

ВАРНЕНСКИ СВОБОДЕН УНИВЕРСИТЕТ
„ЧЕРНОРИЗЕЦ ХРАБЪР”
ФАКУЛТЕТ „СОЦИАЛНИ, СТОПАНСКИ И КОМПЮТЪРНИ НАУКИ“
КАТЕДРА „ПСИХОЛОГИЯ“

ИЛИЯ ПЕТРОВ САВОВ
НАРУШЕНИЕТО НА МИСЛЕНЕТО
ПРИ ДЕПРЕСИВНИ РАЗСТРОЙСТВА

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**на дисертационен труд за присъждане на ОНС “доктор”,
професионално направление 3.2 Психология,
докторска програма „Обща психология“**

Научен ръководител:
Доц. д-р Павлина Петкова Дамянова

Варна,
2024 г

**ВАРНЕНСКИ СВОБОДЕН УНИВЕРСИТЕТ „ЧЕРНОРИЗЕЦ ХРАБЪР“
ФАКУЛТЕТ „СОЦИАЛНИ, СТОПАНСКИ И КОМПЮТЪРНИ НАУКИ“
КАТЕДРА „ПСИХОЛОГИЯ“**

ИЛИЯ ПЕТРОВ САВОВ

**НАРУШЕНИЕТО НА МИСЛЕНЕТО
ПРИ ДЕПРЕСИВНИ РАЗСТРОЙСТВА**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

на дисертационен труд за присъждане на ОНС “доктор”,
професионално направление 3.2 Психология,
докторска програма „Обща психология”

Научен ръководител:

Доц. д-р Павлина Петкова Дамянова

Рецензенти:

Доц. д-р Красимир Иванов

Проф. д-р Минко Хаджийски

Варна,

2024 г.

Дисертационният труд е в обем 133 страници и се състои от увод, три глави, заключение, списък на използваната литература и приложения. Съдържа 5 таблици и 8 диаграми. Библиографията съдържа 182 специализирани източника, от които 7 на български език и 175 на английски език.

Дисертационният труд е обсъден на заседание на катедрен съвет на катедра „Психология“ и е насочен към защита.

Защитата на дисертационния труд пред научно жури ще се състои на 08.08.2024 г. от 09,30 ч. в заседателната зала на ВСУ „Черноризец Храбър“.

Материалите по защитата са на разположение в канцеларията на катедра „Психология“ и на интернет адрес www.vfu.bg, раздел „Докторанти“.

ПЪРВА ГЛАВА - ОБЗОР НА ДЕПРЕСИЯТА

Проблема с депресията.

Депресията е все по-често срещано явление в съвременното забързано общество. Болният от депресия е в плен на своите психо-емоционални модели, които ако не бъдат осъзнати и заменени с адаптивни такива, то те превръщат живота му в трагедия.

Дълбоко в съзнанието на депресирания човек лежат несъзнаваните сценарии за дефектност, срам, вина, страх от провал, недоверие в себе си, живота и хората, негативизъм и песимизъм, емоционално само-потискане и лишение. Тези ирационални и субективни, но реални за депресирания човек сценарии го държат далеч от щастието му, в собствения му персонален кошмар

Според някои източници най-малко 12% от възрастното население са податливи на епизодични, но доста тежки и поради това изискващи лечение депресивни разстройства. Според проведените стотици систематични изследвания, свързани с биологичния субстрат на депресията и фармакотерапията на депресията. Различни публикации, както от държавни източници, така и от частния сектор, твърдят, че е постигнат известен пробив в разбирането на психо-биологията на депресията и лекарствата за това разстройство.

Въпреки значителния напредък на психотерапията и във фармакотерапията на депресията, болестта продължава да е широко разпространена. Освен това броят на самоубийствата, който се счита за показател за разпространението на депресията, не само не е намалял, но се е увеличил през последните години. Установените данни показват, че 75% от всички психиатрични хоспитализации са свързани с депресия и че 15% от възрастните на възраст от 18 до 74 години всяка година изпитват симптоми на депресия.

ВТОРА ГЛАВА - ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Теоретична рамка на изследването

Предмет на изследването:

Изследване на нарушения на мисленето при индивиди с депресивни разстройства .

Задачи на изследването:

1. Експериментална част на изследването

1.2. Да се подготви инструментариум от адаптирани към българската популация тестове.

1.3. Да се изследват две групи по 40 индивида: експериментална и контролна с избраните методиките.

1.4. Да се направи обработка на данните от тестове.

2. Клинична част на изследването

2.1. Да се изследват личните истории на 15 човека от експерименталната група. Да се изследват заложените за качествен анализ фактори.

2.3. Да се направи интерпретация на статистическите анализи на тестовите данни при експерименталната и контролна групи анализите и да се изведат съществени за дисертационната тема взаимовръзки и зависимости.

2.4. Да се направи обобщение и заключение от анализите и интерпретациите, които да бъдат обвързани с практиката на психологичното консултиране.

Методика на изследването.

Разработката се базира на измерване нивата на депресия и нивото на автоматични мисли, както и изследване индивидуалните особености на част от експерименталната група.

За целите са подбрани два основни вида метода на изследване: експериментален и клиничен.

Експерименталният метод включва: скали за измерване нивата на депресия и нивото на автоматични мисли,

Клинично-психологичния метод се основава на описателната техника: „Изследване на случай“, експлоративно психологично интервю, събиране и анализ на данни от историята на пациента, неговото заболяване и житейската ситуация, предшестваща диагностицирането му.

Така подбраните методики на изследването целят: да получат основна информация, чрез скалите, които са използвани, както и да проучат в детайли личната история и специфичните индивидуални особености и преживявания на изследваните лица във връзка със значимите фигури и събития в техния живот, както и да проследят евентуалното възникване на определени несъзнавани конфликти, предшестващи активната изява на симптомите на заболяването.

Инструментариум

Експериментален метод: цели се изследване нивото на депресия и изразеността на

автоматичните мисли.

1. Самооценъчен въпросник на ZUNG за депресивност.

Тестът е разработен в университета Duke от психиатър William Zung. Той е разработен в американския университет през 1965г. Самооценъчната депресивна скала на Zung (Self-assessment Depression Scale, SDS), е разработена с цел количественото измерване на депресивните разстройства, както и за тяхното проследяване (Кокошкарлова, 1984) в хода на разгръщане на симптоматиката и на евентуалната терапия. Инструментът има за цел установяването на измененията и в депресивната динамика у пациентите (Иванов, 1999). По замисъл инструментът е проектиран да се използва специално върху пациенти с вече поставена диагноза (Zung, 1965). Техническото време за администриране на теста е относително кратко. Скала се състои от 20 айтема като самооценъчната скала на Zung обръща внимание както върху психичната, така и върху соматичната симптоматика.

2. Въпросник за автоматични мисли: Automatic Thoughts Questionnaire P. C. Kendall & S. D. Hollon, 2001, P.C. Kendall P.C. & S.D. Hollon, Автоматични мисли (ATQ-30), предназначени за идентифициране и измерване на честотата на възникване на автоматична негативни мисли, свързани с депресия. Въпросникът е изграден и крос-валидизиран чрез използване на мъже и жени студенти в университет. Направено е и проучване върху приложимостта и надеждността на ATQ-30 за клинични популации. Значително по-висок ATQ-30 резултати бяха намерени за 21 год. възраст 19-53 депресирани психиатрични пациенти, отколкото за 40 недепресивни медицински и психиатрични пациенти. В ATQ-30 корелира значително със скалата за депресия на MMPI, както и на въпросника за депресия Бек. Алфа на Кронбах.92, при много добра вътрешна консистентност. В ATQ-30 се явява валидна и надеждна мярка за депресия, свързани с когниции в клинични и неклинични популации. (K. Corcoran, J. Fischer, 2001).

3. Клиничен метод: „Описание по случай“.

„Описание по случай“ включва структурата на проведеното интервю с оглед ориентиране във възможностите за отчитане на различни особености на личността. Изследването на случай представлява изследване на конкретен човек. То се фокусира върху едно изследвано лице и не се прави в естествена среда. Обикновено се основава на интервю с лицето и близките му хора.

В настоящето изследването се използва за описанието на симптомите и реакциите на болния по време на лечението. По тази причина от гледна точка на тематиката на настоящата разработка, изследването на случай се явява подходящо предвид нуждата от

изучаване в дълбочина на конкретна личност, нейната история, соматично заболяване, психологични конфликти и настояща житейска ситуация. Изследването на случай може да доведе и до прозрения и за това как абнормното поведение може да е свързано със стресови събития в живота на човека. По същия начин този метод може да бъде използван и по посока на изследването на определено заболяване във връзка със стресовите събития.

В обобщение може да се каже, че предимствата на този метод са задълбочеността и детайлността на получените резултати от изследването на отделния човек, което позволява откриването на конкретни специфики по определени дименсии. Или с други думи, той дава възможност за генериране на хипотези, които по-късно могат да бъдат изследвани с други методи. Недостатъците му се отнасят до това, че при изследването на случай липсва обща приложимост и то не позволява правенето на каузални изводи.

За това използването на двете методики, експерименталната и клиничната, дават повече информация за клиента и за предстояща, както и за вече протичащата психологична работа.

5. Хипотези.

5.1. При индивидите с депресивни разстройства ще се наблюдават нарушения в мисленето.

5.2. При индивидите с депресивни разстройства ще се наблюдават нарушения в мисленето от типа на дисфункционалните вярвания.

5.3. При изследваните лица от женски пол се очакват по-високи нива на нарушения в мисленето при по-високи нива на депресия, спрямо тези от мъжки пол.

Респонденти

1. При експерименталната методика са използвани две групи по 40 човека. Едната група е контролна, а другата е експериментална.

2. При клиничната методика са използвани 15 човека от експерименталната група, като е приложена техниката „изследване по случай“.

Процедура

1. Със скали за депресия и за автоматични мисли, са изследвани общо 80 човека за нивата на показателите. Бяха интерпретирани резултатите между контролната и

експерименталната групи.

2. Бяха изследвани 15 човека от експерименталната група с методът „изследване по случай“. Резултатите бяха интерпретирани за всеки респондент.

2. За 15 човека, бяха съпоставени и интерпретирани резултатите от експерименталното и от клиничното изследване.

СХЕМА ЗА АНАЛИЗ НА МИСЛОВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕСИЯ

Тази схема за интерпретация на мисловните нарушения е авторска разработка, която е обобщение на личния ми терапевтичен опит и предложение за качествен анализ на данните от тестовите въпросници, според спецификата на конкретните скали и съдържанието на айтемите в тях.

СХЕМА ЗА АНАЛИЗ НА МИСЛОВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕСИЯ

1. ЕКСТРЕМНО, ИЗКРИВЕНО СПРЯМО РЕАЛНОСТТА И ФАКТИТЕ МИСЛЕНЕ

- *Дихотомно мислене. Нереалистични очаквания/ високи стандарти (надценяване). Катастрофизация*

Екстремна оценка (“**всичко или нищо**”) без предварителна оценка на спектъра от възможности. Нещата са “добри-лоши”, “успехи или провали”. Прилагане на преувеличени критерии за собственото поведение и успехи, които ако не се случат е винаги пълен провал

Пример: *Хората са или добри или лоши. Трябва да съм пълен отличник, ако не съм провален. Ако не покроя очакванията на партньора, той ще ме напусне. Мен винаги ме изоставят.*

2. СЕЛЕКТИВНО, ФОКУСИРАНО КЪМ КОНКРЕТЕН ЕЛЕМЕНТ МИСЛЕНЕ

- *Свърхгенерализация. Мисловен филтър. Омаловажаване на позитивното*

Възприемане на една негативна случка като знак, че всичко е негативно. Фокус върху един негативен признак и игнориране на положителното. Неглижиране на позитивното.

Пример: *Като не успях да получа отличен на изпита, никъде няма да ме приемат, значи съм глупак и провален човек. Дори да съм взел изпита с отличен, не значи, че съм успешен като студент.*

3. ДЕСТРУКТИВНА СЕБЕОТНОСНОСТ В ОБСЪЖДАНЕТО НА ВИНА ПРИ ПРОВАЛ

- *Възприемане на нещата лично. Деструктивна самокритичност с етикетирание*

Пример: *Когато не ме поздрави някой колега, значи съм се провалил и не иска да ме познава, защото към утрепка.*

+

СХЕМА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ и КАЧЕСТВЕН АНАЛИЗ НА СЛУЧАЙ

Тази схема за изследване на случай е авторска разработка и е изградена върху личният ми опит за психологично консултиране при хора с депресивни разстройства. Тежестта на депресивната им симптоматика няма клинично изразени симптоми с тежки разстройства на сън, апетит и тегли, няма психопатологични нарушения на възприятнопредставната действителност, мисленето и поведението. Не се е налагало консултиране с лекар и медикаментозно лечение. Проведено е изследване с психологични тестове за депресия.

Области в Схемата за изследване на случай:

- Данни за условията, доминиращите ценности на живот и взаимоотношения в родителското семейство. Данни за развитие на интелектуалното равнище, възможности за конкретни и абстрактни логични операции, екзекутивни пропорции на съобразителност, наблюдателност, съобразителност, находчивост в прагматичните решения на проблемите. Професия и удовлетвореност от извършваната работа. Доминиращи интереси и ценности в живота.
- Данни за развитие на емоционалните преживявания през детството, юношеството, младостта и зрелостта. Данни от миналия опит за преживени психотравми в родителското семейство и през последните години.
- Данни за развитие на уменията за комуникация с авторитетите, групата на равните, партньорите и родителската среща. Травматични преживявания при комуникацията в партньорското семейство, работа и приятелска среда.
- Модели за справяне с проблемни житейски ситуации. Дисфункционални вярвания за Света, за другите и Аза. Допускания и правила на поведение, които поддържат дисфункционалните вярвания.
- Депресия – симптоми, интензивност, айтемен анализ.
- Специфични автоматични мисли, дисфункционални вярвания.
- Нарушения в мисленето определени по схемата.

ДАННИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО

Първа подчаст: Демографски анализ на изследваните лица в експерименталната и контролната групи.

Мъже – 50%

Жени – 50%,

Възраст: от 27 до 65 години

Образование: 13% висше, останалите са със средно образование.

Факторите за изследваната група в проценти:

- Възраст при изявата на заболяването. От 27 до 65 години

В експерименталната група

- Изразеност на депресивното разстройство се установи, като лека към изразена степен и изразена степен са 100% тежка форма

- Изразеност на автоматичните мисли има наличие на 93% лека към изразена и изразена степен и 7% лека до умерена степен.

- Семейни фактори, фамилна обремененост: 13% фамилна обремененост

Преживени неблагоприятни житейски събития:

Развод-26%,

Смърт на родител-20%

Инцидент и катастрофи-20%

Загуба на здраве-13%

Смърт на съпруга-7%

Семейно насилие-7%

Социално-морален инцидент-7%

- Социалноикономически фактори: Финансова не стабилност 87%, Финансово обезпечени 13%.

- Мотивация за промяна: Ниска

Втора подчаст: Статистически анализ и интерпретация на данните от тестовите изследвания.

Настоящото изследване се характеризира с естествен модел, тъй като групата с високи стойности на въпросника за депресия е развила тази симптоматика извън рамките на настоящото научно изследване. Също така депресивното състояние не е феномен, който етично може да бъде предизвикан в лабораторни условия.

В тази връзка беше извършен корелационен анализ на данните. Бяха съпоставени скалата за депресия и тази за автоматични мисли. Скалата за автоматични мисли има средна средно статистическа норма 86.76, със стандартно отклонение 27.72. Скалата за депресия има средно статистическа норма за настоящата представителна извадка от 64.98, със стандартно отклонение 26.1 – Таблица 1.

За цялата представителна извадка се наблюдава силна корелация между двете променливи ($r = .98$, $n = 80$, $p < .001$) – Таблица 2. Този резултат потвърждава първата хипотеза на изследването, че при индивиди с високи нива на депресия, се наблюдават

нарушения на мисловните процеси.

Резултатите за корелация на данните от Таблица 2, подкрепят втората хипотеза на изследването – при индивиди с високи нива на депресия, се наблюдават нарушения в мисленето от типа на дисфункционалните вярвания.

Таблица 1

	Средна норма	Стандартно отклонение	Брой
Мисли	86.76	27.716	80
Депресия	64.98	26.095	80

Таблица 2

		Мисли	Депресия
Мисли	Pearson Correlation	1	.975**
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	80	80
Депресия	Pearson Correlation	.975**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	80	80

** . Корелацията е значима на ниво 0.01.

С цел проверяване на третата хипотеза, а именно, че при изследваните лица от женски пол с високи нива на депресия се очаква да има повече нарушения при автоматичните мисли в сравнение с изследваните лица от мъжки пол, данните бяха обработени с тест за независими извадки (t-test). Резултатите не достигат статистическа значимост нито за скала депресия, нито за скала автоматични мисли – Таблица 3, Таблица 4. Това означава, че при вземане предвид на данните за цялата представителна извадка полът не повлиява в

значителна степен нито депресивното състояние, нито количеството и вида на автоматичните мисли.

Таблица 3

		Тест за независими извадки									
		Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the	
						Sided p	Sided p			Lower	Upper
Мисли	Equal	0.379	0.540	0.531	78	0.298	0.597	3.310	6.234	-9.101	15.720
	Not Equal			0.532	77.604	0.298	0.596	3.310	6.224	-9.083	15.702
Депресия	Equal	1.380	0.244	0.666	78	0.254	0.507	3.907	5.863	-7.765	15.579
	Not Equal			0.668	77.670	0.253	0.506	3.907	5.852	-7.744	15.559

Таблица 4

Group Statistics					
Пол		Брой	Mean	Deviation	Mean
Мисли	1	38	88.50	27.402	4.445
	2	42	85.19	28.235	4.357
Депресия	1	38	67.03	25.685	4.167
	2	42	63.12	26.632	4.109

Желанието на изследователите да разгледат по-отблизо взаимовръзката между пола, депресията и автоматичните мисли, доведе до допълнителна обработка на резултатите, като участниците бяха разделени в 2 групи: клинична – с високи нива на депресия и контролна – с ниски или никакви признаци на депресивно разстройство.

Клинична група

След проведен корелационен анализ на данните за клиничната група между скалите за депресия и автоматични мисли (Таблицы 5, 6), се потвърди направеното заключение за цялата представителна извадка, а именно, че съществува взаимовръзка между високите нива на депресия и нарушенията в автоматичните мисли, като в този случай се наблюдава умерена корелация между двете променливи ($r = .414$, $n = 40$, $p < .05$).

Таблица 5 Описателни данни

	Средна норма	Стандартно отклонение	Брой
Мисли	113.80	6.430	40
Депресия	90.40	7.012	40

Таблица 6 Корелационен анализ на експериментална група

		Мисли	Депресия
Мисли	Pearson Correlation	1	.414**
	Sig. (2-tailed)		0.008
	N	40	40
Депресия	Pearson Correlation	.414**	1
	Sig. (2-tailed)	0.008	

Таблица 7

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the	
						Sided p	Sided p			Lower	Upper
Мисли	Equal	0.172	0.681	-1.437	38	0.079	0.159	-2.887	2.009	-6.953	1.179
	Not Equal			-1.433	37.084	0.080	0.160	-2.887	2.014	-6.968	1.194
Депресия	Equal	3.959	0.054	-1.199	38	0.119	0.238	-2.647	2.208	-7.116	1.823
	Not Equal			-1.226	33.827	0.114	0.229	-2.647	2.158	-7.033	1.740

Таблица 8

		Group Statistics			
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Мисли	1	21	112.43	6.177	1.348
	2	19	115.32	6.524	1.497
Депресия	1	21	89.14	8.284	1.808
	2	19	91.79	5.138	1.179

Данните на тази група бяха обработени още и с тест за независими извадки с цел потвърждаване на третата хипотеза на изследването, че при жените високите нива на депресия ще доведат до повече нарушения в автоматичните мисли, отколкото при мъжете – Таблици 7, 8. Интересното е, че хипотезата за автоматичните мисли не се потвърди тук, както и за цялата представителна извадка, но изглежда полът играе роля по отношение на депресията, когато нейните стойности са високи. Въпреки, че резултатът не достига статистическа значимост е важно да бъде взет под внимание. Откриват се значими различия на скалата за депресия между мъжете и жените при клиничната група ($t_{38} = 1.20$; $p = .054$), като за мъжете средният резултат е ($x = 89.14$), а за жените ($x = 91.79$).

Контролна група

При контролната група – с ниски нива на депресия, не се установи взаимозависимост между скалите за депресия и автоматични мисли – Таблици 9, 10. След проведен тест за независими извадки стана ясно, че полът не повлиява степента на депресия в ниските й граници, както и степента на нарушения при автоматичните мисли – Таблици 11, 12. В този смисъл, очаквано, според направените хипотези, тези 3 променливи не са обвързани

пoмeждy cи, кoгaтo oтcъcтвaт дaнни зa клиничнo cъcтoяниe, кaквoтo e дeпрecиятa.

Таблица 9 Описателни данни

	Средна норма	Стандартно отклонение	Брой
Мисли	59.73	3.896	40
Депресия	39.55	2.037	40

Таблица 10 Корелационен анализ на контролна група

		Мисли	Депресия
Мисли	Pearson Correlation	1	-0.029
	Sig. (2-tailed)		0.859

	N	40	40
Депреси я	Pearson Correlation	-0.029	1
	Sig. (2- tailed)	0.859	
	N	40	40

Таблица 11

		Independent Samples Test									
		Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean	Std. Error	Interval of the	
						Sided p	Sided p	Difference	Difference	Lower	Upper
Мисли	Equal	2.005	0.165	-1.097	38	0.140	0.280	-1.363	1.243	-3.879	1.153
	Not Equal			-1.163	37.703	0.126	0.252	-1.363	1.172	-3.736	1.010
Депресия	Equal	0.271	0.606	0.412	38	0.341	0.683	0.271	0.659	-1.062	1.605
	Not Equal			0.406	32.633	0.344	0.688	0.271	0.669	-1.090	1.632

Таблица 12

		Group Statistics			
Пол		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Мисли	1	17	58.94	2.968	0.720
	2	23	60.30	4.436	0.925
Депресия	1	17	39.71	2.173	0.527
	2	23	39.43	1.973	0.411

Допълнително бяха разгледани резултати от субскалите.

1. Личностова неприспособимост и желание за промяна
2. Негативна аз-концепция и негативни очаквания
3. Ниска самооценка
4. Безпомощност

Общо съотношение между контролна и експериментална група.

1. Личностова неприспособимост и желание за промяна.	
Контролна група:	394.
Експериментална група:	763.
Разл:	0,48
2. Негативна Аз-концепция и негативни очаквания.	
Контролна група:	501.
Експериментална група:	958.
Разл:	0,47
3. Ниска самооценка.	
Контролна група:	153.
Експериментална група:	296.
Разл:	0,48
4. Безпомощност.	
Контролна група:	176.
Експериментална:	292.
Разл:	0,39
Разлика:	
Личн. Неприспособ.	0,48
Негативна Аз-концепция	0,47
Ниска самооценка	0,48
Безпомощност	0,40

Резултатите показват, че депресията силно активира дисфункционалните вярвания при индивида във областите на негативните допускания. Различните елементи на субскалите показват, че най-високи са процентите при „личната не приспособимост“ и „ниската самооценка“, но съвсем близко, малко под 0,48 се явяват резултатите за „негативна Аз-концепция“, по-ниско с около 0,10 се явява „безпомощност“.

От тук следва, че от когнитивната триада: за себе си, за света и за бъдещето, най-силно е засегнато вярването за себе си. Съпътствано от силно изразена дезадаптивност при „лична не приспособимост и нежелание за промяна“, което влияе на личностната интерпретация на индивида при различните обстоятелства и последващо въздействие върху копинг стратегията на личността, чрез негативно отражение върху интерпретацията.

Съотношение между мъже и жени.

1. Мъже: между групите контролна и експериментална.			
	Контр. група	Експ. група	разлика
Личн. неприсп.	205	378	0,45
Негат. Аз-конц.	252	503	0,49
Ниска самооц.	78	139	0,43
Безпомощност	85	141	0,39

При мъжете най-силно е засегната Аз-концепцията и негативните очаквания, почти 0,50, което дава информация, както за вярванията за себе си, така и за очакванията към бъдещето, като част от когнитивната триада. Изследването показва, че в тази област е най-силното влияние на депресията при мъжете, което трябва да се има предвид при консултативната работа за тази популация.

3. Жени между групите контролна експериментална.

	Контр. група	Експ група	Разлика
Лична неприсп.	189	385	0,60
Негат. Аз-конц.	249	455	0,45
Ниска самооц.	75	157	0,52
Безпомощност.	91	151	0,40

При жените резултатите показват най-висок резултат при „лична не приспособимост и нежелание за промяна“ както и „ниска самооценка“. Това ни дава информация за вярванията за себе си, зона която е най-силно засегната от влиянието на депресията, но най-силно изразена е персоналната дезадаптивност цели 0,60, което влияе на копинг стратегията на индивида и води до негативна интерпретация и много голямо затруднения при справянето.

Съпоставка на установените резултати при жени и мъже.

	Жени	мъже	разлика
Лична не присп.	0,60	0,47	0, 23
Негат. Аз-конц.	0,45	0,50	0,10
Ниска самооц.	0,52	0,44	0,15
Безпомощност	0,40	0,40	0

Сравнението на двете групи: мъже и жени, показва че при жените най-високи са нивата на „лична не приспособимост и нежелание за промяна“, докато при мъжете е в „негативна Аз-концепция и негативни очаквания“. И при двете групи имаме активирани негативни вярвания за себе си, като при жените имаме силно активиране на дезадаптивност при индивида и последващи проблеми с копинга, докато при мъжете различието е в активиране на дисфункционалните вярвания спрямо бъдещето.

Като краен резултат от данните на субскалите можем да обобщим следните резултати: Дисфункционалните вярвания са активирани в различни области на дисфункционалните

допускания. От основните вярвания според когнитивното направление: за себе си, за света и за бъдещето, най-силно е засегнато вярването за себе си. При мъжете най-силно е засегната Аз-концепцията и негативните очаквания. При жените резултатите показват най-висок резултат при „лична не приспособимост и нежелание за промяна“ както и „ниска самооценка“. При съпоставяне на жените и мъжете имаме активирани негативни вярвания за себе си, като при жените имаме силно активиране на дезадаптивност при индивида и последващи проблеми с копинга, докато при мъжете различието е в активиране на дисфункционалните вярвания спрямо бъдещето.

Основни мисловни изкривявания

За изследването на мисловните изкривявания бяха използвани резултатите от:

1. „Въпросник за автоматични мисли“: Automatic Thoughts Questionnaire P. C. Kendall & S. D. Hollon, 2001. Като са потърсени съответствия с представените субскали във въпросника.
2. Резултатите от субскалите на въпросника са адаптирани към представената авторска схема за „Основни мисловни изкривявания“.
3. Схемата за „Основни мисловни изкривявания“.
4. Таблица.

Изследване на когнитивните изкривявания е представено в следващата таблица.

Таблица 1

ОСНОВНИ КОГНИТИВНИ ИЗКРИВЯВАНИЯ

Жени

Мъже

1. ЕКСТРЕМНО, ИЗКРИВЕНО СПРЯМО РЕАЛНОСТТА И ФАКТИТЕ МИСЛЕНЕ

- Дихотомно мислене. Нереалистични очаквания/ високи стандарти (надценяване). Катастрофизация*

Екстремна оценка (“всичко или нищо”) без предварителна оценка на спектъра от възможности. Нещата са “добри-лоши”, “успехи или провали”. Прилагане на преувеличени критерии за собственото поведение и успехи, които ако не се случат е винаги пълен провал

Пример: *Хората са или добри или лоши. Трябва да съм пълен отличник, ако не съм провален. Ако не покрия очакванията на партньора, той ще ме напусне. Мен винаги ме изоставят.*

<i>Дихотомно мислене</i>	<u>81 max.</u>	78
<i>Нереалистични очаквания</i>	74	77
<i>Катастрофизация</i>	69	72

2. СЕЛЕКТИВНО, ФОКУСИРАНО КЪМ КОНКРЕТЕН ЕЛЕМЕНТ МИСЛЕНЕ

- Свърхгенерализация. Мисловен филтър. Омаловажаване на позитивното*

Възприемане на една негативна случка като знак, че всичко е негативно. Фокус върху един негативен признак и игнориране на положителното. Неглижиране на позитивното.

Пример: *Като не успея да получа отличен на изпита, никъде няма да ме приемат, значи съм глупак и провален човек. Дори да съм взел изпита с отличен, не значи, че съм успешен като студент.*

<i>Свърхгенерализация</i>	79	76
<i>Мисловен филтър</i>	77	71
<i>Дисквалификация на позитивите</i>	67	76

3. ДЕСТРУКТИВНА СЕБЕОТНОСНОСТ В ОБСЪЖДАНЕТО НА ВИНА ПРИ ПРОВАЛ

- Възприемане на нещата лично. Деструктивна самокритичност с етикетиране*

Пример: Когато не ме поздрави някой колега, значи съм се провалил и не иска да ме познава, защото

Възприемане на нещата персонално	78	78
Самообвинение или самокритика	77	90 (мразя се?)
Етикиране	70	78

Таблица 1.

По-високите резултати се показаха при мъжете. Предполага се, че проблема е, както беше изтъкнато в демографския преглед, че жените получават по-малко пари от мъжете, но по-лесно намират работа в тоя момент за страната. Това води до усещането за хронична несигурност при мъжката популация и съответния резултат в психичното състояние на индивида, особено при активиране на базовите негативни допускания в посока на ниска самооценка.

1. При мъжете се получава много висок резултат при емоционалното мислене в отговор на въпроса: „Мразя се?“. Характерното при ниска самооценка е да следва интуитивно заключение, което се изразява чрез емоционално мислене, последователно представено в схемата. При конкретния случай наличието на много висок резултат при въпроса „Мразя се?“, може да се очаква авто-агресия при индивида, но също трябва да се внимава и за скрити суицидни тенденции, които могат да се активират в процеса на работа, когато се обработват болезнени проблемни области в съответния индивидуален контекст.

Полученият резултат превишава всички останали в цялата група, при което е силно рисков, като мислене и потенциално поведение, особено на индивида към себе си, което го прави най-важния при психологична работа поради потенциално високия суициден риск за клиента.

2. При жените максимума на когнитивните изкривявания се очертава при дихотомното мислене. Наличието на личностна не приспособимост, най-често води до екстремна оценка като: “всичко или нищо” без предварителна оценка на другата част от спектъра за възможности. Нещата са “добри-лоши”, “успехи или провали”. Като при депресивни състояния негативните тенденции се

подкрепят по-лесно при интерпретация от индивида. Загубата на адаптивност води до влошаване и на справянето, а това засяга значими житейски области и влияе подкрепящо на депресивното състояние. Резултатите от изследването показват най-висок показател в дихотомното мислене при жените участващи в изследването.

Таблица 2.

Екстремно мислене		Селективно мислене		Себеотносност	
Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже
81	78	79	76	78	78
74	77	77	71	77	90
69	72	67	76	70	78
224	227	223	223	225	246

При Таблица 2, се изследват количествено нивото на мисловните изкривявания, както в трите групи, така и съотношението между мъже и жени. Максимума се явява в мисловните изкривявания при групата на „Деструктивната себеотносност в обсъждане вината при провал“, като най-високи стойности се получават при мъжката популация, там е и отбелязани в Таблица 1 въпрос - „Мразя се?“, който е с най-високи стойности при мъжете. При жените тази група на мисловни изкривявания също е с най-високи нива, но разликите между женските групи са незначителни. При „селективното мислене“ , характерно с фокус върху един негативен признак и игнориране на положителното, резултатите между мъже и жени са еднакви. При „екстремно мислене“ мъжете отново са с по-високи параметри, но разликата е незначителна. Като краен резултат се установи, че водеща е групата на себеотносност и там са най-високи резултатите при мъжете.

Трета под част: Качествен анализ на 15 лица, изследвани с интервю по Схемата за анализ на случай, тестови въпросници и проследени в психологично консултиране.

По-долу е представен анализ на интервюто и допълнителните данни от консултирането при конкретните лица в рамките на една до две години. Лицата са от мъжки и женски пол, като всички имат някакъв семеен опит или са семейни в момента на психологичното подпомагане. Възраст при изявата на заболяването е от 27 до 65 години в групата, като наблюдаваната фамилна обремененост е в рамките на 13%, разводите са около 26%, но при наличието на развод нещата се оказват по-драматични и сложни за отработване, защото в процеса на консултиране се появява реакцията и на други засегнати, които не искат личния успех на консултираното лице и пречат както могат. Тези резултати са сходни с данни от други автори (Kawakami, 2004), (Kirmayer, 2001). Изследваните лица са от северозападна България и водещ фактор се оказва финансовата нестабилност, като тя е 60 % в групата. Понякога този фактор е подвеждащ, тъй като жените по-лесно намират работа, но тя е по-ниско платена от на мъжете, също така при мъжете по-трудното намиране на работа и по-несигурното оставане в нея е съпътствано с ниска мотивация поради негативния опит за справяне в различните моменти от живота. Като цяло мотивацията е ниска в групата, при което някои хора понякога прекъсваха психологичната работа и по-късно продължаваха отново.

Двама за пример един от случаите:

СЛУЧАЙ № 5. Георги 27 години, незавършено висше образование, неженен и с диабет. Има високо наднормено тегло. Исква да завърши образованието си, но все отлага. Напоследък употребява алкохол. Майката е починала преди две години. Баща му е с три висши образования едно от които е спортна академия, работи като адвокат. Цялото му детство е пълно със спомени от недоволството на баща му към него. Той не е това, което трябва да бъде според баща му. Майка му, учителка, фина жена, непрекъснато се е опитвала да го защити, но почти не успешно защото той, Георги е мъж и няма да стане

„женчо“, да си е родила момиче.

„Баща ми унищожи майка ми с тормоз и вечно недоволство. Свиреп човек.“

„Това беше моя бунт и защита; да не правя това, което баща ми иска. Така станах обратното на това което той искаше. Сега виждам че е бил прав, но го правеше идиотски, пълен изрод, унищожи мама. Сега виждам, че и аз съм унищожен. С мен е свършено“

Кога си се чувствал най-тъжен?

„Когато мама почина. Това беше моя свят. От тогава по-ми е хубаво да съм тъжен.“

Общо за изследването чрез личната история на клиента

Световната здравна организация (World Health Organization 1995), дефинира качеството на живот като „възприятието на индивида за неговата позиция в живота в контекста на културата и системата от ценности, в които живее, и във връзка с неговите цели, очаквания, стандарти и опасения“. (WHO, 1995).

Най-чести проблеми в живота и семейството свързани с депресията.

Конструктът качество на живот отразява от една страна доколко добре са посрещнати нуждите на индивида, а от друга страна степента в която индивидите и групите възприемат удовлетвореност или неудовлетвореност в множество области на живота (Schuessler & Fisher, 1985). От друга страна качеството на живот е мултидименсионален конструкт, който обхваща значимите за индивида потребности, възможностите тези потребности да бъдат посрещнати и субективната оценка за удовлетворяването на потребностите (Costanza et al., 2006), (Wood et al., 2003).

Според данните от качествения анализ във връзка с депресията установените проблеми в живота и семейството, най-силно са засегнати партньорските взаимоотношения, което кореспондира с анализи на други автори. Tong EM et al, (2004) De Longis A, Holtzman S, (2005). Scher C, Ingram R, Segal Z (2005).

Така живеещите отделно, без да са се развели, са водещата група, която е 40% от изследваните. Следващите процентно са живеещи без партньор - 20%, като същия процент се установява и при хората чиито съпруг или съпруга са починали. При последните също резултата е 20%. или един и същ. Тези данни съвпадат с данни от изследвания на други автори Booth (1991), Maciejewski (2001), Gahler (2006). Претърпелите втори развод е 10%, като това най-често са по-млади хора от изследваните лица и разведените първи път са 5%. (Tong EM et al, 2004; De Longis A, Holtzman S, 2005).

Също така - 5% са семейните хора с изразен страх от изоставяне и разделяне благополучието и психичното здраве (Drake et al., 2008; Boniwell & Zimbardo, 2004). Извършения качествен анализ показва, че при изразени и тежки нива на депресия, партньорските взаимоотношения са най-тежко засегнати при индивида, като се установява и не

желание за промяна. Hope (1999), (Lazarus and Folkman, 1984; Holahan, 1991), Connor-Smith and Flachsbart, 2007; Русинова, (2000), (Dunkel, Brooks, 2009), (Boyd & Zimbardo, 2005), Maciejewski (2001).

Финансовата нестабилност е другия доминиращ фактор установен при изследването, като при мъжете се очертава по-висок процент трудно намиране на работа от колкото при жените. При обща финансова нестабилност – 60%, за Мъжете процента е 38%, докато при жените се получава 22%.

Здравословни проблеми:

Доказано е, че повишените нива на стрес са свързани в много висока степен с пониженото ниво на ментално и физическо здраве, сходни с данните от други автори (Taylor, 1995), (Wilson & Murrell, 2004). Здравословните проблеми при изследването са 53%, като предхождащите депресията са 16%, а явяващите се след отключване на депресивното заболяване са 37%. (A. lim et al., 2008; Hobfoll, 2000).

Общо в изследваните лица, като част от вече изложените фактори, се установява и 40% фамилна обремененост, кореспондираща с данни от изследванията на различни автори. (Campbell, 2003; Goodman & Gotlib, 2002), (Luthar & Cicchetti, 2000, (Greenberg et al., 1993; Werner, 1993), (Belsky & Varends, 2002), (Riksen-Walraven, 2002).

Степен и диапазон на депресивните нарушения

При обобщение на резултатите от изследването се наблюдава степен на депресивното разстройство в изразената форма е при 26% от лицата, следващия процент на изразена към тежка форма е 22% и тежката форма на депресията е 52%, което е преобладаващата група от изследваните индивиди.

При общ анализ на резултатите симптомите за депресивно разстройство при тези нива са в широк диапазон, като освен основните за депресия, като тъжното настроение и липсата на удоволствие, (Pozzi et al. (2008), Martinotti et al. (2004), също така се наблюдават и загуба или наддаване на тегло, безсъние или хиперсомния, психомоторна възбуда или забавяне, загуба на енергия и чувство за умора, чувство на безполезност или прекомерна/неподходяща вина, намалена концентрация. (Pineles & Mineka, 2005).

Дисфункционални вярвания: от групата на дисфункционалните вярвания основно се очертава негативната Аз – концепция и съставните в нея негативни интерпретации на индивида към себе си. Като нивата са: изразена - 73% и умерена към ниска степен - 20% и 7% с умерена

степен. От тук следва, че при психологична работа основно се очаква проява на депресивна интерпретация на реалността в областта на негативното отношение на индивида спрямо себе си, както и тенденция за стабилизиране на депресията в тази посока. (Aaron Beck 1979), (Finch et al., 2012; Prinzie et al., 2009; Smith et al., 2007).

Мисловни изкривявания, които се наблюдават са от вида на катастрофизация, екстремно мислене и дихотомно мислене. (Схемата е стабилна ментална репрезентация на опита и участва в пресяването, кодирането и оценяването на информацията (Scott, 1989), (Javaras et al., 2012; Prinzie et al., 2009).

Катастрофизацията е с характерното за нея предсказване на най-лошото от очакваната възможност. Това може да се случи много бързо и да изглежда така, че клиентът веднага е прескочил на най-лошото заключение. Едно от най-разпространените видове изкривявания в мисленето, които допринасят за повечето фобии и страхове. Катастрофизация в изследването е - 40%. Според когнитивната парадигма паническите атаки се развиват, когато човек интерпретира телесните усещания по погрешен и катастрофален начин (Clark, 1996), (Le Vigourox et al., 2017).

Дихотомно мислене е 40%, изразено с характерната екстремна оценка (“всичко или нищо”) без предварителна оценка на спектъра от възможности. Нещата са “добри-лоши”, “успехи или провали”. Типично е, че негативната категория се подкрепя по-лесно. Пример: “Никога нищо добро няма да ми се случи” „Не мога да се доверя на никого” „Аз съм пълен провал”. (Abeduto et al., 2004; Johnston et al, 2003), (von Gonad et al., 2002).

Екстремното мислене е 20% от общите мисловни изкривявания с характерните за него. Не реалистични очаквания / високи стандарти (надценяване), Прилагане на преувеличени критерии за изпълняване и работа за себе си и/или за другите. Използване на “трябва”, “длъжен съм” е типично за перфекционистите. Пример: Ако това не е най-добрият резултат, няма да се смята въобще. Трябва да постигна пълния бал оценки. Грешките са неприемливи. Трябва всички да са доволни от мен. При екстремното мислене мъжете са с по-високи параметри, но разликата е незначителна. (Ashbaugh et al., 2005).

Айтеми с изразена степен се наблюдава преобладаващо по-високо при Автоматичните мисли: - 86%, спрямо депресията където процента е -13%, като при съпоставянето на емоционалното спрямо клиничното имаме: емоционално: - 40% при клинични показатели - 33%, баланс на емоционално спрямо клинично е при - 26% от случаите. При клиничните изяви вече беше установено, че част от тях се наблюдават още преди депресивния процес - 16%, докато другите се появяват след отключване на депресията - 37%.

При негативна Аз-концепция с чувство за вина се наблюдава припокриване на основните когнитивни вярвания с личната морална концепция на клиента.

Случай 1: Наказан от съдбата.

Случай 7: Фамилна вина от дядо му, която носи проклятие на потомците.

Случай 8: Силно е изразено чувството, че е наказан за нещо интерпретира го в православната традиция.

Случай 9: Наказание от Бога (мюсюлманин). Чувства се обречен: „ Един ден нещо ще се случи.“.

Клиента резистира при опит да се минимизира вината. Работата е успешна когато се тръгне през моралната схемата според концепцията на клиента.

Таблица 1. Критични събития

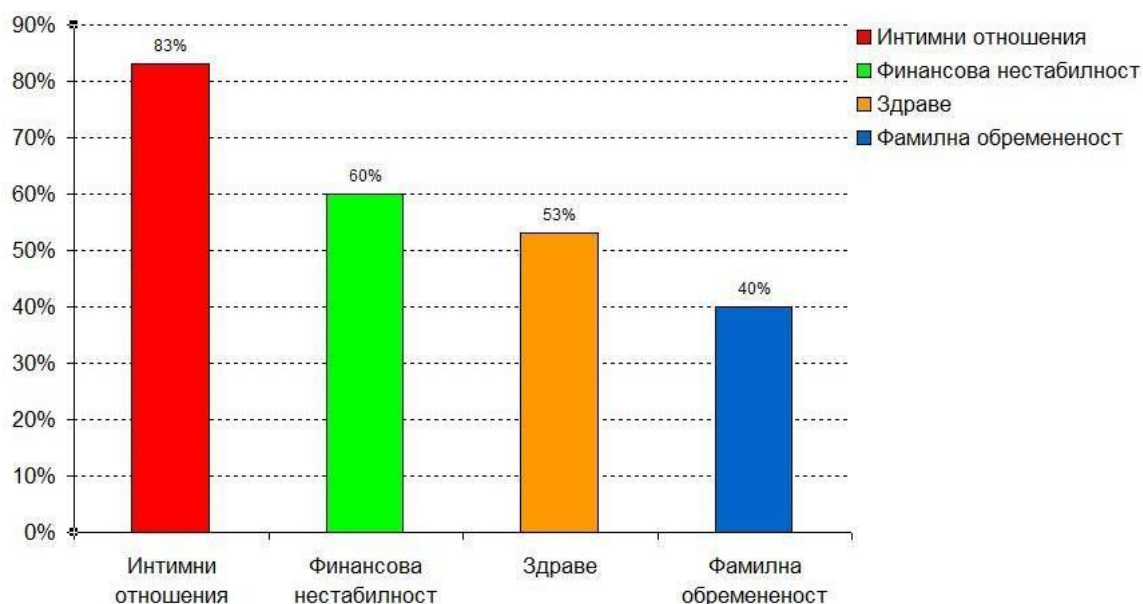
Критични събития	Интимни отношения	Финансова нестабилност	Здравни проблеми	Фамилна обремененост.
проценти	80%	60%	53%	40%

Таблица 2, е с данни за депресия, дисфункционални вярвания и мисловни изкривявания

Таблица 2.

	Депресия	Дисфункционални вярвания	Мисловни изкривявания
Изразено	52%	73%	40%
Умер.- изразено	22%	20%	40%
умерено	26%	7%	20%

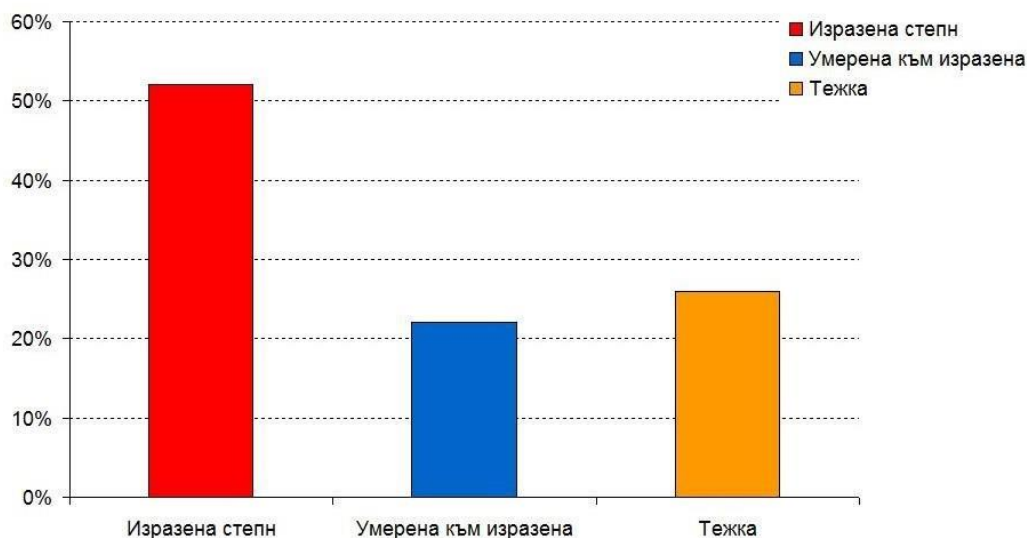
Житейски и семейни проблеми



Според данните от качествения анализ, във връзка с депресията, установените проблеми в живота и семейството, най-силно са засегнати партньорските взаимоотношения. Така живеещите отделно, без да са се развели, са водещата група, която е 40% от изследваните. Следващите процентно са живеещи без партньор - 20%, като същия процент се установява и при хората чиито съпруг или съпруга са починали. При последните също резултата е 20%. Претърпелите втори развод е 10%, като това най-често са по-млади хора от изследваните лица и разведените първи път са 5%.

Също така - 5% са семейните хора с изразен страх от изоставяне и раздяла. Извършеният качествен анализ показва, че при изразени и тежки нива на депресия, партньорските взаимоотношения са най-тежко засегнати при индивида, като се установява и нежелание за промяна. Финансовата нестабилност е другия доминиращ фактор установен при изследването, като при мъжете се очертава по-висок процент трудно намиране на работа от колкото при жените. При обща финансова нестабилност – 60%, за Мъжете процента е 38%, докато при жените се получава 22%.

Депресия



Степен и диапазон на депресивните нарушения

Степен на депресивното разстройство в изразената форма е при 26% от лицата, следващия процент на изразена към тежка форма е 22% и тежката форма на депресията е 52%, което е преобладаващата група от изследваните индивиди.

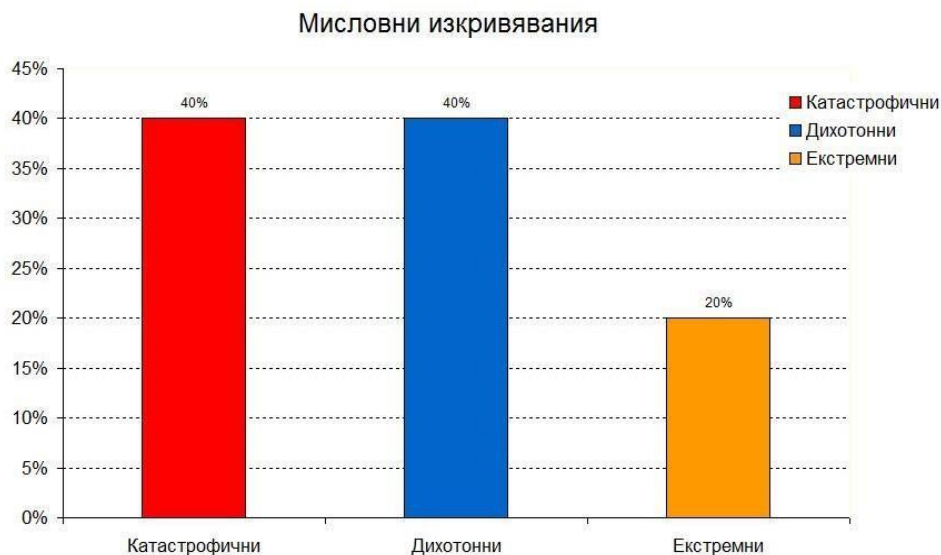
При общ анализ на резултатите, симптомите за депресивно разстройство при тези нива са в широк диапазон: освен основните за депресия, като тъжното настроение и липсата на удоволствие, се наблюдават и загуба или наддаване на тегло; безсъние или хиперсомния; психомоторна възбуда или забавяне; загуба на енергия и чувство за умора; чувство на безполезност или прекомерна/неподходяща вина; намалена концентрация.

Дисфункционални вярвания

Негативна Аз-концепция



Дисфункционални вярвания: от групата на дисфункционалните вярвания основно се очертава негативната Аз – концепция и съставните в нея негативни интерпретации на индивида към себе си. Като нивата са: изразена - 73% и умерена към ниска степен - 20% и умерена 7%. От тук следва, че при психологична работа основно се очаква проява на депресивна интерпретация на реалността в областта на негативното отношение на индивида към себе си, както и тенденция за стабилизиране на депресията в тази посока.

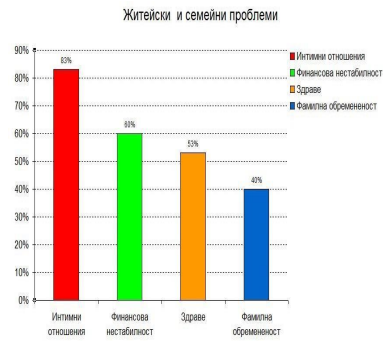


Катастрофизацията е 40%. Катастрофизацията с характерното за нея предсказване на най-лошото от очакваните възможности. Това може да се случи много бързо и да изглежда така, че клиентът веднага е прескочил на най-лошото заключение.

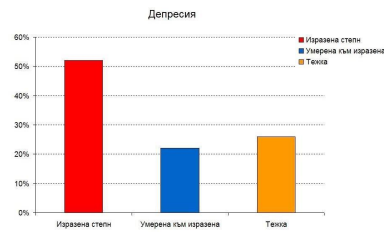
Дихотомно мислене е 40%, изразено с характерната екстремна оценка (“всичко или нищо”) без предварителна оценка на спектъра от възможности.

Екстремното мислене е 20% от общите мисловни изкривявания с характерните за него. Не реалистични очаквания / високи стандарти (надценяване), Прилагане на преувеличени критерии за изпълняване и работа за себе си и/или за другите. Използване на “трябва”, “длъжен съм” е типично за перфекционистите.

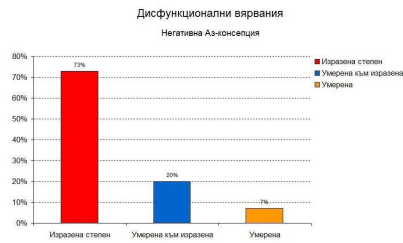
1. Отключващо събитие



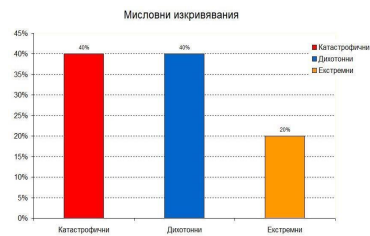
2. Депресия



3. Дисфункционални вярвания



4. Мисловни изкривявания



5. Стабилизиране на депресията

От представените графики се вижда, че критичното събитие в изследваната група е съпроводени с високи нива на депресия, като преобладаващите проблеми са в интимната област. При сравнение на графиките за депресия и мисловни изкривявания се установява, че при високи нива на депресия се наблюдават и високи стойности на мисловните изкривявания и при трите им преобладаващи вида. Така получените резултати подкрепят предположението, че при индивидите с депресивни разстройства ще се наблюдават нарушения в мисловните процеси, като резултат от заболяването. Това доказва първата хипотеза на изследването. Като следващ резултат при съпоставяне на резултатите, които засягат заложените хипотези е видно, че високите нива на депресия са съпроводени в следващата графика с високи стойности при дисфункционалните вярвания. Това е подкрепящо предположението на следващата хипотеза, че при индивидите с депресивни разстройства ще се наблюдават нарушения в мисленето от типа на дисфункционалните вярвания.

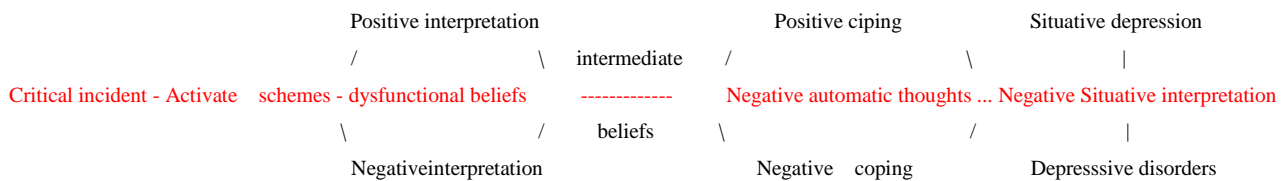
Относно третата хипотеза, че при лицата от женски пол ще се наблюдават по-високи нивата на нарушения в мисленето при по-високи нива на депресия, спрямо тези от мъжки пол, отново беше установено, че разликата между мъже и жени при нарушенията на мисленето са незначителни в разгледания случай. По-високи резултати в нарушения на мисленето при жените, не се потвърдиха от изследванията, което кореспондира с данни от изследванията и на други автори: Crick NR, Dodge KA, 1994, Abela JRZ, Hankin BL: Edited by Abela JRZ, Hankin BL, 2008, Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P: 2008,

ОБОБЩЕНИЕ НА ДАННИТЕ ОТ НАУЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1.Обобщение на данните от научното изследване

Всичко извършено в дисертационната разработка е свързано с психологичната работа при депресивно разстройство. Тези резултати се интегрират в когнитивно-поведенческия модел за лечение на депресия, като те са възможни за ползване, както в началото, така и по време на терапевтичния процес и при завършване на сесията, като напътствия за автотерапия.

Обобщаваща схема: Активиране и развитие на негативната интерпретация
(авторска изработка)



В дисертационния труд бяха извършени следните изследвания;

1.Тестови въпросници за депресия и автоматични мисли.

Експериментален метод, който ни даде нивото на депресия и изразеността на автоматичните мисли.

2.Качествен анализ на данните от тестовите въпросници, според спецификата на конкретните скали и съдържанието на айтемите в тях, чрез авторската схемата за основни мисловни изкривявания.

3.Качествен анализ на 15 лица, изследвани с интервю, тестови въпросници и приложени в психологично консултиране.

3.1. Качествен анализ на данните за автоматични мисли от тестовите въпросници в контекста на личната история: когнитивни изкривявания, както и доминиращи мисловни изкривявания сред тях.

3.2. Качествен анализ на данните за депресията от тестовите въпросници в контекста на личната история. Качествен анализ на засегнати области от депресията както и за доминиращите от тях при индивида

3.3. Съотношение между емоционалните и клиничните показатели в тестовия въпросник, което ни дава яснота за започнала клинична проява на проблематиката. Ако приемем, че клиничните прояви са показател за усложняване на депресията, то в случай на по-високи клинични показатели имаме усложнения, при които трябва да се съобразим и със съпътстващи физиологични проблеми при индивида.

Относно заложените хипотези:

От резултатите при изследванията се констатира, че при индивиди с изразена степен към тежка, на депресия, то нивата на автоматични мисли са в значително по-висока степен, отколкото при изследваните лица без изразени нива на депресия. При контролната група, която е без изразеност на депресията, мисловните изкривявания са на под прагово ниво и не влияят дезадаптивно на интерпретацията на индивида. Така получените резултати подкрепят предположението, че при индивидите с депресивни разстройства ще се наблюдават нарушения в мисловните процеси, като резултат от заболяването. Това доказва първата хипотеза на изследването.

Анализът на данните за високите нива на автоматични мисли при изразени нива на депресивност, дават индикация за подхранващите ги дисфункционални вярвания, които са в основата на организацията на когнитивните процеси и последващите мисловни изкривявания. Това е подкрепящо предположението на следващата хипотеза, че при индивидите с депресивни разстройства ще се наблюдават нарушения в мисленето от типа на дисфункционалните вярвания, като данните от субskalите показват, че са засегнати всички елементи на когнитивната триада. Негативните допускания поддържат негативна интерпретация, както към себе си, така и към другите, и към бъдещето.

Относно предположението, че при лицата от женски пол са по-високи нивата на нарушения в мисленето при по-високи нива на депресия, спрямо тези от мъжки пол, се оказа, че разликата между мъже и жени при нарушенията на мисленето са незначителни в разгледания случай. По-високи резултати в нарушения на мисленето при жените, не се потвърдиха от изследванията.

Предполагаемата причина, за така полученото, е изтъкнатото в демографския преглед, че жените получават по-малко пари от мъжете, но по-лесно намират работа в тоя момент за хората от изследвания район. Това води до усещането за хронична несигурност при мъжката популация и съответния резултат в психичното състояние на индивида, особено в посока на негативна самооценка. Изследване на демографските показатели в този случай дадоха информация за влияние на социалната ситуация върху психическото състояние на индивида и на съотношението между мъже и жени. При изследване на разликата между мъжете и жените се установи, че количествена разлика е незначителна, но има качествена разлика в психичното състояние при мисловните изкривявания. Сравнението на двете групи: мъже и жени, показва, че при жените най-високи са нивата на „лична не приспособимост и нежелание за промяна“, докато при мъжете е в „негативна Аз-концепция и негативни очаквания“. И при двете групи имаме активирани негативни вярвания за себе си, като при жените имаме силно активиране на дезадаптивност и последващи проблеми с копинга, докато при мъжете различието е в активиране на дисфункционалните вярвания спрямо бъдещето и силен срив при мотивацията.

Описанието на личната история даде данни за контекста на отключващото събитие както и по-широка информация за личния контекст на индивида, както и данни за диференциална диагноза при психологична работа. Интерпретация на данните от тестовете в ситуацията на индивида.

Качествения анализ на тестовите въпросници извършен чрез предложената схема за „Основни мисловни изкривявания“ внася повече яснота относно нарушенията на мисловните процеси при изразеност на депресията, както и за доминиращите мисловни изкривявания при изследваните лица. Съотношение между емоционалните и клиничните показатели в тестовия въпросник, дава яснота за започнала клинична проява на проблематиката, като телесни симптоми, негативно подкрепящи депресивните усещания при индивида. Така извършените количествени и качествени изследвания и интерпретации дават достатъчно основна информация за провеждане на ефективна психологична работа.

Заключение:

В средата на миналия век д-р Aaron Beck развива редица концепции и терапевтични техники, като същите са наречени когнитивно-поведенческа терапия, които в крайна сметка и до днес са едни от най-използваните при борбата с депресивните състояния. Настоящата работа имаше достатъчно възможности за емпирични изследвания и добре структурирана теоретична

интерпретация благодарение на възможностите предоставени от това психологично направление.

Приложената комбинацията от двете изследователски методики: емпирична и клинично-психологична, дава данни за количествените и качествени показатели за психологичния процес който формира депресията: критично събитие, активиране на схемите, дисфункционални вярвания, негативни автоматични мисли и негативна ситуативна интерпретация. Като всички тези показатели са съпоставени с изследване на съответните нива на депресия.

Описание по случай, позволява диагностика на подпрагова депресия, което ползва предиктори като се установят увреждания в значими области, като професионална, семейна, социална и др, при лица които не покриват критериите за депресивно разстройство, но са предиктори за депресията и позволяват да се отреагира на проблема преди неговото усложняване. Същата методика разкрива критичното събитие в онзи контекст чието наподобяващо събитие в утрешния момент може отново да отключи депресията. То активира когнитивната триада, появата на негативни автоматични мисли и негативна ситуативна интерпретация. Клиента трябва да се научи да го разпознава и да се предпазва от него. Двете хипотези дават нивото на базовите параметри в начално и крайно звено на интерпретацията. Активиране на несъзнателното в триадата и пряката негативна интерпретация на събитието при негативните автоматични мисли са в основата на формиране на негативната ситуативна интерпретация и депресията. Представената лична схема за когнитивните изкривявания позволява да се уточни качествено ниво на изследваните показатели.

Методиката използвана в дисертационното изследване може да бъде използвана, както при дианостиката на клиентите, така и в когнитивно ориентираните психотерапии и консултиране.

СПРАВКА ЗА НАУЧНИТЕ И НАУЧНО-ПРИЛОЖНИТЕ ПРИНОСИ

1. Представен е емпирично-клиничен модел за анализ на дисфункционалните когнитивни схеми в когнитивната триада, за себе си, за другите и за бъдещето, както и на доминиращите между тях,
2. Представен е емпирично-клиничен модел за анализ на негативните автоматични мисли, като когнитивно ниво, определящо крайната интерпретация, пряко формиращо модела на депресия.
3. Представена е схема за анализ на мисловните нарушения при депресия, тя е авторска разработка, която е обобщение на личния ми терапевтичен опит и е предложение за качествен

анализ на данните от тестовите въпросници, според спецификата на конкретните скали и съдържанието на айтемите в тях.

4. Практико-приложната значимост на резултатите от дисертационното изследване допринасят за по-добро разбиране на дисфункционалните вярвания като основа на когнитивната интерпретация, водеща до негативните автоматични мисли и мисловни изкривявания, формиращи неефективни копинг стратегии за справяне със стреса.

5. Представяне на метод за диагностика на подпрагова депресия, чрез методика, емирично-клинично изследване, което позволява да се установят увреждания в значими области, като професионална, семейна, социална и др, при лица които не покриват критериите за депресивно разстройство, но са предиктор за депресия.

НАСОКИ ЗА БЪДЕЩИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

1. Необходимо е да се продължи изследването в посока на когнитивните изкривявания при депресия, относно първия компонент от триадата: негативна Аз-концепция, която се оказва преобладаваща в научното изследване.

2. Изследване с цел да се повишат възможностите на взаимодействие между емпиричното и клиничното изследване при различните когнитивни нива, както и при различните видове мисловни изкривявания.

3. Изследвания за превантивна работа с депресия, които при увреждане във важни области, семейство, работа, понижено качество на живот или цялостно здраве, без да се покриват критериите за депресивно разстройство от клиента, но са предиктор за депресия.

4. Изследване за наличието на морална травма прикрита в негативната Аз-концепция като чувство за вина, при клиенти с изразена морална концепция резистиращи при консултирането за депресия.

Публикации:

1. Илия Савов (2024) „Морална травма”, e-Journal VFU, брой 21, (2024г), стр. 220 до стр. 230, Издател: ВСУ „Черноризец Храбър“, ISSN:1313-7514
2. Илия Савов (2024) „Изследване н когнитивните изкривявания при депресивно разстройство.”, e-Journal VFU, брой 21, (2024г), стр. 192 до стр. 207, Издател: ВСУ „Черноризец Храбър“, ISSN:1313-7514
2. Илия Савов (2014) „Сезонно афективно разстройство”, e-Journal VFU, брой 21, (2024г), стр. 231 до стр. 239, Издател: ВСУ „Черноризец Храбър“, ISSN:1313-7514