

Софийски Университет „Св. Климент Охридски“

**Философски факултет,
катедра “Социална, организационна, клинична и
педагогическа психология”**

Джулия Архондис Камбуридис

СОЦИАЛНА КОГНИЦИЯ И АЛЕКСИТИМИЯ

ПРИ ТЕЖКИ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

АВТОРЕФЕРАТ

на

дисертация за присъждане

на образователна и научна степен „Доктор“

Научно направление:

3.2. Психология (Клинична психология)

Научен ръководител
проф. д-рсн Румяна Крумова-
Пешева

**София,
2024 г.**

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Социална, организационна, клинична и педагогическа психология“ при Философски факултет на СУ „Св. Климент Охридски“.

Дисертацията съдържа:

Обем: 206 стр., от които 166 са основен текст, таблици и графики, а останалите включват използваните литературни източници и приложения на използваните методики. Проведеното изследване е представено с 30 таблици и 22 фигури. Библиографията включва 340 източника, от които 8 български и 332 чуждестранни. По темата на дисертацията са направени 3 публикации в научни издания, 5 доклада и 2 постера в международни научни конференции.

Защитата на дисертационния труд ще се проведе на 31.05.2024 г. на открито заседание на избраното научно жури.

Съдържание

Въведение	4
Научна постановка на проблема	7
1.1. Общи понятия: тежки психични разстройства, шизофрения, социална когниция, алекситимия	7
1.2. Клинична картина на шизофрено разстройство	9
1.3. Социална когниция и шизофрения	10
1.4. Конструктът алекситимия.....	13
1.5. Връзка между социална когниция и алекситимия при шизофрения. Роля на емоционалната регулация.....	16
Организация на емпиричното изследване	19
1. Цели, задачи и хипотези	19
2. Изследвани лица	21
3. Включващи и изключващи критерии	21
4. Инструментарум	22
Резултати, дискусия и изводи от емпиричното изследване	24
1.1. Взаимовръзки между скалите за социална когниция, субективни емоционални преживявания и нивата на депресивност, тревожност и стрес.....	24
1.2. Анализ на различията в субективните емоционални преживявания и социалната когниция при пациенти с параноидна шизофрения и здрави контроли	26
1.3. Анализ на различията между нивата на алекситимия, негативните емоционални преживявания, стратегиите за емоционална регулация и удовлетвореността от живота	26
1.4. Взаимовръзки между социалната когниция, алекситимията и емоционалното потискане	27
1.5. Взаимовръзка между нивата на алекситимия, стратегиите за емоционална регулация и нивата на депресивност, тревожност и стрес	27
1.6. Влияния на изследваните феномени върху нивата на депресивност при пациентите..	28
1.7. Влияние на нивата на алекситимия върху стратегиите за емоционална регулация	29
1.8. Влияние на алекситимията върху социалната когниция при пациентите с параноидна шизофрения.....	30
1.9. Полови различия	30
1.10. Нагласи към здравните специалисти	31
Обобщение и дискусия	32

Увод

Тежките психични разстройства са свързани със значително страдание за пациентите, диагностицирани с тях. Хората с тежко психично разстройство имат между два и три пъти по-висока смъртност в сравнение с общата популация, което се равнява на от 10 до 20 години намалена очаквана продължителност на живота (World Health Organization, 2018, p.4). Шизофренното разстройство е едно от най-често диагностицираните тежки психични разстройства, като средно 24 милиона или 1 от 300 души (0.32%) страдат от заболяването (WHO). Шизофренията е психично разстройство, често свързано с висок дистрес и нарушение в социалния, личния, образователния, работния и други области от живота на пациента. Развитието на теориите относно етиологията на шизофренията има дълга история, като днес се приема, че то има хетерогенен характер и има различни фактори, които водят до уязвимост към заболяването и отключване на болестта. В МКБ 10 шизофренното разстройство, включва различни субтипове, като един от най-често диагностицираните е параноидната шизофрения, в която преобладават симптомите на параноя, налудности и халюцинации (WHO, 1992, p.5). В продължение на десетилетия дългосрочните последици от болестта и до каква степен е възможно да има ремисия са поставени като централен фокус в различните теории за обяснение на етиологията на шизофренията. В наши дни, въпреки развитието на невроизобразяващите технологии, подобряването на фармакотерапията и развитието на психосоциалната рехабилитация, шизофренното разстройство остава като заболяване с относително лоша прогноза. Във времето се развиват множество терапевтични интервенции с различна ефективност. Дълго време изследователите се фокусират върху неврокогнитивните дефицити, но през последните години се появяват нови области на изследване като нарушенията в социалната когниция и алекситимията, които се оказват по-добър прогностичен фактор за качеството на живот на пациентите, социалната им изолация и трудностите в междуличностовите отношения. Изследванията откриват, че нарушенията в социалната когниция корелират с по-високи нива на негативна симптоматика и по-ниско ниво на социално функциониране и са по-добър предиктор за качеството на живот на пациентите.

Социалната когниция се отнася до начина, по който обработваме като цяло информация за социалния свят. Редица изследвания откриват значителни нарушения в социалната когниция сред пациентите с шизофренно разстройство, изразяваща се в

дефицити в разпознаването и интерпретирането на чуждите емоционални състояния, както и нарушена теория на ума. Тези дефицити се проявяват не само по отношение разбирането на чужди емоционални преживявания, но и на своите. Терминът, който се прилага в клиничната практика за дефиниране на трудностите в разбирането на собствените емоционални преживявания е “алекситимия”. В буквален превод терминът означава “липса на думи за емоции” и през последните десетилетия много изследвания се фокусират върху изследването и оценката му в клинични и неклинични извадки. Има множество изследвания, които откриват връзки между нивата на алекситимия и други психични разстройства, като изследванията в клинични извадки с тежки психични нарушения са по-малко на брой.

Изследванията през последните години откриват връзка между алекситимичните черти, дефицитите в обработката на чуждите емоции и разбирането на психични състояния на другите, както при здрави контроли, така и при клинични популации (Di Tella et al., 2020). Но резултатите от изследванията са противоречиви, което означава, че вероятно връзката между симптомите на шизофренното разстройство, алекситимията и социалната когниция е комплексна и сложна. Наличието на ограничен брой изследвания и противоречивост на данните в световен мащаб поставят необходимостта от по-задълбочен теоретичен и емпиричен анализ на връзката между социалната когниция и алекситимията, както и афективната дисрегулация при пациенти с параноидна шизофрения. В този смисъл изследването на дефицитите в социалната когниция и в афективната сфера е особено актуално и ще даде възможности за усъвършенстване на психосоциалните интервенции и подобряване на общото качество на живот на пациентите. Темата е актуална, тъй като е свързана с централни трудности в едно от най-тежките психични заболявания, характеризиращо се с терапевтична резистентност, устойчивост на дефицитите и влошено качество на живот. Тези дефицити засягат пряко общото ниво на функциониране на пациентите, нагласите им към лечението и социалната им включеност в обществото. В българската литература до този момент темата не е широко засегната, като са изследвани само някои аспекти, но не и в цялост в единен труд. От практическа гледна точка данните могат да бъдат използвани при планирането на психосоциални интервенции за работа с пациенти с шизофренно разстройство, но и в здравата популация.

Поради тази причина настоящата дисертация си поставя за цел да изследва връзката между социалната когниция и алекситимията при параноидна шизофрения. Обект на настоящата дисертация са дефицитите в социалната когниция и алекситимията

при пациенти с параноидна шизофрения. Предмет на изследване е връзката между нарушената социална когниция, нивата на алекситимия и стратегиите за емоционално регулиране при терапевтично подобрени постпсихотични пациенти. В допълнение е изследвана нагласата към здравните специалисти и връзката с алекситимичните черти и маладаптивните стратегии за емоционална регулация. Поради наличието на множество изследвания, доказващи дефицитите в разбирането на базисни емоции при пациентите с параноидна шизофрения, в настоящото изследване прилагаме кръговия дименсионален подход за оценка на емоционалните преживявания, с цел проверка на надеждността му за прилагане като инструмент за изследване на позитивната и негативната симптоматика.

Структура и съдържание на дисертационния труд

Настоящият дисертационен труд е разделен на три основни глави. Първата глава включва теоретични подходи към проблематиката. Разгледани са основните понятия – шизофренно разстройство, социална когниция и алекситимия. В следващата част на главата са разгледани спецификите на шизофренното разстройство, клиничните прояви на болестта, ходът на заболяването и проблемът за инвалидизацията. След това са разгледани основните етиологични теории за обяснение на болестта, които са актуални и до днес. Разгледани са различни изследвания относно нарушенията в социалната когниция и шизофренното разстройство, невробиологични теории и афективната невронаука. Представени са някои методики за изследване на социалната когниция и основни теоретични модели на емоциите. Обсъден е дименсионалният модел на емоциите, който е приложен в настоящата дисертация. В следващата част на главата е обсъдено понятието алекситимия, основни теории и невропсихологичните основи на нарушението. Описани са основни инструменти за изследване на алекситимия и изследвания върху връзката между социална когниция и алекситимия при шизофренно разстройство. Обсъдени са нарушенията в емоционалната регулация при шизофрения и връзката с алекситимията.

Втората глава описва организацията на емпиричното изследване. Дефинирани са целите, задачите и хипотезите. Описана е извадката, включващи и изключващи критерии, инструментариума на изследването и процедурата.

Третата глава включва всички резултати от статистическите анализи, проведени за оценка на различието между социалната когниция, субективните емоционални преживявания, нивата на алекситимия, стратегиите за емоционално регулиране и

удовлетвореността от живота, както и корелационните анализи за взаимовръзка между конструктите. Анализирани са и психометричните характеристики на приложените методики. Резултатите са обобщени и дискутирани. Разработката приключва със заключение и приноси.

Научна постановка на проблема

1.1. Общи понятия: тежки психични разстройства, шизофрения, социална когниция, алекситимия

Основен белег на психичните разстройства е, че водят до нарушение в качеството на живот на човека, свързани са със значително страдание и пречат на адаптивното функциониране на личността. Използван е терминът “разстройство”, а не “болест” или “заболяване”, тъй като фокусът е насочен върху влиянието, което имат симптомите върху личността или по-конкретно, за да се постави диагноза “психично разстройство”, личността трябва да страда и да бъде засегната по някакъв начин. Към тежките психични разстройства се включват психични разстройства като умерено и тежко депресивно разстройство, шизофренно разстройство, биполарно афективно разстройство и други психотични разстройства. Според Световната здравна организация пациентите с тежко психично разстройство са с по-голям суициден риск, риск от злоупотреба и убийство, както и е по-вероятно да се ангажират с поведение, което да ги постави в риск. Счита се, че тази група хора е особено уязвима в страни, където има влошени социално-демографски условия, ограничени ресурси, липсва достъп до качествени услуги в областта на психичното здраве, както и има ограничена превенция и скрининг на психичните разстройства. Шизофренното разстройство е сред най-често диагностицираните в сферата на тежките психични разстройства, като то е свързано с висока степен на инвалидизация. Шизофренните разстройства “най-общо се характеризират с фундаментални и характерни отклонения в мисленето и възприятията, и с афект, който е несъответен, или неадекватен” (МКБ 10, стр.376). Според Международния класификатор на болестите шизофренното разстройство е включено в рубриката F20-29 “Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства”, като симптомите трябва да са налични минимум един месец и трябва да са налице някои от основните симптоми като персистиращи налудности, персестиращи халюцинации, мисловни разстройства, негативни симптоми и др. Една от областите, които бива значимо засегната при пациентите с шизофренно разстройство е областта на комуникацията с другите, която най-често е свързана с погрешно интерпретиране на социалната

информация, например значими дефицити във възприятието и разпознаването на емоции от лицеви експресии (Толев, 2016; Corcoran et al., 2015). Изследванията откриват специфични нарушения в областта на социалната когниция.

Социалната когниция е “начинът, по който интерпретираме, анализираме и помним информация за социалния свят” (Baron and Byrne, 1997). В тази дефиниция се съдържат няколко ключови понятия. На първо място, информация, която получаваме за другите, бива интерпретирана, тоест на информацията се придава определен смисъл на база опита и знанията ни, и социалния контекст. На второ място, информацията се анализира, което означава, че тя може да бъде променена, развита или отхвърлена. На трето място, информацията бива съхранена в паметта, откъдето може да се извлече при нужда. Като важно уточнение е, че под “социален свят” се има предвид не само другите, но и себе си (Pennington, 2012). Теорията и изследванията в областта на социалната когниция могат да включват както другите, така и субективния свят на личността, включително взаимодействието между личността и другите. Съществуват и други дефиниции за “социална когниция”, но общото между тях е дефинирането ѝ като съвкупност от ментални операции, които лежат в основата на социалното взаимодействие, включващи възприятието и интерпретацията на намеренията, нагласите и поведението на другите и генерирането на отговор спрямо поведението им към нас (Green et al., 2008). Пациентите с шизофрения демонстрират значими и персестиращи нарушения в различни области на социалната когниция, включващи афективното процесирание, социалното възприятие, атрибуциите и теорията на ума. Социалната когниция се свързва със способността да обработваме информацията за намеренията и емоционалните състояния на другите. Добрите умения, свързани със социалната когниция, позволяват на индивидите да конструират психични репрезентации на отношенията между себе си и другите и да могат гъвкаво да използват тези репрезентации, за да имат адекватно социално взаимодействие с тях (Di Tella et al., 2020). Тези умения включват едновременно капацитета да репрезентираме намеренията и вярванията на другите (теория на ума) и способността да споделяме и разпознаваме емоциите на другите (Di Tella et al., 2020). Следователно разбирането на другите е тясно свързано с обработката на емоциите, както и с разбирането на собствените емоционални състояния.

Терминът “алекситимия” произлиза от гръцки и в буквален превод означава “липса на думи за емоциите”. В психологията конструктът е свързан с трудности в идентификацията, описването и комуникацията на емоционалните състояния (Sifneos,

1973). Алекситимията е когнитивно-афективен дефицит, който се проявява като (1) затруднения в идентифицирането на собствените емоционални преживявания; (2) затруднения в описването и вербализирането на субективните емоционални преживявания; (3) затруднения в разграничаването между емоции и телесни усещания; (4) ограничена фантазия и (5) ориентирано навън мислене или тенденция към фокусиране върху външни, обективни факти и събития, а не върху вътрешните субективни преживявания (Nemiah, Freyberger, & Sifneos, 1976). Счита се, че едно от условията, което възпрепятства ефективното прилагане на стратегии за регулиране на емоционалните състояния поради неразбиране или неосъзнаване на емоциите, е именно наличието на високи нива на алекситимия (Gross and Jazaieri, 2014), като редица изследвания откриват тенденцията за наличие на такава емоционална характеристика при шизофренията (Cedro et al., 2001; Kubota et al., 2011).

1.2. Клинична картина на шизофречно разстройство

Според настоящите диагностични критерии, патогномоничните (характерните, специфичните) манифестации при шизофренията могат да бъдат групирани в три групи от симптоми: (1) позитивна симптоматика, която обхваща халюцинациите и налудностите; (2) негативната симптоматика, която включва изравнения афект, алогията, анхедонията и социалните дефицити и (3) когнитивни симптоми, които са свързани с нарушения във вниманието, паметта, възприятието и мисленето (Godar & Bortolato, 2014). Счита се, че шизофренията е хронично и тежко невроразвитийно нарушение, характеризиращо се със сложни и хетерогенни възприятийни, когнитивни и емоционални дефицити. За поставяне на диагноза е необходимо наличието на психотичен епизод, макар че заболяването се развива в определени етапи. От невроразвитийна гледна точка етиологичните и патогенни фактори присъстват далеч преди формалната изява на болестта (вероятно по време на вътреутробното развитие) и нарушават създаването на невронни връзки, което води до фини изменения в специфични неврони и мрежи, които са рискови и в крайна сметка могат да доведат до отключване на болестта (Lewis & Lieberman, 2000). Хроничният ход на заболяването е пряко свързано със степента на инвалидизация на пациентите. Качеството на живот може да се дефинира като общо усещане на човека за неговото благополучие и субективната удовлетвореност от условията на живот, както и здравния статус на индивида и достъпа му до ресурси (Katschnig, 1997). Като цяло факторите, които влияят на качеството на живот при тежките психични разстройства и в частност шизофренията не са ясно дефинирани. Изследванията откриват набор от фактори като социалната

подкрепа, нуждите на пациентите и страничните ефекти от лекарствата (Galuppi et al., 2010). Въпреки това основната част от изследванията са се фокусирали върху ролята на психиатричните симптоми, като някои изследвания откриват от слаба до средна връзка между тях (Sim et al., 2004). В изследване, проведено в шест европейски здравни центрове, се открива, че качеството на живот на пациентите се прогнозира главно от нивата на тревожност, депресия и общо функциониране (Becker et al, 2005).

1.3. Социална когниция и шизофрения

Националният американски институт по психично здраве създава изследователски екипи по когнитивна невронаука с цел развиване на терапевтични интервенции за подобряване на когницията сред пациенти с шизофрения, като се опитва да направи връзка между когнитивната и социалната невронаука (Carter & Barch, 2007). В областта на теорията за социално-емоционалното процесирание основна хипотеза е, че човешкото социално и емоционално поведение са силно свързани. Социално-когнитивната невронаука се фокусира върху това как човек си прави изводи за мислите и емоциите на другия, в резултат на интеракцията си с него. Афективната невронаука се интересува от емоционалните реакции на индивида, капацитетът за емоционална регулация и способността за идентифициране на емоционалните експресии.

С нарастване на броя на изследванията в областта, започват да се откриват различни специфични дефицити в социалната когниция при шизофрения. Клиничните резултати категорично показват, че пациентите с шизофрения имат нарушения в социалното взаимодействие, свързано с намаления им капацитет за ефективно общуване (Sperber & Wilson, 2002). Изследване, проведено от Ким и колеги, (Kim et al., 2020) си поставя за цел да сравни справянето с теста за разбиране на емоциите от очи при изследвани лица на една и съща възраст, разделени на такива с първи епизод на шизофрения, рискови за отключване на заболяването и здрави контроли и установява, че нарушенията в способността за разбиране на сложни (комплексни) емоции присъстват още при рисковата за отключване на шизофрения група.

Една от най-често прилаганите методики за изследване на социалната когниция, е разбирането на базовите емоции на лицеви експресии. Редица изследвания откриват дефицити в способността за разбиране на чужди емоционални състояния, както и на собствените емоции при шизофрения. Тези дефицити се появяват най-вече в негативната симптоматика като притъпен ефект, социална изолация, липса на интерес към света, липса на способност за изпитване и изразяване на удоволствие или анхедония и др. симптоми, които имат тенденция да се влошават с хода на заболяването. Ключов аспект

от социалната когниция е възприемането на емоциите. В своята дисертация доктор Тодор Толев (2016) открива дефицити в общото разпознаване на базови емоции от лицеви експресии при пациенти с шизофрения в сравнение със здрави контроли. Откриват се трудности и в разпознаването на неутрални изображения, като пациентите имат и по-дълго време за отговор в сравнение със здравите контроли. Доминираща парадигма в афективната невронаука дълго време е концепцията за базисните емоции, поради което повечето изследвания използват методики, които прилагат категориален подход на емоциите, разграничавайки ги качествено една от друга на дискретни и независими категории, като специфични мозъчни структури и невронални кръгове отговарят за различните емоционални състояния. Въпреки че този подход има множество предимства за разбиране на емоциите и има значим научен принос, в полето на клиничната психология и психиатрията не успява да обясни някои важни феномени (Posner et al., 2005). По-добър обяснителен подход се оказва дименсионалният модел на емоциите, според който емоциите споделят общи невронални кръгове. В допълнение на разграничението на различните видове емоции на съдържателно ниво, изследователите са съгласни, че емоциите може да бъдат разграничени като притежаващи поне две общи качества: валентност (хедонистична валентност в термините удоволствие-неудоволствие) и активация (араузъл). Макар че може да бъдат измерени обективно, валентността и активацията се считат за субективни оценки (Russell et al., 1989). Всички специфични емоции произлизат от патерни на активиране на двете дименсии, заедно с когнитивна интерпретация и вербално назоваване на тези физиологични преживявания. Така емоциите са продукт от сложното взаимодействие между когниции, произлизащи от структури на неокортекса и неврофизиологични промени на двете дименсии, които основно са свързани с подкорови структури като лимбичната система. Голям брой изследвания от афективната невронаука са установили ролята на мезолимбичната допаминова система за обработката на удоволствие и награда. Тази система има проекции от вентралната тегментална област към нуклеус акумбенс (“nucleus accumbens”), който има множество връзки с префронталния кортекс, амигдалата и хипокампа (Posner et al., 2005). Нарушенията в мезолимбичната система се свързват и с позитивните симптоми при шизофрения, което предполага, че съществуват дефицити в системите за валентност и активация при шизофренното разстройство. Откриват се също така връзки между позитивните и негативните емоции с асиметричност на активността във фронталния лоб и по-конкретно префронталния кортекс (Posner et al., 2005). Въпреки негативната симптоматика, която се проявява като притъпен афект и липса или

неадекватно изразяване на емоции при пациенти с шизофрения, при изследване на субективните преживявания на пациентите се оказва, че те съобщават за изпитването на интензивни емоции. Това предполага наличието на известно противоречие между слабото или почти липсващо изразяване на емоции и това, че шизофренно болните споделят, че изпитват еквивалентни или дори по-интензивни емоции в сравнение с общата популация (Berenbaum & Oltmanns, 1992; Kring & Earnst, 1999). Още Блойлер (1950) говори, че нарушенията в емоционалната сфера са ключова характеристика при шизофрения, което се потвърждава от множество клинични наблюдения в клиничната му практика. Въпреки това дълго време в психиатрията доминира Крепеленовият дихотомен модел, който отделя шизофренията като неафективно разстройство, а основна парадигма за шизофренията е тази за ендогенната психоза, която е основна и до днес. Докато според Блойлер мозъчният болестен процес, характерен при шизофренията, води до основните или първични дефицитни симптоми, но и косвено активира вторични психични защити, които са в основата на психотичните симптоми (Хараланов & Хараланова, 2022). Тоест според него водещи са дефицитните или негативни симптоми, които са резултат от болестния процес в мозъка, докато психотичната продукция или позитивната симптоматика е по-скоро защита на психиката, която се активира в хода на болестта. Това се подкрепя и от факта, че болестните симптоми при шизофрения присъстват още преди отключването на първия психотичен епизод, както и че психотичните позитивни симптоми не са задължителни или липсват при проста шизофрения. Редица съвременни емпирични изследвания потвърждават клиничните наблюдения за емоционалните нарушения сред пациентите. Те потвърждават наличието на малко или липсващи емоционални позитивни или негативни експресии в отговор на емоционални стимули в сравнение със здрави контроли (Earnst & Kring, 1999). Нарушенията в емоционалната сфера са пряко свързани с негативната симптоматика. В своето изследване Хараланов и Хараланова (2017) си поставят за цел да изследват афективността при параноидна шизофрения, като създават оригинални методики за изследване на афективната дисрегулация при хоспитализирани психотични пациенти и дават възможно обяснение за афективните механизми на параноидното психотично симптомообразуване. Те създават оригинална методика за изследване на субективните емоционални преживявания при възприемане на неутрални социални сцени. Резултатите показват, че пациентите имат значително по-високо субективно емоционално активиране в сравнение със здравите контроли, като в допълнение удоволственото, както и неудоволственото емоционално преживяване спрямо неутрални социални

стимули са значително по-интензивни при шизофренно болните. Тези резултати съвпадат с откритата в други изследвания емоционална амбивалентност при шизофрения (Cohen & Minor, 2010; Trémeau et al., 2016). Това може да се разгледа в контекста на развитието на заболяването, като е възможно в началото на болестта да има по-скоро хиперафективност, а намаляването на емоционалните преживявания да е свързано с хроничния стадий на болестта. Може да се обобщи, че пациентите с шизофрения имат дефицити в експресията на емоционални преживявания и разбирането на емоциите си, въпреки че обикновено изпитват същите, а понякога и по-високи по интензивност и валентност емоции. Едновременно с това те имат дефицити в разпознаването на чуждите емоционални състояния, което допринася за развитието на позитивните симптоми като параноидните мисли. Все още не е съвсем ясно връзката между намалената експресия на емоционалните състояния, запазеното или преувеличено вътрешно субективно преживяване на емоциите и нарушеното разбиране на чуждите емоции.

1.4. Конструктът алекситимия

Дефицитът в разбирането на собствените емоционални преживявания се дефинира с понятието алекситимия. Алекситимията, подобно на социалната когниция, се разглежда като мултидименсионален конструкт, който включва трудности в описването и идентифицирането на собствени емоционални преживявания, трудности в разграничаването на емоции и телесни усещания, предизвикани от емоционален аразуъл, ограничено фантазно мислене и външно-ориентиран стил на мислене (Sifneos, 1972). Първоначално концепцията за алекситимията възниква в психоаналитичната парадигма при наблюдение на пациенти с психосоматични заболявания. Още през 1948 година психиатърът от швейцарски произход Руш (Ruesch, 1948) наблюдава специфична характеристика сред своите пациенти, които имали различни психосоматични оплаквания, а именно липсата на въображение, както и проблеми със символичното изразяване на различни емоции. Постепенно алекситимията започва да се разглежда в различни извадки. Сифнеос и Немиа (Sifneos & Nemiah, 1970) предлагат дефицитарен модел за обяснение на алекситимията, според който алекситимията е следствие на недостатъчно психологическо развитие, което се трансформира в дисфункционална зряла личност, която има трудности с когнитивното интегриране на емоционалните преживявания и не може да регулира и модулира ефективно емоциите си. Френските психоаналитици Марти и де Узан (Marty & de M'Uzan, 1963) описват специфичен мисловен стил и липса на способност за фантазиране, като считат, че тези дефицити се дължат на дефицити в личностовата организация, а не на невротични защити. Те наричат

този специфичен когнитивен стил “операционално мислене” (Krystal, 2006).

Постепенно алекситимията излиза извън теорията за психосоматиката и започва да се изследва и сред общата популация, както и в различни клинични извадки. Установява се, че дефицитът също така е свързан с области като емоционална себегулация и самоосъзнаване (Taylor et al., 1999). На ниво поведение клинично високите нива на алекситимия се проявяват като избягване да се говори за собствените емоции, предпочитание да се обсъжда поведението и логиката на преживяванията на рационално ниво. Пациентите могат да се оплакват от телесни симптоми, но не могат да идентифицират, че са тревожни или потиснати. Също така често имат беден фантазен свят, може да имат симптоми, които нямат физиологично обяснение и имат проблеми в междуличностните си отношения (Taylor, 1984). Поради трудностите в разбирането на собствените емоционални състояния, се счита, че алекситимията е метакогнитивен дефицит (Dimaggio et al., 2009). Съвременните изследователи започват да се фокусират върху изследването на връзките между алекситимията, изразяваща се като стабилна личностова черта при някои пациенти, и различни медицински и психиатрични заболявания. Постепенно интересът към конструкта все повече нараства, като изследванията откриват връзка между алекситимията и различни разстройства като депресия, шизофрения, аутистичен спектър, злоупотреба с вещества, хранителни разстройства и хронична болка (Tella et al., 2020). В рамките на общата популация алекситимията присъства като континуум с различна степен на тежест. Изследванията откриват връзка между нивата на алекситимия и по-защитни и маладаптивни копинг стратегии, актинг аут и пасивно-агресивен стил на комуникация, дисоциация и по-ниско качество на живот (Teixeira et al., 2018). Днес доминира разбирането, че конструктът е комбинация от личностови и ситуационни характеристики и зависи от редица допълнителни фактори. Обикновено дефицитът в разбирането на собствените емоционални преживявания е свързан с по-висок психологичен дистрес, както и с развиване на “функционални” симптоми и по-високи нива на тревожност и депресия (De Beradis et al., 2017). Оказва се, че този дефицит е коморбиден с разнообразни психични разстройства. Типичните прояви, свързани с наличието на алекситимия при тези нарушения, са липсата на способност за интегриране на емоция и когниция и тенденция към импулсивно поведение ((De Beradis et al., 2017).

От психоаналитичната перспектива, която бива доминираща дълго време, през последните години, изследователите започват постепенно да разглеждат алекситимията като нарушение в обработването на емоционална информация, а не като защитен

механизъм. Това води до повишен интерес върху невробиологичната основа на дефицита. Невропсихолозите конструират своята работа върху социално-когнитивната теория. Въпреки че алекситимията се изразява в дефицити в разбирането на собствените емоционални преживявания, изследванията откриват едновременното ѝ съществуване заедно с дефицити в разбирането на чуждите емоции, способността за ментализиране и емпатия, което в комбинация води до проблеми в социалните взаимодействия (Wingbermhle et al., 2012). Изследването на психосоциалното функциониране при психиатрични пациенти с диагнози като шизофрено разстройство и аутистичен спектър показват близката връзка между концепцията за алекситимията и социално-когнитивните конструкти. Редица изследвания откриват по-високи нива на алекситимия сред пациентите с шизофрения (Cedro et al., 2001). Освен проблемите с разбирането на собствените емоционални преживявания, пациентите имат дефицити в емоционалното възприятие и разбирането на чуждата перспектива (Derntl et al., 2009). Изследванията подкрепят разбирането, че способността за разбиране на собствените емоционални преживявания модулира способността за емпатия, което предполага, че нарушенията, в която и да е от тези две области, може да споделят общи функционални корови дефицити (Bird et al., 2010). Бермонд (Bermond, 2004) изследва алекситимията от невропсихологична гледна точка и предлага разграничение на два основни субтипа на алекситимията, свързани с различни неврологични системи. Първият субтип е свързан с дисфункция в дясната хемисфера на мозъчната кора и се характеризира с липса на или нарушено емоционално преживяване, което се допълва с липса или нарушена когниция, свързана с емоцията. Това би се изразило с намален емоционален аразуъл. Вторият субтип се разбира като дисфункция в мазолестото тяло и е свързано със селективен дефицит в емоционалните когниции (т.е. в идентифицирането, анализирането и вербализирането на емоциите), но съхранено емоционално преживяване и нормален емоционален аразуъл. Според модела за нарушена връзка между хемисферите, емоционалната информация, която се обработва от дясната хемисфера, не може да бъде предадена на лявата и това води до емоционален аразуъл (активация), който не може да бъде регулиран от когнитивни стратегии. При първият субтип има нарушение в афективните и в когнитивните аспекти на емоционална регулация, а при вторият афективните преживявания не са нарушени, но когнитивната им регулация е. Разделянето на субтипове на алекситимията се оказва полезно при изследване на шизофрения, тъй като пациентите проявяват специфични когнитивни нарушения в емоционалната регулация на емоциите, като едновременно имат повишен емоционален

арауъл (втори субтип алекситимия) (Wingbermhle et al., 2012).

Най-широко прилаганият инструмент за изследване на алекситимия, особено в клинични извадки е Скалата за алекситимия от Торонто (TAS-20) (Bagby et al., 1994). Той е разработен като ревизирана версия на по-ранната 26-айтемна скала (Taylor, Ryan & Bagby, 1985). Валидността на TAS-20 е многократно изследвана, като конвергентните анализи откриват силна връзка между нея и други скали за оценка на алекситимия (Bagby et al., 1994a; Parker, Taylor & Bagby, 2003). Първоначално скалата е конструирана през 1986 година и по-късно е многократно ревизирана, включително адаптирана в различни държави. TAS е разработена, за да се справи с ограниченията на съществуващите до този момент инструменти.

1.5. Връзка между социална когниция и алекситимия при шизофрения. Роля на емоционалната регулация

Докато областите като теорията на ума и възприемането на чуждите емоции са широко изследвани, то други области получават по-малко внимание. Една такава област е как шизофренно болните преработват и регулират собствените си емоционални преживявания и как това влияе на социалното им функциониране. Едновременно с това афективната невронаука подчертава, че благополучното социално функциониране зависи от доброто емоционално осъзнаване и емоционална регулация (Kimhy et al., 2012). Според Грийн и Летман (Green & Letmann, 2008) това несъответствие между когнитивната и общата афективна невронаука създава пречка за развитието на изследванията в областта на социалната когниция. Емоциите имат важна роля за социалното функциониране, тъй като дават информация за значимостта на дадена социална ситуация, както и ръководят потенциална реакция към тези ситуации (Barrett et al., 2001). Тъй като различните емоции изискват прилагането на различни стратегии за справяне, липсата на осъзнаване и разбиране на емоционалните преживявания може да затрудни индивида да избере адекватна стратегия за справяне със ситуацията, в която се намира, което потенциално може да доведе до социална дисфункция (Barrett et al., 2001). Следователно успешната адаптация към непрекъснато променящите се социални ситуации произтича от познаването на собствените емоционални преживявания, което се свързва с термина “емоционална осъзнатост” (“emotion awareness”) (Kimhy et al., 2012), която е противоположен конструкт на неразбирането на емоционалните преживявания или алекситимията. Множество изследвания се опитват да придобият по-добро разбиране за наличието на алекситимия сред пациенти с шизофренно разстройство, като търсят връзката с различните болестни симптоми. Алекситимичните

прояви са близки до характерните симптоми на притъпен афект, анхедония (липса на удоволствие) и алогия (бедност на речта), които са негативни прояви на болестния процес на шизофренията. Изследвайки връзката между алекситимия и позитивната симптоматика, Кедро и колеги (Cedro et al., 2001) откриват, че алекситимията е по-често срещана сред пациенти с параноиден субтип шизофрения, отколкото сред здрави контроли. И други изследвания имат противоречиви резултати относно връзката между алекситимия и негативната и позитивна симптоматика. Изследване на Тодарело и колеги (Todarello et al., 2005) открива, че алекситимичните дефицити се запазват след намаляване на негативните симптоми в рамките на една година, като не откриват връзка между позитивните симптоми, общата психопатология и нивата на депресия с алекситимията, докато в изследване на Ван дер Меер (van der Meer et al., 2009) се открива връзка между нивата на алекситимия и депресията сред пациентите с шизофрения. Като цяло изследователите споделят виждането, че алекситимията е отделен конструкт, независим от негативната симптоматика (Todarello et al., 2005). Адекватното осмисляне на връзката между собствените емоционални преживявания и когнитивното осмисляне детерминира ефективността на емоционалната регулация като цяло (Gross, 2015). Метаанализ върху осем изследвания за връзката между шизофрения и алекситимия открива от среден до голям ефект (Hedges $g = -1.05$ (95% CI; -1.45 to -0.65), което потвърждава дефицитите в емоционалното осъзнаване при шизофрения (O'Driscoll et al., 2014). Някои автори предполагат, че нарушенията в себerefлексията, включващи осъзнаването на емоциите, както и когнитивните уклони конституират мрежа от различни, реципрочно свързани процеси (Dimaggio et al., 2009). Има доказателства, че алекситимията може да прогнозира нивото на психосоциално функциониране на пациентите (Kimhy et al., 2012), както и при хора, които са рискови за развитие на психоза (Kimhy et al., 2016). Повечето изследвания не откриват различия между нивата на алекситимия при психотични и непсихотични психични разстройства (Ospina et al., 2019; Karayağiz & Baştürk, 2016), но откриват по-високи нива на алекситимия при шизофрения, биполарно разстройство и други психични разстройства в сравнение със здрави контроли (Herold et al., 2017). Това предполага, че алекситимията може да е неспецифична характеристика на някои психични разстройства и по-конкретно при психиатрични разстройства, за които са присъщи дефицитите в когнитивната обработка и емоционалната регулация, както е при шизофренията и биполарното афективно разстройство. Също така изследванията откриват, че нивата на алекситимия остават стабилни дори при ремисия, както при афективни разстройства, така и при психозите

(Picardi et al., 2012), което предполага, че трудностите са по-скоро личностова черта, а не временно състояние, преминаващо след подобряването на симптомите.

Емоционалната регулация се счита за мултидименсионален конструкт, който има трансдиагностично значение при различните психични разстройства, като все още не е напълно изяснена посоката на връзката между психопатологията и емоционалната дисрегулация. Метаанализи откриват, че въпреки че пациентите не споделят за редукция на положителните преживявания или на активацията към емоционално значими удоволствени стимули, те споделят, че преживяват повече негативни емоции в отговор на неутрални и положителни стимули (Cohen & Minor, 2010). Водещи изследователи в тази област (Gratz & Roemer, 2004) дефинират емоционалната регулация като мултидименсионален конструкт, който включва 1) осъзнаване, разбиране и приемане на емоционалните преживявания; (2) способност за ангажиране в целево-ориентирано поведение и потискане на импулсивно поведение при преживяване на негативни емоции; (3) гъвкаво прилагане на ситуационно адекватни стратегии за модулиране на интензивността и/или посоката на емоционалния отговор; (4) желание за преживяване на негативни емоции и липса на избягването им с цел постигане на важна и желана цел. В рамките на този модел се счита, че дефицитът, в която и да е от четирите сфери, е налице емоционална дисрегулация или нарушение в емоционалната регулация. Според изследване на Щраус и колеги (Strauss et al., 2013) пациентите с шизофрения не успяват да приложат стратегията за когнитивна реоценка, когато са изложени на негативни стимули, което води до това, че по-често споделят, че преживяват негативни емоции. Изследванията откриват, че шизофрениците по-често прилагат стратегията емоционално потискане за регулиране на емоциите си и по-рядко когнитивната реоценка (van der Meer et al., 2009) Също така пациентите по-рядко се ангажират към поведения, търсещи удоволствие (Strauss et al., 2013). Редица изследвания откриват връзка между дефицитите в емоционалната регулация и високите нива на алекситимия (Aspinwall & Taylor, 1997; Connelly & Denney, 2007), но няма толкова много изследвания на тази връзка при пациенти с шизофрения. Изследователите считат, че невъзможността за идентифициране на емоцията, която шизофреничният пациент изпитва, може да доведе до нарушение в нейната реоценка.

Може да обобщим, че регулирането на емоциите изисква когнитивни ресурси, като има различни стратегии за емоционална регулация, които се описват като ефективни или неефективни, въпреки че тяхната ефективност зависи и от контекста, в който се прилагат. Откриват се връзки между способността за емоционална регулация и

алекситимията, тъй като осъзнаването на емоциите е необходима стъпка за прилагането на дадена стратегия, като влияе и на вида стратегия, която ще бъде използвана. Повечето изследвания откриват емоционална дисрегулация при шизофрения, макар че съществуват някои противоречиви данни. Откритите дефицити са в областта на регулацията на емоциите на невронално ниво и прилагането на неефективни стратегии за регулиране. Данните през последните години все повече засилват интереса и подкрепят по-скоро липсата на строго разграничение между афективните и неафективните психози, които споделят общи механизми. Трудностите в обработването на емоционалните преживявания е ключов компонент при шизофренното разстройство и има връзка с функционалните трудности, които пациентите изпитват (Kimhy et al., 2012). Натрупаните данни индикират, че трудностите в емоционалната осъзнатост присъстват още преди първия психотичен епизод, тъй като се откриват и сред хора с висок риск за отключване на психоза (Kimhy & Corcoran, 2008). Като цяло изследването на афективните дефицити може да подпомогне ранната диагностика и превантивно лечение на шизофренното разстройство преди появата на първичния психотичен епизод, който се разглежда от някои теоретици по-скоро като психична декомпенсация вследствие подлежащите мозъчни дефицити.

Организация на емпиричното изследване

1. Цели, задачи и хипотези

Целта на настоящата дисертация е теоретичното и емпирично изследване на взаимовръзките между разбирането на собствените и чуждите емоционални състояния от неутрални (амбивалентни) социални сцени и нивата на алекситимия при пациенти с параноидна шизофрения, като резултатите ще бъдат съпоставени със здрави контроли. В допълнение е изследвано връзката на проучваните феномени с нагласите към здравните специалисти.

За постигане на целта на проучването са поставени следните основни задачи:

1. Да се изследва дали методиката за изследване на социалната когниция с неутрални социални сцени може да бъде използвана като диагностичен инструмент с проективен характер за изследване на позитивната и негативната симптоматика при параноидна шизофрения

2. Да се провери факторната структура на въпросника за стратегии за емоционална регулация, който се прилага за първи път в български социокултурен контекст

3. Да се провери факторната структура и психометричните характеристики на скалата за алекситимия от Торонто. Да се изследват нарушенията в социалната когниция под формата на оценка на усещането за заплахата, удоволствие и неудоволствие при възприемането на неутрални социални сцени при пациенти с параноидна шизофрения в сравнение със здравите контроли

5. Да се изследват различията в нивата на алекситимия и стратегиите за емоционална регулация при пациенти с параноидна шизофрения и здрави контроли

6. Да се изследват различията в нивата на субективните емоционални преживявания, нивата на депресивност, тревожността и стреса и удовлетвореността от живота при пациенти с шизофрено разстройство в сравнение със здрави контроли

7. Да се изследват взаимовръзките между нарушената социална когниция, нивата на алекситимия, стратегиите за емоционално регулиране и нивата на удовлетвореност от живота при пациентите с параноидна шизофрения и здрави контроли

8. Да се проучат факторите, които може да бъдат предиктор на нарушената социална когниция при параноидна шизофрения

9. Да се проучат факторите, които са свързани с нагласите на пациентите с параноидна шизофрения към здравните специалисти

Основните хипотези на изследването са:

1) *Предполага се, че има значима връзка между нарушенията в оценката за чуждото неудоволствие и нивата на алекситимия, но няма значима връзка между оценката за чуждото усещане за заплахата в неутралните социални сцени и алекситимията при пациентите с параноидна шизофрения.*

В допълнение предполагаме, че пациентите с параноидна шизофрения ще оценяват по-високо степента на усещане за заплахата и неудоволствие в неутралните социални сцени, както и ще имат по-високи нива на алекситимия в сравнение със здравите контроли.

2) *Предполагаме, че пациентите с параноидна шизофрения ще имат по-високи стойности по прилагане на стратегията емоционално потискане и по-високи нива на негативни емоционални преживявания в сравнение със здравите контроли.*

В допълнение предполагаме, че ще има значима връзка между нивата на алекситимия, депресивност, тревожност, стрес, субективните емоционални

преживявания и емоционалното потискане при пациентите. Също така алекситимията ще прогнозира значимо стратегията емоционалното потискане.

3) *Предполага се, че високите нива на алекситимия и негативните емоционални преживявания ще са значими предиктори на нарушената социална когниция при оценка на неутрални (амбивалентни) социални сцени и на субективните емоционални преживявания.*

4) *Предполага се, че пациентите с параноидна шизофрения ще имат по-ниски нива на удовлетвореност от живота и по-негативни нагласи към здравните специалисти от здравите контроли*

5) *Предполага се, че ще има значими полови различия в нивата на алекситимия и емоционално потискане*

2. Извадка

Извадката изследвани лица за настоящото проучване е изследвана през периода 2021-2023 г. Събирането на данните е осъществено на два етапа. На първия етап е проведено пилотно изследване със 272 ИЛ (255 здрави контроли и 5 пациента). Пилотното изследване цели да провери психометричните характеристики на скалата за алекситимия от Торонто и скалата за изследване на емоционалната регулация. От ИЛ 247 са жени, а 25 мъже. Възрастта варира между 18 и 67 години. Средната възраст е 36 г. ($M=36,33$; $SD=10,13$).

Същинско изследване включва експериментална група от 49 пациенти, диагностицирани с тежко психично разстройство - Параноидна шизофрения F.20.0 и 51 здрави контроли. От пациентите 35 са провели стационарно лечение в Първа психиатрична клиника на МБАЛНП „Св. Наум“ и 14 пациенти в Център за психично здраве “Проф.Шипковенски”. От пациентите 34 са мъже, а 15 са жени. От здравите контроли 38 са жени, 13 са мъже. Възрастта на изследваните лица е между 20 и 65 години, средна възраст 38 г. ($X=38,19$; $SD=12,65$). Лицата от ЕГ са на възраст между 20 и 65 г., средна възраст – 44 г. ($X=44,1$; $SD=11,83$). Изследваните лица от КГ са на възраст между 20 и 58 г., средна възраст – 32 г. ($X=32,33$; $SD=10,58$).

3. Включващи и изключващи критерии

За да бъде включен пациентът в изследването трябваше да отговаря на следните критерии: да има поставена диагноза F.20 Параноидна шизофрения, въз основа на информация от наличната медицинска документация, аргументирано становище на лекуващия лекар и данни от полуструктурирано интервю – оценка за наличие на съответните диагностични критерии. Пациентите да не са в активна психоза, тъй като няма да имат капацитет за провеждане на изследването, но да имат остатъчни позитивни

симптоми. Подбрани бяха пациенти и здрави контроли на възраст между 18 и 65 години. Долната граница на възрастта е избрана спрямо възрастта за пълнолетие в България. Горната граница на възрастта е избрана поради започването на потенциални възрастови промени след 65 години (взели сме предвид пенсионната възраст в България). Пациентите трябва да подпишат информирано съгласие за участие – за да бъдат спазени изискванията на Хелзинкската конвенция за правата на човека. Наличие на клинично значими болестни симптоми (позитивни, негативни и на дезорганизация) към момента на изследване – отчетени като поне „леки“ според оценката на лекуващия психиатър. Нивото на интелект да е в норма. Като по отношение на здравите контроли - липса на настоящо или минало психиатрично (психотично) разстройство.

Исключващите критерии са: анамнеза за предходни травми на главата и/или за инфекциозни заболявания, засягащи мозъчните структури на ИЛ; анамнеза за дегенеративни мозъчни и/или вестибуларни заболявания.; данни за актуална злоупотреба с психоактивни вещества и/или зависимост към ПАВ.; фамилна обремененост с психични заболявания (за групата на здравите контроли) или отказ от подписване на „Информирано съгласие за участие“ от пациентите или здравите контроли.

4. Инструментарии

За изследване на социалната когниция е използвана разработената оригинална методика на Хараланова и Хараланов (2016), съдържаща 8 компютъризирани теста за изследване на афективни преживявания. Стимулният материал е предоставен с любезното съдействие на проф. Хараланов. Стимулите са цветни картинки, показани на компютър и изобразяват неафективни неутрални сцени. Сцените включват хора, които извършват различни ежедневни дейности като хранене, работа и спорт. Подбрани са от Международната система за афективни картини (IAPS), която е широко използвана за изследване на афективната дисрегулация при психиатрични пациенти (Jayaro et al., 2008) и Мюнхенската система за афективни картини (MAPS), разработена с участието на Хараланова и Хараланов. Прилага се дименсионалният подход с двете основни дименсии: емоционално активиране (ЕА) и емоционална валентност (ЕВ) от кръговия дименсионален модел на субективната афективност. В настоящата дисертация е включена само емоционалната валентност, като ИЛ оценяват степен на удоволствие и неудоволствие на неутралните социални сцени. Скалите за оценка на сцените са създадени по аналогия с известния инструмент за измерване на емоционални преживявания: Self-Assessment Manikin (Хараланова & Хараланов, 2016) от 1 до 9. Като

1 е ниска степен, а 9 е висока степен. Скалите, разработени от проф. Хараланов, се гледат като униполярни и всяка се оценява поотделно. Поради характера на изследваните лица – пациенти с параноидна шизофрения, беше добавена и скала *Усещане за заплаха*. В допълнение преди всеки тест, изследваното лице се моли да оцени актуалното си емоционално състояние по същите дименсии.

За изследване на нивата на алекситимия е използван най-широко прилаганият инструмент за изследване на клинични извадки - българската версия на скалата за алекситимия от Торонто (TAS – 20: Toronto Alexithymia Scale-20). Оригиналната скала демонстрира трифакторна структура – Трудности в идентифицирането на чувства; Трудности в описването на чувства и Външно ориентирано мислене, които заедно дефинират теоретично конструкта алекситимия (Bagby et al., 1994). TAS-20 демонстрира добра конвергентна и дискриминантна валидност в различни извадки, включва 20 айтема, които се оценяват по 5-степенна Ликертова скала. За целите на изследването е използвана версията на Попов и колеги (2016), които предлагат двуфакторна структура на скалата. В настоящото изследване след проведени експлораторни факторни анализи по метода факторинг на главните оси с варимакс ротация потвърдихме двуфакторната структура, като по-подходяща за обяснение на данните. От първоначалния факторен анализ бяха избрани айтеми с тегло над 0,3 за формирането на субскали. Нямаше айтем с по-ниско тегло. В двуфакторното решение коефициентът на обяснена е 42,81%, първи фактор обяснява 30,82% от вариацията, а втори фактор обяснява 11,99%. Двата фактора, които бяха идентифицирани са: *Трудности при идентифициране или описване на емоциите* и *Ориентирано навън мислене*. Коефициентът на надеждност на първи фактор е висока ($\alpha=0,884$), а корелацията на всеки айтем с цялата скала варира от $R=0,577$ до $R=0,242$. Коефициентът на надеждност на втори фактор е приемлива ($\alpha=0,751$), а корелацията на всеки айтем с цялата скала варира от $R=0,427$ до $R=0,043$. При премахване на айтеми и от двата фактора, надеждността спада. Затова бяха включени всички 20 твърдения. Включена е и скала общи нива на алекситимия, която включва всички айтеми. Надеждността на скалата е висока ($\alpha=0,869$).

Скала за изследване на емоционалната регулация - (ERQ, Emotion regulation questionnaire (Gross & John, 2003). За целите на изследването е направен прав и обратен превод, както и отделно изследване на психометричните характеристики. Включва 10 айтема Скалата за оценка е 7-степенна Ликертова скала. В настоящото изследване след проведени експлораторни факторни анализи по метода факторинг на главните оси с варимакс ротация потвърдихме двуфакторната структура на оригиналната методика. На

базата на собствените стойности (>1) са извлечени два фактора, което съответства на оригиналната методика. Двата фактора обясняват 58,37% от общата вариация, което показва добра структурна валидност. Първият фактор обяснява по-голям процент вариация 37,42%, а другият – съответно 20,95% от общата вариация. Коефициентът на надеждност на първи фактор е много висок ($\alpha=0,872$), а корелацията на всеки айтем с цялата скала варира от $R=0,74$ до $R=0,47$. Въз основа на съдържанието на отделните твърдения този фактор беше наречен *Когнитивна реоценка*. Коефициентът на надеждност на втори фактор е приемлива ($\alpha=0,73$), като корелацията на всеки айтем с цялата скала варира от $R=0,361$ до $R=0,275$. Този фактор беше наречен *Емоционално потискане*.

Скала за негативни емоционални състояния, свързани с депресивните симптоми, тревожността и стреса (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995). Скалата е адаптирана и стандартизирана за български социокултурен контекст (Ivanova, Mitev & Karabeliova, 2016). Състои се от три скали, всяка от които съдържа 7 твърдения, свързани със симптоматиката на съответното състояние. Скалата за оценка е 4-степенна Ликертова скала.

Скала за удовлетвореност от живота (SWLS) на У. Павот и Е. Динър (Pavot & Diener, 1993). Измерва аспекта удовлетвореност от живота на субективното благополучие. Тя е съставена от пет айтема, отразяващи удовлетвореността от начина, по който човек живее живота си, и от това, какъв е. Скалата е адаптирана и стандартизирана за български социокултурен контекст и демонстрира добри психометрични характеристики (Иванова, 2013). Скалата за оценка е 5-степенна Ликертова скала.

В допълнение за изследване на нагласите към здравните специалисти бяха конструирани въпроси, оценяващи нагласите на изследваните лица към психолога и психиатъра, както и ефективността на медикаментозното лечение.

Резултати, дискусия и изводи от емпиричното изследване

1.1. Взаимовръзки между скалите за социална когниция, субективни емоционални преживявания и нивата на депресивност, тревожност и стрес

За да се провери надеждността на методиката на неутралните социални сцени бяха изследвани корелациите между скалите при пациентите и здравите контроли. При пациентите беше установена значителна отрицателна корелация между субективно неудоволствие и субективното удоволствие ($r = -0,5$, $p < 0.01$) и слаба положителна корелация между субективно неудоволствие и субективно усещане за заплаха ($r = 0,28$, $p < 0.01$), което е в съответствие с дименсионалния модел на емоциите. При здравите контроли беше установена умерена отрицателна корелация между субективното удоволствие и субективното неудоволствие ($r = -0,36$, $p < 0.05$) и липса на корелация между субективно усещане за заплаха и неудоволствие, което се обяснява със спецификите на здравите контроли, които нямат усещане за заплаха. Бяха открити и положителна умерена корелация между субективното усещане за заплаха и усещането за заплаха в неутралните социални сцени при пациентите с параноидна шизофрения ($r = 0,5$, $p < 0.01$), но не и при здравите контроли, както и положителна умерена корелация между субективното усещане за неудоволствие и оценката на степента на неудоволствие на неутралните социални сцени при пациентите с параноидна шизофрения ($r = 0,48$, $p < 0.05$) (виж табл.1).

Таблица 1. Взаимовръзка между субективните емоционални преживявания и оценките на неутралните социални сцени при пациенти с параноидна шизофрения

	Усещане за заплаха неутрални социални сцени	Неудоволствие в неутрални социални сцени	Удоволствие в неутрални социални сцени
Субективно усещане за заплаха	0,45**	0,3*	0,16
Субективно усещане за неудоволствие	0,05	0,48*	-0,12
Субективно усещане за удоволствие	0,1	0,09	0,38*

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

В допълнение, за да се провери надеждността на методиката в допълнение беше проведен корелационен анализ за цялата извадка на взаимовръзките между субективните емоционални преживявания и неутралните социални сцени със скалата за негативни емоционални преживявания (DASS). Беше открита значима негативна умерена корелация между субективното удоволствие и нивата на депресивност ($r = -0,39$, $p < 0.01$); позитивна

умерена корелация между субективното неудоволствие и нивата на депресивност ($r=0,31$, $p<0.01$); нивата на стрес ($r=0,29$, $p<0.01$) и нивата на тревожност ($r=0,29$, $p<0.01$). Значима положителна умерена корелация между субективното усещане за заплахата с нивата на депресивност ($r=0,38$, $p<0.01$), с нивата на стрес ($r=0,35$, $p<0.01$) и с нивата на тревожност ($r=0,33$, $p<0.01$). Подобни корелации бяха открити и между оценката на неутралните социални сцени и нивата на депресивност и стрес (виж табл.2).

Таблица 2. Взаимовръзки между субективните скали, оценката на неутралните сцени и нивата на депресивност, тревожност и стрес

	Нива на депресивност	Нива на стрес	Нива на тревожност
Субективно удоволствие	-0.39**	-0.17	-0.13
Субективно неудоволствие	0.31**	0.29**	0.29**
Субективно усещане за заплахата	0.38**	0.35**	0.33**
Удоволствие в неутрални социални сцени	-0.27*	-0.007	-0.13
Неудоволствие в неутрално социални сцени	0.24*	0.23*	0,14

** $p<0.01$; * $p<0.05$

1.2. Анализ на различията в субективните емоционални преживявания и социалната когниция при пациенти с параноидна шизофрения и здрави контроли

За изследване на различията бяха проведени Т-тестове за независими извадки между пациентите и здравите контроли. Не бяха установени значими различия по скалите за субективно неудоволствие и удоволствие. Бяха установени различия по усещането за заплахата, като пациентите преживяват по-интензивно усещане за заплахата ($X=2,64$) спрямо здравите контроли ($X=1,51$), $t(98) = 2,78$, $p<0,01$). Освен това пациентите дават по-високи оценки за усещането на заплахата на неутралните сцени ($X=3,52$), отколкото здравите контроли ($X=2,71$), $t(98) = 3,705$, $p<0,01$, но не при оценка на удоволствието и неудоволствието в неутралните социални сцени.

1.3. Анализ на различията между нивата на алекситимия, негативните емоционални преживявания, стратегиите за емоционална регулация и удовлетвореността от живота

Пациентите имат по-високи нива на трудности при идентифициране или описване на емоциите ($X=2,46$) в сравнение със здравите контроли ($X=2,9$), $t_{(98)} = 2,734$, $p < 0,01$; по-високи нива на ориентирано навън мислене ($X=2,79$) от здравите контроли ($X=2,3$), ($X=2,71$), $t_{(98)} = 3,652$, $p < 0,001$ и по-високи нива на обща алекситимия ($X=2,85$) от здравите контроли ($X=2,39$), ($X=2,71$), $t_{(98)} = 3,568$, $p < 0,01$. Пациентите също така имат по-високи нива на прилагане на стратегията емоционално потискане ($X=4,49$) в сравнение със здравите контроли ($X=3,69$), ($X=2,71$), $t_{(93)} = 3,423$, $p < 0,01$ и по-високи нива на депресивност ($X=1,04$) от здравите контроли ($X=0,68$), $t_{(98)} = -3,505$, $p < 0,05$. Не се откриват статистически значими различия в нивата на тревожност и стрес. Установяват се статистически значими различия по отношение на удовлетвореността от живота. Пациентите имат по-ниски нива на удовлетвореност от живота ($X=2,94$) от здравите контроли ($X=3,56$), ($X=2,71$), $t_{(98)} = -3,505$, $p < 0,01$.

1.4. Взаимовръзки между социалната когниция, алекситимията и емоционалното потискане

Не беше открита значими корелации между оценките за усещане за заплаха на социалните неутрални сцени и нивата на алекситимия. Беше открита статистически значима положителна слаба корелация между трудностите в идентифицирането и описването на емоциите и оценката за неудоволствие на хората в неутралните социални сцени при пациентите ($r=0,22$, $p < 0,05$). При здравите контроли не се откриват статистически значими корелации. Беше открита статистически значима положителна умерена корелация между оценката за заплаха на неутралните социални сцени и стратегията емоционално потискане ($r=0,3$, $p < 0,01$), както и положителна слаба корелация между оценката за неудоволствие на неутралните социални сцени и стратегията емоционално потискане ($r=0,2$, $p < 0,05$) при пациентите, но не и при здравите контроли (виж табл.3).

Таблица 3. Взаимовръзки между социалната когниция, алекситимията и емоционалното потискане в експерименталната група (ЕГ)

	Трудности в идентифицирането и описването на емоциите	Емоционално потискане
Оценка на неудоволствието в неутралните социални сцени	0,22*	0,2*
Оценка на степента на заплахата в неутралните социални сцени	0,13	0,3**

1.5. Взаимовръзка между нивата на алекситимия, стратегиите за емоционална регулация и нивата на депресивност, тревожност и стрес

Проведения корелационен анализ на Пиърсън откри положителна значителна корелация между депресивността и трудности при идентифициране и описване на емоциите ($r=0,5, p<0.01$); положителна умерена корелация между депресивността и общите нива на алекситимия ($r=0,44, p<0.01$); умерена корелация между тревожността и трудности при идентифициране и описване на емоциите ($r=0,32, p<0.05$); умерена корелация между стреса и трудности при идентифициране и описване на емоциите ($r=0,35, p<0.05$); значителна корелация между емоционалното потискане и трудности при идентифициране и описване на емоциите ($r=0,6, p<0.01$); умерена корелация между емоционалното потискане и ориентираното навън мислене ($r=0,37, p<0.05$) и положителна значителна корелация между емоционалното потискане и общите нива на алекситимия ($r=0,6, p<0.01$) (виж табл.4).

Таблица 4. Взаимовръзки между алекситимията, негативните емоционални преживявания и стратегиите за емоционална регулация

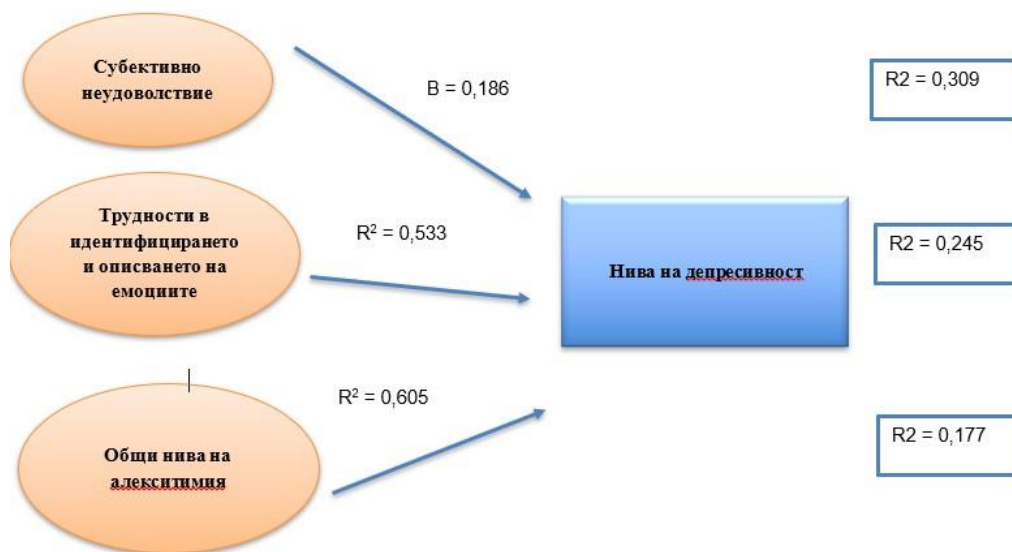
	Трудности при идентифициране или описване на емоциите	Ориентирано навън мислене	Общи нива на <u>алекситимия</u>
<u>Депресивност</u>	0,5**	0,1	0,44**
Тревожност	0,32*	-0,09	0,2
Стрес	0,35*	-0,06	0,25
Когнитивна <u>реоценка</u>	0,12	-0,16	0,04
Емоционално потискане	0,6**	0,37*	0,6**

** p<0.01; * p<0.05

1.6. Влияния на изследваните феномени върху нивата на депресивност при пациентите

Беше проведен стъпков регресионен анализ, който установи, че субективното неудоволствие, трудностите в идентифицирането и описването на емоциите и общите нива на алекситимия обясняват 45% от общата вариация на депресивността.

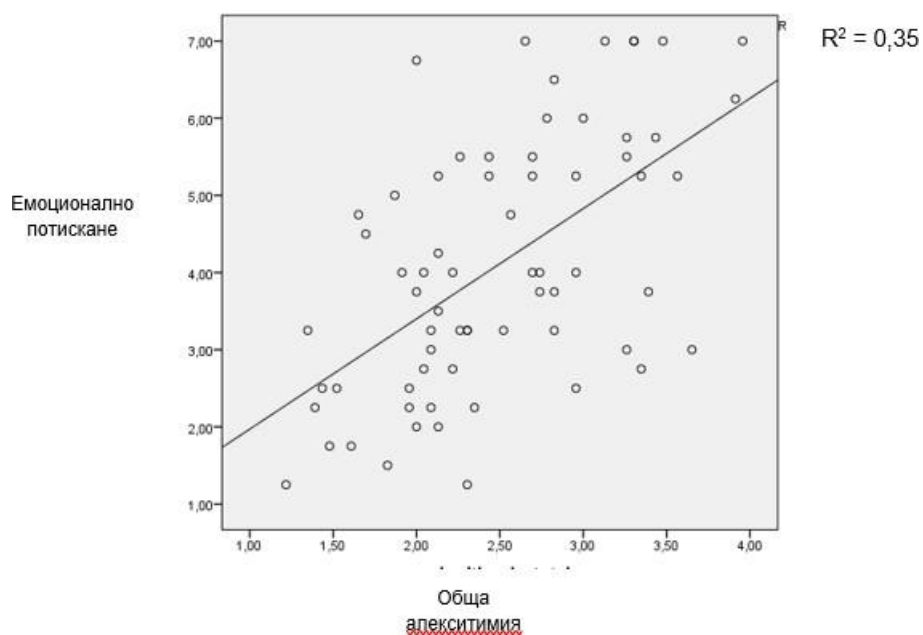
Субективното неудоволствие прогнозира 31% от вариацията ($F_{1,36} = 17,91, p < .001, R^2 = 0.31$). Трудностите в идентифицирането и описването на емоциите добавя 8% прогностична сила ($F_{2,35} = 13,10, p < .001, R^2 = 0.35$). Общите нива на алекситимия добавят още 6% прогностична сила ($F_{3,34} = 10,91, p < .001, R^2 = 0.35$) (виж фигура 1).



Фигура 1. Ефекти на субективното неудоволствие и нивата на алекситимия върху депресивността (паценти)

1.7. Влияние на нивата на алекситимия върху стратегиите за емоционална регулация

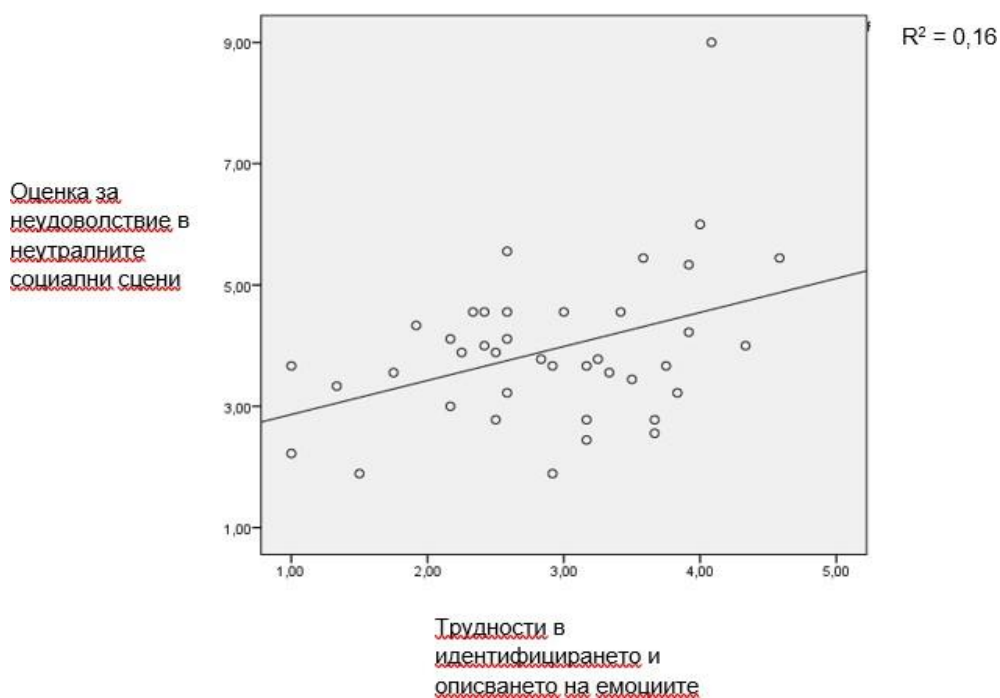
Проведена е линейна регресия. Установява се, че общите нива на алекситимия обясняват 35% от вариацията на стратегията емоционално потискане за цялата извадка ($F_{2,35} = 6,08$, $p < .001$, $R^2 = 0.35$). От корелограмата (фиг.2) може да заключим, че линейният регресионен модел е адекватен за обяснение на връзката между общите нива на алекситимия и емоционалното потискане.



Фигура 2. Корелограма - емоционално потискане и обща алекситимия (паценти)

1.8. Влияние на алекситимията върху социалната когниция при пациентите с параноидна шизофрения

Беше проведена множествена линейна регресия. Установено беше, че комбинацията от трудностите в разбирането и описването на емоциите, субективното неудоволствие и субективното усещане за заплаха при пациентите с параноидна шизофрения прогнозира едва 16% от измененията в оценките на пациентите за степента на изпитвано неудоволствие на лицето или хората в неутралната социална сцена ($F_{3,36} = 3,53, p < .05, R^2 = 0.16$). Трудностите в идентифицирането и описването на емоциите обясняват най-голям дял - 13% ($F_{1,38} = 6,82, p < .05, R^2 = 0.13$). Субективното неудоволствие не прогнозира значимо. А субективното усещане за заплаха прогнозира 7.6% от вариацията ($F_{3,36} = 4,2, p < .05, R^2 = 0.076$). Корелограмата на нивата на алекситимия с оценката за неудоволствие в социалните сцени показва, че има положителна връзка и линейният регресионен модел е адекватен (виж фиг.3).



Фигура 3. Корелограма – алекситимия и социална когниция (пациенти)

1.9. Полови различия

Според направения Т-тест по отношение на пола се установяват статистически значими различия. Мъжете имат по-високи стойности по скалата затруднения при идентифицирането или описването на емоциите и усещанията ($X=2,99$), отколкото жените ($X=2,39$), $t_{(98)} = 3,88, p < 0,001$. Мъжете имат по-високи стойности по скалата ориентирано навън мислене ($X=2,84$) спрямо жените ($X=2,29$), $t_{(98)} = 4,29, p < 0,001$.

Мъжете имат по-високи стойности по скалата за общи нива на алекситимия ($X=2,93$), отколкото жените ($X=2,35$), $t_{(98)} = 4,73$, $p < 0,001$ и по-високи стойности по скалата емоционално потискане ($X=4,91$) от жените ($X=3,61$), $t_{(98)} = 4,15$, $p < 0,001$. Жените имат по-високи стойности по скалата за субективно благополучие ($X=3,55$), отколкото мъжете ($X=2,91$), $t_{(98)} = -3,68$, $p < 0,001$.

1.10. Нагласи към здравните специалисти

Данните показват, че малък процент от изследваните пациенти (13%) посещават психолог редовно, както и че голяма част от тях не правят разграничение между психолог и психиатър. Докато при здравите контроли, много по-голям процент (49%) от лицата посещават психолог редовно. Въпреки това голям процент от пациентите (23% много важно и 45% средно важно) мислят, че е важно да посещават психолог при нужда, макар че отново има значителна разлика в процентите в полза на здравите контроли, сред които почти 80% считат, че е много важно да посещават психолог. От пациентите голям процент (17%) считат, че работата с психолог не им е помогнала изобщо, докато при здравите контроли значителен процент (69%) оценяват, че психологическата работа им е помогнала. По отношение нагласите към психиатъра, по-голямата част от пациентите (близо 70%) считат, че лекарствата са им помогнали и че работата с психиатър е много важна. Открити бяха негативни корелация между високите нива на алекситимия, емоционалното потискане и оценката на важността на посещение на психолог и полезността на психологическата работа, което потвърждава резултатите от изследванията за терапевтичната резистентност на алекситимичните пациенти. Положителната връзка между удовлетвореността от живота и оценката за важност за посещение на психолог и ефективността на лекарствената терапия, показва, че комбинацията между фармакотерапия и психологическа работа може да се свързва с по-висока обща удовлетвореност от живота. Интересен резултат е откритата положителна връзка между нивата на алекситимия и субективната оценка на лекарствената терапия, което означава, че пациентите с по-високи нива на алекситимия, оценяват с по-висока оценка положителния ефект на медикаментите. Това може да бъде теоретично обяснено с факта, че фармакотерапията е насочена към намаляване на позитивната симптоматика, но няма ефект върху негативната, но е необходимо в бъдеще да направят по-задълбочени проучвания. Както и с факта, че хората с по-високи нива на алекситимия са склонни да се лекуват с бързо даващи ефект методи, отколкото да влягат в дългосрочна работа със себе си.

Обобщение и дискусия

След направения анализ на използваните методики, установихме, че *Скалата за алекситимия от Торонто (TAS-20)* и *Скалата за стратегии за емоционална регулация (ERQ)* имат добри психометрични характеристики. При анализа на TAS-20 се избра двуфакторното решение, като по-добре обясняващо данни от настоящата извадка, което съвпада с изследването на Попов и колеги (2016). Въпреки това факторният анализ, който направихме, идентифицира четири фактора, като в първите два фактора имаше айтеми, които теоретично принадлежат на друг фактор, а третият фактор - *Ориентирано навън мислене* се раздели на два фактора и имаше по-ниска надеждност. Въпреки широкото му използване, TAS-20 е критикуван заради вътрешната си структура, надеждност и валидност (Schroeders et al. 2022), оригиналната факторна структура не се възпроизвежда във всички извадки (Бозгунов, 2017). Необходими са още проучвания на психометричните характеристики на скалата за алекситимия от Торонто, като в бъдещи проучвания е препоръчително да се включват повече изследвани лица, както здрави контроли, така и клинични извадки. Както е необходима и стандартизация на още инструменти, измерващи нивата на алекситимия за изследването на валидността на въпросника. При изследването на скалата за стратегии за емоционално регулиране беше потвърдена оригиналната двуфакторна структура на въпросника с двата типа стратегии (Gross & John, 2003). Въпросникът демонстрира добра вътрешна консистентност и надеждност, което позволява високата приложимост на инструмента в български социокултурен контекст, въпреки това са необходими още изследвания за неговото стандартизиране.

По отношение на откритите взаимовръзки между скалите за субективна емоционална валентност (удоволствие-неудоволствие) и субективно усещане за заплаха, очаквано резултатите показват значителна отрицателна корелация между скалата за субективно удоволствие и субективно неудоволствие и умерена при здравите контроли, което е в съзвучие с дименсионалния подход за емоционална валентност: удоволствие – неудоволствие. При пациентите с параноидна шизофрения субективните нива на неудоволствие корелират положително със субективното усещане за заплаха, което предполага, че състоянието на параноя се преживява мъчително от пациентите и е свързано с негативна емоционална валентност, което е очаквано на теоретично ниво – заплахата е негативна по валентност емоция. При прилагането на скалата за негативни емоционални преживявания (DASS), откритите негативни корелации между

субективното удоволствие, удоволствието в неутралните социални сцени и нивата на депресивност подсказват, че ако човек изпитва положителни субективни преживявания е по-вероятно да оцени позитивно неутрални стимули. Докато положителните корелации между субективно неудоволствие и неудоволствието в социалните неутрални сцени с нивата на депресивност, тревожност и стрес подсказва, че когато човек е потиснат или има по-високи нива на стрес е по-вероятно да интерпретира по негативен начин неутрални стимули и да счита и че хората от стимулите ще изпитват същото. Липсата на връзка между оценката за усещането на заплахата в неутралните социални сцени и нивата на депресивност, тревожност и стрес теоретично отговаря на теоретичния модел на параноията, като се предполага, че усещането за заплахата, проявено под формата на параноидни налудности при параноидната шизофрения е позитивен симптом, който има различни биологични механизми от негативните симптоми. Като цяло методиката може да бъде прилагана, като тя има особена диагностична стойност в клинична извадка. За по-голяма надеждност обаче е препоръчително да се комбинира с други методики и диагностични инструменти.

Първата ни хипотеза беше потвърдена – откри се значима връзка между нарушенията в оценката за чуждото неудоволствие и нивата на алекситимия и липса на значима връзка между оценката за чуждото усещане за заплахата в неутралните социални сцени и алекситимията при пациентите с параноидна шизофрения. Потвърди се и допускането, че пациентите с параноидна шизофрения ще оценяват по-високо степента на усещане за заплахата и неудоволствие в неутралните социални сцени, както и ще имат по-високи нива на алекситимия в сравнение със здравите контроли. Тези резултати съвпадат с данните от изследването на Хараланова и Хараланов (2017), както и с клиничната проява на болестта, при която пациентите се преживяват като застрашени от околните и възприемат неутрални лица като заплашителни, което вероятно е свързано със субективното по-високо преживяване на заплахата. Следователно нарушенията в социалната когниция за оценка на застрашеността в дадена социална ситуация са свързани с позитивната симптоматика и параноията, характерна за параноидната шизофрения. Пациентите, които имат по-високо субективно усещане за заплахата, оценяват по-високо степента на усещане за заплахата на другите в неутралните сцени. Ключовата роля на неутралното съдържание (амбивалентност) на използваните в изследването социални сцени е в съответствие с данните от други изследвания за абнормното придаване на емоционална значимост на афективно неутрални стимули при активно психотични и продромални пациенти (Хараланова & Хараланов, 2016; Cohen &

Minor, 2010). Това обяснява защо пациентите погрешно интерпретират за заплашителни социалните стимули, вследствие на афективната продукция. Липсата на връзка може да се обясни с това, че въпреки че има връзка между позитивните и негативните симптоми, продукцията на усещането за застрашеност при параноидна шизофрения върху другите няма отношение с дефицитите в емоционалното процесирание и алекситимията. На биологично ниво то е свързано с хипердопаминергията в мезолимбичната система и се изразява клинично в емоционално свръхактивиране при параноидната шизофрения, т.е. е самостоятелен конструкт. Освен това параноията като симптом и налудност намалява или не присъства по време на ремисия след излизане от психотичния епизод, под въздействието на фармакотерапията, тоест може да се гледа като състояние, докато теоретично и на база резултатите от редица изследвания, нивата на алекситимия са устойчив дефицит и се разглеждат по-скоро като черта, както и присъстват и при пациенти, които са рискови за развитие на психоза.

Резултатите, че има статистически значима положителна слаба корелация между трудностите в идентифицирането и описването на емоциите и оценката за неудоволствие на хората в неутралните социални сцени при пациентите, но не и при здравите контроли, е в съответствие с резултати от други изследвания (Di Tella et al., 2018; Grynberg et al., 2012). Но трябва да се има предвид, че те прилагат различна методика за изследване на социалната когниция, докато няма други изследвания, които прилагат методиката на неутралните социални сцени. Затова настоящата интерпретация е много условна и е необходимо да се направят допълнителни изследвания, прилагайки методиката в по-голяма клинична и неклинична извадка. Резултатите могат да бъдат теоретично обяснени с факта, че редица изследвания откриват по-високи нива на неразбиране на собствените емоционални преживявания при шизофренни пациенти, както и че пациентите с шизофренно разстройство имат повече дефицити в разпознаването на негативни емоционални преживявания (Romero- Ferreiro et al., 2016). Тъй като неутралните социални сцени могат да се разглеждат като вид проективна методика, вероятно тази връзка е свързана по-скоро с механизмите на проектирането на неразбирането на собствените негативни емоционални преживявания навън, което може да доведе до погрешното интерпретиране на социалните стимули.

Все пак резултатите от различни изследвания са противоречиви, като някои не откриват разлики между справянето при социално-когнитивни задачи и нивата на алекситимия (Di Tella et al., 2018). Малко са изследванията, които се фокусират между тази връзка при пациенти с шизофрения, за да стъпим на тях емпирично. Но резултатите

от настоящото изследване потвърждават теоретичната концепция, че параноията, която е позитивен симптом, е качествено различно състояние от негативната симптоматика при шизофрения и че има някои общи механизми между алекситимията и социалната когниция.

Втората хипотеза, че пациентите с параноидна шизофрения ще имат по-високи стойности по прилагане на стратегията емоционално потискане и по-високи нива на негативни емоционални преживявания в сравнение със здравите контроли, както и че ще има значима връзка между емоционалното потискане, алекситимията и негативните емоционални преживявания се потвърди. През последните години се откриват все повече доказателства, че алекситимията може да прогнозира нивото на психосоциално функциониране на пациентите (Kimhy et al., 2012), включително при хора, които са рискови за развитие на психоза (Kimhy et al., 2016). Клиничното наблюдение показва, че индивидите с високи нива на алекситимия избягват да говорят за техните емоции, като предпочитат да се фокусират върху поведението и мислите си (Ospina et al., 2019). Следователно настоящите резултати могат да насочат специалистите, че високите нива на алекситимия сред пациентите с шизофрения трябва да бъдат във фокуса на терапевтичните интервенции, защото може да повлияват начина, по който пациентите споделят симптомите и оплакванията си, както и може да съществува риск от несподеляне на някои критично важни. Изследванията показват, че използването на емоционалното потискане вместо по-адаптивната стратегия когнитивна реоценка може да доведе до различие между вътрешното състояние и външно проявеното поведение (Higgins, 1987). Предпочитанието на стратегията емоционално потискане при шизофренните пациенти може да обясни защо пациентите могат да демонстрират притъпен афект, въпреки че субективните им емоционални преживявания да са подобни на тези на здравите контроли. Това обяснява емоционалния парадокс при шизофренията, при който пациентите преживяват силни позитивни или негативни субективни емоционални преживявания (Хараланова & Хараланов, 2016; Gur et al., 2006), но не могат да изразяват себе си и демонстрират притъпен афект (van der Meer et al., 2009).

Откритите по-високи нива на депресивност при пациентите с параноидна шизофрения потвърждават резултатите от други изследвания, които откриват високи нива на депресивност, особено в постпсихотичната фаза (Candido & Romney, 2002). Резултатите могат да бъдат обяснени и с данните от други изследвания, според които пациентите с параноидна шизофрения са рискови за развиване на депресивни симптоми, което може да е свързано с по-висок суициден риск (Knight & Valner, 1993). Но трябва

да се има предвид, че нивата на депресивност не са свързани с клиничната диагноза Депресия. Въпросникът, който е използван, не е диагностичен инструмент, а се фокусира върху вътрешните субективни преживявания на изследваните, което е фокусът на настоящия труд. Възможно е споделените депресивните симптоми от страна на пациентите да са част от негативната симптоматика. Също така потиснатостта, която изпитват изследваните, може да е свързана с неразбирането на собствените емоционални преживявания, имайки предвид, че нивата на депресивност от скалата корелират позитивно с нивата на алекситимия.

Резултатът, че нивата на алекситимия имат положителен ефект върху прилагането на стратегията емоционално потискане съвпада с други изследвания, които също откриват, че алекситимията значимо прогнозира прилагането на маладаптивни стратегии за емоционална регулация, но не и адаптивните, макар че изследванията са в различни клинични извадки (Sfârlea et al., 2019). Това предполага, че ученето в стратегии на емоционално регулиране е ключов аспект от нефармакологичните интервенции при параноидна шизофрения и е важно да се изследва в различните стадии на болестта, както и до каква степен тези дефицити са резистентни на терапевтична работа в бъдещи изследвания. Важно е терапевтичните интервенции да вземат предвид прилагането на маладаптивни стратегии за емоционална регулация при пациентите и да поставят във фокус не само намаляването на трудностите в разбирането и описването на емоционалните преживявания, но и да обучат в прилагането на по-ефективни стратегии за емоционална регулация.

Третата хипотеза, че високите нива на алекситимия и негативните емоционални преживявания ще са значими предиктори на нарушената социална когниция при оценка на неутрални (амбивалентни) социални сцени и на субективните емоционални преживявания беше потвърдена в известна степен. Макар че регресионният анализ показва, че трудностите в идентифицирането и описването на емоциите и субективното усещане за заплаха прогнозират значимо оценката за неудоволствие в неутралните социални сцени, процентът на обяснена вариация е нисък. Но това е очаквано, имайки предвид, че социалната когниция е сложен когнитивно-афективен конструкт, който зависи от множество фактори. Все пак може да допуснем, че ако човек има трудности в разбирането на субективните си емоционални преживявания, това ще има негативен ефект върху способността му за разбиране на другите. Това съответства и с теорията на ума, както и с ментализационния модел, според който разбирането на собствените преживявания е ключово за разбиране на чуждите. Освен това преживяването на

застрашеност, характерно за параноидната шизофрения също влошава справянето в социално-когнитивни задачи, в комбинация с алекситимията.

Четвъртата хипотеза, че пациентите с параноидна шизофрения ще имат по-ниски нива на удовлетвореност от живота и по-негативни нагласи към здравните специалисти беше потвърдена. По-ниските нива на удовлетвореност от живота при пациентите с параноидна шизофрения в сравнение със здравите контроли съвпадат с резултатите от други изследвания, които откриват значителни по-ниски нива на удовлетвореност от живота сред шизофренно болните в сравнение със здравите контроли и други психични заболявания (Koivumaa-Honkanen et al., 1999). Това още веднъж подчертава необходимостта от психологическа работа с тази група пациенти и задълбочения анализ на факторите, които влошават цялостното субективно усещане на пациентите за удовлетвореност от живота и общо качество на живот, тъй като редица изследвания откриват връзка между ниската удовлетвореност от живота и повишен суициден риск (Ponizovsky & et al., 2003).

Настоящото изследване потвърди и данните от множество изследвания, според които жените имат по-ниски нива на алекситимия в сравнение с мъжете, а мъжете по-често използват стратегията емоционално потискане. Въпреки това не всички изследвания от проучената литература потвърждават това различие, следователно е възможно да има различия в зависимост от спецификите на извадката. В бъдещи изследвания е необходимо да има по-добър полов баланс в рамките на самата извадка. Въпреки това предимство в настоящото изследване в извадката с пациенти с параноидна шизофрения и здрави контроли е, че има добър баланс между мъже и жени, имайки предвид, че в повечето извадки в други изследвания има предимство един от половете.

Както видяхме от анализа на литературата и от резултатите на настоящия дисертационен труд, връзката между социална когниция и алекситимия при пациенти с параноидна шизофрения и здрави контроли е комплексна, но по-задълбочения анализ може да допринесе за разбирането на емоционалните дефицити, социално-когнитивните дефицити и емоционалната дисрегулация при пациентите с параноидна шизофрения, които прогнозира значимо функционирането на пациентите. Настоящото изследване има своите ограничения. Важно е да се има предвид, че няма много изследвания, които прилагат дименсионалния подход на емоционалните преживявания в комбинация с неутрални социални стимули, върху които да можем да се позовем, затова е необходимо бъдещо по-задълбочено изследване на методиката и нейната надеждност и валидност. В бъдещи изследвания може да бъдат включени и обективни маркери за изследване на

субективните емоционални преживявания и механизмите на разбиране на неутрални социални стимули. Също така би било препоръчително да се включат повече методики за изследване на социалната когниция, които обхващат разбирането на различни нейни области - като разбиране на намеренията на другите, задачата за разбиране на емоциите от очи и др., за да се изследва в по-голяма дълбочина връзката между нарушенията в социалната когниция при шизофренното разстройство, както и връзката им с разбирането на собствените емоционални преживявания. Важно е и да се има предвид спецификите на приложената методика за социална когниция – оценка на неутрални (амбивалентни) социални сцени в съчетание с кръговия дименсионален модел на емоциите. Може да предположим, че в клиничната практика тази методика има проективен характер, като това може да добави диагностична стойност към работата с пациентите в различни стадии на заболяването, включително при рискови групи, но е необходимо да се направят допълнителни изследвания.

По-високите нива на алекситимия, които открихме при пациентите с параноидна шизофрения потвърждават емоционалната дисрегулация, характерна при този тип тежко психично разстройство. Но трябва да се има предвид, че подобно на други изследвания и в настоящото анализа на скалата за алекситимия от Торонто не потвърди оригиналната версия, което може да е свързано с малкия размер на извадката, проблеми с превода, межкултурни различия и други. Изследването на психометричните показатели на скалата предполага необходимост от продължаването на подобни изследвания, тъй като факторната структура на TAS-20 е ключова за прецизността на диагностичния инструмент.

По-високите нива на прилагане на стратегията емоционално потискане при пациентите с параноидна шизофрения в сравнение със здравите контроли потвърждава емпиричните данни от множество изследвания, че пациентите използват маладаптивни стратегии за емоционално регулиране, което има допълнителен негативен ефект върху качеството им на живот, междуличностните отношения и тежестта на негативната симптоматика, както и терапевтичната резистентност към психологическа работа. Въпреки това настоящата скала, която предложихме за изследване на стратегиите за емоционална регулация, не е стандартизирана и валидирана за българския социокултурен контекст, което е сериозен недостатък на изследването. Въпреки че показва добри психометрични характеристики, извадката е твърде малка и затова са необходими бъдещи изследвания по отношение стандартизирането на скалата.

В бъдещи проучвания е препоръчително да се включат и повече скали за

изследване на удовлетвореността от живота, която включва различни компоненти. В настоящото изследване прилагаме най-базовия конструкт, който е обобщена оценка. Като цяло в бъдещи проучвания е препоръчително да се направи диверсификация на пациентите с шизофрено разстройство по отношение на позитивните и негативните симптоми, тъй като сериозен недостатък на настоящото изследване е, че не е приложена диагностична скала за оценка на симптомите (PANSS), за да се изследва дали има различия между различните прояви на болестта. Недостатък на настоящото изследване е и относително малкият брой пациенти, които бяха изследвани.

Откритите по-високи нива на депресивност сред пациентите и връзката с по-високи нива на алекситимия, прилагане на емоционално потискане и удовлетвореност от живота е необходимо да бъдат изследвани в по-голяма дълбочина. От една страна пациентите с параноидна шизофрения демонстрират по-високи нива на депресивност от останалите видове шизофрения според направения теоретичен обзор, но причините за това не са все още не са напълно изяснени. Същевременно това има важно клинично значение поради връзката със суицидният риск при пациентите с по-високи нива на депресивност и алекситимия. Недостатък на настоящото изследване е, че използваната скала за измерване на нивата на депресивност, тревожност и стрес не е клинична, затова в бъдещи изследвания е препоръчително да се включат клинични скали.

Макар че изследването на връзките между изследваните теоретични конструкти и нагласите към здравните специалисти да има важна практическа стойност, скалите за изследване на нагласите не са стандартизирани, а са оригинално създадени за целите на изследването. В бъдещи проучвания е необходимо да се тестват психометричните им характеристики и дали са надежден инструмент, като се добавят стандартизирани методики. Бъдещи проучвания могат и да направят по-задълбочен анализ на комплексността на нагласите към лечение и дефицитите в нивата на алекситимия сред пациентите. Необходимо е да се анализира по-задълбочено ролята на различни видове мотиватори върху иницирането на търсене на психологическа помощ, както сред пациентите с тежки психични разстройства, така и при здрави контроли и дали има значими различия между клиничните и неклиничните извадки.

Нагласите по отношение на здравните специалисти потвърждават, че пациентите с параноидна шизофрения са по-резистентни на терапевтично лечение, като нивата на алекситимия са допълнителен утежняващ фактор. Разглеждането на алекситимията като личностова характеристика, може да има значителна роля върху резистентността към психологическите интервенции, както и върху вероятността пациентите да потърсят

психологическа подкрепа. Едновременно с това е важно развиването на психологическите интервенции да е фокусирано върху осъзнаването на собствените емоции като цяло и ученето на по-адаптивни стратегии за емоционална регулация за по-голяма ефективност на лечението и подобряване на общото качество на живот на пациентите. Необходимо е създаване на комплексни подходи за работа с шизофренното разстройство, особено имайки предвид, че лекарствената терапия се оказва недостатъчна за третиране на социалните и афективните трудности при шизофрения.

Научните приноси на настоящия дисертационен труд са следните:

Приноси с теоретичен характер

1. Основен теоретичен принос на настоящата работа е комплексността на представеното изследване върху социалната когниция и алекситимията при параноидна шизофрения и здрави контроли. Подобен теоретичен обзор липсва в български и чуждестранен контекст.
2. Направен е детайлен обзор на различните теории за шизофренното разстройство, както в исторически план, така и в контекста на съвременните теории.
3. За първи път в България се прави задълбочен анализ на конструктите социална когниция, алекситимия и емоционално регулиране при шизофренно разстройство.
4. Дисертацията допринася към ограничени брой изследвания, които прилагат дименсионалния подход като теоретичен модел за изследване на афективните преживявания и социалната когниция при параноидна шизофрения и здрави контроли.
5. За първи път в българските изследвания откриваме статистически значима връзка между социалната когниция и алекситимията при параноидна шизофрения.

Приноси с приложен характер:

1. Резултатите предполагат, че методиката за изследване на неутрални социални сцени е надежден инструмент за изследване на емоционалната дисрегулация и социалната когниция при шизофренно разстройство.
2. Неутралните социални сцени са позволяват изследването на динамиката на позитивните и негативните симптоми при пациенти с параноидна шизофрения.
3. Психометричните характеристики на скалата за стратегии за емоционално регулиране дават възможност за прилагане на методиката и в други изследвания.
4. Откритите взаимовръзки между изследваните феномени дават възможност за подобряване на планирането на психологическите интервенции при работа с параноидна шизофрения.

Библиография на публикации, свързани с темата на дисертацията

- Камбуридис, Дж. (2022). Алекситимия и шизофренна психопатология. *Пътища към устойчиво развитие: подходи и приноси на социалните науки*, 3, стр. 35-42. (Сборник научни доклади от Национална школа за докторанти и млади изследователи в социалните науки, БАН, 25-27 май 2022 г.).
- Камбуридис, Дж. (2022). Конструктът алекситимия: връзка с психичното здраве. Зиновиева И., Андреева, Л., Карабельова С. (ред.) *Психологията - традиция и съвременност*, Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, стр. 1089-1098. (Сборник научни доклади от юбилейна международна научна конференция по случай 50-години от създаването на специалност „Психология“ в Софийския университет „Св. Климент Охридски“, 1-3 юни 2022 г.).
- Камбуридис, Дж. (2021). Социална когниция при психични разстройства. *Докторантски четения*, 5, стр. 189-203.

Участие в конференции

- Камбуридис, Джулия. Субективно благополучие, алекситимия и копинг стратегии при пациенти с шизофрения. Нагласи към здравни специалисти – Научна конференция с международно участие Колегиум частна психиатрия - „Шизофренията“, 12-13, май 2023.
- Камбуридис, Джулия. Конструктът алекситимия – връзка с психичното здраве – Международна научна конференция „Психология – традиция и съвременност“, 01.-03.06.2022.
- Камбуридис, Джулия. Алекситимия и шизофренна психопатология - XIII Национална школа за докторанти и млади изследователи в социалните науки, 25.-27.05.2022.
- Камбуридис, Джулия. Психологически аспекти на адаптацията след пандемията от Ковид-19 – Научна конференция с международно участие - Колегиум частна психиатри „Лиезон психиатрия“, 30.09 – 01.10. 2022.
- Камбуридис, Джулия. Изследване на индивидуалните различия в Аз-образа при деца с дислексия на развитието и деца без обучителни трудности – Научна конференция с международно участие - Колегиум частна психиатри „Когницията“, 24.09 – 25.09. 2021.

Участие с постери в международни конференции

- Kamburidis, Julia. Emotional aspects of severe mental disorders. Alexithymia and affective regulation in schizophrenia: therapeutic opportunities and challenges? – 10th World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, Seoul, South Korea, 1-4 June, 2023.

Kamburidis, Julia. Relationship of alexithymia with emotion regulation strategies and mental health. 53th European Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, Belek, Turkey, 04-07 October, 2023.

Kamburidis, Julia. Psychological factors in postcovid adaptation - alexithymia, social and health anxiety. 52th European Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, Barcelona, Spain, 7-10 September, 2022

Участие в проекти

Проект – „Психологически аспекти на отказа за връщане към присъствена форма на обучение и работа“, СУ „Св.Климент Охридски“, ръководител проф. дпсн Соня Карабельова, 2022.

Проект – „Капацитет на работна памет и ефект на формулировката при рискови избори: Пререгистрирана репликация на Корбин и кол. (2010)“, ръководител доц. Николай Рачев, 2022.