D., Černá M., Ocisková M., Látalová K., Sedláčková Z. Comorbid anxiety disorders in patients with schizophrenia. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* Volume 55 No. 1–2 2013