

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „СОЦИАЛНА, ТРУДОВА И ПЕДАГОГИЧЕСКА ПСИХОЛОГИЯ“

ФИЛИПА КАМЕНОВА
ДИСФУНКЦИОНАЛНИ КОГНИТИВНИ СХЕМИ НА ЛИЧНОСТТА ПРИ
ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация за присъждане на образователна и научна степен

„Доктор“

Професионално направление 3.2 Психология

Научна специалност 05.06.14 Медицинска /Клинична/ психология

Научен ръководител:

Доц. д-р Павлина Петкова

Рецензенти:

Проф.д.пс.н. Ваня Матанова

Доц. д-р Красимир Иванов

2 0 1 7

С О Ф И Я

Дисертацията съдържа: Обем: 279 страници, от които съдържанието, библиографията и приложенията са 42 страници. Литература: общо 204 източника, от които: - 41 заглавия на български език, - 160 на английски език - 4 електронни публикации. Таблици: 17 Фигури: 8 Приложения: 5 инструментариум.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на открито заседание на 10.11.2017 г. от 13 ч. в 63 аудитория на СУ „Св. Климент Охридски”, Философски факултет. Материалите по защитата са публикувани в интернет на страницата на Софийски университет “Св. Климент Охридски” и са на разположение на интересувашите се в стая 60, Философски факултет.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

Увод	7
------------	---

Теоретична част

Първа глава

ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

1. Същност и специфика на тревожните разстройства	10
1.1. Причини за тревожните разстройства	13
1.2. Симптоми на тревожните разстройства	17
1.3. Епидемиология	18
1.4. Етиология и патогенеза	20
1.5. Коморбидност	21
1.6. Начална възраст при тревожните разстройства	24
2. Теории за възникване на тревожните разстройства	26
2.1. Психоаналитични теории за тревожността	26
2.2. Хуманистична и екзистенциална теория	31
2.3. Когнитивни теории	32
2.4. Биологични /неврофизиологични/ теории	34
2.5. Поведенчески теории и модели на тревожните разстройства	38
2.6. Биоинформационна теория	43

2.7. Теория на Wolfe за себе-раните	44
3. Видове тревожни разстройства	47

Втора глава

МОДЕЛИ НА НЕГАТИВНО МИСЛЕНЕ, ДИСФУНКЦИОНАЛНИ КОГНИТИВНИ СХЕМИ И КОПИНГ – СТРАТЕГИИ

1. Негативни автоматични мисли	50
2. Когнитивни изкривявания	53
3. Дисфункционални допускания и правила	54
4. Характерни патерни на когницията при тревожност	57
5. Когнитивна схема-същност и определение	59
6. Теории и модели на когнитивната схема	65
6.1. Теория на А. Beck	65
6.2. Схема – фокусираната теория на J. Young	67
6.3. Семантично-мрежов модел на Bower	68
6.4. Интегративен модел на Williams, Watts, MacLeod & Mathews	70
6.5. Позитивно- негативен афективен модел на Watson & Tellegen	72
6.6. Тристранен модел на тревожността и депресията	74
7. Копинг-стратегии за справяне с негативните мисли	75

Трета глава

ГЕНЕРАЛИЗИРАНО ТРЕВОЖНО РАЗСТРОЙСТВО- КОГНИТИВНИ, СОМАТИЧНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ АСПЕКТИ

1. Диагностични критерии	78
2. Епидемиология	82
3. Пол и възраст	82
4. Диференциална диагноза	83
5. Етиология и патогенеза	85
6. Коморбидност	89
7. Когнитивни и личностни предразположения към Генерализирано тревожно разстройство	92

Четвърта глава

СХВАЩАНИЯ ЗА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ПАНИЧЕСКО РАЗСТРОЙСТВО

1. Диагностични критерии	99
2. Епидемиология	103
3. Възраст на поява	103
4. Пол	104
5. Етиология и патогенеза	105
5.1. Биохимични/ физиологични фактори	105
5.2. Когнитивни и Личностни фактори	107
5.3. Генетична предразположеност	112
6. Коморбидност	114
7. Обяснителни модели и теории за паническото разстройство	117
7.1. Невробиологични теории	117
7.2. Психодинамична теория	120
7.3. Когнитивни теории	121

7.3.1. Теория на А. Бек	122
7.3.2. Модел на Дейвид Кларк	122
7.3.3. Модел на Clark & Salkovskis	125
7.4. Интегративен модел на Barlow	128
7.5. Модел на Telch	130

Пета глава

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДИСФУНКЦИОНАЛНИ ВЯРВАНИЯ И КОПИНГ- СТРАТЕГИИ

1. Теоретична постановка на проблема	131
2. Цел, хипотези и задачи на емпиричното изследване	133
2.1. Цел на изследването	133
2.2. Изследователски хипотези	134
2.3. Задачи на емпиричното изследване	136
3. Обект и предмет на изследването	137
3.1. Обект на изследването	137
3.2. Предмет на изследването	138
3.3. Психологически инструментариум.....	143
4. Демографски аспект на негативните, позитивните мисли, Базисната и Социалната себеефикасност и копинг-стратегииите	152
4.1. Дескриптивна статистика	152

Шеста глава

АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА ДАННИТЕ ОТ ЕМПИРИЧНОТО ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДИСФУНКЦИОНАЛНИТЕ ВЯРВАНИЯ И КОПИНГ- СТРАТЕГИИТЕ

1. Дисперсионен анализ – негативни, позитивни автоматични мисли и стилове на контрол	164
1.1. Влияние на демографските характеристики върху копинг-стратегията Тревога	165
1.2. Влияние на демографските характеристики върху позитивните мисли за себе си, другите и света	170
1.3. Демографски детерминанти на Ниската самооценка	174
2. Взаимозависимости между Личностова неприспособимост, самооценка и копинг-стратегиите.....	181
2.1. Взаимозависимости между Личностовата неприспособимост, Негативната Аз-концепция, Ниска самооценка и Безпомощност	185
2.2.Взаимозависимости между копинг-стратегииите - Тревога и Наказание и Личностова неприспособимост, Негативна Аз-концепция, Ниска самооценка и Безпомощност	188
2.3.Взаимовръзки между Позитивните вярвания и Ниската самооценка	193
2.4. Взаимовръзки между Позитивна самооценка, Базисна себеефикасност и копинг-стратегииите - Тревога и Наказание	196
2.5. Взаимозависимости между позитивните мисли за Аза, Другите и бъдещето и чувството за безпомощност	201
3. Предиктори на генерализираната и паническа тревожност	205
4. Качествен анализ- описание на шест клинични случая с генерализирана тревожност и паническо разстройство.....	207
ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ	245
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	250
СПРАВКИ ЗА НАУЧНИТЕ И НАУЧНО-ПРИЛОЖНИТЕ ПРИНОСИ.....	252
БИБЛИОГРАФИЯ	253
ПРИЛОЖЕНИЯ	270

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИЯТА

1.1. Актуалност на изследваната проблематика

Тревожността – един феномен, съпътстващ открай време човешкия опит. Няма човек, който да не е бил тревожен в някакъв етап от живота си. Сериозното присъствие на тревожни и депресивни състояния в съвременния свят най-често се отдава на разминаването между доста бързо променящите се изисквания на живота и сравнително по-бавно еволюиращите биологични и психологични механизми на адаптация (Derogatis, L., T. Wise, 2005). Статистическите данни от цял свят показват, че приблизително 1/4 до 1/3 от посещенията при общопрактикуващия лекар са свързани с тревожно и/или депресивно състояние. То може да е симптом, синдром или клинична изява на психично разстройство; може да съпътства телесно заболяване (коморбидност); да представлява емоционална реакция към соматична болест и/или инвалидност; да е израз на бремето, което психичната болест оказва върху най-близките на страдащия (Картър, Р., С. Голант, 2002).

В Европейски контекст около 10% от хората, посещаващи общопрактикуващите си лекари страдат от депресия (Wright A., 2014). Болестността от тревожни разстройства също е висока – за генерализираната тревожност тя е 5-16% (Wittchen HU, 2010), а за паническо разстройство варира между 1.5% и 13% (Craske MG, Roy-Byrne P, Stein MB, Donald-Sherbourne C, Bystritsky A, Katon W, Sullivan G., 2012). Тревожните разстройства са свързани с често използване на медицински услуги и високи разходи (Roy-Byrne P, Stein M, Russo J, et al. 1999), а пациентите с такива разстройства често страдат и от депресия. (Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G., 2008).

Според данните от международното сравнително епидемиологично проучване ЕРІВUL 2003-2007 (по инициатива на Световна здравна организация, септември 2006 г.), публикувани в доклада на Министерството на здравеопазването на Република България, най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като най-засегнатата от него е групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%). Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най- често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства.

От една страна, личността с тревожни разстройства, както и нейните когнитивни изкривявания, мисли, чувства е широко дискутиран и изследван феномен в съвременната психология поради прякото му отражение върху здравето и субективното му благополучие. Още А. Beck (1975 в “Cognitive Therapy and the Emotional Disorders”

обяснява, че когнитивната терапия е основана на съществената теоретична парадигма, че чувствата и поведението на индивида са детерминирани в голяма степен от начина, по който той структурира света. Структурирането на света от отделната личност се основава на нейните когниции /вербални или образни идеи, достъпни до съзнанието/, като тези когниции се базират на дисфункционалните допускания и когнитивните схеми, развити в предишния опит. От друга страна, стратегиите за справяне с негативните мисли и тревожността, както с нормален, така и с патологичен характер са комплексни и са важна част от когнитивното, емоционалното и социалното функциониране на индивида.

Последните десетилетия бележат значителни постижения по отношение на изследването и лечението на тревожните разстройства, както на научно, така и на практическо равнище. Независимо от очевидния научен напредък, този проблем продължава да съпътства недостатъчните изследвания на автоматичните мисли, дисфункционалните допускания и когнитивните схеми на личността с тревожни разстройства.

Настоящият дисертационен труд се отнася именно до тези два важни аспекта от личността с тревожни разстройства – дисфункционалните когнитивни схеми и способността на тревожния човек да се справя с тях. Конкретната изследователска цел е фокусирана върху изясняване съдържателните измерения на негативните автоматични мисли, позитивните мисли като контраверсия на негативните мисли и копинг- стратегиите при лица с тревожни разстройства (Паническо разстройство и Генерализирано тревожно разстройство) и при изследвани лица без или с лека тревожност. Откриване на взаимовръзки между автоматичните мисли, тревожността, оценката на себе – ефикасността и копинг – стратегиите. Получените резултати са изцяло ориентирани към консултативната и терапевтична практика.

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

На базата на теоретичните анализи и емпиричните изследвания, разгледани в предходните глави, ние си поставяме за цел да проучим и изследваме влиянието и взаимовръзките между негативните автоматични мисли, влиянието на позитивните мисли като контраверсия на негативните мисли, тревожността, оценката на себе – ефикасността и копинг – стратегиите за справяне с негативните и нежелани мисли при пациенти с тревожни разстройства (Паническо разстройство и Генерализирано тревожно разстройство) и при изследвани лица без тревожност или с лека тревожност. Съществуват малко на брой емпирични изследвания, посветени на тези взаимовръзки, поради което е необходимо по-задълбоченото им проучване в български терапевтичен и културален контекст. Това би довело до по-доброто разбиране на проблематиката на дисфункционалните когнитивни схеми, откриване на индивидуални стратегии за

справяне с нежеланите негативни мисли и създаването на по-адекватни индивидуални и групови терапевтични интервенции.

ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Да се изяснят теоретичните основи на негативните и позитивни автоматичните мисли, базисната и социалната себе-ефикасност и копинг -стратегииите за справяне при лицата с тревожни разстройства.
2. Да се подберат специализирани психологични тестове релевантни за научното изследване на поставените цели.
3. Да се проведе изследване с две групи: експериментална група от лица с тревожни разстройства (паническо разстройство и генерализирано тревожно разстройство) и контролна група на лица без или с лека степен на тревожност.
4. Да се направи количествен статистически анализ и интерпретация на резултатите, получени от първата извадка от лица с тревожни разстройства и на втората извадка на лица без или с лека тревожност спрямо конкретните хипотези.
5. Да се направи сравнителен анализ и интерпретация на данните спрямо отделните хипотези между експерименталната и контролна групи.
6. Да се анализират отговорите от двете извадки и да се провери дали негативните автоматични мисли, позитивните автоматични мисли, оценката на себе ефикасността и стила на контрол върху негативните мисли детерминират генерализираната и паническа тревожност.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Представеното изследване има характер на психодиагностично проучване. То си поставя за цел чрез научни методи да изследва особеностите и взаимовръзката между изследваните явления (автоматичните мисли, себе- ефикасност и копинг- стратегии). Разгледаните ключови аспекти на негативните автоматичните мисли, позитивните мисли като контраверсия и стиловете за контрол. Те са изведени по теоретичен път. От значение е те да бъдат потвърдени в емпирични, конкретни изследвания. Тази

необходимост се определя от практико - приложния характер на научното изследване. Проучването на проблема се извършва в два плана – теоретичен и изследователски.

В първите четири глави са анализирани основни теоретични постановки от български и чужди автори, които отразяват разноаспектността на разгледаните идеи в конкретните теоретични направления. Концептуалните основания се извеждат чрез използването на теоретичноаналитично проучване на научната литература по проблематиката, свързана с когнитивните схеми и автоматичните мисли. Във връзка с по-обхватното изясняване на изследвания проблем е извършено проучване и интегриране на широк кръг въпроси, от областта на общо психологическото познание, клинична психология, консултативна психология, както и теоретични постановки от медицината.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИЯТА

УВОД

В увода се обосновава актуалността на поставения за решаване проблем и се дефинира целта на дисертационния труд. Представени са статистически данни за разпространението на тревожните разстройства в света и страната, подкрепящи значението на проблема с недостатъчното проучване на дисфункционалните вярвания и когнитивни схеми. В края на уводната част са описани научната новост, научната и приложната значимост на резултатите от изследването.

ПЪРВА ГЛАВА ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

В първият параграф са разгледани същността и спецификата на тревожните разстройства. Тревожните разстройства се различават от обикновената, всекидневна тревожност по това, че включват тревожност, която е по-интензивна (напр. пристъпи на паника), по-продължителна (тревожност, която може да продължи месеци, вместо да отшуми след преминаването на стресиращата ситуация) или води до фобии, които пречат на нормалното функциониране. Феноменологично тревожността се разполага в континуум, чийто полюси са нормата и патологията и не винаги е лесно да бъдат ясно категоризирани. От една страна са сигнал за емоционална реакция на

заплаха или загуба, а от друга - клинични прояви на обширна гама от психиатрични разстройства. Така в зависимост от интензитета, продължителността и обстоятелствата, които я причиняват, тревожността също се разполага в широк спектър от нормална афективна проява, през по-изразен тревожен симптом или синдром, до клиничната картина на тревожно разстройство с няколко болестни единици.

Отново в този параграф са описани трите отделни компонента на тревожните разстройства- соматичен, когнитивен и поведенчески.(Lang, 1997г.). Соматичният компонент се отнася до наличие на физически усещания. Общатите соматични симптоми включват сърцебиене, изпотяване, треперене, задух, задушаване, болка в гърдите, гадене или коремни болки, световъртеж или замаяност, дереализация, изтръпване или мравучкане, втрисане или горещи вълни. Вторият компонент на тревожните разстройства (субективен дистрес), наричан още когнитивен компонент, обикновено се състои от повтарящи се и нежелани натрапливи мисли, изображения или безпокойства. Третият компонент на тревожните разстройства е поведенческото избягване, където индивидът избягва ситуации или събития, които създават субективен и физиологичен дистрес.

Следващият параграф описва симптомите на тревожните разстройства. Въпреки че се различават при отделните хора, типичните симптоми на тревожно разстройство включват страх, вътрешна напрегнатост, раздразнителност и слаба концентрация, а също и физически симптоми като сухота в устата, замаяност, напрегнатост в мускулите, изпотяване и сърцебиене – всички те затрудняват ежедневните дейности.

Третият параграф разглежда причините за възникването на тревожните разстройства. Изследователите не знаят точно какво предизвиква тревожните разстройства. Няколко причини са важни, включително наследствеността, семейна среда, възпитание, мозъчната биохимия, стресовите събития в живота,вътрешния монолог и личната система от убеждения, способността на хората да изразяват чувствата си и заученото поведение.

Причините за тревожните разстройства варират не само според нивото, на което възникват, но и според времевия период, в който действат. Някои причини са предразполагащи още от раждането или от детството предразполагат индивидите към паника или тревожност по- късно. Други са скорошни или краткосрочни и включват обстоятелствата, които предизвикват появата на пристъпи на паника или агорафобия. Трети са поддържащи фактори, които се отнасят до настоящите нагласи, поведение и начин на живот, които поддържат тревожните разстройства след възникването им.

Четвъртият параграф в първа глава разглежда епидемиология на тревожните разстройства. Разпространението на специфични тревожни разстройства варира между страните и културите. Според две големи проучвания в САЩ - Epidemiological Catchment Area (ECA) и National Comorbidity Survey (NCS), (2012) прогнозните стойности за разпространение на пожизнената болестност за отделните

тревожни разстройства са 2,3 - 2,7% за паническо разстройство, 4,1 – 6,6% за генерализирано тревожно разстройство, 2,3 - 2,6% за обесивно- компулсивното разстройство, 1 – 9,3% за посттравматично стресово разстройство и 2,6 – 13,3% за социална фобия. Според данните от международното сравнително епидемиологично проучване EPIBUL 2003-2007 (по инициатива на Световна здравна организация, септември 2006 г.), публикувани в доклада на Министерството на здравеопазването на Република България, най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като най-засегната от него е групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%).

Петият и шестият параграфи са фокусирани върху етиологичните причини и коморбидност при тревожните разстройства. В петият параграф е описано, че мозъчните връзки и области, свързани с тревожни разстройства започват да се разбират с развитието на функционалните и структурните изображения. Амигдалата в мозъка се появява като ключ в модулирането на страх и тревожност. Пациенти с тревожни разстройства често показват в амигдалата повишен отговор на тревожни сигнали.

В шестият параграф се споменава, че тревожните разстройства често възникват съвместно. Ранните изследвания предполагат, че над 50 % от пациентите, потърсили лечение за тревожност в специални клиники са били диагностицирани с повече от едно тревожно разстройство (Sanderson, Rapee, & Barlow, 1987). От една страна, важна промяна в концептуализацията на тревожните разстройства е признанието, че паническите атаки не са уникални за всяко едно специфично разстройство. Преди време, изследователите са смятали, че панически атаки имат различен биологична етиология и се наблюдават само в контекста на паническото разстройство. Въпреки това, по-внимателното вглеждане разкрива, че панически атаки са настъпили в много, ако не във всички, тревожните разстройства (с изключение на агорафобия без паническа история), както и други нарушения (например депресия), както и сред тези, които нямат разстройство. Това признание на проникващия характер на паническите атаки е един от най-ярките примери за припокриване на симптоматика сред тези заболявания. От друга страна, Генерализираното тревожно разстройство е едно от често срещаните разстройства, което възниква съвместно с друго разстройство и при възрастни и при деца. В действителност, това заболяване се среща рядко в изолация.

Следващият параграф разкрива началната възраст при тревожни разстройства. От него става ясно, че повечето тревожни разстройства започват в детството, юношеството и началото на зрелостта. Паническото разстройство демонстрира бимодална възраст на поява в проучването National Comorbidity Survey (2011), то попада във възрастовите групи 15-24 години и 45-54 години. Възрастта на поява за обесивно- компулсивното разстройство е в средата на 20-те години до началото на 30-те години. Повечето социални фобии започват преди възраст 20 години (средна възраст при заболяване начало, 16 години.) Меек W. (2009).

Осмият параграф разглежда теориите за възникване на тревожните разстройства. В този параграф са разгледани **психоаналитичната теория и възгледите на З. Фройд.** Ранните теории на Фройд (1917, цитиран по Trautman, 1986) определят тревожността като освобождаване на определено количество афект. Психиката според него наподобява електрическа система. Когато е стимулирана, тя се зарежда с енергия и се появява нужда тази енергия да бъде изразходена, за да се върне баланса на организма. Афектите, и в частност тревожността, могат да се появят по два пътя – психичен и соматичен. При актуалните неврози тревожността не е свързана с изгласкана емоция, а е генерирана от трансформацията на неизразходвана либидинозна енергия. През 1926/ 1959 Фройд ревизира теорията си за тревожността като я съобразява със структурната си теория и донякъде се отказва от идеята за тревожността като трансформирано либидо. Вместо това според него *тревожността е отговор на Егото към заплахата от безпомощност.*

Докато при **хуманистичния модел**, описан подробно в следващият параграф се постулира, че тревожните разстройства възникват поради липса на значимост и пълноценност, то при **екзистенциалната теория** е налице един малко по-различен страх- страхът, свързан с отговорността, която трябва да поеме всеки индивид, страхът от липсата на вечен живот, страхът, свързан със смъртта.

Когнитивната теория се свързва с имената на А. Ellis и А. Beck, според които причината за възникването на тревожните разстройства се крие в неадекватните /иррационални/ убеждения на индивидите. Ellis нарича тези убеждения “*базови ирационални убеждения*”, а индивидите, при които те са налице, сблъсквайки се със стресиращи събития, възприемат тези събития като заплашителни. Beck (1985) свързва появата на тревожност с уязвимостта. Той разбира това понятие като представата на човек, че е заплашен от външни или вътрешни опасности, върху които няма контрол. Това усещане се поддържа и усилва чрез определени дисфункционални когниции.

Според биологичните / неврофизиологични теории/ на нивото на таламуса и лимбичната система невронната активност води до реалното усещане за тревожност. На подкорово и корово равнище се правят по-сложни когнитивни асоциации, които позволяват интерпретацията на вътрешното състояние на тревожност.

Въпреки многобройните изследвания, все още малко се знае за биологичните причини, пораждащи тревожните разстройства. Съществуват няколко предположения, основани върху резултати от различни изследвания, които могат да направят малко по-разбираем произхода на тези разстройства. Така напр. М. Rutter (1990) подкрепя идеята, че наследствеността е причината за тревожните разстройства.

Въпреки че тази теория е била подкрепяна от редица изследователи, според други автори крайно непрофесионално е да се вярва, че тревожните разстройства се дължат единствено на генетичната наследственост. В случая влияние оказват и факторите на средата. Известно е, че в колкото по-близка роднинска връзка се намират определени хора, толкова по-еднаква е средата, в която живеят. От това следва, че

разстройството, което се наблюдава при двама близки родственици, може да е резултат от еднакви условия на живот, възпитание и т.н.

Теоретичен принос за възникването на тревожните разстройства имат и **поведенческите теории**. Според оригиналната формулировка на Watson и Morgan (1920, цитирани по Marsh, 1989) страховете и тревожността се създават чрез класическо обуславяне. Безусловният стимул, който предизвиква безусловна реакция на страх следва скоро след условен стимул, който по начало не предизвиква такъв страх. След множество такива комбинации условният стимул започва сам да предизвиква тревожност.

Има няколко ревизии на **теорията за класическото обуславяне**. Едни от най-значимите са тези на Rachman и Seligman,(1989), Rachman (, 1990), смята, че има три възможни начина за създаване на тревожност: обуславяне, моделиране и вербална инструкция. Този модел не взема предвид предпоставката за еднаквия потенциал, а вместо нея включва идеята за наследствената детерминация на страха и твърди, че някои стимули са биологично предопределени да бъдат обекти на страх.

Класическата двуфакторна теория (Auld, 1951, Wenzel & Jeffrey, 1967, Agras, Butz&Wincze, 1971, цитирани по Marsh, 1989) поставя и класическото, и инструменталното обуславяне в основата на тревожността. Класическото обуславяне се свързва с пораждането на тревожността, а инструменталното с нейното поддържане. Неутралните обекти и ситуации се комбинират с безусловни стимули, след което условният стимул може сам да предизвиква тревожност. Реакцията на тревожност води до инструментално поведение на избягване. То понижава тревожността, което подкрепя акта на избягване и повишава вероятността за неговото повторение.

Според **теорията приближаване-отдръпване** Delprato и McGlynn (1984, цитирани по Marsh, 1989) формирането на тревожността започва с комбинацията на условния стимул с безусловен. След много опити срещата с безусловния стимул е следвана от състояние на релаксация, което придружава приближаването до незаплашителен стимул. С времето приближаването до незаплашителния стимул започва да става преди срещата с безусловния стимул, което води до избягващо поведение. Условният стимул не предизвиква страх, а вместо това служи за знак за релаксация и приближаващо поведение. Когато има угасяване, релаксацията се свързва с условния стимул като започва да се състезава с отдръпването и води до изчезване на избягващото поведение.

Биоинформационната теория за емоциите на Lang (1977, 1979, 1984, цитиран по Marsh, 1989) също постулира, че страхът е опосредстван от когнитивен конструкт – афективния образ. Образът се състои от стимулни, реактивни и семантични пропозиции. Стимулните пропозиции са информационни единици, които са свързани с качествата на обекта или ситуацията; реактивните пропозиции са единици информация, които са свързани със субективния, моторния и физиологичния компонент на

страховата реакция. Семантичните пропозиции са единици информация, свързани със смисъла, придаван на последователността стимул-реакция.

Водещата предпоставка на **етиологичният модел на Wolfe за себе-раните** (2005, 2006) е, че тревожни разстройства са свързани с хронични борби на пациентите с техните субективни преживявания. Според Wolfe, опитът на тежка тревожност в определени ситуации поражда съзнателни очаквания за предстояща катастрофа, които на имплицитно ниво отразяват страха от излагане на непоносимо болезнена представа за самия себе си. Излагането на тези рани на Аза е съпроводено от преобладаващи афекти, като унижение, гняв и отчаяние.

В последният параграф на първа глава са представени видовете тревожни разстройства според DSM-IV и МКБ-10.

ВТОРА ГЛАВА МОДЕЛИ НА НЕГАТИВНО МИСЛЕНЕ, ДИСФУНКЦИОНАЛНИ КОГНИТИВНИ СХЕМИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ.

В първият параграф е разгледано първото ниво на неуравновесено мислене според когнитивният модел на емоционалните разстройства. и А. Beck (1988). - негативните автоматични мисли. Те са тези мисли или образи, които присъстват в специфичните ситуации, когато човек е тревожен и отразяват съдържанието на когнитивните схеми. Тези мисли се наричат автоматични, защото са спонтанни и са на границата на съзнанието като елементи от потока на вътрешния монолог на човека. Автоматичните мисли често изглеждат произволни, но те отразяват базисните предположения и вярвания, които действат като шаблони за улавяне и декодиране на информацията от света. Въпросът е в това, че автоматичните мисли, които в мнозинството случаи остават незабелязани, имат много голямо значение за разкриване на психологически проблеми и в частност на тревожните разстройства.

Другият тип неуравновесено мислене, описано **във вторият параграф** са т. нар. **Когнитивни изкривявания**. Според Beck & Emery / 1985/ тревожните клиенти канализират своите възприятия за околния свят и своите физически усещания във функцията на погрешни когнитивни изкривявания. Когнитивните изкривявания във формата на алогични и негативни мисли за социалната ситуация пречат на личността, адекватно да прецени заплахата и собствените си възможности. Бек описва 6 основни когнитивни изкривявания:

Произволните умозаклучения са изводи, неподкрепяни от непосредствените факти, нито от логиката. **Избирателното внимание** се изразява в „изваждането” на дадено събитие от неговия контекст и използването му като „свидетелстващо” за трайни негативни характеристики на индивида. **Свърхгенерализирането** се

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

Преувеличаването и минимализирането означават придаване на твърде голямо или напротив – несъответно малко значение на даден случай. Персонализацията представлява асоцииране на дадено изолирано събитие с изводи за себе си или за друго лице. **Дихотомното мислене** е тенденцията нещата да се интерпретират в светлината на максимата „всичко или нищо“.

Третото ниво на изкривено мислене, представено **в следващия параграф са дисфункционалните допускания и правилата**. Личността има система от дисфункционални допускания, правила или кодове, спрямо които тя разчита и оценява своите опитности и регулира своето собствено поведение и това на другите хора. (Beck, 1976).

Дисфункционалните убеждения функционират като насоки за живеене или като базисни правила за опериране със света. Те “израстват” върху почвата на когнитивната схема” и се облягат на нейната “истина”. Всяко психиатрично разстройство има своя собствена група от правила. При тревожните разстройства правилата се отнасят до концепцията за опасност и уязвимост и до оценката на индивида за неговия капацитет да се справи с опасността и да компенсира тази уязвимост. Заключениеята, които произлизат от прилагането на правилата имат формата на предсказвания, като „ Аз съм в пряка опасност от смърт“, „ Не съм способен да се справя с опасността“. При тревожните разстройства, правилата основно са условни, „Ако се случи някакво определено събитие,то все още може да има неблагоприятен резултат“. По този начин щом се случи някакво събитие, това все още има безвреден резултат.

В четвъртият параграф на втора глава са представени според Eysenck (1992) характерните патерни на когницията при тревожност. Според тази парадигма, тревожността и депресията идва от склонност към вниманието, паметта и интерпретации на отделни лица. Например, тревожни лица са склонни да ориентират вниманието си към неприятни черти. Депресивните индивиди са склонни да си спомнят неблагоприятни събития. По-конкретно, според привържениците на когнитивната модификация на склонността към, тревожност и депресия може да се приписва на три групи от предразположения. Първият набор от отклонения се отнасят до внимание. Това означава, че ако хората са тревожни по-специално, те са по-склонни да ориентират вниманието си към негативните думи или изображения. Вторият набор от предразположения се отнасят до тълкуване. Когато хората са тревожни или депресивни, те са по-склонни да разбират погрешно двусмислена забележка или събитие: Окончателният набор от предразположения са свързани с паметта. Когато хората са депресивни, те са по-склонни да запомнят тъжни лица, така както и да си припомнят минали неуспехи или отрицателни черти. (Mathews & MacLeod, 2005 г.).

В следващия параграф са разгледани същността и определението на понятието когнитивна схема. Концепцията за схемата в когнитивната и клиничната

литература не е нова. Segal (1988), определя схемата, като организирани елементи от реакции и опит в миналото, които образуват тематични области от знания, които могат да насочват последващите възприятия и оценки. В някои от ранните му работи върху когнитивната теория на депресия, А. Бек. посочва, че схемата е познавателна структура, използвана за скрининг, кодиране и оценяване на стимули, които оказват въздействие върху организма (Бек, и др. 1990 г.). На базата на своя ранен опит, личността стига до фундаментални негативни изказвания за себе си, /”Аз съм непревлекателен”, за другите хора / “Другите не ме харесват”/ и за света / “ Животът е непредсказуем”/, които Мелани Фенъл нарича “ дъното” / “ bottom line”/. В когнитивната терапия “ дъното” ще има статуса на схема / А. Beck et al, 1990/, на ранна неадаптивна схема / Young, 1990/ или на основно убеждение / Beck, 1995; Greenberger & Padesky, 1995/.

В шестият параграф са прегледани теориите и моделите за когнитивната схема. Първата теория, която е описана е тази на А. Бек. Според него, характерно за дисфункционалните схеми при тревожността е преувеличването на опасността от индивида и подценяването на coping – стратегиите и ресурсите за справяне. Тези дисфункционални схеми могат да останат запазени въпреки добре развития репертоар от социални умения.

Схема- фокусираната теория на J. Young (1994) дефинира ранните маладаптивни схеми като имплицитни безусловни теми и модели, които се формират в детството в дисфункционалните преживявания от родители и възрастни. Фокусът на схема- теорията на ранните маладаптивни схеми представлява най- дълбокото ниво на когниция и афект, демонстрира избягване от традиционната когнитивна терапия, където фокусът обикновено е върху автоматичните мисли и стоящите под тях допускания. Young (1999) групира общо 18 маладаптивни схеми в пет големи категории, наречени схема- области, свързани с основните емоционални потребности на детето.

В следващият параграф е представен семантично- мрежовият модел на Bower (1981). Началната концепция на това теоретично проучване е понятието, че дълготрайната памет може да се разглежда, като семантична асоциативна мрежа, в която концептите са представени като моди или точки на пресичане. Това, което е оригинално за теорията на Bower (1981) е начина, по който емоциите са разработени, когато някаква мода или точка на пресичане (независимо дали е или не е емоционална мода) се активира от външни или вътрешни стимули. Активацията от тази мода се разпространява по селективен начин към другите свързани моди. Например, в случай на тревожност, концепти като „ провал“, „ опасност“, „ глупак“ биха се активирали, когато индивидът се чувства тревожен.

Williams, Watts, MacLeod & Mathews (1988,1997) предлагат модел за емоционалните разстройства, който се опитва да обясни защо тези маладаптивни когниции в тревожните и депресивните разстройства не са толкова широко

разпространени както е предполагал Beck (1976). Този интегративен модел се опитва да си даде сметка за различните патерни в резултат от проучвания на когнитивни процеси в индивидите, които се намират в различни състояния и настроения.

В следващите параграфи са описани подробно Позитивно- негативният афективен модел на Watson & Tellegen, (1985) и тристранният модел тревожните и депресивни разстройства според Clark и Watson (1991). От една страна, първият модел показва, че тревожното настроение включва състояние на висок негативен афект, докато депресивното настроение е комбинация от висок негативен афект и нисък позитивен афект (Watson et al., 1988; Watson & Tellegen, 1985). По отношение на клиничните разстройства съществуват доказателства, че чертата на негативен афект корелира основно с тревожно и депресивно разстройство, докато чертата позитивен афект е свързана само с депресивните разстройства (Watson et al., 1988). Ниският позитивен афект дори може да бъде рисков фактор за развитие на депресия (Clark et al., 1994). Това показва, че анхедонията, или ниският позитивен афект изглежда, че е от решаващо значение за разграничаването между тревожността и депресивните разстройства.

От друга страна, в този параграф е описано, че Clark и Watson (1991) разширяват позитивно- негативният афективен модел в тристранен модел на тревожните и депресивни разстройства. Подобно на позитивно- негативният афективен модел, те предполагат, че основният дистрес (висок негативен афект) е общ за двете разстройства, докато анхедонията (ниско ниво на позитивният афект) е специфична за депресивните разстройства. В подкрепа на това предположение, те добавят, че физиологичната възбуда е специфична за тревожните разстройства. В допълнение, към ниският позитивен афект и физиологичните фактори на възбуда, ако стресът допринася за развитието на тревожност или депресивен епизод, вида на изпитвания стрес може да се отнася до специфични емоционални разстройства: Основната уязвимост свързана с негативен афект комбинирана със специфичен изпитван стрес (т.е опасност спрямо загуба) може да се отнася до развитието на тревожни разстройства срещу съответно депресивни разстройства.

В последният параграф на втората глава са представени копинг- стратегиите за справяне с негативните мисли. За да намали тревожността индивидът използва набор от налични стратегии: да заобикалят несигурно място, което предизвиква заплаха, да се тревожи още повече, да отвлича вниманието си и др. Действието спрямо тревожността може да се свърже с това на болката. Изпитването на болка подтиква човека да направи нещо, за да определи или намали болката- да спре дейността, която води до травма. В този параграф са описани още и няколко различни видове поведенчески копинг- стратегии.

Първият е тоталното избягване на застрашаващата ситуация. В този случай лицето изобщо отказва под различни предлози да опита да влезе в ситуацията и да се справи с нея. Друг вариант е този, в който човекът влиза в ситуацията, но с арсенал от

защитни поведения. Тогава често може да се наблюдава инвестиране на свръхусилия, фиксирани върху планирането и правилното изпълнение, засилен самоконтрол. В тези случаи, дори и високо компетентното справяне със ситуацията може да бъде омаловажено (“Ако не бях вложил всеки грам усилие, щях да се проваля”). Третият отбелязан вариант на неадаптивен поведенчески модел е когато свръхангажираността с негативни мисли с голяма честота и с високо ниво на араузъл (автофокус) могат да доведат до поведенчески задръжки или до разрыв (например запъване, недоляланост, скованост, нетактичност в социални ситуации или “бяло петно” в съзнанието при изпит или интервю за работа).

ТРЕТА ГЛАВА ГЕНЕРАЛИЗИРАНО ТРЕВОЖНО РАЗСТРОЙСТВО- ПСИХОЛОГИЧНИ, СОМАТИЧНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ АСПЕКТИ.

В първият параграф на третата глава са представени диагностичните указания за поставяне на диагноза генерализирано тревожно разстройство според Международната класификация на болестите (МКБ-10) и DSM-IV. Според DSM-IV ГТР е основно тревожно разстройство и че по-късно то може да бъде трансформирано в друго разстройство когато съдържанието на изпълнените с опасения очаквания стане по- специфично, както е при панически атаки. Според Международната класификация на болестите X ревизия генерализираната тревожност спада в Раздел Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства F 40- F 48 F 41 Други тревожни разстройства F 41.1 Генерализирана тревожност.

Вторият, третият и четвъртият параграфи описват епидемиологията, пол, възраст и диференциална диагноза на ГТР. Генерализираното тревожно разстройство (ГТР), в различните епидемиологични популационни извадки се колебае между 3,5% и 10,5%. (Л. Хранов, И. Нацов, 2013). Според Л. Хранов (2013) жените са засегнати около два пъти повече от мъжете. По-често започва в млада и средна възраст. В тези параграфи още е подчертана и разликата между ГТР и паническото разстройство, което се характеризира с панически атаки. За разлика от паническото разстройство при генерализираното тревожно разстройство тревожността е преди всичко психологична и не доминират изявите на автономна свръхвъдбудимост.

В следващият параграф се разглежда етиологията и патогенезата на Генерализираната тревожност. В параграфа се описват подробно биологичните, психологичните, психоаналитичните, когнитивно- поведенческите теории за появата на ГТР. Според биологичната теория за хората с ГТР се смята, че имат абнормност във високи нива на серотони и норепинефрин. Според когнитивно- поведенческата теория реакцията на човека към стимул, който той смята за заплаха и опасност причинява развитието на тревожните разстройства. Психоаналитичните теории, проследени в тази част на третата глава сочат, че тревожността се развива поради неразрешените

несъзнавани конфликти от детството, включващи либидинозна gratification, „То“, „Аз“ и СвръхАз“. Изследователи, като Kendler, Hettema, Butera, Gardner and Prescott (2003) са открили, че темите за загубата и опасността в стресовите житейски събития предполагат начало на ГТР.

В предпоследният параграф е представена коморбидността на генерализиранат тревожност с тежката депресия, obsесивно- компулсивно разстройство, паническо разстройство, фобии и пост- травматично стресово разстройство.

В последният параграф на третата глава са включени когнитивните и личностни предразположения към Генерализирано тревожно разстройство. Описани са подробно изследвания, които наблягат върху връзката между нарастващото, хронично безпокойство и способността за разрешаване на проблеми при хората с ГТР. Според изследователи като A.Beck и G. Emery (2000) Генерализираната тревожност се поддържа от „основополагащи страхове“ с по-широка природа от тази на конкретните фобии като: страх загуба на контрол, страх от несправяне; страх от провал; страх от отхвърляне или изоставяне, от смъртта и от болести. Според други изследователи на когнитивната схема, като Andrea Reinecke, Eni S Becker, Juergen Hoyer, Mike Rinck (2010), по- високите нива на когнитивните процеси, като внимание и памет са ръководени от скрити, изкривени асоциации на страх. От една страна, безпокойството, тревогата са основният когнитивен при ГТР и резултатите от проведеното изследване със субскалите на Why Worry-II (Holowka, Dugas, Francis, & Laugesen, 2000) и Metacognitions Questionnaire-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), потвърждават, че и позитивните и негативните мисли за безпокойството имат връзка със симптомите на ГТР и безпокойството като черта. От друга страна, изследователи като Lizeretti, Nathalie P. и Extremera, Natalio (2011) са установили, че дефицитът в емоционалната интелигентност е фактор за уязвимост в развитието на генерализирано тревожно разстройство.

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА СХВАЩАНИЯ ЗА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ПАНИЧЕСКО РАЗСТРОЙСТВО

В първият параграф на четвъртата глава са описани диагностичните указания за поставяне на диагноза паническо разстройство според Международната класификация на болестите (МКБ-10), DSM-IV и DSM-V. В този параграф подробно е описано от една страна според Международната класификация на болестите(МКБ) – X ревизия какво представлява паническото разстройство- епизодична пароксизмална тревожност, не е свързано с определени ситуации, обекти или други обстоятелства и поради това е непредсказуемо. Страдащият индивид изведнъж получава пристъп на силен страх, придружен от

тахикардия / ускорена сърдечна дейност/, чувство за задушаване, болки в гърдите, треперене, дереализационни и деперсонализационни разстройства.

От друга страна, според Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства, четвърто издание (DSM -IV- TR) за да се постави диагноза на паническо разстройство, паническите атаки не трябва пряко или физиологично да са резултат от употребата на наркотични вещества, медицински състояния, или друго психично разстройство. Паническото разстройство обикновено е квалифицирано в DSM-4 с присъствието или отсъствието на агорафобия. Агорафобията се определя като тревожност към места или ситуации, в които бягството би могло да бъде трудно или неудобно.

От трета страна, според критериите на DSM-5 през 2013г.(DSM-V 2013); диагностичен код: 300.01.), наличие на очакваните пристъпи на паника, вече не пречи на диагнозата паническо разстройство. Тази промяна признава, че често паническата атака произтича от вече тревожно състояние (например, лицето е притеснено за това да има паническа атака в магазин). Освен това, в този параграф ясно е подчертано, че в DSM- IV са описани диагнози на паническа атака с или без агорафобия и агорафобия без история на паническа атака, докато според критериите на DSM –V вече съществуват две отделни разстройства: Паническо разстройство и Агорафобия.

Във вторият, третият и четвъртият параграфи са представени епидемиологията, възраст на поява и пол на паническото разстройство (ПР). Описано е че според изследователи като С. Николкова, П. Маринов, 2007, ПР се наблюдава в рамките на 1,5% - 3,5% от общата популация, или средно около 2%.(С. Николкова, П. Маринов, 2007). В следващият параграф е представена информация за възрастта на поява на паническото разстройство - между късното юношество и ранната зрялост- 18 и 35 г. (Л. Хранов, И. Нацов, 2013). В четвъртият параграф е споменато, че според изследователи като J. Schumacher, A. Suhl Kristensen, J . Wendland, M Nöthen, 2011. жените са почти два пъти по-предразположени да развият паническо разстройство, отколкото мъжете.

В следващият параграф на тази глава са включени етиологията и патогенезата на паническото разстройство. В него се описва подробно, че причините за паническото разстройство са неизвестни и много специалисти посочват, че то се причинява от комплекс или комбинация от психологични, когнитивни, биологични и социални фактори. От една страна според представените биологични теории, ако един или всички невротрансмитери (серотонин, допамин, норепинефрин и гама – аминокотицидите) са дисбалансиранни, това може да доведе до уязвимост към развитие на ПР. От друга страна, според описаните подробно когнитивни и личностни фактори, пациентите, които развиват паническо разстройство имат проблеми с гнева. чувствителни са към загуба и раздяла и също имат модел на зависимост в техните междуличностни отношения. Според включените в параграфа изследвания на J. Schumacher, A. Suhl Kristensen, J. Wendland, M. Nöthen, 2011, невротизмът и

соматичната тревожност, вегетативната възбуда, напрежението са били едни от най-важните личностни характеристики на пациенти с паническо разстройство в сравнение с контролните групи. Други изследователи като Donnell, McNally и др., 2002 са установили, че съществува стабилна връзка между тревожната сензитивност и паниката. Високите нива на тревожна сензитивност е свързано с повишена вероятност от поява на панически атаки. (Asmundson & Norton, 1993; Cox, Endler, Norton, и Swinson, 1991).

Като обобщение на този параграф в дисертацията е споменато, че няма окончателно доказана етиология на паническото разстройство и е важно да се разбере колко чести са паническите атаки, кои са отключващите фактори, и кои са връзките с други психични заболявания.

В шестият параграф се разглежда коморбидността. Според National Comorbidity Survey Replication (NCS-R- 2011г.), което е най-голямото проучване на разпространението и корелациите на менталните разстройства в САЩ е било открито, че 80% от пациентите с паническо разстройство имат едно или повече тревожни разстройства. Специфичната и социалната фобии са сред най-често срещаните коморбидни разстройства с паническото разстройство (34,3%) следвано от пост-травматичното стресово разстройство 21,6%, генерализирано тревожно разстройство 21,3% и Обсесивно- компулсивно разстройство - 8,2%. (Johannes Schumacher, Ann Suhl Kristensen, Jens R Wendland et al, 2011). Описани са и още изследвания- според Доклад за NCS-R – 2011, 2013 е било установено, че при пациенти с Паническо разстройство, риска от развитие на Тежко депресивно разстройство е 34,7%, а от Биполярно разстройство - 14,4%.

В последният параграф на четвъртата глава са включени обяснителни теории и модели на паническото разстройство- невробиологични, психодинамични, когнитивни теории, модел на Telch.

Според описаните в параграфа невробиологични теории, няколко проучвания на неврообразната диагностика са показали, че амигдалата играе решаваща роля в обработката на страховия материал. Входящите стимули от таламуса и сензорната кора специално активират амигдалата, която на свой ред стимулира различни мозъчни области като стриатума, хипоталамуса и periaqueductal сиво, които са отговорни за ключовите симптоми на паника. Според други изследвания на P. Ham, D. Waters, N. Oliver, 2011 паническото разстройство се свързва с повишена чувствителност към излагане на въглероден диоксид (CO₂). В този параграф още са споменати изследователи като Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al, 2008, според които пациенти с паническо разстройство проявяват респираторни нарушения в отсъствието на излагане на въглероден диоксид CO₂. Въпреки това, концепция, която може да интегрира тези наблюдавани респираторни аномалии е теорията за фалшива тревога, която постулира, функционални и/или структурни аномалии в контрола на дихателната система, намираща се в мозъчния ствол.

Разгледаните психодинамични теории се свързват с формулировки на З. Фройд, според които патологичната тревожност се случва, когато неприемливи либидинозни мисли, импулси, спомени и желания пробият в съзнанието. Психичната енергия, приложена към тези преди репресирани компоненти след това се появява в прикритата форма (например, пристъп на паника). В последваща формулировка, Фройд предполага, че тревожността води до репресии, вместо обратното.

Описват се и съвременни психодинамични теории, според които тревожността и паническите атаки са провокирани от отключващи фактори, които са символно свързани с инфантилни желания и/или страхове. Несъзнателните или съзнателни сигнали са били свързани с по-ранни вродени психологически и биологични заплахи за организма, като кастрация, раздяла или родителско неодобрение, и служат като отключващи фактори за начало на паника при възрастни.

В следващият параграф на тази глава са разгърнати подробно когнитивно-поведенческите модели за обяснение на паническото разстройство. Според подробно описаната теория на А. Beck (1989), когнитивните изкривявания, които отразяват дисфункционалните схеми, включват неправилна оценка на вероятността и сериозността на заплахата, преувеличаване значението на отрицателните последствия / предвиждане на катастрофа/ и недостатъчна оценка на ресурсите, необходими за справяне със заплахата.

В последващият параграф е разкрит допълващият модел на D. Clark (1988), според който за поддържането на негативното мислене и тревожността съществуват три основни компонента: селективно внимание, физиологични изменения и промени в поведението. Хората, които мислят, че са в опасност, стават по-чувствителни към забелязването на стимули, свързани с възприетата опасност. Всъщност селективното внимание представлява съзнателно проучване на опасността. Например, хората с фобия от паяци проверяват стаята, в която се намират за присъствието на паяци, а пациентите с паническо разстройство фокусират вниманието си върху усещанията, които идват от тяхната сърдечна област. Тревожността има директни и индиректни физиологични ефекти. Хората, които се чувстват заплашени могат да усетят, че адреналинът им се покачва. Ако тревогата е възприета се свързва с телесните усещания, така че възприятието за опасност е засилено и се превръща в панически атаки. Възприемането на опасност може да увеличи избягващото поведение, а това поведение увеличава тревогата, свързана със заплахата от смърт, полудяване и др. и по този начин образува третия порочен кръг, включен в поддържането на тревожността.

В този параграф още са подчертани и трите категории на поведението на търсене на безопасност :избягване на ситуации, които според клиентите могат да провокират панически атаки / избягване на супермаркети/; бягство от ситуация, когато паническите атаки се появяват / напускане на магазина, когато симптомите на паника се забележат/; търсене на безопасно поведение реализирано по време на паника с намерение да се

предотврати страха от катастрофа / когато клиентът има замайване се хваща за друг човек или сяда/.

Разгледан е и модела на **D. Clark & P. Salkovskis**. Той постулира, че индивидите изживяват панически пристъпи, защото те имат относително трайна тенденция да интерпретират множество телесни усещания по катастрофичен начин. Например, възприемането на леко усещане за задух е доказателство за неизбежно спиране на дишането и последваща смърт; възприемането на сърцебиенето- като доказателство за сърдечен удар или възприемането на необичайни и надпреварващи се мисли- като доказателство за неизбежна загуба на контрол над мисленето и последващо полудяване.

В предпоследният параграф е представен интегративният модел на Barlow (1990). Сподед него, от една страна, първоначалната паническа атака е демонстрирана като "фалшива тревога", в която страха или паниката се случва в отсъствието на какъвто и да е заучен или незаучен животозастрашаващ стимул. От друга страна, индивиди с паническо разстройство имат генетично базирана биологична уязвимост (т.е., те са "силно изострени", за да отговорят на стреса от негативни събития в живота с преувеличена невробиологична дейност). Тази невробиологична свръхреакция или фалшива тревога се случва, защото такива хора възприемат житейските стресови фактори, като наистина опасни или животозастрашаващи. В някои от тези индивиди, първоначалната фалшивата тревога става свързана (чрез класическото обуславяне) със соматични усещания, които съпътстват чувството на безпокойство (например, замайване, сърцебиене).

В последният параграф на четвъртата глава е описан моделът на Telch (2010). Множество изследвания са показали, че диспозиционните фактори (например, тревожна сензитивност) и експерименталният контекст (например, възприятие на контрол, повишена заплаха) взаимодействат, за да предскажат отговори на страх на задачи, предизвикващи паника. (Sanderson et al., 1989; Telch, Harrington, Smits & Powers, 2011; Telch et al., 2010). Telch и колеги (2010) постулират контекст- сензитивен модел на уязвимост към паника, където характеристиките на контекста взаимодействат с предположения и впоследствие биха допринесли за по-голяма реакция при паника.

ПЕТА ГЛАВА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДИСФУНКЦИОНАЛНИ ВЯРВАНИЯ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ

Поради сложността на проблема (обем, обхват, многообразие), конкретно изследователските интереси са насочени към задълбочен анализ на негативните автоматичните мисли като проява на дисфункционалните вярвания, базисната и

социална себеефикасност и копинг -стратегииите като проява на стиловете на контрол върху негативните и нежелани мисли.

В първият параграф е разгледана теоретичната обосновка на изследването. Представеното изследване има характер на психодиагностично проучване. То си поставя за цел чрез научни методи да изследва особеностите и взаимовръзката между изследваните явления (автоматичните мисли, базисната и социална себеефикасност и копинг- стратегии). Разгледаните ключови аспекти на автоматичните мисли като проява на дисфункционални когнитивни схеми, позитивни мисли и копинг стратегииите като прояви на стиловете за контрол. Те са изведени по теоретичен път. От значение е те да бъдат потвърдени в емпирични, конкретни изследвания. Тази необходимост се определя от практико - приложния характер на научното изследване. Проучването на проблема се извършва в два плана – теоретични и изследователски. В първите четири глави са анализирани основни теоретични постановки от български и чужди автори, които отразяват разноаспектността на разгледаните идеи в конкретните теоретични направления. Концептуалните основания се извеждат чрез използването на теоретичноаналитично проучване на научната литература по проблематиката, свързана с автоматичните мисли, дисфункционалните вярвания и копинг- стратегииите. Във връзка с по-обхватното изясняване на изследвания проблем е извършено проучване и интегриране на широк кръг въпроси, от областта на клинична психология, когнитивно-поведенческа психопотерапия, консултативна психология.

Във вторият параграф са разгледани целите, задачите и хипотезите на изследването.

Формулирана е целта на емпиричното изследване

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

На базата на теоретичните анализи и емпиричните изследвания, разгледани в предходните глави, ние си поставяме за цел да проучим и изследваме влиянието и взаимовръзките между негативните автоматични мисли, влиянието на позитивните мисли като контраверсия на негативните мисли, тревожността, оценката на себе – ефикасността и копинг – стратегииите за справяне с негативните и нежелани мисли при пациенти с тревожни разстройства (Паническо разстройство и Генерализирано тревожно разстройство) и при изследвани лица без тревожност или с лека тревожност.

Представени са и задачи на изследването

1. Да се изяснят теоретичните основи на негативните и позитивни автоматичните мисли, базисната и социалната себе-ефикасност и копинг стратегиите за справяне при лицата с тревожни разстройства.
2. Да се подберат специализирани психологични тестове релевантни за научното изследване на поставените цели.
3. Да се проведе изследване с две групи: експериментална група от лица с тревожни разстройства (паническо разстройство и генерализирано тревожно разстройство) и контролна група на лица без или с лека степен на тревожност.
4. Да се направи количествен статистически анализ и интерпретация на резултатите, получени от първата извадка от лица с тревожни разстройства и на втората извадка на лица без или с лека тревожност спрямо конкретните хипотези.
5. Да се направи сравнителен анализ и интерпретация на данните спрямо отделните хипотези между експерименталната и контролна групи.
6. Да се анализират отговорите от двете извадки и да се провери дали негативните автоматични мисли, позитивните автоматични мисли, оценката на себе ефикасността и стила на контрол върху негативните мисли детерминират генерализираната и паническа тревожност.

Формулирани и описани са и изследователските хипотези:

Хипотеза 1: Допускаме, че има значими различия във влиянието на демографските характеристики (пол, възраст, образование, доходи и трудова заетост) при лицата с тревожни разстройства и лицата без тревожност по отношение на вярванията, самооценката, себе-ефикасност, очакванията за бъдещето и копинг стратегиите за справяне с дисфункционалните вярвания.

Хипотеза 2: Допускаме, че умерената и изразена степен на паническа и генерализирана тревожност влияе негативно върху личностовата неприспособимост, аз-концепцията и самооценката и което е значимо различие спрямо лицата от контролната група.

Хипотеза 3: Допускаме значимо различие между лицата с изразена тревожност и лицата от контролната група при взаимовръзките между личностовата неприспособимост, аз-концепцията, самооценката и копинг-стратегииите за справяне с дисфункционалните вярвания.

Хипотеза: 4 Допускаме, че при лицата с изразена тревожност ще се наблюдава връзка между ниската самооценка и позитивните вярвания,, което е значимо различие спрямо лицата от контролната група.

Хипотеза: 5 Допускаме съществени различия при взаимовръзките самооценка, базисна и социална аз-ефективност с копинг стратегиите между лицата с изразена тревожност и контролната група.

Хипотеза: 6 Допускаме, че има значимо различие между лицата с изразена тревожност и контролната група по отношение на позитивните вярвания за Света, Другите и Аза и чувството за безпомощност.

Хипотеза 7: Допускаме, че дисфункционалните автоматични мисли, оценката на себеуефикасността и копинг-стратегии са предиктори на паническата и генерализирана тревожност.

Четвъртият параграф разглежда обекта и предмета на изследването

Обектът на емпиричното изследване включва две извадки-експериментарната група с поставена диагноза от психиатър „тревожно разстройство – паническо или генерализирано”. Втората извадка от лица без тревожност или с лека тревожност е събрана на случаен принцип.

Предмет на настоящата разработка са психодиагностична оценка и анализ на дисфункционалните (негативни) автоматични мисли, оценката на себе – ефикасността и копинг – стратегиите за контрол върху негативните и нежелани мисли.

Този параграф описва количествените и качествени анализи. Данните бяха въведени и обработени със статистическата програма SPSS версия 16.0. За обработката на емпиричните данни бяха използвани следните статистически методи:

1/ Анализ на надеждността на използваните инструменти (алфа на Кронбах).

2/. Дескриптивна статистика с оглед описание на двете изследвани извадки.

3/ Еднофакторен дисперсионен анализ, проведен с цел да се изследва влиянието на демографските характеристики върху Ниска самооценка, Негативна Аз- концепция, Безпомощност, Позитивно ежедневно функциониране, позитивна самооценка, Други оценки на Аза, позитивни очаквания за бъдещето, социална себе-ефикасност и стратегиите за справяне с негативните и нежелани мисли.

4/ Корелационен анализ, установяващ взаимозависимости между факторите на използваните в изследването въпросници.

5/ Многофакторен регресионен анализ с оглед откриване на предикторите на генерализираната и паническа тревожност.

6/ Качествен анализ- описание на шест клинични случаи на генерализирана тревожност и паническо разстройство.

В петият параграф се разглеждат характеристиките на изследваните лица и процедура (експериментална и контролна група).

Експерименталната група се състои от 30 изследвани лица с поставени от психиатър диагнози с генерализирано тревожно разстройство и паническо разстройство. Общият брой изследвани лица в първата извадка е 30. От тях 8 мъже (27%) и 22 жени (73%). За целите на анализите те са разделени в три групи: от 24 до 30 години (23%), от 31 до 40 години (50%) и над 41 години (27%). Заетостта в трудовата сфера е значително висока – 90% са работещите, а 10% не работят. В сферата на образованието процентите на изследваните лица са приблизително близки между средно образование – 57% и висше образование – 43%.

При втора експериментална група от 6 лица с тревожни разстройства, е проведено клинично-психологично интервю и е използван и при двете групи пакет от психологични тестове. Върху данните при всяко изследвано лице е направен качествен анализ за взаимовръзка между ранен опит, когнитивните вярвания, себеефективността и копинг стила спрямо спецификата на тревожното разстройство.

Контролната група се състои от 150 изследвани лица без тревожност или с лека тревожност на възраст между 18 и 61 години ($M=34,6$; $SD=10,4$). За целите на анализите те са разделени в четири групи: от 18г. до 30 години (43%), от 31 до 40 години (28%), от 41 до 50 (18%) и над 51г. От извадката 49 са мъже (33%) и 101 жени (67%). Заетостта в трудовата сфера е висока – 81% са работещите, а 19% не работят. По отношение на показателя образование на изследваните лица в извадката преобладават висшистите – 67%, следвани от лица със средно образование – 17%, студенти - 15% . Месечните доходи се подреждат както следва: най-много изследвани лица получават месечен доход от 500 до 1000 лв- 46%, на минимална работна заплата – 19%, и до 500 лв- отново 19%, а доходите на изследваните лица в извадката с най- нисък процент са тези с над 1000 лв.- 16%.

Шестият параграф на петата глава разглежда психологическия инструментариум.

1.Въпросник за автоматични мисли на Kendall и S. D. Hollon (1980), за да измерва честотата на спонтанно възникващите негативни мисли или руминации. Тридесетте негативни твърдения са част от 100 негативни когниции обобщени от

извадка, съставена от мъже и жени- колежани. Твърденията са типично асоциирани с депресивни преживявания от личния опит.. Въпросникът се състои от 30 негативни твърдения, и притежава следните четири фактора: Личностова неприспособимост и желание за промяна, Негативна Аз- концепция и негативни очаквания, Ниска самооценка и Безпомощност. Въпросникът има отлични психометрични качества, с алфа на Кронбах от 0,95.

2. Въпросник за позитивни автоматични мисли на Rick Ingram и Kathleen Wisnicki (1988) – той е създаден да оцени появата на позитивни автоматични когниции, като контраверсия на негативните автоматични мисли. Въпросникът се състои от 30 айтема, които се разделят в четири фактора както следва: позитивно ежедневно функциониране, позитивна самооценка, други оценки на Аза и позитивни очаквания за бъдещето. Съществено е да се отбележи, че надеждността на въпросника, измерена с алфа на Кронбах ($\alpha = 0,90$), е много добра.

3. Скала за клинична тревожност (CAS) , създадена от Bruce A. Thyer (1984). Тази скала се състои от 25 айтема, които измерват нивото или степента на клиничната тревожност, изпитвана от респонденти, с по-високи резултати, показващи по-високи нива на тревожност. Психометричните качества на скалата са добри – коефициентът алфа на Кронбах е 0,88.

4. Скалата за оценка на себе- ефикасността на M. Sherer, J, Maddux, B. Mercandante, (1982), която цели измерване на основните личностни вярвания в собствената компетентност. Скалата за оценка на себе- ефикасността е инструмент от 30 твърдения, който измерва основните очаквания относно себе-ефикасността, които не са свързани със специфични ситуации или поведение. Скалата за оценка на себе-ефикасност демонстрира добра надеждност ($\alpha = 0,79$). Тази скала се състои от два фактора:Базисна себе- ефикасност и Социална себеефикасност.

5. Въпросник за стила на контрол върху негативните мисли на Adrian Wells и Mark I. Davis (1994) за оценяване ефективността на избраната от изследваното лице стратегия за справяне с неприятните и нежелани мисли. Според авторите освен при депресия, въпросника е приложим и при генерализирана тревожност, obsесивно-компулсивно разстройство и постравматично-стресово разстройство.Този самооценъчен въпросник, съдържа 30 твърдения и измерва 5 фактора, които кореспондират с различни стратегии за контролиране на нежеланите мисли: отвличане на вниманието, социален контрол, тревога, наказание и когнитивна преоценка. Психометричните качества на въпросника са добри – коефициентът алфа на Кронбах е 0,76.

В описанието на последният параграф от петата глава е представен анализ на средните стойности и стандартните отклонения на факторите на двете извадки.

При въпросника за Негативни автоматични мисли се установява от една страна, че при извадката от лица с тревожни разстройства Негативната Аз концепция и

негативни очаквания е с най- високи средни стойности. На второ място е Личностовата неприспособимост и желание за промяна. **Въпросник за позитивни автоматични мисли**- При сравнението на средните стойности при двете извадки се установява, че Позитивното ежедневно функциониране има най- високи средни стойности, а най-ниските стойности са при Позитивните очаквания за бъдещето. Тези факти показват, че лицата с тревожни разстройства и без тревожност имат по- малко позитивни автоматични мисли за бъдещето. **Скала за оценка на себеефикасност**- изводът, който се налага при сравнението на средните стойности, показва, че в и в двете извадки съществуват по- високи нива на Базисна себеефикасност в сравнение със Социалната себеефикасност. **Стил на контрол върху негативните мисли**- по отношение на копинг-стратегииите за справяне с негативните мисли, анализът на средните стойности в резултатите от двете извадки показва, че изследваните лица с тревожни разстройства приоритетно използват Когнитивна преоценка, Тревога и Наказание като стилове за контрол, в сравнение с лицата без или с лека тревожност, които най- често прилагат Социален контрол и на второ място Отвличане на вниманието.

ШЕСТА ГЛАВА АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА ДАННИТЕ ОТ ЕМПИРИЧНОТО ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДИСФУНКЦИОНАЛНИТЕ ВЯРВАНИЯ И КОПИНГ- СТРАТЕГИИТЕ

1. Анализ и интерпретация на хипотеза 1

Хипотеза 1: Допускаме, че има значими различия във влиянието на демографските характеристики (пол, възраст, образование, доходи и трудова заетост) при лицата с тревожни разстройства и психично здравите по отношение на вярванията, самооценката, себе-ефикасност, очакванията за бъдещето и копинг стратегиите за справяне с дисфункционалните вярвания.

При проведеният дисперсионен анализ и на двете извадки се достигна до следните заключения: при първата извадка полът води до различия единствено при Други оценки на Аза, като по-често мъжете имат позитивни мисли за другите хора, отколкото жените. За разлика от първата, при втората извадка полът повлиява върху копинг-стратегията Тревога, която най-често се прилага при жените, отколкото при мъжете. Възрастта оказва влияние върху избора на стратегия за справяне с негативните и нежелани мисли и при двете извадки тази копинг-стратегия е Тревога, но при извадката от лица с тревожни разстройства тя е най-приложима при възраст от 30 до 41 г., докато при втората извадка - при възраст за групата на лицата над 51 години. При първата извадка (лица с тревожни разстройства), образованието повлиява върху Позитивното ежедневно функциониране, Позитивната самооценка, Другите оценки на Аза и Позитивните очаквания за бъдещето. И при четирите субскали беше установено,

че лицата с висше образование са по-склонни да заменят негативните мисли с позитивни, отколкото тези със средно образование. За разлика от първата извадка, при втората извадка образованието влияе единствено върху Позитивните очаквания за бъдещето.

Що се отнася до доходите, при първата извадка, те оказват статистическо значимо влияние върху Ниската самооценка и безпомощност, като лицата с тревожни разстройства притежават ниска самооценка и се чувстват объркани и безпомощни, когато работят и доходите им са до 1000 лева. Отново при тази извадка, доходите влияят върху позитивното ежедневно функциониране при лица с доходи от 500 до 1000 лева и върху Позитивната самооценка, като лицата, работещи на минимална заплата са по-склонни да имат позитивни мисли за себе си, както и очаквания за по-позитивно и адекватно представяне в ежедневието си. При втората извадка, доходът има различия единствено при базисната себеувереност, като такива личности се чувстват майстори и удовлетворени от живота си при доходи до 500 лева.

Интересен факт е да се отбележи, че при втората извадка на лица без или с лека тревожност трудовата заетост няма статистически значимо влияние. В контраст, при първата извадка, трудовата заетост оказва влияние върху Негативната - Аз-концепция, като работещите хора имат по-негативна представа за себе си, отколкото неработещите. При лицата с тревожни разстройства, трудовата заетост влияе върху Ниската самооценка, като отново работещите личности имат по-негативни чувства за собствена стойност и компетентност в различни области на живота, в сравнение с неработещите. Отново трудовата заетост влияе и върху Позитивното ежедневно функциониране и Позитивната самооценка, като изследваните лица имат тенденцията да изграждат една по-позитивна самооценка и да заменят негативните мисли за справяне в ежедневието с по-позитивни такива.

Важно е също да се спомене, че при Социалната себеувереност, отново неработещите хора чувстват трудност в комуникацията и мисли за невъзможност за изграждане на взаимоотношения с другите хора.

2. Анализ и интерпретация на хипотеза 2

Хипотеза 2: Допускаме, че умерената и изразена степен на паническа и генерализирана тревожност влияе негативно върху личностовата неприспособимост, аз-концепцията и самооценката и което е значимо различие спрямо лицата от контролната група.

При проведенният корелационен анализ при извадката на лица с тревожни разстройства се установи, че факторът Личностна неприспособимост и желание за промяна има силни положителни корелационни връзки и с трите субскали на Ниска

самооценка, Негативна Аз- концепция и Безпомощност. Най- високата корелация се наблюдава при Негативната Аз- концепция и Личностната неприспособимост и желание за промяна. Колкото повече нарастват Негативната Аз – концепция на хората, Безпомощност и Ниската самооценка, толкова повече съответно се повишава и Личностната неприспособимост и негативни очаквания. (Вж Таблица 1)

Таблица 1. Корелации на Pearson (r) между Личностната неприспособимост и желание за промяна и Негативната Аз- концепция, Ниска самооценка и Безпомощност.

	Личностова Неприспособимост	Негативна Аз- концепция	Ниска самооценка	Безпомощност
Личностова неприспособимост		0,856**	0,772**	0,709**
Негативна. Аз- концепция			0,826**	0,760**

** . Корелацията е значима на ниво 0,01.

* . Корелацията е значима на ниво 0,05.

Така достигнатите изводи са повлияни от твърденията на автори като Sanderson, W. C., P. DiNardo, (2010), според които много често за хората с тревожни разстройства се „хващат“ здраво за своите ужасяващи преживявания. Поради това, те имат по-малка възможност да променят мисловните си модели. Вместо такива личности да кажат на себе си, че техните тревоги или страхове би могло да са еднократно преживяване, хората започват да изграждат порочен кръг от негативните мисли, и да проектират тревожността в бъдещето си и по този начин запазват разстройството като постоянна фиксация в живота си. „Хващането“ за тези спомени е това, което прави тревожните разстройства толкова мощни; тези хора постоянно мислят. Индивидите, които се тревожат за страха се опитват упорито да предотвратят ситуация, която провокира тревожност и не виждат възможен начин да избегнат ситуацията и да спрат да мислят за нея. Освен това, хората, страдащи от тревожни разстройства са склонни да вярват, че нищо няма да се промени за тях. Вярвайки, че нищо не може да се промени, те изключват психологичната помощ, ползват от медицината и подкрепата на семейството. Такива личности се държат за диагнозата на "тревожно разстройство", те отдават на проблема постоянно място в живота си и не позволяват на нищо да се промени, чрез отказ от надежда за промяна.

От друга страна, според М. Fennell.,(2001г.) ниската самооценка може да бъде следствие от съществуващ проблем- индивид с тревожно разстройство може постепенно цялостно да загуби увереността в себе си дори и при човек, който първоначално е имал доста реалистично и изразено положително възприятие за себе си. Този факт може да се обясни с това, че хората с ниска самооценка имат склонност да притежават по- високи нива на тревожност, тъй като хората с ниска самооценка често очакват да бъдат осъдени негативно от другите хора. Също такива хора имат склонност да очакват повече негативни неща да им се случат, което по-нататък се свързва с ниската самооценка и тревожността. По този начин може да се види, че има финна връзка между ниската самооценка и тревожните разстройства. Напр. човек с паническо разстройство ще има усещането, че се намира изцяло в капана на събитията и няма контрол над тях. И така можем да видим тревожността и ниската самооценка като два аспекта на един и същ проблем и впоследствие, терапевтът работейки върху подобряването на себе –увереността и себе- представата на клиента, може да намали неговото ниво на тревожност. Тези резултати са оптимистични и значими за терапията на хора с тревожни разстройства.

3. Анализ и интерпретация на хипотеза 3

Хипотеза 3: Допускаме значимо различие между лицата с изразена тревожност и лицата от контролната група при взаимовръзките между личностовата неприспособимост, аз-концепцията, самооценката и копинг-стратегииите за справяне с дисфункционалните вярвания.

Проведеният корелационен анализ по отношение на стратегиите за справяне с нежеланите мисли- Тревога и Наказание, потвърди, че се установяват умерени статистически значими положителни корелации с факторите Личностовата неприспособимост и желание за промяна, Негативна Аз- концепция, Ниска самооценка и Безпомощност .(Вж Таблица 1.) Колкото повече нарастват мислите на индивидите с тревожни разстройства за безпомощност, за несправяне с поставените задачи, липсата на мотивация, толкова повече те се опитват да се справят с тези нежелани мисли като се опитват да се тревожат по- малко или се самообвиняват, че имат негативни, нежелани мисли.

От таблицата се вижда и още един интересен факт, по отношение на стратегиите за справяне- Отвличане на вниманието и Преоценка не се установяват значими корелационни връзки с факторите Личностова неприспособимост, Негативна Аз-концепция, Ниска самооценка и Безпомощност.

Таблица 1. Корелации на Pearson (r) между Личностовата неприспособимост, Негативна Аз- концепция, Ниска самооценка, Безпомощност и петте копинг- стратегии за справяне с нежеланите мисли.

	Отвл. на вниман.	Социален Контрол	Тревога	Наказание	Преоценка
Личн.неприспособ.			0,508**	0,443**	
Негат. Аз- концепция			0,582**	0,534**	
Ниска самооценка			0,515**	0,497**	
Безпомощност			0,605**	0,571**	

** . Корелацията е значима на ниво 0,01.

* . Корелацията е значима на ниво 0,05.

От таблицата още може да се утвърди, че при извадката с лица с тревожни разстройства, субскалата Личностова неприспособимост се свързва умерено, положително с копинг – стратегиите за контрол на негативните мисли- Тревога, Наказание, докато при извадката на лица без или с лека тревожност същата зависимост е слаба. От тази зависимост може да се заключи, че колкото повече тревожният човек желае да се освободи от негативните мисли, като се опитва да се тревожи по- малко или първоначално да потисне тези натрапливи тревожни мисли и да се упреква, че постоянно мисли за тях, толкова повече нараства неговата негативна представа за самия себе си.

4. Анализ и интерпретация на хипотеза 4

Хипотеза: 4 Допускаме, че при лицата с изразена тревожност ще се наблюдава връзка между ниската самооценка и позитивните вярвания,, което е значимо различие спрямо лицата от контролната група.

От изследването се констатира, че при изследваните лица с тревожни разстройства позитивните вярвания се свързват отрицателно с ниската самооценка, за разлика от изследваните лица без или с лека тревожност, където тази корелация е слаба. От тези констатации може да се обобщи, че лицата с тревожни разстройства действат в *модуса на уязвимостта*, в който се виждат изложени на неконтролируеми външни или

вътрешни опасности, което води до намаляване на усещането им за сигурност. В модуса на уязвимостта личността насочва вниманието си към собствените слабости или към по-ранни неуспехи. Противоположната информация бива изопачена или изключена от доминиращата когнитивна схема (напр., чрез минимизирането на собствените силни страни).

Усвояването на модуса на увереността повишава вероятността от успех в ситуации на заплаха, докато доминантността на модуса на уязвимостта е по-вероятно да доведе до провал и да засили вярванията на хората в тяхната некомпетентност, защото тя е свързана със задаване на въпроси към самия себе си, несигурност и слаб или колеблив отговор на предизвикателствата на дадена ситуация. Идентифицирането и изразяването на емоции не само ще помогне за облекчаването на тревожността, но също и ще повиши самооценката. В процеса на терапия в резултат от работата по страха, съмнението, себекритичността и безпокойството, тревожният човек има възможността да развие по-позитивна самооценка и в значителна степен да се успокои.

5. Анализ и интерпретация на хипотеза 5

Хипотеза: 5 Допускаме съществени различия при взаимовръзките самооценка, базисна и социална аз-ефективност с копинг стратегиите между лицата с изразена тревожност и контролната група.

Резултатите от корелационният анализ показват наличие на отрицателна умерена корелационна зависимост между Позитивната самооценка и Наказанието, като стратегия за справяне с нежеланите мисли. Установява се, че другите оценки на Аза са в отрицателна умерена корелационна зависимост със стратегията Наказание. Получените резултати се съотнасят с изследванията на Carver et al (1999). Тези изследователи обединяват начините, по които хората се справят с тревожността в 14 категории и ги корелират със самооценката и тревожността. Получените данни показват, че активните копинг-стратегии и планирането са положително свързани с висока самооценка и ниска тревожност, което кореспондира с изследванията на други автори (Weiten, 2002).

Позитивното ежедневно функциониране се свързва в умерена степен и отрицателно с копинг-стратегии – Тревога и Наказание при лица с тревожни разстройства, докато при лицата без и с лека тревожност такива подобни корелации не се установяват. Чрез прилагане на различни техники при когнитивната терапия на хора с тревожни разстройства се цели повишаване нивата на активност, намаляване на обезкуражаването, увеличаване на представите на клиента за майсторство и удоволствие от ежедневните дейности.

При извадката от лица с тревожни разстройства, се установява още, че повишаването на Базисната себеефикасност води до намаляване прилагането на копинг-стратегииите – Тревога и Наказание при хората с тревожни разстройства. Такива корелационни връзки при лицата без или с лека тревожност не се установяват. Оттук може да се направи следното заключение: колкото по-силни представи за собствената ефикасност има даденият индивид, толкова по-малък дистрес, нарушения в изпълнението и напрежение ще изпитва при сблъсък с обекта на тревожност. Освен това се разширява и адаптивното му поведение към обекти и ситуации „отвъд ситуацията на страх”.

В тази рамка терапията се изразява в промяна на очакванията на индивида за собствената му ефикасност. Чрез различни техники за селфмониторинг на мислите и нивата на активност, въвеждането на по-реалистична концепция за майсторство (т.е такава, която отчита как клиентът реално се чувства, вместо да изисква „нормално“ представяне), разбиването на задачите на малки, изпълними стъпки, противопоставянето на чувството за безнадеждност, увеличаване честотата на себенаграждаването и реалистичното дефиниране на успеха, оформят съществената част на личностовата промяна с намаляване на тревожността.

6. Анализ и интерпретация на хипотеза 6

Хипотеза: 6 Допускаме, че има значимо различие между лицата с изразена тревожност и контролната група по отношение на позитивните вярвания за Света, Другите и Аза и чувството за безпомощност.

След проведенният корелационен анализ се установи, че съществува отрицателна корелационна връзка между Позитивното ежедневно функциониране, Позитивната самооценка, Другите оценка на Аза и Позитивните очаквания за бъдещето и Безпомощността при извадката от лица с тревожни разстройства. (Вж Таблица 1)

Таблица 1. Корелации на Pearson (r) между Позитивната самооценка, Позитивното ежедневно функциониране, Другите оценки на Аза, Позитивните очаквания за бъдещето и Безпомощността.

	Безпомощност
Позит. ежедн. Функциониране	- 0,390*
Позитивна самооценка	- 0,471*

Други оценки на Аза	- 0,423*
Позитивни очаквания за бъдещето	- 0,473**

** . Корелацията е значима на ниво 0,01.*. Корелацията е значима на ниво 0,05.

Констатира се още, че повишаването на Позитивната самооценка, Позитивното ежедневно функциониране, Другите оценка на Аза и Позитивните очаквания за бъдещето водят до намаляване на Безпомощността при извадката от лица с тревожни разстройства, за разлика от втората извадка. От тук в първата стъпка при терапията на негативното мислене се изисква клиентът да наблюдава и анализира дисфункционалната природа на негативните мисли. След като веднъж клиентът се убеди как те всъщност са губене на време, което е на негово разположение, той обикновено пожелава да намери техники, разсейващи от негативното мислене. Записването на негативните мисли подпомага и дава възможност за продължаване процеса на тяхното реконструиране в балансирани и позитивни.

7. Анализ и интерпретация на хипотеза 7

Хипотеза 7: Допускаме, че дисфункционалните автоматични мисли, оценката на себеуефикасността и копинг-стратегииите са предиктори на паническата и генерализирана тревожност.

След проведенният многофакторен регресионен анализ при първата извадка (лица с тревожни разстройства) за генерализираната и паническа тревожност не бяха открити предиктори сред изброените независими променливи.

При втората извадка, след проведенният многофакторен регресионен анализ беше установено, че генерализираната и паническа тревожност се детерминира в най – висока степен от Позитивното ежедневно функциониране, на второ място - от Позитивната самооценка, на трето място от Позитивните очаквания за бъдещето и в по-малка степен от копинг-стратегииите - Отвличане на вниманието и Тревога. В най-слаба степен клиничната тревожност се предсказва от копинг-стратегията Социален контрол.

Последният параграф на шеста глава представя качествен анализ- описание на шест клинични случая с генерализирана тревожност и паническо разстройство. Протоколът на случаите представя отделните личностови характеристики описателно и в степен на изразеност по психодиагностичните тестове в проценти. Въз основа на тези психодиагностични оценки и проведеното клинично-психологично интервю се изгражда индивидуална формулировка за формирането и поддържането на тревожното разстройство, с последвали препоръки към консултирането.Разглежда се

интерпретация по тестовите методики с изграждане на Формулировка за взаимовръзката между когнитивните вярвания, себеефективността и копинг- стила спрямо спецификата на тревожното разстройство.

Първият случай X., мъж. 37 г. висше образование. Диагноза: генерализирано тревожно разстройство,

Протоколът представя отделните личностови характеристики описателно и в степен на изразеност по психодиагностичните тестове в проценти. Въз основа на тези психодиагностични оценки се изгражда индивидуална формулировка за формирането и поддържането на тревожното разстройство, с последвали препоръки към консултирането.

X. м. 37г., висше образование с генерализирано тревожно разстройство, което през последните седем години много се интензифицира, симптомите се разширяват в психосоматичната област (наличие на диабет тип II) и затагат. От психиатър са предписвани много медикаменти, но състоянието се влошава. При последният преглед има препоръка за когнитивно-поведенческа психотерапия. По време на попълване на единия тест стана много неспокоен и започна да мачка листата.

Интерпретация по тестовите методики с изграждане на Формулировка за взаимовръзката между когнитивните вярвания, себеефективността и копинг стила спрямо спецификата на тревожното разстройство:

Личностови сфери

Себе-ефективност:

- Базисната себе-неефективност, която включва генерализираните очаквания за своите възможност за успешност и ефективност: *базисната себеефективност при X. е изградена в много добре степен до етапа на ранната младост 64%, като и до сега успява да създаде добри приятелства, може да води разговори, дори епизодично да общува успешно, но не може да ги поддържа продължително време ;*
- Социалната себе-неефективност, която интерпретира основни очаквания на личността, свързани с интерперсонални взаимоотношения при X. е формирана позитивно в 53% - *може да довършва до край поети ангажименти и дейности, макар и в удължено време; провалите я тревожат, но и мобилизират да се справи; разчита на собствените си сили и годности при затруднения; обича науката и художественото изкуство;*

- **Функционални вярвания:** *при X. са изразени в диапазона ниска към средна степен: 20% - 54%*
 - Фактор 1: „Социална подкрепа и личностова приспособимост“: *изразена в средна степен на позитивните отговори при тази скала 54% – X. счита, че има приятели, близки хора които го подкрепят и се вълнуват за него; че няма да се предаде;*
 - Фактор 2: „Асертивност, себеотстояване и оптимизъм“: *изразен ниска степен 20% - не харесва предизвикателства, счита, че е постигнал много малко в живота*
 - Фактор 3: „Удовлетвореност от живота“: *е в ниска степен 35% - не харесва живота, който не въври според него гладко;*
 - Фактор 4: „Позитивна Аз-концепция“: *е също в средна степен 50%, счита, че има средно добри качества и заслужава по-добър живот*

Дисфункционални вярвания:

- Фактор 1, наречен „Личностова неприспособимост и желание за промяна“, *е изразен във висока степен 72% - доминират разочарование от себе си и че нещо не е наред с него, при което е необходима промяна.*
- Фактор 2, наречен „Негативна Аз- концепция и негативни очаквания“ *е изразен в умерена степен – 63%, като доминират вярванията, че нещата не се развиват, така както му се иска; че за нищо не става и е неудачник;*
- Фактор 3, озаглавен „Ниска самооценка“ *е изразена във висока степен – 70% с водещи вярвания не струвам пукната пара и се мрази*
- Фактор 4, „Безпомощност“ *е изразена в ниска степен – 30%, с вярванията, че рядко, но си мисли, че нищо не струва.*

Стила на контрол при Ю. върху негативните, неприятните и нежелани мисли е във висока степен деструктивен и се разгръща в диапазона от 54% до 83%

1. **Отвличане на вниманието-** *“избягат от мислите си” съсредоточавайки се целенасочено и изключително върху някакви външни стимули е 71%, и е с пренасочване на вниманието да си намира някаква работа; понякога*

премества фокуса на внимание върху позитивни преживявания или да мисли нещо друго

2. **Социален контрол** - в повечето случаи негативните автоматични мисли са насочени към другите хора в 54%. Понякога обсъжда своите проблеми с други приятели или пренасочва вниманието към други дейности
3. **Тревога** - за да се справят с негативни и нежелани мисли X. използва копинг-стратегия да се концентрира върху тревогата, за да я намали Тази неефективна копинг стратегия е изразена в 83%. В умерена степен и рядко, но започва да насочва вниманието към проблеми от миналото и дребни тревоги, които засилват общата тревожност; понякога се насочва върху други затруднения, които го тревожат;
4. **Наказание като копинг стратегия е изразено в 79%** - например, за да намали нивото си на тревожност X. започва да се упреква, да си мисли, че ще предизвика негативни последици; опитва се да заглуши тревожните мисли, понякога е готов да си удари и шамар, но да спре тревогата;
5. **Преоценка като копинг стратегия при X. е изразена също във висока степен – 79%** - често се задълбочава върху лошите мисли, понякога се опитва да ги обясни по друг начин или да търси нови причини, но те задълбочават порочния тревожен кръг.

Степен на изразеност на тревожността:

Изразеността на тревожността при X. е 76 %, което е във висока степен на изразеност на тревожното разстройство.

- **Базисна тревожност** при X. е изразена в неговата характерова особеност да е тревожно напрегнат в ежедневието, при дребен повод да преживява тревожна заплаха; едновременно с това, е малко и периоди на спокойствие, радост и удовлетвореност при общуване с хора, спонтанни ситуации на забавления или работа;
- **Специфичната тревожност** е изразена в доминиране на стар без съществена причина, който се засилва в изразена степен през последните години, тревожност за безсмислени и неприятни мисли, което води до паникьосване, внезапни панически атаки, придружени с телесен и психичен дискомфорт и замаяност, изпитване на страх в отворени пространства и на улицата, периоди на ужас и паника, които често възникват внезапно и без повод; нервност и треперене без повод; избягване на събиране с хора, когато е възможно поради страх; избягване да бъде сам през последните години.

Представяне на индивидуалните взаимовръзки между отделните кълстери на формулировката.

- При X. сравнително добре структурирана в детските и млади години, като добра самооценка за своята волева устойчивост при важни въпроси на своята реализация и при справяне с трудности; базисната себеефективност при X. е изградена в много добре степен до етапа на ранната младост, като и до сега успява да създаде добри приятелства, може да води разговори, дори епизодично да общува успешно, но не може да ги поддържа продължително време; социалната себе-неефективност, която интерпретира основни очаквания на личността, свързани с интерперсонални взаимоотношения при X. е формирана позитивно в умерена степен и той може да довършва до край поети ангажименти и дейности, макар и в удължено време; провалите не го тревожат, а го мобилизират да се справи; разчита на собствените си сили и годности при затруднения; обича науката и художественото изкуство;
- **Функционални вярвания:** при X. са изразени в диапазона ниска към средна степен: 20% - 54% . X. счита, че има приятели, близки хора които го подкрепят и се вълнуват за него; че няма да се предаде; но не харесва предизвикателства, счита, че е постигнал много малко в живота. През последните години X. преоценява в негативен план своя живот, като не го харесва и според него животът му не върви добре. Но едновременно с това, X. продължава да поддържа своето дълбоко позитивно вярване, че има средно добри качества и заслужава по-добър живот.
- **Дисфункционалните вярвания при X.** са изразени в умерена към висока степен през последните години, като доминират: доминират разочарование от себе си и че нещо не е наред с него, при което е необходима промяна; че нещата не се развиват, така както му се иска; че за нищо не става и е неудачник; че не струвам пукната пара и се мрази;
- **Неефективните копинг стратегии при X.** са изразени през последните години в екстремна степен, като доминират: започва да насочва вниманието към проблеми от миналото и дребни тревоги, които засилват общата тревожност; понякога се насочва върху други затруднения, които го тревожат; започва да се упреква, да си мисли, че ще предизвика негативни последици; опитва се да заглуши тревожните мисли, понякога е готов да си удари и шамар; често се задълбочава върху лошите мисли, понякога се опитва да ги обясни по друг начин или да търси нови причини, но те задълбочават порочния тревожет кръг. Едновременно с това, макар и в ниска степен е съхранена годността да отвлича вниманието и мислите към приятни неща от ежедневието и позитивни преживявания от миналото, което намалява тревожността.

Формулировка по случая X.: Обобщеният анализ от диагностичното изследване при X. очертава добри ресурси за поставяне на лични цели, активно поведение и добри копинг-стратегии за тяхното реализиране, добри умения за общуване, формирани в младите години, блокирани към този етап в голяма степен от тревожните емоции и дисфункционални вярвания. Все още има съхранен ресурс при затруднения да се мобилизира и да се бори за постигане на целите. X. е изградил много добри годности да се възстановява и зарежда с позитивна психична енергия и мотивация за социална активност чрез различни форми на изкуство и общуване в компания с приятни занимания, но през последните години, това все повече го ограничава и потиска.

През последните години при него се формира и фиксира порочен кръг на: тревожни преживявания, които провокират дисфункционални вярвания за себе си, които засилват тревожността; тревожните вярвания все повече се засилват и от активиране на неефективните копинг стратегии за мисловно руминиране, циклене, върху минали и настоящи затруднения и провали, които усилват тревожността. През последните години X. започва да разширява негативните интерпретации на тревожността като знак за провал и неуспех в различни ситуации, които отново провокират и стабилизират панически кризи и риск от социален провал. След това X. започва да потиска успешните си стратегии за възстановяване и да използва неефективни стратегии като социално оттегляне, социално оттегляне, себенаказание, които интензифицират тревожността в екстремна степен и засилват психосоматичните невротични реакции и поведение на провал, кризи или психично напрежение и объркване. Всички тези симптоми се разширяват в различни психични, психосоматични и поведенчески сфери и към настоящия етап покриват параметрите на генерализирано тревожно разстройство.

Препоръки към психологичното консултиране:

В психотерапевтичната работа с X. е важно да се започва с техники по типа нормализиране, които ще дадат критичен минимум психологични и медицински познания на X. за разгръщането на невротичното тревожно разстройство и психосоматичното ниво на хормонална дисфункция, която задълбочава и разширява тревожното разстройство. На втори план е важно да бъде обучен в релаксиращи и отреагиращи техники, които ще доведат до възстановяване на критичен минимум психичен баланс. След това е важно с малки психологични стъпки на промяна да се преминава от области, където ресурсът за справяне е съхранен към промяна на дисфункционални вярвания, неефективни копинг стратегии и възстановяване на социалната активност.

Важно да се проведе дискусия за емоциите, дейности, които подпомагат процеса на отреагиране на тревожността и трансформация на негативните

преживявания в позитивни. На последни етап е добре да се провеждат техники за системна равносметка, които ще стабилизируют позитивната промяна и ще имат профилактичен ефект към бъдещ рецидив на тревожно разстройство.

Вторият случай е на П., м. висше образование. Диагноза: паническо разстройство. Обобщеният анализ от диагностичното изследване при П. очертава насоката, че той е формирал ниска самооценка и възприятието за себе си е негативно. В процеса на ниското самооценяване са отпаднали важни качества и характеристики на личността. Негативните предвиждания на П. го водят и до омаловажаване на доброто справяне, дори и когато се е справил изключително компетентно.

Едновременно с това П. има добре съхранен ресурс за психологична промяна в процес на психологично консултиране. В стратегиите за психотерапевтична работа е важно да се активира и стъпи на този активен личностов ресурс, да се прилагат техники за неговото разширяване и позитивно емоционално преживяване, което ще подобри самооценката и възможността за преформулиране на дисфункционалните вярвания.

Третият случай е на Б, жена, 40 г., висше образование. Диагноза: паническо разстройство. През последните години при Б. все повече се редуват моменти на мрачни и неприятни мисли, липса на социална активност и мотивация за промяна. През този период нея се формира „порочен кръг от мисли-емоции и поведение”, който активира дисфункционални вярвания и засилва тревожността ѝ. Усещането за провал, липсата на базисна сигурност при Б. води до тенденция да отрича, да потиска или избягва болезнените чувства. Тези неефективни стратегии за справяне още повече интензифицират и преживяванията тревожност и потиснатост, които на свой ред достигат кулминация в серии от панически атаки.

В психотерапевтичната работа с Б. е важно да се започва с техники за „моделиране“ на позитивен Аз-образ. В индивидуални сесии с Б. ще се насърчават преживявания на харесване, удоволствие от случващото се и собствената личност. Ще се насърчава възприемане на позитивната обратна връзка от заобикалящата среда и близките на Б., което ще укрепва позитивния ѝ Аз-образ. Важно е да се приложи техниката „нормализиране”, в която да се обяснят телесните неприятни симптоми породени от стреса и да се приложат релаксиращи техники за промяна.

Четвъртият случай е на И., ж., 34 г., средно образование. Диагноза: тревожно разстройство, генерализиран тип. При И. е формирана изразена и стабилизирана личностова и социална себе-неефективност, която директно провокира преживявания на тревожност до степен на паника, невъзможност за общуване и оставане в социалното пространство. Като последица на личната неефективност е заливането в психичния свят с безсмислени тревожни мисли, които дълго време ескалират и не може да преодолее. От тази диагностична оценка може да се изгради формулировката, че И. е с изграден и добре съхранен ресурс за психологична промяна в процес на психологично

консултиране. Към периода на изследване този личностов ресурс е изчерпан и потиснат от разширената тревожност, която е изразена в значителна степен и се поддържа от формирания порочен кръг на тревожни мисли, които стимулират тревожни преживявания, а двете стимулират поведение на тревожност. В стратегиите за работа е важно да се активира и възстанови личностовия ресурс, като се прилагат техники за неговото разширяване и емоционално преживяване, което ще подобри самооценката и възможността за корекции на дисфункционалните вярвания.

Петият случай е на **Ю., ж. 38 г. висше образование**. Диагноза: тревожно разстройство, генерализиран тип. Обобщенията анализ от диагностичното изследване при Ю. очертава постигнати сравнително добри ресурси за поставяне на лични цели, активно поведение и добри копинг-стратегии за тяхното реализиране, добри умения за общуване. През последните години Ю. преживява тревожност при различни житейски затруднения, които все повече задълбочава през активиране на дисфункционални вярвания от своето минало за неуспешност, провал, ниска самооценка, които задълбочават тревожността и активират защитни механизми по типа изтласкване, дисоциации, потискане на чувства и добра опитност, избягване на социални контакти и активност.

В психотерапевтичната работа с Ю. е важно да се започва с малки стъпки на промяна от области, където ресурсът за справяне е съхранен – това са запазените умения и относително добри преживявания за извършване на битовите дейности и общуване с близките, запазен добър интерес и преживяване на успокояване при слушане на музика и разходки сред природата. На втори план е важно да се проведе дискусия за емоциите, същността на тревожните разстройства, психо-соматичния кръг поддържащ и задълбочаващ тревожността и обучение в релаксиращи техники, които бързо постигат добър ефект. На следващ етап да се премине към по-съществени техники за преформулиране и интегриране на вярванията и копинг-стратегии.

ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ

Направеният статистически анализ на резултатите от емпиричното изследване и анализът на шестте клинични случая (case-study) позволяват да се формулират следните изводи:

Чрез дисперсионният анализ се потвърди като цяло **първата хипотеза** за наличието на влияние на демографските характеристики (пол, възраст, образование, доходи и трудова заетост) при лицата с тревожни разстройства и психично здравите по отношение на вярванията, самооценката, себе-ефикасност, очакванията за бъдещето и копинг стратегиите за контрол на дисфункционалните вярвания.

Втората хипотеза, че ще се наблюдава връзка между Личностовата неприспособимост и желание за промяна и Негативната Аз-концепция, Ниска самооценка и Безпомощност беше потвърдена. Установена е статистически значима корелационна връзка между тези фактори при изследваните лица с тревожни разстройства.

Третата хипотеза, че съществува взаимовръзка между личностовата неприспособимост, аз-концепцията, самооценката и копинг-стратегииите - за контрол на дисфункционалните вярвания при лица с тревожни разстройства също беше потвърдена. Изследването разкри статистически значима положителна корелация между изброените фактори и стратегиите за справяне с негативните и нежелани мисли-Тревога и Наказание.

Четвъртата хипотеза, че при лицата с тревожни разстройства съществуват взаимозависимости между позитивните вярвания и ниската самооценка се потвърди. При проведения корелационен анализ беше установено, че при изследваните лица с тревожни разстройства позитивните вярвания се свързват отрицателно с ниската самооценка, за разлика от изследваните лица без или с лека тревожност, където тази корелация е слаба.

Петата хипотеза, при която се допуска, че ще се наблюдават съществени различия между лицата с изразена тревожност и контролната група по отношение съществуването на взаимозависимости между самооценка, Базисна и социална себеефективност и копинг-стратегииите се потвърди. Установи се, че най-високите стойности на корелацията от петте копинг-стратегии с факторите, Позитивната самооценка и Другите оценки на Аза принадлежат на стратегиите Наказание и Тревога.

Шестата хипотеза беше частично потвърдена. Корелационният анализ потвърди хипотезата за съществуване на взаимозависимости между позитивните вярвания за Света, Другите и Аза и чувството за безпомощност при извадката от лица с тревожни разстройства и контролната група.

При първата извадка на лица с тревожни разстройства проведеният многофакторен регресионен анализ не потвърди **седмата хипотеза**, а именно, допускането, че дисфункционалните автоматични мисли, оценката на себеефикасността и копинг-стратегииите са предиктори на паническата и генерализирана тревожност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящият дисертационен труд имаше за цел да провери и анализира появата, връзките и зависимостите между негативни автоматични мисли, позитивните мисли като контравърдения на негативните, оценките за базисна и социална себеефикасност, както стиловете на контрол върху негативните мисли. Резултатите от проведеното теоретично и емпирично изследване сочат, че тревожните разстройства се срещат значително по- често при хората с история на негативни автоматични мисли, ниска самооценка, чувство за безпомощност, както и опитите на тревожната личност да ги замени с позитивни мисли и чувства на удоволствие и майсторство.

На базата на проведеното емпирично изследване се установи още, че най- често използваните стилове за контрол върху негативните мисли са Тревогата и Наказанието. От друга страна, за съжаление малкият брой на изследваните лица не позволява да бъдат направени съществени изводи по отношение на ефективността на използваните стратегии за справяне с негативните мисли, но получените резултати са насока за бъдеща психотерапевтична работа при лица с Генерализирана тревожност и Паническо разстройство.

Авторът на настоящият дисертационен труд се надява това да е една малка част от бъдещите изследвания в областта на дисфункционалните когнитивни схеми на тревожната личност и справянето ѝ с негативните мисли, които могат да представляват принос към изучаването на тази проблематика.

СПРАВКА ЗА НАУЧНИТЕ И НАУЧНО-ПРИЛОЖНИТЕ ПРИНОСИ

1. Представен е теоретико-емпиричен модел за дисфункционалните когнитивни схеми във връзката между негативните автоматични мисли, позитивните автоматични мисли за себе си, за другите и за бъдещето, ниската самооценка, себе-ефикасността на индивида, както и на копинг- стратегиите за контрол на нежеланите и негативни мисли.
2. Разработени, преведени и адаптирани са три въпросника: Въпросник за позитивни автоматични мисли на Rick Ingram и Kathleen Wisnicki, Скала за клинична тревожност на Bruce A. Thyer и Скала за оценка на себе- ефикасност на Mark Sherer, James E, Maddux, Blaise Mercandante, Steven Prentice- Dunn, Beth Jacobs и Ronald W. Rogers.
3. Изготвен е протокол за качествен анализ при тревожни разстройства, с интерпретация по тестовите методики за изграждане на Формулировка за взаимовръзката между когнитивните вярвания, себеефективността и копинг стила спрямо спецификата на тревожното разстройство
4. Практико-приложната значимост на резултатите от дисертационното изследване допринасят за по-добро разбиране на негативните мисли, мислите за удоволствие и майсторство, на копинг – стратегиите за контролиране на негативните мисли. Освен това, се посочват различни техники от когнитивно-поведенческата терапия за идентифициране и промяна на негативните мисли, взаимовръзките между позитивната самооценка и ниската самооценка, както и алтернативни начини за промяна на тези дисфункционални когнитивни схеми.

ПУБЛИКАЦИИ

1. Каменова, Ф. *Тревожност, негативни мисли и подходи за промяна*, Сборник по клинична и консултативна психология, изд. Стено, Варна, 2012

2. Каменова, Ф. *Начално проучване на дисфункционални вярвания, позитивна и ниска самооценка при лица с тревожни разстройства*, сп. Наука, бр. 2, издание на Съюза на учените в България, 2017

3. Каменова, Ф. *Личностова предиспозиция, автоматични мисли и копинг-стратегии при пациенти с тревожни разстройства*, сп. Когнитивно- поведенческа терапия, бр.1, 2017