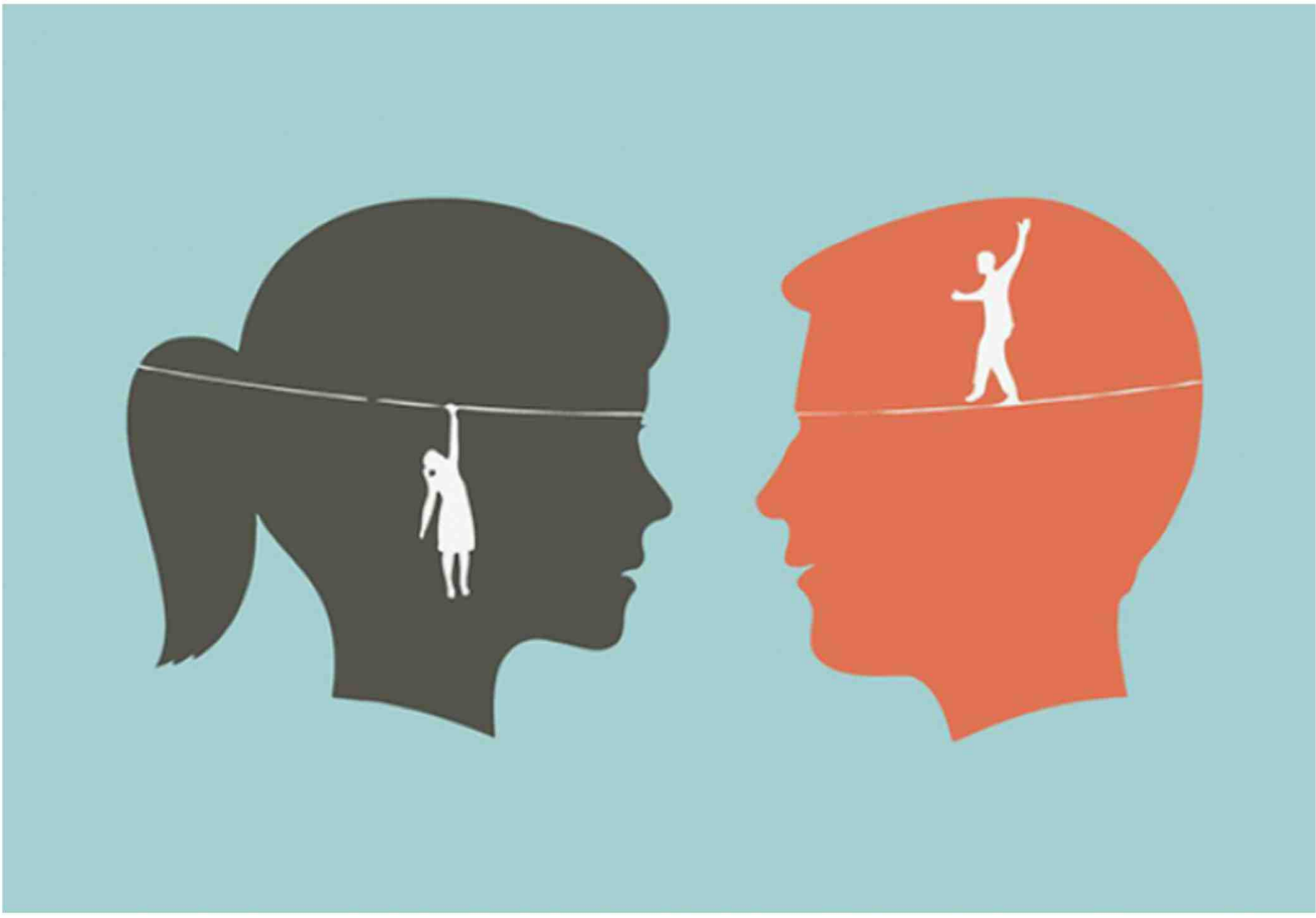
Гълъбина Петрова

АЛЕКСИТЕМИЯТА И ЕМПАТИЯТА В КОНСУЛТИРАНЕТО



2020 г.

Гълъбина Петрова

АЛЕКСИТИМИЯТА И ЕМПАТИЯТА В КОНСУЛТАТИРАНЕТО

ВАРНА

2020 г.

АЛЕКСИТИМИЯТА И ЕМПАТИЯТА
В КОНСУЛТАТИРАНЕТО
© Гълъбина Петрова

Първо издание

2020 © Всички права запазени. Настоящото издание или която и да е негова част не могат да бъдат възпроизвеждани (по електронен или механичен път) и разпространявани под каквато и да е форма без изричното писмено съгласие на автора.

ISBN 978-619-7503-07-4

С благодарност и обич към съпруга ми и дъщеря ми за търпението, подкрепата и вярата. Обичам ви!

С благодарност към Поли Петкова за срещите, разговорите, насърчаванията, споделянията, радостите, разочарованията и пътуванията.

Респект към тези, които ме вдъхновиха и дадоха нова посока. Част от тях са Успенски, Славински, Детлефсен, Левин, Калахар и други.

Различни са учителите в живота ми. От едните се уча какво и как да правя, от другите как и какво да не правя, от трети как да разбирам, приемам и интегрирам случващото ми се като учение. От всички се уча. С благодарност към всеки един за срещите и разделите.

Гълъбина

СЪДЪРЖАНИЕ

РЕЦЕНЗИЯ **6**

УВОД **9**

ПЪРВА ГЛАВА **11**

ТЕОРЕТИЧНИ КОНЦЕПЦИИ ЗА АЛЕКСИТИМИЯТА, ЕМПАТИЯТА

1. Научни теории и подходи за обяснение на алекситимията **11**

1.1. Видове алекситмия и специфични прояви **11**

2. Алекситимия и мозъчни структури **20**

3. Характеристики на емпатията като психологически конструкт **24**

4. Историческо развитие на разбирането на емпатията **24**

5. Емпатия детско развитие **27**

6. Когнитивна традиция в разбирането на емпатията **31**

7. Емпатия и философия **38**

8. Невробиологични основи на емпатията **39**

ВТОРА ГЛАВА **43**

ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА АЛЕКСИТИМИЯТА, ЕМПАТИЯТА

1. Цел **43**

2. Обект на изследване **43**

3. Основни принципи в изследването **49**

4. Етични принципи на изследването **50**

5. Задачи на изследването **50**

6. Хипотези **50**

7. Статистически методи **51**

8. Инструментариум на изследването **52**

8.1. Торонтска скала за алекситимия **52**

8.2. Тест за емпатиен потенциал **57**

ТРЕТА ГЛАВА **67**

АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. Алекситимия, емпатия и семейният статус, доходите, работният статус, здравният статус, образователна степен **67**

2. Алекситимия, емпатия и психични разстройства **79**

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА **84**

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧЕСКИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ДОБРА КОНСУЛТАТИВНА ПРАКТИКА

1. Обобщени изводи **84**

2. Модел за консултиране, базиран на получените данни от тестовото изследване с техники от Когнитивно-поведенческа психотерапия **91**

2.1. Консултативни техники при високо ниво на алекситимия **95**

2.2. Консултативни умения при ниска емпатия **101**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ **115**

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА **116**

РЕЦЕНЗИЯ
НА МОНОГРАФИЯ „АЛЕКСИТИМИЯТА И ЕМПАТИЯТА В КОНСУЛТАТИРАНЕТО“

Автор: Гълъбина Петрова

Рецензент: проф. д-р Даниела Тасевска, преподавател в катедра „Психология“, при ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“

Трудността за осмисляне и преработка на емоциите стои в основата на откриването на алекситимията като конструкт. В този смисъл изборът на предмета на предложената за рецензиране монография е не само актуален, но и социално значим.

Книгата е структурирана в четири глави с подглави и има характер на теоретико-емпирично изследване. Разположена е върху 128 страници, като в библиографската справка фигурират научни източници на кирилица и латиница, релевантни на избрания дискурс.

В **Увода** (с. 9-10) на монографичния труд изкристализират мотивите на автора, относно разработването на проблема за връзката между емпатията и алекситимията, като личностова диспозиция и състояние при пълнолетни лица. В резултат на интерпретативния анализ и проведеното емпирично изследване се полага замисълът за идентифициране на набор от техники, които да оптимизират справянето с алекситимията в избрания възрастов диапазон.

В теоретичното изложение на **Първа глава** (с. 11-43) е направен преглед на класическите и съвременни теоретични модели, които изясняват феноменологията на емпатията и алекситимията. Извършен е задълбочен преглед на основните фактори и връзката им с биологичния субстрат. Широко дискутирано е формирането на алекситимични черти

с особеностите на семейното възпитание и семейното взаимодействие. Обсъдени са различните дефиниции за емпатията и алекситимията, като многомерни психологически конструкти.

Втора глава (с.44-67) и **трета глава** (с.68-84) на книгата представят успешно замисъла на автора да концептуализира своето емпирично изследване. То е базирано, както на анализираните в първа глава автентични психологични постановки, така и на научната креативност за идентифициране на особеностите, свързани с алекситимията и емпатията в субклинична извадка.

Ясно дефинирани са емпиричните рамки на предмета и обекта, както и на броя на изследваните лица, включени в същинското изследване. Авторът демонстрира компетентност при представянето на методиката, организацията и етапите на провеждане на емпиричната процедура. Въз основа на конкретно очертаните изследователски цел и задачи, адекватно е предложен и методическия инструментариум на изследването. Избраните в конкретната методика инструменти са релевантни на целите и задачите на цялостното емпирично изследване. Методическият инструментариум е описан в детайли и с логическа последователност. В съответствие с научните правила са описани и методите за статистическа обработка на данните, което гарантира и достоверността на анализа на получените резултати. Получените резултати са обработени статистически, задълбочено интерпретирани и визуализирани в редица таблици и диаграми.

Изведените обобщения дават основание за разработването в **четвърта глава** (с.85-116) на монографията на Модел за консултиране, базиран на получените данни от тестовото изследване с техники от Когнитивно-поведенческа психотерапия. Предложените техники са обосновани като ефективни при работа с проблеми на емоционалното

развитие при деца и юноши, с оглед преодоляване на алекситимията и формиране на умения за разпознаване, вербализиране и отреагиране на емоциите.

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ Научният принос на автора на монографията може да се открои в постижението му да свързва теорията с наблюдения от собствената професионална практика и на тази база убедително да обосновава терапевтична практика за решаване на конкретните задачи, заложени в емпиричното изследване и свързани с валидизиране на нов психодиагностичен инструмент за България – тест за Емпатиен потенциал.

06.02.2020 г.

Рецензент:

Велико Търново

проф. д-р Даниела Тасевска

УВОД

Емпатията и алекситимията са едни от най-често проучваните области в психологията, както от гледна точна на консултирането и психотерапията, така и от невронауките.

В началото на XXI-ви век вече се знае много повече за честотата и рисковите фактори, свързани с тези характеристики в различни популации, но изследванията относно функциите на тези поведения все още са недостатъчно добре проучени, за да се конкретизират етиологията, класификацията и възможностите за корекционна работа и в частност чрез психологическо консултиране.

В голямата си част тези проучвания имат едно сериозно ограничение - изследваните лица са хора, които получават медицинска диагноза, хоспитализирани са или са в процес на фармакотерапия, т.е. извадките имат подчертано „клиничен характер“. Изследователите изтъкват, че данните се отнасят само за една малка част от случаите, които представляват „пик“ и проучванията следва да се насочат към общата популация и да се провеждат в рамките на субклинична извадка.

Целта на разработката е да се направи оценка на емпатията, алекситимията като черта и състояние, да се предложи набор от техники, които трябва да бъдат модифицирани при нужда и специфични характеристики на клиентите.

Основните задачи, които изследването следва да реши са:

- да се оцени нивото на емпатия, алекситимия при пълнолетни лица;
- да се установи има ли полови различия по отношение на

тези параметри;

- да се изследват тенденциите, свързани с определени демографски параметри;
- да се проучат влиянието на възрастта върху емпатията, алекситимията;
- да се провери и направи анализ на ефективните техники за справяне с тези проблеми.

В монографията е направен преглед на класическите и съвременни теоретични модели, които изясняват емпатия , алекситимия. Разгледани са основните фактори и връзката с биологичния субстрат. Специално внимание е отделено на полезността и използваните инструменти. Обсъдени са различните дефиниции за емпатия и алекситимия, като многомерни психологически конструкти.

Научно-приложните приноси освен с решаване на конкретните задачи, заложени в изследването са свързани и с валидизиране на нов психодиагностичен инструмент за България – тест за Емпатиен потенциал, който и други специалисти, работещи по проблемите емпатия, свободно ще могат да използват, за да разберат по-добре тези деструктивни емоционални преживявания и респективно, как те влияят на поведението.

ПЪРВА ГЛАВА
ТЕОРЕТИЧНИ КОНЦЕПЦИИ
ЗА АЛЕКСИТИМИЯТА, ЕМПАТИЯТА

1. Научни теории и подходи за обяснение на алекситимията

1.1. Видове алекситмия и специфични прояви

Актуалността на изследването на проблема с алекситимията, като фактор за психичното здраве, е свързана със съвременните тенденции в развитието на психологическите знания, с опитите за създаване на нови подходи и концепции, които позволяват систематично проучване на явленията и моделите на техните прояви, въз основа на които е възможно разработването на нови модели за консултиране и терапия. Алекситимията като категория научни знания, в контекста на психичното здраве, традиционно се изучава в рамките на медицинската (патоцентричем модел) и психологическа (саноцентричен модел) парадигма.

Салутогенеза е сравнително ново понятие, което навлиза в медицински и немедицински среди. Салус означава здраве, а генезис - произход. Понятие, противоположно на патогенеза (патос - страдание и генезис- произход, термин, познат даже и в немедицинските среди). Когато говорим за патогенеза, фокусът е болестта и причинителите, как да се предпазим от поредната инфекция и облекчаване на страданията чрез потискане на симптомите. През 70-те години Аарон Антоновски изследва факторите, които влияят на салютогенезата. Той разработва теоретичен модел на качествата, необходими, за да „стане и да остане здрав“ (*Иванов, 2012*).

Трябва да се отбележи, че броят на психологическите изследвания, в рамките на патоцентричния модел, значително надвишава подобни в областта на клиничната и консултативна психология. Последните са насочени към изучаване на психологически фактори, които установяват връзката между алекситимия и психично здраве, като се вземат предвид индивидуалните ресурси и способности на човек за развитие, самореализация и самоусъвършенстване. Разработването на психологически концепции, както и създаването на основа за ефективни психологически модели за консултиране, е един от най-належащите проблеми на съвременната консултативна психология.

Разглеждането на проблема с алекситимията, в контекста на психичното и соматичното здраве, се дължи преди всичко на значението на това явление в структурата на психосоматичните разстройства. По този начин изследването на алекситимия, при нормални и патологични състояния, става необходимо в няколко области: идентифицирането на значението на психологическите фактори, които определят алекситимията; тяхната систематизация при липса на психични разстройства, както и при наличие на психични и психосоматични заболявания; създаването на психологически модели, насочени към:

– психологическа профилактика,
– психологическа рехабилитация,
– психологическа корекция в контекста на консултирането и психотерапията.

Няма единно определение на конструкта алекситимия.

Алекситимията се разглежда като клъстер от специфични дефицити, в способността за преработка и регулация на емоционалните преживявания, който включва:

(1) трудности в идентифицирането и диференциацията между чувства, и телесни усещания;

(2) трудности в описването на емоционалните състояния;

(3) ограничена способност за фантазиране;

(4) специфичен, ориентиран навън стил на мислене, който се свързва с намалено отчитане на вътрешните преживявания и е насочен предимно към външните събития и детайли.

Алекситимията, дефинирана като специфична личностова констелация от затруднения в емоционалната преработка и регулация, се превръща в обект на засилен изследователски и научен интерес, тъй като предоставя едно възможно обяснение за характера на индивидуалните различия, наблюдавани в афективната сфера. *(Пседерска, 2016; Taylor, Bagby & Parker, 1997).*

Трудности при вербализиране на емоциите *(Ruesch, 1948)* описва при пациенти, диагностицирани с „посттравматично стресово разстройство (ПТСР)“ и психосоматични разстройства. Засиленият интерес към тези сходни характеристики на психичното функциониране на психосоматично болните, изследвани и описвани от различни автори в Европа и Америка, води до предлагането на по-общия термин - алекситимия в началото на 60^{те} години на 20 в. от *Peter Sifneos*. Индивиди с високо ниво на алекситимия проявяват склонност да реагират поведенчески на конфликтни събития, притежават ограничен емоционален репертоар, не успяват да диференцират успешно различните нюанси на чувствата и преживяват трудности в намирането на точните думи за емоционалните си състояния *(Sifneos, 1973).* Именно тези трудности във вербализирането на афективните преживявания се разглеждат като централна характеристика и обуславят избирането на термина алекситимия, който в превод от

гръцки означава „без думи за чувства“ (a - липса, lexis-думи, thymos-чувства). Най-общо алекситимията се дефинира като група от когнитивни и афективни дефицити, свързани с трудности в идентифицирането и диференциацията между чувства и телесни усещания, трудности във вербализирането на емоциите и дефицити в афективната регулация *(Lecours, 2013; Taylor, Bagby & Parker, l997).*

Специфичните нарушения в когнитивната преработка и регулация, които са базови за алекситимията, водят редица изследователи до дефинирането ѝ като един от предполагаемите рискови фактори за отключването на множество психиатрични и медицински заболявания *(Taylor, Bagby, &Parker, 1997).* Откриват се връзки между алекситимия и паническо разстройство *(Zeitlin & McNally, 1993),* алекситимия и ПТСР *(Shipko, Alvarez & Noviello, 1983; Krystal, Giller & Cicchetti, 1986; Zeitlin, McNally & Cassiday, 1993),* алекситимия и соматоформни разстройства *(Waller & Scheidt, 2004),* и алекситимия и тежест на депресивната симптоматика *(Bomanoti et al., 2009).*

Според *Бозгунов (2017)* „Някои автори го дефинират като специфично психосоматично разстройство, а не като отделна, кохерентна диагностична категория“ *(Leweke et al., 2012).* Според други, алекситимията е трайна личностова констелация, която се разглежда като уязвимост към психични разстройства *(Martínez-Sánchez, Ato-Garcia, Corcoles Adam, Huedo Medina, & Selva Espana, 1998; Martínez- Sánchez, Ato-García, & Ortiz-Soria, 2003; Pinard, Negrete, Annable, & Audet, 1996; Saarijärvi, Salminen, & Toikka, 2001; Salminen, Saarijärvi, Aäirelä, & Tamminen, 1994, цит. по Mikolajczak & Luminet, 2006).* Съществува и гледната точка, че алекситимията е по-скоро защитна формация, вторична спрямо преживян психичен стрес,

депресия или тревожност *(Haviland, Shaw, Cummings, & MacMurray, 1988; Honkalampi, Hintikka, Saarinen, Lehtonen, & Viinamaki, 2000, цит. по Mikolajczak & Luminet, 2006).*

Централна идея на направлението, което разглежда алекситимията като стабилна личностова черта, е концепцията за дефицит в когнитивната преработка на афективните състояния, което довежда до нарушения в афективната регулация и способността за адаптивно справяне с факторите, пораждащи дистрес, което от своя страна води до влошаване на психичното функциониране, свързано с отключване на психични симптоми или соматични разстройства. Тази хипотеза има потвърждение в емпирични данни, получени от лонгитюдни изследвания с психиатрични пациенти, при които вследствие на лечение се наблюдава редуциране на нивата на преживяния дистрес, но нивата на алекситимия остават непроменени *(Pinard et al., 1996; Saarijärvi et al., 2001; Salminen et al., 1994, цит по Mikolajczak & Luminet, 2006).*

Алекситимията представя широк спектър от състояния, който включва определени вариации в степените на неспособност и съответно предполага съществуването на множество етиологични фактори *(Bellgrove & Fitzgerald, 2006).* На базата на различните етиологични фактори, участващи в развитието ѝ, се разграничават две основни нейни форми. Под първична алекситимия се разбира стабилна личностова диспозиция, която се свързва с преживяни ранни травми. Вторичната алекситимия е по-скоро ситуативен отговор на травматични събития, случващи се на един по-късен етап в живота на индивида. От тази перспектива първичната алекситимия се разглежда като предразполагащ фактор за развитието на психиатрични или соматични симптоми, а вторичната – по-скоро като тяхно следствие *(de*

Vente, Kamphuis & Emmelkamp, 2006). Идентифицирана е още една форма на алекситимия – органична, при която характерните емоционални нарушения са следствие от органични лезии в мозъчните структури, участващи в когнитивната преработка на емоционална информация *(Messina, Beadle, & Paradiso, 2014)*".

Според *Пседерска (2017)* „В последните десетилетия алекситимията започва да се разглежда не само като евентуален рисков фактор за отключване на различни психиатрични и медицински разстройства, но и като важен предиктор на ангажираността и изхода от терапия *(Krystal, 1982; Sifneos, 1975; Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2011; McCallum, 2003).* Редица изследвания демонстрират тенденция високите нива на алекситимия да се свързват с по-неблагоприятен изход от лечение и с по-ниска ангажираност към терапевтичния процес *(Krystal, 1982; Sifneos, 1975; Ogrodniczuk et al., 2011; McCallum 2003).* Поради по-неблагоприятната прогноза за повлияване на тези пациенти, алекситимията придобива и важно терапевтично значение - различни психотерапевтични школи се насочват към изследване на ефективността на терапията в повлияването и редуцирането на нивата на алекситимия. Това, което се открива е, че ориентираните към инсайт терапии, използващи интерпретативни техники, не са особено ефективни при лечението на индивиди с високо ниво на алекситимия, тъй като могат да породят тревожност и да доведат до влошаване на симптоматиката *(Sifneos, 1973; 1975).*

Теоретичните концепции за алекситимията имат добра основа и в Руската Психологическа Школа. Алекситимичните черти могат да се засилят и да се задълбочат в резултат на влошено соматично здраве, поради отслабено тяло и деморализация на пациента *(Урванцев, 1983, 1994, 1998, 2000).*

Хората с тежка алекситимия не могат да оценят модалността на преживяванията, за тях е трудно да разберат дали са разстроени, разтревожени или раздразнени; в стресови ситуации могат да преживеят афективни сривове *(Гаранян, Холмогорова, 2003).* Алекситимията се проявява в невъзможността за размисъл, което води до опростяване на жизнената ориентация, обедняване на отношенията с външния свят, понякога някакъв инфантилизъм *(Шейнина, Третякова, 2016).* Диагностичните критерии за алекситимия включват поведенчески (вербални и невербални) и когнитивни признаци *(Соложенкин, Гузова, 1992).*

Интересен е подходът *(Кулаков, 2003),* който свързва формирането на алекситимични черти с особеностите на семейното възпитание и семейното взаимодействие. Той смята, че алекситимията се появява в семейна среда, в която няма искрен израз на чувства, причинени от реалния живот. Тази позиция е обезпечена с дългосрочно инсталиране при твърдо спазване на социалните норми.

Според *Брель (2017)* алекситимията е разгледана във връзка с „коронарна болест на сърцето“ *(М. Ф. Белокрилова, Н. П. Гарганеева, В. Ф. Лебедева, Л. И. Тюкалова)*, различни кардиологични заболявания *(М. Ф. Белокрилова, А. В. Будневски, Т. И. Грекова, М. В. Демченко, И. В. Дроздова, Ф. Ю. Копилов, А. Я. Кравченко, В. Е. Медведев, М. М. Мучник , Ю. М. Никитина, В. М. Провоторов)*, бронхиална астма *(Д. И. Баранзаева, Т. В. Заболоцких, В. Н. Крутко, Ю. Л. Мизерницки, В. М. Провоторов, Н. Д. Семенова, Дж. Дж. Тейлър, Г. В. Близки и други),* мозъчни заболявания *(Г. П. Белоусова, Т. Г. Вознесенская, Т. А. Колупаева, И. С. Коростелева, С. А. Кудряшова, И. Г. Пашков, Г. А. Рилцова),* офталмологични заболявания *(И. С. Карауш),* с развитието на невроза и депресия *(Н. А. Аверкина, Е. Г. Филатова)*, както и различни

форми на зависимо поведение *(А. В. Копитов, В. А. Куташов, Л. С. Нимих, А . В. Русу, С. А. Смайлова)*. Проучванията разкриват връзката на алекситимията с такива психологически характеристики, които определят личностните прояви на човек като агресивни реакции *(Е. Н. Левшунова)*, акцентуации на характера *(О. П. Бартош, Т. П. Бартош, М. В. Мичко, В. В. Плотников, Д. В. Плотников, Л. А. Северянова)*, особености на психологическата защита *(А. Ю. Умело)* и копинг стратегии *(А. К. Акименко)*, психологическа стабилност *(С. К. Нартова-Бочавер, А. В. Потапова)*, емоционална интелигентност *(Е. С. Иванова)*. Съществува връзка между преживяването на тревожност и проявите на агресия *(С. Л. Соловиев, Ф. Дорски, М. Косевски)*. Значението на съпричастността и сътрудничеството като форма на развитие на просоциалното поведение, като се вземат предвид различията между половете и възрастта, се отбелязва от много автори *(В. В. Зенковски, Е. П. Илийн, Г. Крейг, Н. Айзенберг)*. Като основни фактори, допринасящи за формирането и развитието на съпричастността, изследователите разглеждат естеството на семейните отношения, стила на възпитание, значимите семейни ценности *(А. Адлер, В. В. Бойко, Т. П. Гаврилова, В. Н. Дружинин)*.

В България алекситимията се разглежда в две направления – психосоматика и зависимости.

В контекста на психосоматиката *Нацов (2012)* разглежда алекситимията и соматизацията „… съвременни изследвания показват връзка между съобщавани телесни симптоми и алекситимия“. Получените в настоящото проучване резултати според нас носят важни поуки в този свой аспект. Общата оценка за наличие на алекситимия се оказа достоверно по-висока при несоматизиращите контроли ($p<0,05$) – нещо, което на пръв поглед е изненадващо в светлината на резултатите от

досегашните многобройни целенасочени изследвания, които най-често са в полза на обратната зависимост.“ Внимателният анализ на получените данни налага два важни извода: 1) налице е изключително широко разпръсване на индивидуалните оценки, т. е. комплексът алекситимични характеристики следва да се възприема като психологична особеност с подчертана интериндивидуална вариабилност и 2) за соматизиращите пациенти наистина са свойствени значимо по-големи затруднения при идентифициране и при описване на собствените чувства (съотв. $p<0,001$ и $p<0,001$ спрямо контролната група), но в обобщената оценка по TAC зависимостта обръща посоката си поради значимо по-изразената екстравертираност на мисленето у несоматизиращите пациенти ($p<0,001$ спрямо соматизиращите). Така подредени резултатите изглеждат напълно логични, но налагат и изискването отделните елементи на алекситимния комплекс, изследвани чрез инструмента TAC, да бъдат анализирани независимо един от друг”.

Бозгунов (2017) разглежда алекситимията и връзката й с други психологически конструкти. Според него „Темата за връзката между психопатията и алекситимията е значима с оглед същността на двата конструкта. От една страна психопатията се характеризира с намалени възможности за изпитване на угризения *(Hare, 1991)*. Тези дефицити са свързани с емоционалността и се приема, че у психопатите са налице черти като „липса на състрадание или емпатия и липса на разкаяние или чувство за вина“ *(Hare, 2003)*. Тези характеристики отразяват нарушение в емоционалността, което в най-общи линии възпрепятства способността на психопатите да изпитват емоции в дълбочина, без да нарушава когнитивните им годности, да ги идентифицират и изразяват, ако те са налични или дори да ги симулират. От друга страна,

алекситимията е дефинирана като нарушение най-вече на възможностите за идентифициране и вербализиране на емоциите *(Lecours et al., 2013; Taylor, Bagby, & Parker, 1997)*. Въпросът за връзката между двата конструкта е логичен, тъй като те отразяват два различни типа нарушение. Налице са различни изследвания, проведени за изясняване на връзката между алекситимията и психопатията. Изследване, проведено от *Berastegui, van Leeuwen & Chabrol (2012),* показва, че първи фактор на PCL:SV корелира отрицателно и незначимо с всички фактори на TAS-20, както и с общия резултат за алекситимия. PCL:SV втори фактор и общият резултат по PCL:SV не корелират с нито един фактор на TAS-20, както и с общия резултат за алекситимия. В изследване, проведено от Louth участват 37 жени, осъдени за различни престъпления. Използвани са PCL-R и TAS-26. Не се откриват значими връзки между PCL-R и общия резултат по TAS-26, но се наблюдават значими и положителни корелации между фактора, описващ трудности в идентифицирането на чувства и втори фактор *Grieve & Mahar (2010)* изследват 187 жени и 88 мъже, като участниците са студенти. Използват самооценъчна скала за измерване на психопатия LSRP и TAS-20. Корелацията между общата стойност за алекситимия и първичната психопатия е значима и положителна, както и между алекситимия и вторична психопатия. В изследване, проведено от *Rogstad (2011)*, се наблюдава, че алекситимията е значително свързана с общата стойност по психопатия, както и с антисоциалната и поведенческа димензия.

2. Алекситимия и мозъчни структури

За да се разберат биологичните основи на алекситимията, трябва да се разгледат няколко важни анатомични области. Според *Проданов*

(2009) Главният мозък се намира в черепната кухина, която определя неговата форма. Дели се на пет части:

1. Продълговат мозък;
2. Заден мозък, състоящ се от:

- Варолиев мост и Малък мозък;

3. Среден мозък;
4. Междинен мозък;
5. Краен мозък.

Кора на големите полукълба. Повърхността на полукълбото е нагъната с ясно изразени извивки (гируси), ограничени от бразди (сулкуси). Някои бразди и извивки са непостоянни и разнообразни при отделните индивиди. Изучаването на браздите и извивките дава възможност за разграничаване на отделни корови полета, свързани с определени функции. На всяко полукълбо се обособяват три повърхности:

– Горно-странична;
– Вътрешна;
– Основна (базална).

По горно-страничната повърхност се откриват три основни бразди, които делят полукълбото на четири дяла:

- челен (фронтален);
- теменен (париетален);
- слепоочен (темпорален);
- тилен (окципитален).

Страничната мозъчна бразда (Силвиевата) е най-голямата и дълбока бразда по горно-страничната повърхност на полукълбото. Тя отделя слепоочния дял от челния напред и теменния назад и нагоре. Втората главна бразда е централната бразда (Роландова), тя отделя

челния дял напред от теменния дял назад. Роландовата бразда разделя горно-страничната повърхност на полукълбото на две приблизително еднакви половини. Теменно-тилната бразда е третата основна бразда, с помощта на която се разграничават мозъчните дялове. Тя се намира в по-голямата си част по вътрешната повърхност на полукълбото. Нейното мислено продължение по горно-страничната повърхност отделя тилния дял от теменния (напред и нагоре) и слепоочния (напред и надолу). Така изброените дялове съдържат множество извивки и бразди, от които ще изброим по-важните. Дясното полукълбо е добре известно с участието си във възприятието и координация на емоционалното поведение.

Крайния мозък е разделен от надлъжна цепнатина, в дълбочината на която се намира масивна мозъчна спойка от бяло мозъчно вещество, наречена Мазолесто тяло. Дълбока и постоянна е браздата на мазолестото тяло (корпус калозум). Тя върви непосредствено над мазолестото тяло, следва дъговидната му конфигурация, като надолу преминава в дълбока бразда – цепнатината на морския кон (фисура хипокампи). Адекватна междухемисферна комуникация се изисква за адекватно регулиране на емоции. При пациенти със „сплит“ мозък, които са били лекувани от тежки видове епилепсия и са се подложили на пълна церебрална комисуротомия, се наблюдава алекситимия.

Поради дълбочината на тази цепнатина, в кухината на слепоочната част на страничното мозъчно стомахче се образува особено възвишение, наречено Амониев рог или крак на морския кон (пес хипокампи). Отгоре и успоредно на браздата на мазолестото тяло се разполага поясната бразда (сулкус цингули), която в задната си част извива нагоре и достига горния ръб на полукълбото (парс маргиналис

сулци сингули). Установено е, че емоционалният живот не се засяга забележимо ако се наруши най-новото образувание на големите мозъчни полукълба – тяхната кора. Изключение правят челните отдели на кората. Обратно, емоционалният живот на човека радикално се нарушава, ако при увреждане са засегнати подкоровите образувания. Установява се, че във формирането на емоциите вземат участие старата част на мозъчната кора (палеокортекс), разположена във вътрешността на големите полукълба, известна в миналото като риненцефалон (обонятелен мозък), а днес означавана като лимбична система. Наименованието произхожда от лат. limbus, – "дъга", която е разположена над мазолестото тяло и ядрата на септума и обхваща функционално свързани части от слепоочния, теменния и челния дял, намиращи се в срединната част на мозъчните хемисфери. Тук влизат gyrus Cinguli, girus Hypokampi, nucleus amigdale. Вече е изяснено, че тук освен коровото представителство на обонятелната сетивна система се намират и главните центрове на вегетативните прояви, инстинктите, емоциите. Амигдалата се състои от множество ядра (нарича се още амигдалоиден комплекс). Тя е структура, разположена между хипокампа и хипоталамуса *(Проданов, 2009; Пирьова, 2003).* Лезии в амигдалата могат да доведат до неразпознаване на емоции *(McLean, 1949).*

В обобщение – няма единно становище както и теоретичен концепт за алекситимията, но тя може да се свърже с базов невропсихологичен дефицит, свързан с различни мозъчни структури, които оказват влияние върху функцията на вербализиране на емоции. Данните показват, че това е състояние, което се свързва както с дизонтогенезата, така и с различна патология на соматично и психично ниво.

3. Характеристики на емпатията като психологически конструкт.

В специализираната литература мястото на емпатията играе важна роля. Той е фактор за социалното поведение и комуникация, както и фактор за психологическо консултиране и психотерапия. Емпатията също играе роля в клиничната работа, особено в разбирането на процесите, участващи във взаимоотношенията лекар-пациент. Това поражда търсене на нови възможности за оценка, с цел обективизиране на този процес и разработване на нови модели за клинична комуникация.

Според *Тасевска (2018, 2019)* „…подходящият стил на консултативно взаимодействие е емпатийно откликване, поощряване и развитие на комуникативни умения и увереност... . „Същевременно отсъствието на доверително пространство за студентите, които изпитват сериозни затруднения в своята адаптация към академичната среда и в социалната комуникация с представителите на университетската институция може да доведе до сериозни последици за студента и всъщност да е причина за криза на личността и за академично отпадане.““.

4. Историческо развитие на разбирането на емпатията

Съществуват различни дефиниции на психологическия конструкт Емпатия. В литературата от края на XX - началото на XX век няма единно определение за съпричастност. Според *Clark (1980),* съпричастността може да бъде определена като уникалната способност на човек да усеща преживяванията, потребностите, стремежите, разочарованията, тъгата, радостта, тревожността или глада за другите, сякаш са свои. *(Waal, 2008)* предполага, че емпатията се разбира като способност да бъде повлияна от емоционалното състояние на друг

човек да споделя и оценява причините за състоянието на друг човек и да се идентифицира с друг, като взема предвид неговата гледна точка.

Според *Mayer (2018)* емпатията се разбира като способността да се идентифицират емоциите на други хора, произведения на изкуството и т.н. - способността да се прави разлика между точно и неточно, или честно и нечестно изразяване на чувствата. Това определение е интересно с това, че включва и осъзнаване на точността и честността на изразените чувства, което показва по-задълбочено ниво на анализ на емоциите на друг човек, а не само оценка на причините за тези емоции.

Американският психолог *Ickes (2003)* интерпретира емпатията като способност да прави изводи за съдържанието на мислите и чувствата на друг човек. Тук емпатията се разбира като първоначално когнитивно явление. *Decety (2006)* определя емпатията като способността да изживееш и разбереш какво чувстват другите, без да се идентифицираш с тях. *Дейвис (1983)* разглежда съпричастността в широкия смисъл като отговор на човек на наблюдаваните преживявания на друг. *Хофман (1987)* определя емпатията като емоционален отговор, който е по-подходящ за чуждата ситуация, отколкото за собствената ситуация. *Айзенберг (2002)* разбира съпричастността като емоционална реакция, която идва от разбирането на емоционалното състояние и прилича на това, което чувства или ще чувства друг човек. Така емпатията включва очакването на чувствата на друг човек, чието заключение се прави въз основа на анализ на ситуацията и личните характеристики на другия, което според нас е вярно. Трябва също да се отбележи, че повечето дефиниции на емпатията остават донякъде неясни, докато някои изследователи предоставят подробни описания на това явление.

Според *Batson (1987),* емпатия е способност за споделяне и разбиране на емоционалните състояния на другите. Други автори като *Голман (2000)* определят емпатията като способност човек да бъде чувствителен към това, което изпитват другите, т.е. да се дешифрират несловесните съставки на комуникацията. Тази чувствителност към другите, тази способност „да влезеш в кожата на този, който страда“, дава възможност, според Голман, за морални оценки и представлява основата на известни етични норми в междуличностните отношения.

Емпатията може да бъде класифицирана в няколко подтипа.

Емоционална емпатия, наричана или способност да се отговори с подходяща емоция на психическото състояние на другия *(Simone, 2009).*

Според *Страматов (2001)* „Емоционална емпатия, която може да бъде разделена на две подгрупи *(Rogers, 2007; Davis, 1983).*

Емпатийна загрижеността - т.е. съчувствие и състрадание към другите, в отговор на техните страдания *(Rogers, 2007; Minio-Paluello, 2009; Lamm, 2007).*

Личен дистрес - егоцентрично чувство на дискомфорт и безпокойство в отговор на страданието на друг *(Rogers, 2007; Minio-Paluello, 2009; Lamm, 2007)*“.

Според *Тасевска (2008)* „Емпатията е особена форма на родителско поведение за реагиране към конкретни негативни преживявания от детето. Такава родителска намеса предполага наличие на умения за емоционално съпреживяване. При нея отношенията на родителите не се ограничава само в рамките на емоционалната съпричастност, но достига преживяване, отразяващо позицията на детето, съобразно неговия социален статус.“

Batson (1987, 1991) определя емпатията като ориентиран към другия емоционален отговор. Той твърди, че има три причини, които

подтикват Аза да помогне, когато другият е в беда. Първата причина е свързана с наблюдението на безпомощността и страданието и вярата, че помощта ще облекчи състоянието на другия. Азът се нуждае от увереност, че извършените действия ще бъдат възнаградени - ще постигне утвърждаване, одобрение, повишаване на самочувствието или избягване на неодобрение, отхвърляне, презрение, ако не реагира на ситуацията и, че чувството за вина, тъга или депресия ще отмине в облекчаване на състоянието на другия. Емпатията предпазва Аза от посегателствата (нараняванията, унижения, обидите, чрез:

- поставяне на мястото на другия;
- проявяване на афективна чувствителност към другия *(Staub, 1987; Feshbach & Feshbach, 1969; Arble E & Barnett, 1984; Davis, 1994).*

Поставянето на мястото на другия ограничава агресивността, защото отваря възможността за разбиране на мислите, чувствата и намеренията на другите *(Davis, 1994; Feshbach, 1978).*

5. Емпатия и детско развитие

В книгата на *Бърк (2012)* „Изследване на развитието през жизнения цикъл“, емпатията се разглежда в контекста на развитието на детето. „В ранното детство друга емоционална способност, *емпатията*, служи като важен мотиватор на просоциалното или алтруистично, поведение - действията, които облагодетелстват друг човек, без да се очаква никаква награда за това *(Eisenberg, 2005)*. В сравнение с прохождащите деца, тези в предучилищна възраст разчитат повече на думите, за да предават чувствата си на емпатия. Способността за приемане на чуждата гледна точка се засилва и води и до увеличаване на емпатийните реакции.

Въпреки това емпатията или чувстването заедно с другия човек и

емоционалното реагиране по подобен начин, невинаги води до любезни и оказващи помощ действия. За някои деца емпатията към разстроен възрастен или връстник ескалира в личен дистрес. Опитвайки се да намали тези чувства, детето се фокусира върху собствената си тревожност, вместо върху човека в нужда. В резултат емпатията не отстъпва място на съчувствието - чувствата на загриженост или тъга за нещастието на другия.

Темпераментът играе роля в това, дали емпатията ще предизвика изпълнено със съчувствие, просоциално поведение или фокусиран върху себе си личен дистрес. Децата, които са дружелюбни, себеутвърждаващи се и способни да регулират емоциите си, е по-вероятно да помагат, да споделят и да утешават хората в дистрес. Децата със слаба емоционална регулация, които често се чувстват премазани от чувствата си, по- рядко демонстрират съчувствена загриженост и просоциално поведение *(Bengtsson, 2005; Eisenberg et al., 1998).*

Както и при емоционалната саморегулация, родителското поведение влияе върху емпатията и съчувствието. Когато родителите са топли, насърчават емоционалната експресивност и демонстрират чувствителна, съчувствена загриженост за малките си деца, те е вероятно да реагират със загриженост на дистреса на другите - взаимоотношения, които се запазват и в ранната зряла възраст *(Koestner, Franz, & Weinberger, 1990; Strayer & Roberts, 2004).* Освен моделирането на съчувствие, родителите могат да учат децата си на значението на любезността и да се намесват, когато детето демонстрира неуместна емоция. Тези родителски поведения прогнозират високи равнища на съчувствено реагиране у децата *(Eisenberg, 2003).*

Успехът на индукцията може би се крие в силата й да мотивира

активното ангажиране на децата с нравствените стандарти. Подчертавайки влиянието на детските действия върху другите, индукцията насърчава емпатията и съчувствието *(Krevans & Gibbs, 1996)*. Даването на децата на причини, защо трябва да променят поведението си, ги насърчава да приемат нравствените стандарти, защото те имат смисъл.

Приносът на детето. Макар, че добрата дисциплина е от критично значение, характеристиките на децата могат да влияят върху успеха от родителските техники. Изследванията на близнаци показват скромен генетичен принос в емпатията *(Zahn-Waxler et al., 2001)*. Силно емпатийното дете е по-откликващо на индукцията.

Темпераментът също е влиятелен. Умерените, търпеливи тактики: молби, внушения, подсказвания и обяснения, са достатъчни, за да породят реакции на вина при тревожните, страхливи деца в предучилищна възраст *(Kochanska et al., 2002)*. С безстрашните, импулсивни деца обаче внимателното дисциплиниране няма особено въздействие. Налагането на власт също не върши добра работа, тъй като подкопава способността на детето да контролира импулсите си *(Kochanska & Knaack, 2003)*. Вместо това родителите на импулсивните деца могат да подпомагат развитието на съвестта, като гарантират създаването на взаимоотношение на сигурна привързаност и комбинират решителното коригиране с индукцията *(Fowles & Kochanska, 2000)*. Когато децата са с толкова слаба тревожност, че неодобрението на родителите не им причинява особен дискомфорт, тясната връзка родител-дете осигурява алтернативна основа на нравствеността. Тя мотивира децата да слушат родителите си, като средство за запазване на изпълненото с любов, подкрепящо взаимоотношение.

Ролята на вината. Макар че няма особена подкрепа за идеите на Фройд за развитието на съвестта, той е прав, че вината е важен мотивиращ фактор за нравственото действие. Предизвикването на основана на емпатията вина (изрази на лична отговорност и съжаление, например „Съжалявам, че го обидих“), като се обяснява, че детето вреди на някого и е разочаровало родителя си, е средство за въздействие върху децата, без да се използва принуда *(Baumeister, 1998).*

Противно на убеждението на Фройд, вината не е единствената сила, която ни принуждава да действаме нравствено. Нито пък нравственото развитие е завършено до края на ранното детство. Това по-скоро е постепенен процес, продължаващ и в зряла възраст.

Семейните обстоятелства на малтретираните деца спъват развитието на емоционалната саморегулация, емпатията и съчувствието, положителната самооценка, социалните умения и академичната мотивация. В течение на времето тези деца демонстрират сериозни проблеми с ученето и приспособяването, включително академичен провал, тежка депресия, агресивно поведение, трудности с връстниците, злоупотреба с вещества и отклоняващо се поведение, включително престъпления с насилие *(Shonk & Cicchetti, 2001; Wolfe et al., 2001)*“.

Според *Тасевска (2008)* „Като основна родителска форма на общуване с детето емпатията (изслушването, съпреживяването, разбирането и приемането на детските чувства) е специфичен вид емоционална комуникация“ *(с. 215).*

„Обобщенията относно значението на емпатията като форма за ефективно родителско поведение я детерминират като подпомагаща психосоциалното развитие на Аз-идентичността, тъй като базирани

върху нея, родителските намеси удовлетворяват вродената за детето потребност от поддържане на сигурност и признание“.

6. Когнитивна традиция в разбирането на емпатията

Това, което обединява определенията в тази традиция, е представянето на емпатията като разбиране на мислите и чувствата на другия *(Shaugnessy, 1995; Basch, 1983)*. Разбирането е съзнателен акт. Ако чувствата възникнат в резултат на разбирането на чувствата на другите в Аза, тези чувства са нещо външно *(Pigman, 1995; Bozarth, 1997)*. Тази идея се изразява от *Мърфи (1947)*: “Емпатията е непосредственото разбиране на вътрешните състояния на друг човек, без да изпитва чувствата, които изпитва другият”.

Когнитивното разбиране за емпатията е много противоречиво. Първоначално емпатията се определя като безпристрастна привързаност към емоционалните преживявания. Според *Allport, G. (1937, 1961, 1968)*, на когото принадлежи едно от най-забележителните изследвания на емпатията, “... въображаема промяна в мисленето, чувството и действията на другия”.

Разбирането на емпатията като временно сливане на Аза с другия се заменя с разбирането, че това е способност да се разберат чуждите емоции, в съгласие с контекста *(Deutcfa & Madle, 1975; Bohart & Greenberg, 1997)*.

Разглеждайки емпатията като част от когницията, поставя няколко различни дефиниции: преживяване на чужда позиция, свръх-индивидуална чувствителност, разбиране и други.

Емпатията се състои от вярвания, породени от преживяванията на другия, които не са същите преживявания на Аза. Осъзнаването на неидентичност, независимо от формата, в която се дава на Аза, е условие за „откритост“ и докосване до чувствата на другия.

Изследванията на *Eisenberg, Murphy, & Shepard (1997), Stern (1991), Hoffman (2000)* дават известна представа за развитието на процесите, задаващи разграничаването на "аз и другия" от "изначалната заедност".

В когнитивната психология емпатията често се приравнява с възприемането на възгледите на другия. *(Deutsch & Madle, 1975; Underwood & Moore, 1982; Strayer, 1980).*

Връзката „емпатия, като заставане на чужда гледна точка" е представена в много изследвания *(Hogan, 1969; Kurdek & Rodgon, 1975; Barden, Zelko, Duncan, & Masters, 1980; Feshbach, 1982, Sagi, A, Hoffman, 1976; Davis, 1983; Margulies, 1989).*

Обикновено тази връзка не се оспорва, но се изтъква, че не всяка гледна точка на нечия гледна точка предполага емпатия.

Разграничаването на емпатичния от неемпатичните отговори се отнася до търсенето на основания, което извежда разбирането за съпричастност извън границите на когнитивната традиция. Дискусията върху връзката "емпатия - заставане на чужда гледна точка" се усилва и от противоречивостта в разбирането на същността на тази способност.

Емпатийната ситуация е натоварена с различна сила. Когато уязвимостта, слабостта и безпомощността на другия е придружена от болка, страдание и нараненост, емоционалният отклик на Аза е незабавен. В други случаи, когато ситуациите не са така натоварени, качествата на Аза - идентичност, диспозиции, способности, ценности, характер - могат да придобият по-силно значение.

Емпатийните ситуации разкриват Аза в различни позиции:

- да е невинен свидетел на чуждото страдание и болка;
- да е причина, чрез своите съзнателни или несъзнателни действия, за чуждото страдание и болка;

- да е изправен пред избора на различни изисквания, очаквания, между справедливостта и любовта, справедливостта и несправедливостта.

Когнитивната емпатия може да се разглежда и като част от системата на автоматичните мисли и нарушения на мисленето при шизофренни.

Според *Куков (2010)* „Произволни умозаключения, избирателно внимание, свръхгенерализиране, преувеличаване или минимализиране, персонализация и дихотомно мислене…Възможно обяснение за механизмите на когнитивното изкривяване при шизофрения могат да бъдат представени по следният начин - Към основните мисловни операции се отнасят обобщението (абстрахирането), анализ и синтез. Обобщението е следствие от анализа, разкриващ съществените връзки между явленията и обектите" *(Куков, 2010)*.

Според *Стаматов (2001)* „Щайн прави разлика между два типа вътрешни преживявания: „преживявания, при които са дадени собствените си чувства и преживявания, в които са дадени чувствата на другите хора, независимо дали чувствата ми са различни от тези на другите. И двата типа преживявания са моите преживявания, но с различно съдържание. Мога да имам преживявания, които са мои преживявания и тези преживявания ми се разкриват веднага като нещо е очевидно. Другият тип преживявания също са мои преживявания, но те минават през другия и трябва да бъдат интерпретирани.

Според Щайн емпатията е преживяване на съзнанието, в която другият е даващ. Чуждият Аз се конструира в емпатийния акт. Емпатията като мое преживяване ми се открива чрез преживяването на другия".

Емпатията е състояние, което предполага промяна на вътрешната позиция - на разбиране на другия и на себе си, на разбиране на мисли, чувства, намерения, очаквания, вярвания, минало и настояще *(Bozarth 1984; Hodges & Wegner, 1997).*

Азът може да превърне изпитваните емпатийни чувства в обект на рефлексията - да преосмисли преживяванията, които изпитва при срещата с чуждите преживявания - да одобри или неодобри своето отношение към това, което възприема като собствена емпатийна участност *(Hodges & Wegner, 1997).*

Рефлексията насочва Аза към преосмисляне на собствените емпатийни състояния.

Преосмислянето на собствените и чуждите състояния и преживявания се отразява непосредствено върху емпатийната отзивчивост.

Според *Петкова (2012)* „Клиничните проблеми, които навеждат на проблеми на обектните отношения, включват смущения в индивидуалния капацитет за чувстване на топлота, емпатия, доверие, чувство за сигурност, стабилност на идентичността, емоционална близост и стабилност в отношенията с други, избрани човешки същества. *М. Клайн (2005)* въвежда две основни позиции в раннодетското развитие:

Параноидно-шизоидната позиция: незрялото Его на новороденото дете е подложено на полярните нагони на живот и смъртта. В началото на развитието на психичия свят детето възприема и преживява света като „частичен обект" – гърдата, биберона, лицето на майката. Фантазията е основен психичен процес, който подпомага справянето със заплахите от външната реалност. Частичният обект се възприема и преживява като добър, със стремеж за идентификация с

него, когато задоволява потребностите на детето. Частичният обект се преживява като лош, дори преследвач, когато не задоволява потребностите на детето. Така първоначлното възприемане на външния свят и обектите е частично и „разцепено" на добри и лоши парчета, с които егото на детето се бори или се идентифицира с тях. Когато добрият частичен обект е много силен и дистантен, независимо че има удовлетворяване на потребностите на детето, той събужда чувството на примитивната завист. Примитивната завист се подхранва от агресивния нагон и може да изроди завистта в агресивна и „плячкосваща завист", която по-късно се развива като алчност, върху която не може да се установи контрол.

Депресивна позиция: с израстването и развитието на психичния апарат, Егото на детето става силно и вече може да толерира страха от преследване и да понася частичния лош обект. Тогава детето има вече психичния потенциал да започне да разпознава, че лошият и добрият частичен обект да едно цяло. Детето може да интегрира в цялостен обект позитивните и негативни черти на майка си и да възприема, че тя едновременно може да бъде добра и лоша. Тогава детето може да преживее чувство на вина, че е било лошо към майката и тъгата, която преживява става стимул за „репариране", поправяне на собствената лошотия и агресивно поведение. Така депресивната позиция , породена в интегрирането на цялостните обекти, става източник за промяна и личностово развитие. Интегриране на доброто парче в собствения Аз образ и възможността за репариране на провала, увеличава любовта към себе си и надеждата за позитивно поведение и по-късно социална реализация.

Джон Боулби (по Тодоров, 2006) разработва тезата за **привързаността** като „дълбока и трайна връзка, образувана между

детето и този, който се грижи за него в първите няколко години от живота му. За формирането на привързаност важно влияние имат всички компоненти на човешката личност - ум, тяло, емоции, отношения и ценности. Привързаността не е нещо, което родителите правят за децата си, а е нещо, което децата и родителите изграждат заедно на базата на реципрочни отношения. Привързаността към протективен и обичащ родител, който предвижда, ръководи и подкрепя е базисна човешка потребност, вкоренена в милионите години еволюция на човешкия род". Когато този, който се грижи за детето отговаря адекватно на неговите потребности, то започва да формира у себе си доверие към света. Този процес е известен като "цикъл на доверие". Децата, които развиват способността си да интернализират сигурност и безопасност и могат да" боравят" с емоциите си, умеят да приемат и да се учат от несполуките си. Децата, които развиват реактивно разстройство на привързаността по някакви причини не успяват да създадат здрава психологическа привързаност с този, който се грижи за тях и не се научават да се доверяват. Боулби е известен с работата си върху вредните ефекти на **депривацията** от майчини грижи, които водят до разстройство на привързаността и от тук върху развитието на личността. Боулби предлага модел на поведенческа реакция на детето при емоционалната загуба: *фаза на вцепенение*, която следва от няколко часова до едноседмична раздяла с майката или близък (поведението на детето показва неговото нещастие или гняв; втората фаза - на *копнеж* и *търсене* на изгубения, която трае от месеци до години; третата фаза е на *дезорганизация* и *отчаяние* и четвъртата - на по-високо или по-ниско ниво на организация с интензивното безпокойство: *протест, отчаяние и изтръгване на значимия обект от психичния свят.*

Боулби анализира основните рискови последици от разстройства на привързаността при децата:

1. Ниска самооценка.
2. Поведение на нуждаещ се, прилепчив и псевдонезависим.
3. Поведение на декомпенсация при стрес.
4. Загуба на самоконтрол.
5. Неспособност за развитие и поддържане на приятелство.
6. Сепарация и опозиционно настроение към родителите.
7. Антисоциално поведение.
8. Агресия и насилие.
9. Неспособност за доверие и интимност.
10. Ненадежден, песимистично настроен към себе си, семейството и обществото.
11. Липса на емпатия, състрадание и угризения.
12. Поведенчески и проблеми в ученето“.

Нешев (2018) разглежда връзката между емпатията и алтруизма. Той казва „Според изследователите механизмите, основани върху егоизма и алтруизма при оказване на помощ са различни *(Gergen, K., Gergen, M., 1981).* Тези различия се проявяват по отношение на емоциите, мотивите и поведението. Когато наблюдаваме чуждо нещастие или човек в беда, у нас възникват смесени чувства – от една страна се съсредоточаваме върху собствения душевен дискомфорт, от друга страна изпитваме съчувствие (емпатия) към страдащия. Изследователите смятат, че чувството за душевен дискомфорт задвижва механизма за оказване на помощ, основаващ се върху егоистични мотиви. Емпатията задейства механизъм за оказване на помощ, основаващ се върху алтруистични мотиви… За алтруиста основната емоция е емпатията, изразяваща се в симпатия и състрадание спрямо попадналия в беда човек.

Алтруистичната мотивация е да се успокои другият човек. Поведението на алтруиста се изразява в помагащо поведение, чиято цел отново е да се успокои другия човек, човекът в беда.

Резултатите от проведените изследвания от *Бейтсън* и неговите сътрудници в Университета в щата Канзас показват, че връзката между алтруизма и емпатията съществува и тя се изразява по-конретно в следните четири аспекта: 1) емпатията мотивира човек да помага, дори на хора от съперничещи ни групи, но само при условие, че помагащият е уверен, че неговата помощ няма да бъде отхвърлена; 2) хората, които изпитват състрадание ще се притекат на помощ, дори за нея никой и никога да не разбере. Тяхната помощ ще продължи дотогава, докато човекът в беда се нуждае от нея. Ако помощта се окаже безрезултатна, не по вина на помагащия, независимо от това, помагащият ще преживява и ще се тревожи; 3) хората, които изпитват емпатия и помагат на другите го правят не заради своето благополучие, а заради това на страдащия; 4) ако човек изпитва съчувствие към страдащия, той е готов да му помогне, дори като наруши собствените си правила и представи за порядъчност и справедливост. Алтруизмът, основан на емпатията, може в този смисъл да застраши обществения морал и това е парадокс. Алтруистът е готов да пристъпи определени обществени правила и норми, за да окаже необходимата помощ на страдащия“ *Нешев (2018).*

7. Емпатия и философия

Според *Коун (2017)* „Емпатията има две основни интерпретации във философията и те въздействат много силно върху работата с емпатията, в рамките на философията, психологията, невронауката и антропологията. Едната парадигма е на философията на ума *(Адам Смит, Дейвид Хюм)*, а втората е на феноменологията *(Едмунд Хусерл,*

Морис Мерло-Понти). Течението в когнитивните науки, основано на философията на ума, достига до редица пробиви в диагностиката и терапията на разстройства, свързани с емпатичен недостиг, по-специално разстройства от аутистичния спектър *(Wheelwright et al., 2006)*. Теоретичната рамка, предложена от Барън-Коен и доразвита от Уакабаяши предпоставя два основни модуса на функциониране на ума по отношение на другите хора *(Wakabayashi, Baron- Cohen et al., 2006)*. Първият тип е наречен от тях „емпатизиращ", а другият - „систематизиращ". Според тях жените по-често спонтанно реагират с емпатия, докато мъжете по-често спонтанно систематизират наблюдаваните от тях явления. Теоретиците на ума прилагат рамката си при изследване на разстройствата от аутистичния спектър, разглеждайки ги като хора с преобладаващо систематизиращ ум *(Wheelwright et al., 2006)*. Течението в когнитивните науки, основано на феноменологията, предлага цялостно третиране на връзката между индивидите, изразена в емпатията. Според *Мерло-Понти* и неговите последователи в невронауката, „ние" предхожда „аз" в социалното познание през целия ни живот, а не само в ранното детство *(Gallese, 2007; Iacoboni, 2009)*. Феноменологията се оказва особено необходима, когато изследователите на мозъка откриват огледалните неврони и автоматичния, светкавично бърз начин на свързване между хората, който те осигуряват *(Rizzolati, Fadiga, Fogasi, Gallese, 2002; Gallese, Goldman, 1998, Iacoboni, 2009)*. „Твоето щастие в моето тяло", казва един от пионерите-изследователи *(Iacoboni, 2009)*".

8. Невробиологични основи на емпатията

През 90-те години изследователите в Парма, Италия, наблюдават неврологичната активност в мозъците на макакските маймуни, проследявайки модели в мозъка, които съответстват на физически

действия като хващане, задържане, приготвяне на храна, ядене и др. *(Iacoboni, 2008).* Италианските изследователи открили огледални неврони, нервни клетки, които по някакъв начин предават възприемани действия, сякаш възприемащият извършва и тези действия *(Rizzolatti & Craighero, 2004).*

Специализираните задачи често се извършват в различни области на мозъка, а информацията от тези задачи се споделя в много региони в мозъка.

Най-основните области, които са свързани с емпатия, са амигдалата, хипоталамуса и хипокампуса, които са вградени в центъра на мозъка т.е. *лимбична система.* В лимбичната система е информация, събрана чрез сетива, интегрира се с информация във вътрешните ни системи, обработва се и след това се изпраща до други части на мозъка за по-усъвършенствана когнитивна обработка.

По-конкретно, амигдалата открива случващото се, хипокампусът я обработва и хипоталамусът изпраща съобщението за това - въпреки че стъпките всъщност са по-сложни. Например, амигдалата участва в три основни мрежи *(Pessoa, 2014).*

След това амигдалата координира отговорите на външни стимули, особено тези с емоционална конотация. На първо място, амигдалата е свързана със стимули, които са свързани със страх и тревожност. Амигдалата се счита за „детектор за биологична значимост“ или „централен център“, който започва физически и психически реакции на заплахи и предизвикателства *(Todd & Anderson, 2014).*

Хипокампусът получава информация от амигдалата, обработва я и я изпраща до хипоталамуса *(Carter & Porges, 2011; Decety, 2010).* Хипоталамусът регулира повечето несъзнателни функции на

тялото, като пулс, кръвно налягане и дишане. Общата му цел е да поддържа телесно равновесие, идеалното състояние на оцеляване. Той реагира на физически условия, включително глад, жажда, студ, топлина и болка. След това той изпраща инструкции към останалата част от тялото, директно регулирайки вегетативната нервна система (процесите, които включват притока на кръв, храносмилането и дишането) и хипофизата, което от своя страна казва на надбъбречните жлези да отделят хормони, които регулират метаболизма ни и растеж, както и нашите системи за реакция в кръвния поток.

След като лимбичната система обработва стимулите може да има физическа реакция, поради огледално отражение на възприеманото действие, но след това информацията се изпраща също до префронталната кора и други региони на мозъка за по-сложна когнитивна обработка. Тази по-сложна когнитивна обработка включва осмисляне на действията на другите и разбиране на мотивациите на другите, които са когнитивните части на съпричастността. *Zaki и Ochsner (2013)* разглеждат това като *съвместно* активиране на *споделянето* на *опит* и *приписване на психичното състояние.* Други се отнасят към тези два процеса като *афективна емпатия* и *когнитивна емпатия (Wallter, 2004)* или *емоционална емпатия* и *когнитивна емпатия (Shamay-Tsoory, 2011).* Друг възглед разграничава несъзнаваната автоматична съпричастност и по-съзнателната контролирана емпатия *(Hodges & Wegner, 1997).* Като цяло изследователите са съгласни, че тези процеси включват както несъзнателна реакция на по-ниско ниво, която вероятно включва огледалната невронова система, така и когнитивните функции от по-висок ред, за да определят какво означават стимулите и наблюдаваните действия *(Decety & Lamm, 2006; Decety & Moriguchi, 2007; Goldman ,*

2011; Шамай-Цори, 2011). Освен това, докато процесите на нервната верига в ранен живот засягат, докато хората узряват, те развиват способността да интерпретират и разбират емоционалните състояния на другите *(Decety, 2010)*.

Според *Бърк (2012)* учените са идентифицирали специализирани клетки в много зони на мозъчната кора на примати, наречени *огледални неврони,* които лежат в основата на тези способности *(Rizzolatti & Craighero, 2004)*. Огледалните неврони изпращат електрически импулси по еднакъв начин, когато примат чуе или види действие и когато осъществи лично същото действие. Хората имат особено сложни системи от огледални неврони, което ни позволява да наблюдаваме чуждото поведение (например усмихване или хвърляне на топка), докато симулираме поведението в мозъка си. Смята се, че огледалните неврони са биологичната основа на различни взаимосвързани, сложни социални способности, включително имитацията, емпатийното съпреживяване на емоциите и разбирането на чуждите намерения *(Iocaboni et al., 2005)*".

В обобщение – алекситимията и емпатията са концепти, които имат биологично, психологично и социално измерение. Трява да се разглеждат както в хоризонтален, така и във верикален план. Имат отношение и се разглеждат както в нормалпсихологичен план, така и по отношение на психопатологията и консултиране и психотерапията.

ВТОРА ГЛАВА
ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ
НА АЛЕКСИТИМИЯТА, ЕМПАТИЯТА

1. Цел

Да се идентифицират особеностите, свързани с алекситимия, емпатия в субклинична извадка. За целите на изследването са изследвани и хора с психични и (психо)соматични разстройства, за да се онагледят различията между тях и да може да се изведе консултативен модел, с цел превенция и психологични консултиране при наличие на разстройство.

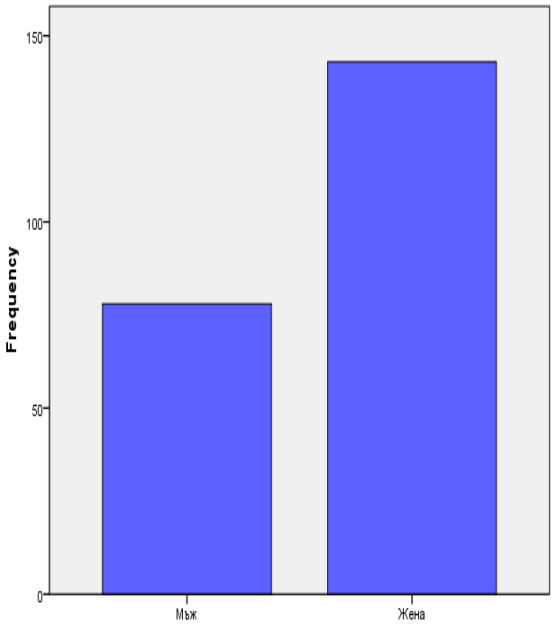
2. Обект на изследване

Обект на изследване са 221 човека, който са попълнили доброволно и анонимно тестовата батерия. За по-нагледен вид демографските данни ще бъдат представени в табличен и графичен вид.

Таблица 1. Разпределение по пол

	Честота	Процент	Валиден Процент	Кумулативен Процент
Мъж	78	35,3	35,3	35,3
Жена	143	64,7	64,7	100,0
Общо	221	100,0	100,0	

В таблицата са представени данните от разпределението по пол в изследваната извадка.

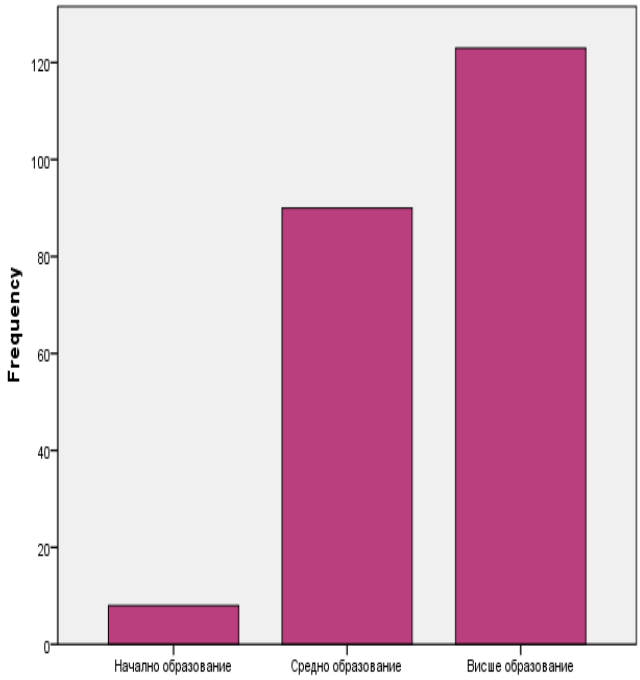


Графика 1. Разпределение по пол

Таблица 2. Разпределение по образование

	Честота	Процент	Валиден Процент	Кумулативен Процент
Начално образование	8	3,6	3,6	3,6
Средно образование	90	40,7	40,7	44,3
Висше образование	123	55,7	55,7	100,0
Общо	221	100,0	100,0	

В таблицата са представени данните от разпределението по образование.

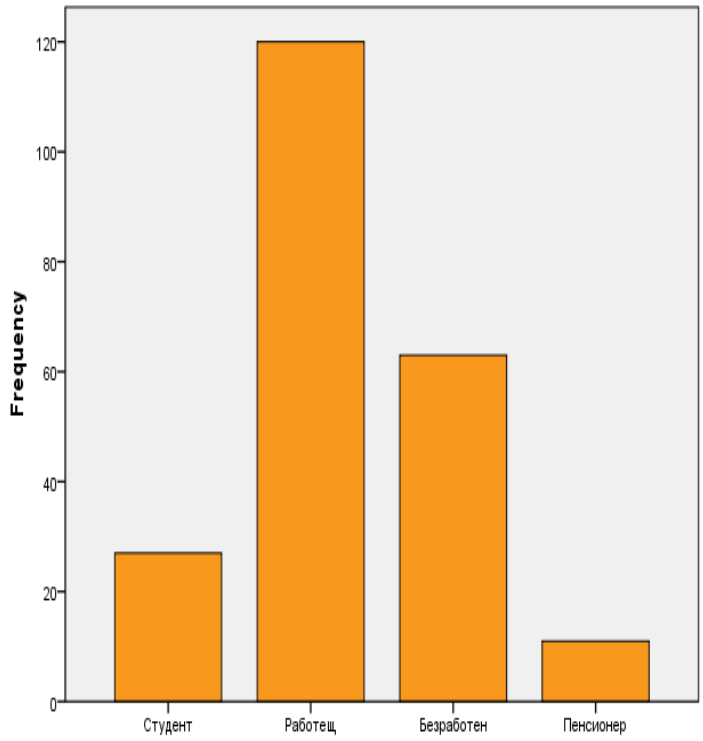


Графика 2. Разпределение по образование

Таблица 3. Разпределение по заетост

	Честота	Процент	Валиден Процент	Кумулативен Процент
Студент	27	12,2	12,2	12,2
Работещ	120	54,3	54,3	66,5
Безработен	63	28,5	28,5	95,0
Пенсионер	11	5,0	5,0	100,0
Общо	221	100,0	100,0	

В таблицата са представени данни от разпределението по заетост.

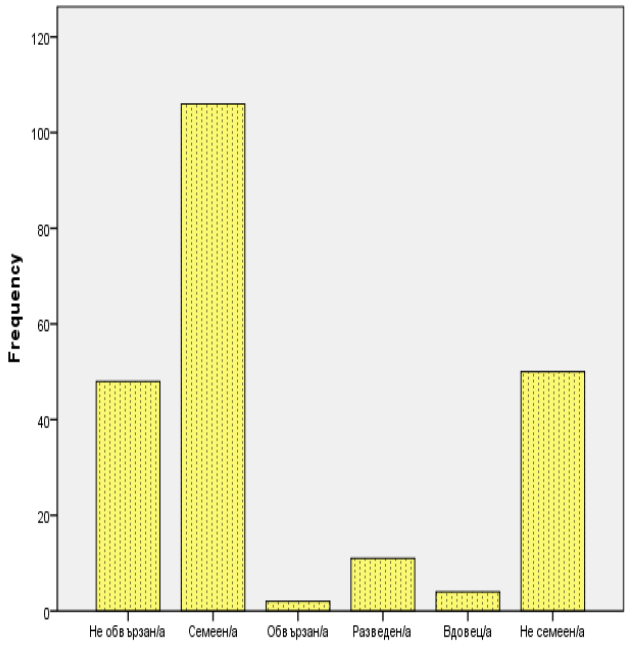


Графика 3. Разпределение по заетост

Таблица 4. Семеен статус

	Честота	Процент	Валиден Процент	Кумулативен Процент
Не обвързан/а	48	21,7	21,7	21,7
Семеен/а	106	48,0	48,0	69,7
Обвързан/а	2	,9	,9	70,6
Разведен/а	11	5,0	5,0	75,6
Вдовец/а	4	1,8	1,8	77,4
Не семеен/а	50	22,6	22,6	100,0
Общо	221	100,0	100,0	

В таблицата са представени данни от разпределението по семеен статус.

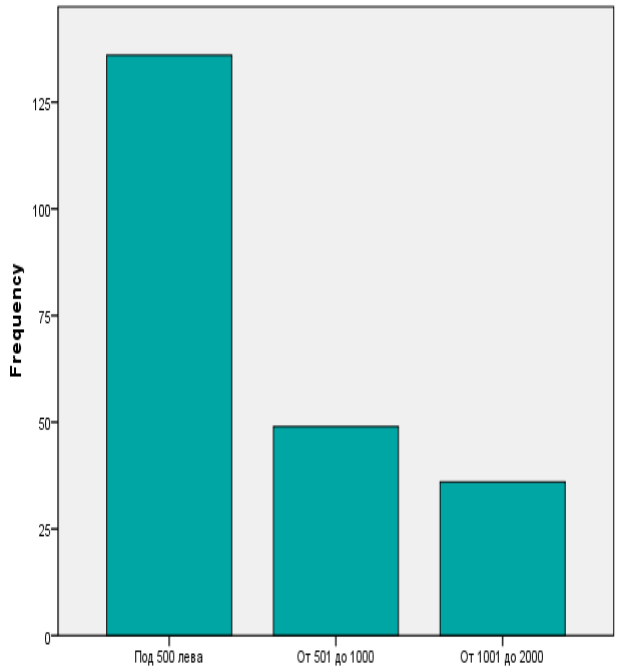


Графика 4. Семеен статус

Таблица 5. Финансово заплащане

	Честота	Процент	Валиден Процент	Кумулативен Процент
Под 500 лева	136	61,5	61,5	61,5
От 501 до 1000	49	22,2	22,2	83,7
От 1001 до 2000	36	16,3	16,3	100,0
Общо	221	100,0	100,0	

В таблицата са представени данни от разпределението по финансово заплащане.

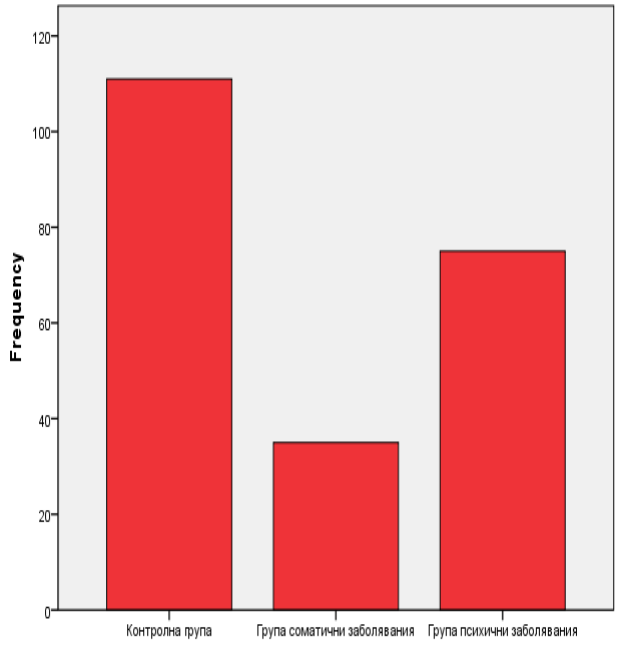


Графика 5. Финансово заплащане

Таблица 6. Разпределение по групи

	Честота	Процент	Валиден Процент	Кумулативен Процент
Контролна група	111	50,2	50,2	50,2
Група соматични заболявания	35	15,8	15,8	66,1
Група психични заболявания	75	33,9	33,9	100,0
Общо	221	100,0	100,0	

В таблицата са представени данни от разпределението по групова принадлежност.



Графика 6. Разпределение по групи

3. Основни принципи в изследването

Принцип на обективност. Според него явленията трябва да се разглеждат и изучават такива, каквито са в действителност.

От друга страна е необходима максимална обективност при обработката и интерпретацията на получения изследователски материал.

Принцип за изучаване на явленията в тяхното развитие. Изисква проследяване на измененията в изследваните явления и отчитане на факторите за това изменение.

Принцип за аналитико-синтетично изучаване на явленията. Практически в изследването този принцип се прилага при емпиричната интерпретация на понятията – процес, при който на обобщено,

теоретично дадените конструкти се търсят реално, обективно наблюдаеми показатели, които да бъдат разгледани. На тази основа се правят основни изводи относно хипотези, теоретични модели и постановки, т.е. – теоретична интерпретация на емпиричните данни.

4. Етични принципи на изследването

При провеждането на настоящето изследване се спазваха изградените етични и професионални стандарти за работа с психично болни пациенти, които кореспондират с етичните норми и законодателни разпоредби на медицинската практика в нашата страна и установените етични стандарти в европейската и световна практика. Психологичните дейности се провеждат задължително и в пълно съответствие с принципите на етичните кодекси на Асоциацията на психолозите в България, Българския лекарския съюз, както и приетите Европейски и международни стандарти. Спазването на етични стандарти бе важен аспект при провеждане на настоящето изследване.

5. Задачи на изследването

1. Да се анализира специализираната литература.
2. Да се подберат адекватни на изследвания проблем психологически инструментариум.
3. Да се подберат съответни на изследвания проблем статистически процедури.
4. Да се направи количествен анализ и качествен анализ.
5. Да се оформят препоръки за практическа работа.

6. Хипотези

<u>Хипотеза 1</u>

Ще се наблюдават различия по отношение на семейния статус, доходите, работния статус, здравния статус, образователна степен и

алекситимията и емпатията. Като ще се наблюдава влияние на семейния, здравния, работния статус и доходите върху алекситимията и емпатията.

Хипотеза 2

Ще се наблюдават различия по отношение на семейния статус, доходите, работния статус, здравния статус, образователна степен и ситуативна и личностна тревожност. Като ще се наблюдава влияние на семейния, здравния, работния статус и доходите върху ситуативна и личностна тревожност.

7. Статистически методи

Статистическата значимост на изследваните резултати (ефекти) се вижда по стойността на оцененото ниво на значимост **p**. Стойността на **p.** се интерпретира като вероятността за грешка при отхвърляне хипотезата за нулев ефект (грешка от първи род). Колкото е по- малко **p**. , толкова е по-сигурно отхвърлянето на нулевата хипотеза и съответно приемане на предположението, че наблюдаваният ефект е статистически значим. Нулевите хипотези се отхвърлят обикновено при $p<0.05$ (<5%). При стойности близки до праговата се казва, че ефектът е маргинално значим.

Линейният коефициент на корелация показва посоката и силата на линейната статистическа асоциация между променливите, за които е пресметнат.

Форми на изследване на надеждността

Вътрешната консистентност оценява резултатите на отделните пунктове в рамките на един тест.

Алфа на Cronbah

Този показател отразява вътрешната консистентност между пунктовете/въпросите в даден инструмент. Колкото е по-близък до 1, толкова консистентността /т.е. вътрешната надеждност/ е по-висока.

Факторният анализ е многомерен статистически метод, чрез който се извличат линейни комбинации от взаимно зависими променливи. Всяка комбинация се обобщава чрез една единствена окрупнена променлива, поради което основната цел на факторен анализ е редуциране размерността на данните от гледна точка на броя на променливите, необходими за включване в даден анализ. Участващите променливи (наречени първични) обикновено представляват емпирични индикатори на една обобщена величина, наречена „латентна" и отразяваща явление, което няма собствен индикатор за измерване.

Дискриминантният анализ е статистически анализ, с който може да се предскаже дали една категориална променлива може да бъде полезна при определянето на това дали даден набор от променливи са ефективни при прогнозирането на дадена категория.

8. Инструментариум на изследването

8.1. Торонтска скала за Алекситимия

Преводът на български език бе извършен от преводач от английски и бе подложен на процедура на обратен превод от независим двуезичен преводач. Тази процедура включва предварителен превод, последван от обратен превод от преводач, който не разполага с оригиналната английска версия на скалата. Обратният превод след това се сравнява с оригиналната скала, за да се установят евентуалните различия. Частите, които съдържат различия се превеждат наново в права и обратна посока, докато не се получи задоволителен превод (Del

Greco, 1987). В настоящото проучване използвахме българската версия на TAS-26, състояща се от 26 айтема. Отговарящият попълва всяка позиция във въпросника като заграждa число от 1 до 5, където 1 означава „силно несъгласен/а“, 2 означава „умерено несъгласен/а“, 3 означава „нито съгласен, нито несъгласен“, 4 означава „умерено съгласен“, а 5 означава „силно съгласен“.

Бе направено пилотно изследване, като извадката - предмет на изследването, което се състои от 110 (31 мъже и 79 жени) доброволци от различни институции, студенти от Варненски Свободен Университет и пенсионери. Възрастовият диапазон бе от 18 до 70 год. Тестът на *Колмогоров-Смирнов* бе проведен за определяне на разпределението на данните по TAS-26. Изчислени бяха средната стойност и стандартното отклонение за всяка позиция по цялата скала, както и α-коефициентите на Кронбах от скалата в случай, че даден айтем бъде премахната от въпросника. За да се определи факторната структура на въпросника TAS-26, бе извършен факторен анализ с варимакс ротация. Статистическите анализи бяха проведени със софтуерен продукт SPSS за Windows v. 19.0. Въпросникът бе попълнен правилно с отговори от 110 участници. Възможният диапазон на общите резултати по скалата е между 37 и 85 точки. В нашето проучване, средната стойност на общия бал получен по TAS-26 бе (средно ± СД) 57.569 ± 9.70. Минималният бал бе 37, а максималният 85. Разпределението на общия бал по TAS-26 бе нормално.

Изчислени бяха средната стойност и стандартното отклонение за всяка позиция по цялата скала, както и α-коефициентите на Кронбах от скалата в случай, че дадена позиция бе отхвърлена от въпросника. α-

коефициентът на Кронбах за цялата скала бе 0.76 и следователно надежден.

Таблица 7. Средни стойности, стандартни отклонения и коефициенти на вътрешна надеждност (Алфа на Кронбах) за TAS-26, ако бъде изтрита позиция

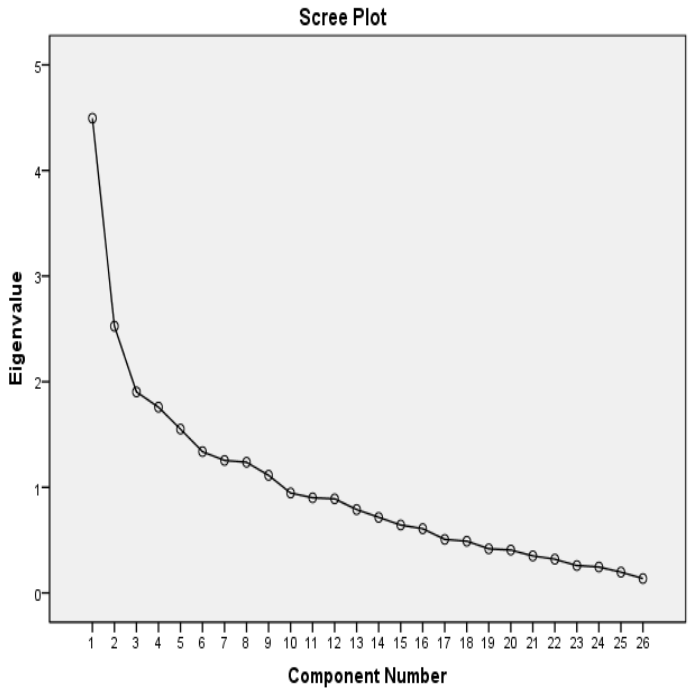
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	61,31	111,810	,162	,558	,762
A2	61,20	104,047	,439	,735	,746
A3	59,60	117,482	-,132	,850	,776
A4	60,74	102,903	,551	,775	,741
A5	60,91	114,845	,001	,788	,769
A6	60,29	104,681	,413	,795	,748
A7	59,69	116,222	-,076	,735	,778
A8	60,63	99,064	,571	,883	,736
A9	60,74	110,079	,154	,778	,765
A10	60,31	104,281	,343	,908	,752
A11	60,66	115,232	-,046	,815	,779
A12	60,97	104,617	,531	,939	,744
A13	61,31	109,163	,435	,898	,752
A14	60,54	101,079	,498	,710	,741
A15	61,00	113,176	,122	,895	,763
A16	59,66	115,879	-,052	,842	,772

A17	60,51	101,728	,532	,912	,740
A18	60,74	105,138	,427	,887	,748
A19	59,54	121,726	-,280	,802	,791
A20	60,34	100,938	,522	,826	,740
A21	61,51	111,492	,270	,818	,758
A22	60,69	96,457	,764	,926	,724
A23	60,23	107,652	,278	,757	,756
A24	60,97	116,970	-,112	,570	,773
A25	60,71	99,622	,672	,905	,732
A26	60,89	100,751	,579	,909	,737

Резултатът от целия въпросник се получава като прост сбор от числената стойност на отговорите от всяко лице по 26-те позиции. Стойностите 67.26 и нагоре сочат към алекситимични личности, а стойности от 47.86 и надолу са индикация за не-алекситимични личности.

Бе извършен анализ на основните компоненти, за определяне на факторната структура на въпросника TAS-26. Преди анализа на основните компоненти бе оценена уместността на данните за факторния анализ. Анализът на корелационната матрица разкри много коефициенти от 0.3 и нагоре. Стойността на мярката Kaiser-Myer-Olkin бе 0.64, което превиши препоръчителната стойност от 0.6. Тестът за сферичност на Бартлет (Bartlett) достигна статистическа значимост ($\chi 2=1943.6$; $df=325$; $p<0.001$), което сочи за факторабилност на корелационната матрица. Следващата стъпка определи броя на разделителните фактори според критерия на Kaiser.

Фигура 1. Screen plot



В този случай пет компоненти, където 17.29% от вариация се падат на първата компонента, 27.00% на втората, 34.32% на третата и 6.76.% на четвъртата, и 5.96 на петата. За да се определи валидността на въпросника за конструкта, извлеченият брой компоненти бе подложен на ротация по критерия на Guttman-Kaiser до позиция варимакс. Това предостави задълбочена информация за определени аспекти на алекситимия.

Резултатите от факторния анализ на нашето проучване не определи утвърдената по-рано четирифакторна структура на Taylor, Ryan and Bagby в скалата на TAS-26 *(Taylor,1985).* Гореспоменатите фактори представляват отделни, но идейно свързани фактори на алекситимия. Някои автори правят заключението, че по отношение на TAS-20, скалата TAS-26 е по-адекватна за оценка на многомерния конструкт алекситимия, тъй като включва всички

фактори на алекситимията според първоначалния й замисъл *(Zimmermann, 2005), (Motan, 2007)*. По тази причина решихме да утвърдим въпросника с 26 позиции. В първи фактор попадат 14 айтема, във вторият фактор попадат 9 айтема, в третият фактор, попадат 6 айтема, в четвърти фактор попадат 4 айтема, а в пети фактор попадат 5 фактора.

Средната стойност на общия бал получен от TAS-26 възлезе на 57.56, което се отклоняваше значително от средната стойност получена от Taylor по TAS-20 (74.1 за мъже) *(Taylor, 1988)*. Гореспоменатите автори са получили средна стойност 64.8 за жени *Taylor (1988)*, което съответства на други проучвания, установили по-ниска честота на алекситимия при жените *(Salminen, 1999), (Kokkonen, 2001)*. Въпреки това, данните, получени от нашето изследване са с по-висока средна стойност (57.56, SD 9.70) от получените при стандартизацията на 20 айтемната версия (38.8 SD 9.7) *(Попов, 2016)*. Анализът на получените резултати говори за задоволителна надеждност на въпросника Кронбах α-0.76), което сочи, че всички позиции в повечето случаи измерват един и същ конструкт. Сходна надеждност (α=0.78) бе получена от авторите на испанската версия на TAS-26 от тяхната извадка на 111 студенти в университета *(Rodrigo, 1989)*. Добрите психометрични показатели на скалата се потвърждават от няколко изследвания *Попов (2016), Петрова (2017), Ганчев (2018)*, където коефициента на надеждност е от 0.86, *Попов (2016)*, 0.76q *Петрова (2017)*, 0,76, *Ганчев (2018)*.

8.2. Тест за емпатиен потенциал

Теста е разработен от Юсупов. Предложената методика се използва за изследване на емпатията (способността за разбиране и съпреживяване на мислите и чувствата на другия), т.е. умението на човек да се постави на мястото на другия, способността му за произволна (неволева) емоционална отзивчивост към преживяванията на другите хора.

Инструкция: Предлагаме Ви да отговорите на списък с 36 твърдения. За да установите нивото на развити на емпатиини тенденции е необходимо да отговорите на всяко твърдение, като използвате следната скала:

-отговор „не зная“;

-отговор „не, никога“;

-отговор „понякога“;

-отговор „често“;

-отговор „почти винаги“;

-отговор „винаги“.

Обработка на резултатите

За изчисляване на резултат, се използва шест степенна ликертова скала.

Тестът има скали за неискренност, достоверност и психологични защити, които позволяват достоверно да се оценят регистрираните показатели. Недостоверните резултати могат да се дължат от нежеланието да се вземе участие в изследването, стремежа умишлено да се дават противоречиви, неискрени отговори, както и от нарушение на някой психични функции, тяхното развитие или от социален инфантилизъм.

Изследването е анонимно и доброволно. Събирането на данни е проведено в различни институции, практики на психолози, където участниците получиха класически инструкции. Изследователя подчертава, че участието е изцяло анонимно и доброволно и, че няма правилни или грешни отговори. Участниците могат да задават въпроси по всяко време на тестовата сесия, което е част от по-голяма сесия, продължила средно 45 минути. Включени са само здрави участници, които нямат история на неврологични или психични разстройства. В изследването са включени 149 участници - мъже и жени, с различна степен на образование, с различен работен и семеен статус, изключени са участници, при които е установено и диагностицирано от

психиатър психично заболяване. Участват 114 жени (76,5%) и 35 мъже (23,5%). По отношение на образователното ниво са включени в изследването 108 участника с висше образование (72,5%), 40 участника със средно образование (26,8), 1 участник с основно образование (0,7%). Средната възраст на участниците в изследването е 35,36г.

Изведени са следните скали:

Скала		Номер на твърденията
Номер	Название	
I	Емпатия към родителите	10, 13, 16
II	Емпатия към животните	19, 22, 25
III	Емпатия към възрастни хора	2 ,5 ,8
IV	Емпатия към деца	26, 29, 35
V	Емпатия към герои от художествени произведения	9, 12, 15
VI	Емпатия към непознати или малко познати хора	21, 24, 27

Интерпретация на резултатите

Сумата от 82 до 90 бала свидетелства за много високо ниво на емпатия.

Сумата от 63 до 81 бала манифестира високо ниво на емпатия.

Сумата от 37 до 62 бала показва нормално ниво на емпатия, присъщо за повечето хора.

Сумата от 12 до 36 бала говори за наличие на ниско ниво на емпатия.

Сумата от 11 и по-малко разкрива много ниско ниво на емпатия.

Допълнителен графичен анализ на резултатите.

Резултатите могат да бъдат представени във вид на кръгова диаграма. В кръга се отделят шест еднакви сектора (брой на диагностичните скали),

обозначени с римски цифри, в съответствие с номерата на скалите в ключа - дешифратор. Числото на окръжностите отговаря на числото на баловете.

Във всеки сектор (скала) е разпределен отрязък, отговарящ на количеството на набраните балове.

Колкото по-близо да центъра на кръга са разположени очертанията, толкова е по-ниско нивото на емпатия. Стъпаловидните разположения на очертанията свидетелстват за неравномерното развитие в секторите, съставящи емпатия.

Статистически процедури. Описателна статистика.

Таблица 8. Описателна статистика

Скали	Брой	Минимум	Максимум	Ср.ст.	Ст.отклонение
Емпатия към родителите	149	3,00	15,00	9,8121	2,42557
Емпатия към животни	149	2,00	14,00	6,8658	2,77941
Емпатия към възрастни	149	3,00	15,00	8,1141	2,43713
Емпатия към деца	149	,00	13,00	6,2685	2,64736
Емпатия към герои	149	2,00	15,00	7,5436	2,57714
Емпатия към непознати	149	,00	15,00	9,2282	2,87374
Скала Валидност	149	32,00	83,00	48,0872	8,15304
Общ бал емпатия	149	58,00	160,00	89,6376	15,09439
Общ брой валидни	149				

В таблицата са описани средните стойности, стандартните отклонения, минималния бал и максималния бал.

Форми на изследване на надеждността.

Вътрешната консистентност оценява резултатите на отделните пунктове в рамките на един тест.

Алфа на Cronbah

Този показател отразява вътрешната консистентност между пунктовете/въпросите в даден инструмент. Колкото е по-близък до 1, толкова консистентността /т.е. вътрешната надеждност/ е по-висока.

Надеждност на въпросника за всички айтеми. Наблюдава се коефициент на надеждност 0,78 на въпросника. Надеждността на скалата за валидност е 0,240, което е много ниска надеждност. Надеждност на скала емпатия към родителите е 0,347, което е ниска надеждност. Скала емпатия към животни е надеждност 0,549, което е приемлива надеждност. При скала емпатия към възрастни се наблюдава коефициент 0,391, което е ниска надеждност. По скала емпатия към деца се наблюдава коефициент 0,518, което е ниска надеждност. По скала емпатия към герои от художествени произведения се наблюдава коефициент 0,330, което е ниска надеждност.

По скала емпатия към непознати се наблюдава коефициент 0,518, което е ниска надеждност.

Конструктивна валидност.

Факторният анализ е многомерен статистически метод, чрез който се извличат линейни комбинации от взаимно зависими променливи. Всяка комбинация се обобщава чрез една единствена окрупнена променлива, поради което основната цел на факторен анализ е редуциране размерността на данните от гледна точка на броя на променливите, необходими за включване в даден анализ. Участващите променливи (наречени първични) обикновено представляват емпирични индикатори на една обобщена величина, наречена „латентна” и отразяваща явление, което няма собствен индикатор за измерване.

Предвид факта, че според Юсупов айтемите се обединяват в 6 скали, факторите са ограничени до 6 – пет скали за емпатия и скала за валидност, във факторния анализ са заложени 6 фактора.

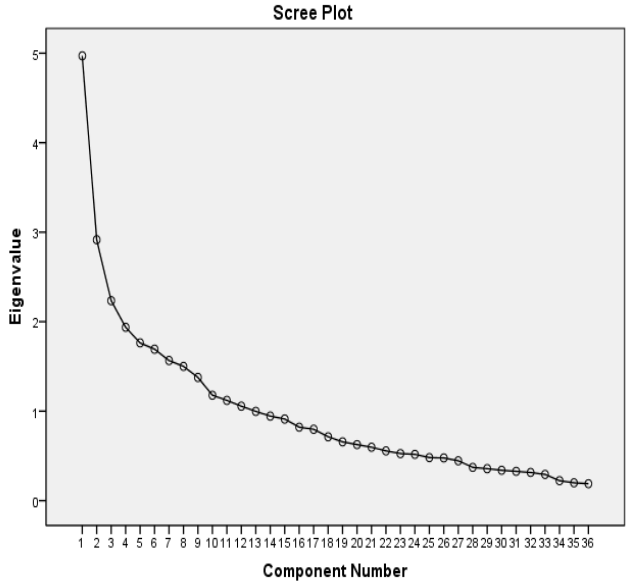
Таблица 9. KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,643
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi- Square	1502,439
	df	630
	Sig.	,000

Беше извършен анализ на главните компоненти *(Principal Component Analysis)* за всички 36 айтема. Индекс Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) - той е предназначен за преценка в каква степен са налице множествени взаимозависимости между повече от две променливи. Факторният анализ е приложим, когато KMO > 0,5, в противен случай не би следвало да се очаква съществуването на някакви фундаментални (латентни) фактори. В този случай е 0.643, което показва адекватно вземане на проби. Освен това, стойностите на KMO за отделните позиции са имали коефициенти на адекватност на извадката, вариращи от 0,51 до 0,90, които са над допустимата граница от 0,5 *(Field, 2013).* Тестът на Бартлет за сферичност е значителен ($\chi 2 = 2596.94$, df = 210, $p < 0.001$), потвърждавайки годността на данните за анализа.

Анализът показа, че трябва да се запазят шест фактора, те заедно обясняват 43,09% от общата дисперсия.

Фигура 2. Screen plot



Включените айтеми са с факторно тегло над 0,300. Във фактор едно се включват айтеми с номера 34, 30, 36, 23, 31, 8, 14, 28, 18, 33, 2. Във фактор две се включват айтеми с номера 24, 21, 26, 29, 3, 22, 19, 25, 12, 34. Във фактор три се включват айтеми с номера 8, 6, 27, 32, 5, 13, 16, 11. Във фактор четири се включват айтеми 10, 9, 15. Във фактор пет се включват айтеми с номера 13, 16, 1. Във фактор шест се включват айтеми с номера 33, 5, 20, 17, 11.

Едновременната валидност (Concurrentity)

Корелационен анализ между демографските характеристики пол и възраст и скалите от теста.

Наблюдава се позитивна корелация между възрастта и скалата за Валидност (r=0.171; p=0.037). Не се наблюдава корелация между пола и скалата за Валидност.

Наблюдава се позитивна корелация между пола и емпатията към герои (r=0.204; p=0.013) и пол и емпатия към непознати (r=0.227; p=0.005).

Наблюдава се корелация между възрастта и емпатията към възрастни (r=0.404; p=0.000).

Мъжете са със силно значимо (t(-2,48) = 55,08, p<0,01) по-ниски резултати по скала емпатия към герои и (M=6,60, SD=2,59) жените (M=7,83, SD=2,51). Мъжете са със силно значимо (t(-2,93) = 60,07, p<0,00) по-ниски резултати по скала емпатия към непознати и (M=8,05, SD=2,65) жените (M=9,58, SD=2,85).

Корелационен анализ между скалите в теста

Наблюдава се корелация между емпатия към родителите и емпатия към възрастните (r=0.235; p=0.004), емпатия към деца (r=0.171; p=0.037), епатия към герои (r=0.162; p=0.048).

Емпатия към животни и емпатия към деца (r=0.314; p=0.000), емпатия към герои (r=0.235; p=0.004), емпатия към непознати (r=0.410; p=0.000).

Емпатия към възрастни корелира позитивно с емпатия към родителите (r=0.235; p=0.004), емпатия към герои (r=0.345; p=0.000), емпатия към непознати (r=0.187; p=0.001).

Емпатия към деца корелира позитивно с емпатия към възрастни (r=0.171; p=0.036), емпатия към животни (r=0.314; p=0.000), емпатия към герои (r=0.181; p=0.027), емпатия към непознати (r=0.423; p=0.000).

Емпатия към герои, емпатия към родители (r=0.162; p=0.048), емпатия към животни (r=0.235; p=0.004), емаптия към деца (r=0.345; p=0.000), емпатия към непознати (r=0.228; p=0.005).

Емпатия към непознати корелира позитивно с емпатия към животни (r=0.410; p=0.000), емпатия към възрастни (r=0.197; p=0.016), емпатия към деца (r=0.423; p=0.000), емпатия към герои (r=0.228; p=0.005).

Тестът има за цел да изследва емпатията към различни групи като емпатия към родителите, възрастни, деца, непознати, както и тази свързана с емпатия към литературен герои. Резултатите от това изследване показват, че тестът не е базиран на статистическите процедури, свързани с разработване на тестовете, както и на теория на айтема. При разработване на теста,

съвременните концепции изискват събиране на база данни, като на нея се извършват факторни анализи, свързани с определяне на надеждността на всеки айтем, след което се взема решение дали да бъде отстранен някой айтем. Препоръчителен е и корелационен анализ с друг тест, за който вече е известно, че изследва този конструкт т.е. външна валидност на инструмента. Не е направен факторен анализ, т.е. скалите не са изведени на базата на обединяването на айтемите във фактори. Инструментите се базират на по-ранните модели на разработване на психологически инструменти, свързани с разбирането на автора, т.е. автора избира, къде да попадне всеки айтем, в коя скала би трябвало да бъде. Наблюдават се и ниски параметри за надеждност, свързани със скалата за Валидност. Както и ниски параметри за надеждност на някои от използваните и разработени от автора скали. Наблюдава се и липса на корелация между скалите и възрастта, като субскали, свързани с емпатия към по-възрастни хора и към деца. Данните за липса на връзка между възрастта и емпатията може да се обясни с някой предположения, свързани с това, че това е конструкт, който е постоянен и всяка външна промяна, като конфликт, органика, психотравма или развитие на болест, може да наруши тази способност.

Тези данни могат да бъдат обяснени и със слабите страни на теста, както и с фактори, свързани с извадката. По-нататъшното развиване на представения инструмент би трябвало да се свърже с получените данни от факторните анализи, които биха могли да подобрят качествата на инструмента, като по този начин се подобри ефективността му.

Това изследване потвърждава данните свързани с това, че има полова специфика по отношение на емпатията, като респективно жените са по-добри в разпознаването на емоционалните преживявания. Предположение е, че може би има връзка с нивата на тестостерон и емпатията.

Предишно проучване от *(2006)* показва, че високите изходни нива на тестостерон са свързани с *Hermans* ниски емпатични способности. Като се има предвид факта, че нивата на тестостерон са различни в различните периоди от живота на един мъж, това може да бъде възможно обяснение за по-ниските резултати.

Необходимо е да се вземат предвид и фактори, свързани със самооценъчните инструменти, тъй като социалната желателност, стила на реагиране и социалните очаквания биха могли да повлияят на резултатите от теста, това може да е също едно от възможните обяснения. Ето защо бъдещите проучвания следва да изследват, както резултатите, получени от теста, така и други форми на оценка, като оценка от близък или проективна методика. Въпреки слабите резултати по отношение на надеждността, факторния анализ показва, че тестът има своите качества, всичко това дава основание да се направи ревизия на въпросника, която да отговаря на съвременните разбирания свързани с психологическите измервания.

В обобщение, избрания психологически тестови инструментариум показва добри показатели за надеждност, като той може да се използва за целите на научното изследване.

ТРЕТА ГЛАВА

АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. Алекситимия, емпатия и семейния статус, доходите, работния статус, здравния статус, образователна степен

Ще се наблюдават различия по отношение на семейния статус, доходите, работния статус, здравния статус, образователна степен и алекситимията и емпатията. Като ще се наблюдава влияние на семейния, здравния, работния статус и доходите върху алекситимията и емпатията.

Таблица 10. Описателна статистика

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
Емпатия	Не обвързан/а	48	50,6250	9,90728	1,42999	27,00	86,00
	Семеен/а	106	49,1887	9,46886	,91970	30,00	78,00
	Обвързан/а	2	45,0000	2,82843	2,00000	43,00	47,00
	Разведен/а	11	48,8182	9,48492	2,85981	35,00	70,00
	Вдовец/а	4	50,0000	2,94392	1,47196	46,00	53,00
	Не семеен/а	50	42,6000	12,58765	1,78016	3,00	75,00
	Total	221	47,9683	10,59691	,71283	3,00	86,00
Алекситимия	Не обвързан/а	48	56,1042	10,40303	1,50155	37,00	79,00
	Семеен/а	106	61,0094	11,29306	1,09688	40,00	85,00
	Обвързан/а	2	52,0000	7,07107	5,00000	47,00	57,00
	Разведен/а	11	61,0909	10,44466	3,14918	48,00	82,00
	Вдовец/а	4	66,0000	11,48913	5,74456	59,00	83,00
	Не семеен/а	50	66,6800	12,52661	1,77153	36,00	89,00
	Total	221	61,2398	11,81607	,79483	36,00	89,00

Таблица 11. ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Емпатия	Between Groups	1979,666	5	395,933	3,746	,003
	Within Groups	22725,113	215	105,698		
	Total	24704,778	220			
Алекситимия	Between Groups	3013,031	5	602,606	4,677	,000
	Within Groups	27703,259	215	128,852		

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Емпатия	Between Groups	1979,666	5	395,933	3,746	,003
	Within Groups	22725,113	215	105,698		
	Total	24704,778	220			
Алекситимия	Between Groups	3013,031	5	602,606	4,677	,000
	Within Groups	27703,259	215	128,852		
	Total	30716,290	220			

Данните показват, че най-високо ниво на емпатия имат Необвързаните (M=50,62), Вдовците/иците (M=50,00), Семейните (M=49,18), Разведените (M=48,81), Обвързаните (M=45,00), Несемейните (M=42,60).

Данните показват, че най-високо ниво на алекситимия имат Несемейните (M=66,68), Вдовците/иците (M=66,00), Разведените (M=61,09), Семейните (M=61,00), Необвързаните (M=56,10), Обвързаните (M=52,00).

Таблица 12. Описателна статистика.

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
Емпатия	Под 500 лева	136	46,5588	10,95970	,93979	3,00	75,00
	От 501 до 1000	49	49,5306	7,94015	1,13431	30,00	78,00
	От 1001 до 2000	36	51,1667	11,59433	1,93239	31,00	86,00
	Total	221	47,9683	10,59691	,71283	3,00	86,00
Алекситимия	Под 500 лева	136	64,3824	12,52675	1,07416	36,00	89,00
	От 501 до 1000	49	56,3061	9,12233	1,30319	37,00	76,00
	От 1001 до 2000	36	56,0833	7,64339	1,27390	41,00	75,00
	Total	221	61,2398	11,81607	,79483	36,00	89,00

Таблица 13. ANOVA

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Емпатия	Between Groups	758,045	2	379,022	3,450	,033
	Within Groups	23946,733	218	109,847		
	Total	24704,778	220			
Алекситимия	Between Groups	3493,014	2	1746,507	13,986	,000
	Within Groups	27223,276	218	124,877		
	Total	30716,290	220			

По отношение на емпатията най-емпатиини са тези с доходи над 1000 лева (M=51,16), следвани от тези с доход между 500-1000 лева (M=49,53),а с най-слабо емпатийни са тези с доход до 500 лева (M=46,58).

По отношение на алекситимията с най-ниско ниво на алекситимия са тези с доходи над 1000 лева (M=56,08), следвани от тези с доход между 500-1000 лева (M=56,30), а с най-високо ниво на алекситимия са тези с доход до 500 лева (M=64,38).

Таблица 14. Описателна статистика

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
Емпатия	Студент	27	49,4074	7,86061	1,51277	34,00	61,00
	Работещ	120	48,5417	9,81929	,89637	26,00	86,00
	Безработен	63	46,3333	12,70636	1,60085	3,00	75,00
	Пенсионер	11	47,5455	11,61347	3,50159	30,00	70,00
	Total	221	47,9683	10,59691	,71283	3,00	86,00
Алекситимия	Студент	27	55,5926	9,98560	1,92173	39,00	77,00
	Работещ	120	59,3417	10,58657	,96642	37,00	85,00
	Безработен	63	66,2540	13,14432	1,65603	36,00	89,00
	Пенсионер	11	67,0909	9,06040	2,73181	54,00	82,00
	Total	221	61,2398	11,81607	,79483	36,00	89,00

Таблица 15. ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Емпатия	Between Groups	265,741	3	88,580	,787	,503
	Within Groups	24439,037	217	112,622		
	Total	24704,778	220			
Алекситимия	Between Groups	3253,934	3	1084,645	8,571	,000
	Within Groups	27462,356	217	126,555		
	Total	30716,290	220			

Най-емпатиини са студентите (M=49,40), работещите (M=48,54), Пенсионерите (M=47,54), а с най-ниско ниво на емпатия са безработните (M=46,33).

С най-ниско ниво на алекситимия са студентите (M=55,59), следвани от работещите (M=59,34), безработните (66,25), като с най-високо ниво на алекситимия са пенсионерите (67,09).

Таблица 16. Описателна статистика

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
Емпатия	Контролна група	111	49,9279	9,49996	,90170	27,00	86,00
	Група соматични заболявания	35	49,5143	8,81633	1,49023	30,00	68,00
	Група психични заболявания	75	44,3467	11,99154	1,38466	3,00	75,00
	Total	221	47,9683	10,59691	,71283	3,00	86,00
Алекситимия	Контролна група	111	57,5225	9,66610	,91747	37,00	85,00
	Група соматични заболявания	35	59,6857	10,78062	1,82226	41,00	83,00
	Група психични заболявания	75	67,4667	12,71340	1,46802	36,00	89,00
	Total	221	61,2398	11,81607	,79483	36,00	89,00

Таблица 17. ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Емпатия	Between Groups	1493,625	2	746,813	7,014	,001
	Within Groups	23211,153	218	106,473		
	Total	24704,778	220			
Алекситимия	Between Groups	4526,386	2	2263,193	18,838	,000
	Within Groups	26189,903	218	120,137		
	Total	30716,290	220			

С най-високо ниво на емпатия са самоопределилите се като здрави (M=49,92), следвани от хората с телесна (соматична) патология (M=49,51), като с най-ниско ниво са хората с психични заболявания (M=44,34).

А най-високо ниво на алекситимия са хората с психични заболявания (M=67,46), следвани от хората с телесна (соматична) патология (M=59,68), като с най-ниско ниво на алекситимия са самоопределилите се като здрави (M=57,52).

Таблица 18. Описателна статистика

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
Емпатия	Начално образование	8	45,2500	2,86606	1,01330	41,00	49,00
	Средно образование	90	46,5222	12,41531	1,30869	3,00	78,00
	Висше образование	123	49,2033	9,27447	,83625	27,00	86,00
	Total	221	47,9683	10,59691	,71283	3,00	86,00
Алекситимия	Начално образование	8	76,0000	7,25062	2,56348	63,00	83,00
	Средно образование	90	63,1889	12,53839	1,32166	36,00	89,00
	Висше образование	123	58,8537	10,54707	,95100	37,00	86,00
	Total	221	61,2398	11,81607	,79483	36,00	89,00

Таблица 19. ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Емпатия	Between Groups	434,904	2	217,452	1,953	,144
	Within Groups	24269,874	218	111,330		
	Total	24704,778	220			
Алекситимия	Between Groups	2785,135	2	1392,567	10,869	,000
	Within Groups	27931,155	218	128,125		
	Total	30716,290	220			

С най-високо ниво на емпатия са хората с висше образование (M=49,20), следвани от хората със средно образование (M=46,52), а с най-ниско ниво на емпатия са хората с начално образование (M=45,20).

С най-високо ниво на алекситимия са хората с начално образование (M=76,00), следвани от хората със средно образование (M=63,18), а с най-ниско ниво на алекситимия са хората с висше образование (M=58,85).

Данни от регресионен анализ

Таблица 20. Model Summary

odel	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
	,455[a]	,207	,185	10,66754

a. Predictors: (Constant), zapstat, Фамилен_статус, edu1, workstat, heltstat, психосоматика

Multiple R = 0.455 - коефициент на множествена корелация. Той характеризира степента на зависимостта по скалата. Той се намира в интервала 0,3 – 0,5 следователно зависимостта е **умерена**.

R Square (R^2) = 0.207 - Коефициент на множествена детерминация.

В процентна форма D = R^2.100% = 0, 207.100% = 20,7%.

Това означава, че 20,7% от вариацията на резултативната променлива може да се обясни със съвкупното влияние на независимите променливи.

Таблица 21. ANOVA[b]

Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	6363,880	6	1060,647	9,321	,000[a]
Residual	24352,410	214	113,796		
Total	30716,290	220			

В случая F=9.321, а равнището му на значимост Sig. = 0.000, т.е. Sig. F <=0,05, следователно отхвърляме нулевата и приемаме алтернативната хипотеза.

Извод: Наблюдава се закономерна зависимост и е избран адекватен модел на връзката.

Таблица 22. Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	67,079	4,155		16,144	,000
	Образование	-3,775	1,458	-,182	-2,589	**,010**
	Работен статус	3,332	1,191	,207	2,799	**,006**
	Фамилен статус	-,021	,526	-,003	-,039	,969
	Здравен статус	,696	,544	,226	1,280	,202
	Тип заболяване	-,634	2,453	-,049	-,258	,796
	Доходи	-1,349	1,162	-,087	-1,161	,247

Равнището на значимост Sig. на трите независими променливи не надвишава избраното критично ниво на риска (0,05), следователно отхвърляме нулевата хипотеза и приемаме алтернативната. **Извод:** двете променливи оказват статистически значимо влияние върху алекситимията.

Посоката на връзката на образованието и алекситимията е обратна, т.е. с увеличаване на образованието намалява алекситимията, при единица увеличение на образованието имаме намаление на алекситимията с -3.775.

Връзката на работния статус и алекситимията е права, при повишение на заетостта, алекситимията се повишава с 3.332.

Таблица 23. Model Summary

odel	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
	,294[a]	,086	,061	10,26961

Multiple R = 0.294 - коефициент на множествена корелация. Той характеризира степента на зависимостта по скалата. Той се намира в интервала 0,2 – 0,3 следователно зависимостта е **ниска**.

R Square (R^2) = 0.086 - Коефициент на множествена детерминация.

В процентна форма D = R^2.100% = 0, 061.100% = 0,6%.

Това означава, че 0,6% от вариацията на резултативната променлива може да се обясни със съвкупното влияние на независимите променливи.

Таблица 24. ANOVA[b]

Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	2135,290	6	355,882	3,374	,003[a]
Residual	22569,488	214	105,465		
Total	24704,778	220			

В случая F=3.374, а равнището му на значимост Sig. = 0.000, т.е. Sig. F < p=0,05, следователно отхвърляме нулевата и приемаме алтернативната хипотеза. **Извод**: Наблюдава се закономерна зависимост и е избран адекватен модел на връзката.

Таблица 25. Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	47,560	4,000		11,890	,000
	Образование	,065	1,403	,003	,046	,963
	Работен статус	1,115	1,146	,077	,973	,332
	Фамилен статус	-1,263	,506	-,223	-2,496	**,013**
	Здравен статус	-,043	,524	-,016	-,083	,934
	Тип заболяване	-,726	2,362	-,062	-,307	,759
	Доходи	1,236	1,119	,089	1,105	,270

Равнището на значимост Sig. на трите независими променливи не надвишава избраното критично ниво на риска (0,05), следователно отхвърляме нулевата хипотеза и приемаме алтернативната. **Извод:** само една от променливи оказва статистически значимо влияние върху емпатията.

Посоката на връзката фамилния статус и емпатията е обратна, т.е. с по-сериозното обвързване намалява емпатията -1.263.

Анализът на тези данни се свързва с няколко предположения: при необвързаните емпатията е предпоставка, т.е. предиспозиция за евентуални отношения, докато при овдовелите емпатия се свързва със периода на справяне след загубата, трансформиране на скръбта, намиране на нов смисъл в живота. Дефицитът на емпатия при несемейните може да има няколко източника – те имат негативен опит в отношенията или са несемейни поради наличие на личностови особености.

Данните от изследването потвърждават предложението, че високата алекситимия се свързва с ниско ниво на емпатия, като тук намиране потвърждение на предположението за негативен опит в отношенията или са несемейни, поради наличие на личностови особености. Ниското ниво на алекситимия при обвързаните се свързва с наличието на партньор, които те разбират, разпознават неговите емоции, като това води до снижение в емпатията към други, което се вижда в данните от изследването на емпатия.

Въпреки липсата на очевидна връзка между дохода и емпатията, както и доход и алекситимия, то този резултат показва, че вероятно високите доходи – над 1000 лева се свързват с разпознаване на емоциите на другите, като те са и съответно с ниско ниво на алекситимия. Високия доход е предиктор за успешност, като това от една страна може да се свърже с разбиране на емоциите – но не и симпатизирането. Разбирането на емоциите се свързва с акцентуация или дисхармония, но и с възможността да преценка на ситуациите, дали да се покаже и кога, както и на кого емоционалното преживяване.

Емоционалната зрялост се изгражда и в периода на учене на висше образование, тогава човек се учи на емоционален баланс, както и това е период на преоткриване на нови емоционални хоризонти. По отношение на безработицата, може да се приеме, че това е период на криза. Постепенно увереността и вярата в собствените сили започва да отслабва, самочувствието

и самоуважението се сриват, човек се чувства отхвърлен, ненужен и неприет от обществото. Има усещането, че е недостатъчно способен, негоден или стар и започва да се съмнява в своята значимост. Изпълва го негодувание към обществото, към държавата, която не се грижи за него, гняв и към себе си, че не може да се справи със ситуацията и да намери вариант. Негодуванието се редува с периоди на самосъжаление и отчаяние.

Чувството за вина е едно от най-разяждащите чувства, съпътстващи безработицата. Вина, че не можеш да си намериш работа и да се погрижиш за себе си и семейството си, а трябва да „лежиш на гърба на другите“. Човек, изпаднал в такова състояние постепенно ограничава социалните си контакти, излизания и забавления и се затваря в къщи. Страхът и чувство за неотложност го карат да се вкопчи в идеята, че трябва на всяка цена и час по-скоро да намери работа, но колкото по-трескаво търси, толкова повече откази среща и толкова повече се отчайва.

Без да спира да мисли и анализира възможните варианти, губи дори съня си. Чувства се притиснат, обзема го страх, преминаващ в паника за оцеляването, струва му се, че потъва все по-дълбоко и няма изход, а силите и енергията му сякаш го напускат. Ако дълго време не може да намери работа, започва да се чувства безполезен, напълно зависим от външните обстоятелства, усеща несигурност, празнота, безмисленост. Опитва отново, обезверява се и идва чувството за безизходица.

Тези резултати могат да се обсъждат в контекста на релацията здраве-болест или Салутогенеза срещу Патогенеза. Салутогенезата като наименование произлиза от здраве и произход. Тя дава отговор на въпросите за извора на здраве, както и от какво зависи да го запазим. Досегашният фокус на медицината винаги е бил върху патогенезата на заболяването. Патогенеза – страдание и произход. Тя се концентрира върху болестта, причинителите, превенция и облекчаване на страданията. С развитието на представата за

салутогенеза този фокус се измества от болестта към здравето и начините да го запазим. В този контекст здравите са емпатийни и с ниско ниво на алеститимия, а болестта независимо дали е соматична или психична, нарушава тези процеси и води до дисбаланс между емпатия и алекситимия. В контекста на този резултат може да се предположи, че човек е разположен и функционира на една координатна система, като неговото здраве е свързано с влиянието на различни фактори и те го балансират или дисбалансират.

Таблица 26. Рискове за здравето

Висока емпатия	Ниска емпатия
Салутогенеза	Патогенеза
Здраве	Болест
Ниска алекситимия	Висока алекситимия

Образованието се свързва с нови знания и умения като високата степен на образование се свързва с нови умения за емпатия и нови знания свързани с изразяването на емоционалните преживявания – алекситимия. От получените данни може да се изведе модел свързани с успешността на човек. Този резултат показва, че може да се направи връзка с нивото на заетост – а именно студент – човек придобиващ нови знания и умения и човек придобил висше образование. Емпатията и алекситимията могат да са предиктори за успешно придобиване на висше образование.

Таблица 27. Предиктори свързани с образованието

Студент	Висше образование
Висока емпатия	Висока емпатия
Ниска алекситимия	Ниска алекситимия

Този модел дава възможност да се насочи консултативния процес при едно първоначално изследване на нивата на емпатия и алекситимия, като може да се определят и рискови фактори, а именно ниско ниво на емпатия с високо ниво на алекситимия.

От анализът на данните могат да бъдат извадени следните изводи представени в табличен вид. Позитивни биха били високото ниво на емпатия и ниско ниво на алекситимия, а негативни биха били ниско ниво на емпатия и високо на алекситимия.

Моделите, свързани с влиянието на демографските фактори върху емпатията и алекситимията, показват, че в повишаване на степента на образование се намалява алекситимията, но от друга страна, заетостта я повишава, т.е. риска от ограничаване на контактите между хората, поради повишени работни изисквания – работохолизъм са фактори, свързани с тази негативни черта. Докато влизането в отношения със значим обект се свързва с понижена емпатия. Изводът на пръв поглед е противоречив, но има своята вътрешна логика. Обвързаните хора са такива, за които емоционалните преживявания на партньора са важни, но това води до снижено разбиране на емоциите на другите, те остават на заден план. Както всяка една характеристика това има и своите позитиви и негативи, като тук емпатията може да е фактор, свързан с ефективността на интервенциите, повишаването му по време на терапия или консултиране е позитивен знак за промяна.

Таблица 28. Позитивни предиктори

Висока емпатия	Ниска алекситимия
Необвързаните (M=50,62)	Обвързаните (M=52,00)
Доходи над 1000 лева (M=51,16)	Доходи над 1000 лева (M=56,08)
Студентите (M=49,40)	Студентите (M=55,59)
Здрави (M=49,92)	Здрави (M=57,52)
Висше образование (M=49,20)	Висше образование (M=58,85).

Таблица 29. Негативни предиктори

Ниска емпатия	Висока алекситмия
Несемейните (M=42,60)	Несемейните (M=66,68)
Доход до 500 лева (M=46,58)	Доход до 500 лева (M=64,38)
Безработните (M=46,33)	Пенсионерите (67,09).
Хората с психични заболявания (M=44,34).	Хората с психични заболявания (M=67,46)
Начално образование (M=45,20).	Начално образование (M=76,00)

Данните от изследването показват значимостта на алекситимията и емпатията, както в норма, така и в патология, данните се свързват с демографски параметри и водят до интересни и на пръв поглед не очаквани изводи. Фокуса на тези характеристики показва, че те могат да носят информация на широк кръг специалисти не само клинични и консултативни психолози, но и такива, свързани с организационна психология, управление на човешките ресурси и подбор на кадри. Данните от изследването показват и важността на емпатията за отношения и предиктивната стойност на този параметър в контекста на консултирането. Алекситимията е фактор, които е важен за друг феномен – синдрома на емоционално прегаряне, като изследването недвусмислено подкрепя този извод. Данните от изследването показват ясната нужда тези параметри да бъдат изследвани и в по-широк план, като те показват значимостта им и за други сфери извън психологията, а именно медицина, както и човешкия капитал – стопанското управление или икономиката.

2. Алекситимия, емпатия и психични разстройства

В изследването са включени 75 участници, които доброволно са попълнили тестовите методики. Изследването е проведено в амбулаторна практика на психиатър, като са изключени хора поставени под запрещение, агресивни, хора с ментална ретардация и диагностицирана деменция.

При направеното изследване са спазвани етичните правилата за работа с хора с ментални нарушения на Българска психиатрична асоциация (БПА) и Дружество на психолозите в България (ДПБ).

В изследването са включени 34 жени (45.3%) и 41 мъже (54.7%), като средната възраст е (M) 38.1, SD (10.57). по отношение на образователното ниво се наблюдават 5 участника с основно образование (6.7%), 40 участника със средно образование (66.7%) и 20 участника с висше образование (26.7%).

Таблица 30. Разпределението по диагностични групи е представено в следващата таблица

		Разпределение	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидни	БАР – депресивен епизод	4	5,3	5,3	5,3
	БАР – маниен епизод	5	6,7	6,7	12,0
	Шизофренни р-ва	28	37,3	37,3	49,3
	Депресия	15	20,0	20,0	69,3
	ПАВ	3	4,0	4,0	73,3
	ОКР	7	9,3	9,3	82,7
	БАР – смесен епизод	13	17,3	17,3	100,0
	Общо	75	100,0	100,0	

Целта на настоящето изследване е да се открият взаимовръзките между емпатията и алекситимията, както и дали алекситимията влияе на емпатията. Наблюдават ли се различия в двата конструкта по отношение на демографски характеристики като пол, образование и семеен статус.

Данни от изследването.

При направения Т тест на Студънт, по отношение на половите различия по скали алекситимия и емпатия, не се наблюдаваха значими статистически различия.

При направения Т тест на Студънт, по отношение на работен статус по скали алекситимия и емпатия, не се наблюдаваха значими статистически различия.

При направения Т тест на Студънт, по отношение на различия свързани със семеен статус по скали алекситимия и емпатия, не се наблюдаваха значими статистически различия.

При направения дисперсионен анализ между групите заболявания и алекситимията и емпатията не се наблюдаваха значими различия по изследваните параметри.

При направените регресионни анализи демографските променливи като пол, образование, семейно положение, работен статус не оказват влияние върху променливите алекситимия и емпатия.

При регресионен анализ за влиянието на алекситимията върху емпатията се наблюдават следните особености:

Данните от статстичес В случая F=2.481, а равнището му на значимост Sig. = 0.020, т.е. Sig. F <=0,05, следователно отхвърляме нулевата и приемаме алтернативната хипотеза.

Изводът е: Наблюдава се закономерна между пол, фамилен статус, образователен статус,семеен статус, алекситимията и е избран адекватен модел на връзката.

Multiple R = 0.481 - коефициент на множествена корелация. Той характеризира степента на зависимостта по скалата. Той се намира в интервала 0,3 – 0,5, следователно зависимостта между емпатията и групата независими променливи е **умерена**.

R Square (R^2) = 0.231 - Коефициент на множествена детерминация.

В процентна форма D = R^2.100% = 0, 231.100% = 23,1%.

Това означава, че 23,1% от вариацията на резултативната променлива може да се обясни със съвкупното влияние на трите независими променливи.

Тъй като в случая става дума за случайна извадка е необходима корекция на коефициента, с цел получаване на извадкова оценка на коефициента в зависимост от ограничителните условия на моделирането, наречени степени на свобода. Получава се коригираният коефициент на детерминация **Adjusted R Square (** R^2_{adj} **)** = 0.138.

Равнището на значимост Sig. само на една от независимите променливи (алекситимия) не надвишава избраното критично ниво на риска (0,05), следователно отхвърляме нулевата хипотеза и приемаме алтернативната, т.е. алекситимията оказва влияние върху емпатията.

Данните от изследването показват, че има връзка между алекситимията и емпатията, като вероятно тя е причинно-следствена. При психичната болест се размиват характеристики свързани с демография, като пол, образование и т.н. Вероятно при психичната болест, независимо от протичането и базовото предразположение, един от най-бързо настъпилите дефицити се свързва с емоциите. При различните групи този дефицит се свързва с функционирането. Алекситимията в нейната многообразност и вероятни причини на органично, психично и социално ниво, нарушава способността на човек да бъде емпатиен и от там и възможността да се свързва емоционално с другите, като това е един от дефицитите, които настъпват. Има различни хипотези, че алекситимията е дефицит на инсулата, което потвърждава функционалния характер на нарушението, това може да е свързано с нарушенията на процесите на обработка в мозъка и като краен резултат се получава един органично-функционален дефицит.

Друго възможно обяснение, е субективното представяне на собственото емоционално състояние е необходимо за формирането на емпатични реакции към друго *(Decety & Jackson, 2004; Singer 2009)*. Така алекситимията може да направи почти невъзможно съпричастността към друг човек.

Темата със сигурност изисква продължаване на изследванията, за да се изясни точното естеството на тази връзка. Настоящите констатации хвърлят светлина върху социалните когнитивни затруднения при психичните разстройства. Изясняването на ролята на алекситимия върху емпатиините дефицити има важно значение за интервенцията. Неотдавнашен преглед на интервенционните проучвания, оценяващи алекситимия, заключи, че конструкцията е податлива и реагира на психологическата намеса *(Cameron, Ogrodniczuk, & Hadjipavlou, 2014)*. Например, в интензивна психиатрична амбулаторна програма *(Ogrodniczuk, Sochting, Piper & Joyce (2011)* установяват, че промените в алекситимията след 15-седмична интервенция са свързани с подобряване на междуличностните симптоми и освен това, че това подобрение се запазва в продължение на 3- месец. Идеалното лечение на заболявания с хетерогенни профили на симптомите, като шизофрения, може да доведе до целеви психосоциални интервенции *(Penn 2008)*.

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧЕСКИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ДОБРА КОНСУЛТАТИВНА ПРАКТИКА

1. Обобщени изводи

В тази обобщаваща част се представят основните взаимовръзки на алекситимията и емпатията в изследваните фактори. На преден план изпъкват малки различия между демографските параметри. Лицата с най-високо ниво емпатия са с високо представителство във всички категории: необвързаните, вдовици/вдовци, семейни, разведени, обвързаните, несемейните. При високото ниво на алекситимия са сходни, само несемейните излизат на преден план и са с различни нива на доходите. Най-емпатийни са студентите, следвани от работещите, пенсионерите, безработните. Образованието се свързва с нови знания и умения като високата степен на образование дава нови умения за емпатия и нови знания, свързани с изразяването на емоционалните преживявания – алекситимия. Емпатията и алекситимията могат да са предиктори за успешно придобиване на висше образование.

Анализите за емпатията и алекситимията спрямо доходите и здравния статус очертават:

Нивото на алекситимията не се обвързва с равнището на доходите.

С най-ниско ниво на алекситимия са студентите, следвани от работещите, безработните, като с най-високо ниво на алекситимия са пенсионерите. С най-високо ниво на алекситимия са хората с психични заболявания, следвани от хората с телесна (соматична) патология, като с най-ниско ниво на алекситимия са самоопределилите се като здрави. С най-високо ниво на алекситимия са хората с начално образование, следвани от хората със

средно образование, с най-ниско ниво на алекситимия са хората с висше образование.

С най-високо ниво на емпатия са самоопределилите се като здрави, следвани от хората с телесна (соматична) патология, като с най-ниско ниво са хората с психични заболявания. С най-високо ниво на емпатия са хората с висше образование, следвани от хората със средно образование, с най-ниско ниво на емпатия са хората с начално образование.

Посоката на връзката образованието и алекситимията е обратна, т.е. с увеличаване на образованието намалява алекситимията. Връзката на работния статус и алекситимията е права, при повишение на заетостта, алекситимията се повишава. Посоката на връзката фамилния статус и емпатията е обратна, с по-сериозното обвързване намалява емпатията.

Анализът на тези данни се свързва с няколко предположения: при необвързаните емпатията е предпоставка за евентуални отношения, докато при овдовелите емпатия се свързва със периода на справяне след загубата, трансформиране на скръбта, намиране на нов смисъл в живота. Дефицитът на емпатия при несемейните може да има няколко източника – те имат негативен опит в отношенията или са несемейни поради наличие на личностови особености.

Данните от изследването потвърждават предложението, че високата алекситимия се свързва с ниско ниво на емпатия, като тук намираме потвърждение на предположението за негативен опит в отношенията или, че са несемейни поради наличие на личностови особености. Ниското ниво на алекситимия при обвързаните се свързва с наличието на партньор, с които те споделят своите преживявания и са емоционално удовлетворени.

Образованието се свързва с нови знания и умения като високата степен на образование дава нови умения за емпатия и нови знания, свързани с изразяването на емоционалните преживявания – алекситимия. Емпатията и

алекситимията могат да са предиктори за успешно придобиване на висше образование. Този модел дава възможност да се насочи консултативния процес при едно първоначално изследване на нивата на емпатия и алекситимия, като може да се определят и рискови фактори, а именно ниско ниво на емпатия с високо ниво на алекситимия.

Данните, свързани с влиянието на демогафските фактори върху емпатията и алекситимията показват, че с повишаване на степента на образование се намалява алекситимията, но от друга страна заетостта я повишава, т.е. риска от ограничаване на контактите между хората, поради повишени работни изисквания – работохолизъм са фактори, свързани с тази негативни черта.

Данните от изследването показват значимостта на алекситимията и емпатията, както в норма, така и в патология, данните се свързват с демографски параметри и водят до интересни и на пръв поглед не очаквани изводи.

Според *Минчев (2006)* „Различните видове емоции произвеждат различни действия и последствия в разнообразни ситуации. На този етап на познание на емоционалния живот на човека си струва да се изброяват психологическите „употреби" на емоционалните явления, безотносително към специални ситуации. Обяснението на ситуационното включване на дадена емоция, на разшифроване на нейния "скрипт", схема на преживелищно действие, е специална изследователска задача, с която няма да се занимавам тук. В този раздел ще бъде приведен списък с редица „малки" функции на емоциите в разнообразни ситуации. Списъкът е повлиян съществено от статията на *Н. Фрижда*, на която се опирам основно в настоящото изложение. Ще направя уговорката, че изброяването на емоционалните функции не следва никакъв класификационен признак, не е изчерпателен, а илюстративен. Той цели да разкрие големия брой психологически предназначения на

емоционалните явления у човека и широкия спектър на тяхното влияние върху поведението.

Следва списък на емоционални функции: Емоциите:

- сигнализират моментния статус и процеса на удовлетворяване на биологическите потребности – глад, жажда, сексуално влечение и др. Впрочем съответните психични феномени са полу-емоции, полу-усещания;
- сочат към непосредствена готовност за действие или реално я създават;
- витализират, тонизират субекта;
- правят вниманието по-устойчиво, "залепват" го към значими за субекта предмети и събития;
- сигнализират опасност или субективно благополучие чрез първичните преживявани модуси на болка и удоволствие (първични оценки за вреда или полза на биологично равнище);
- пораждат конкретни преживявания за смисъл или безсмислица (ситуационна смислова структура);
- създават съвкупен ефект на присъствие в една "смислова вселена" – на съгласуваност със себе си, с другите и със света като цяло. Това е специално присъщо за екзистенциалните емоции – вяра, надежда, любов, чувство за отговорност, авторство в живота и пр.;
- произвеждат генерализирани или специфични очаквания за предстоящи събития ("създават бъдеще", както казва *Н. Фрижда*);
- конституират и поддържат "чувството за *Аз*" (особено т. нар. "*Аз*ови емоции" – гордост, срам, вина, суета и пр. Потъвайки дълбоко в несъзнателното, тези емоции стават основа на *Аз*-идентичността. Този ефект е възможен, защото емоциите са първичната, исконна форма на субектност, а не само израз, език на субектността;

- придават афективна валентност на лица, предмети и събития (във вид на приятност, неприятност, симпатия, антипатия);
- водят до научаването на "стимулно-афективни връзки" (емоционални навици и привички, емоционално обуславяне) на несъзнателно или съзнателно равнище;
- пораждат вектор на насоченост от света към субекта или обратното (интенционалност на емоциите вследствие специфичното действие на фокуса на внимание);
- подбуждат към „потапяне в" или „отстраняване от" ситуация (участват в т. нар. „ситуационна включеност");
- създават общ "колориращ" (оцветяващ) ефект. Това се отнася до „малките" и виртуалните емоции;
- презентират морален характер и управляват впечатлението, което индивидът създава у другите. Например, човек се чувства длъжен да се разгневи в качеството си на ръководител; да бъде горд с честността си; да проявява веселие, защото иска да се знае, че му върви в живота; да се оплаква, за да не му завидят и пр. По този начин той изявява виртуални емоции според терминологията на *Н. Фрижда*;
- оценяват обобщено вероятната успешност на действието в текущи обстоятелства (оценка на моментна компетентност в ситуация);
- участват в преживяването на „подбудителна сила на вещите" *(К. Левин)* – Предметите в света на субекта приканват да бъдат сграбчвани, галени, пазени, изконсумирани и пр. и това като че ли идва от самите тях. Последният ефект се експлоатира специално от рекламните въздействия;
- превръщат безразличните предмети в желани, а желаните предмети в реално ползвани;

- участват в зараждането и усилването на множество деструктивни и дезорганизиращи тенденции в поведението (формиране на натрапчивости; предразсъдъци, комплекси, психотравми; превръщане на негативни емоционални състояния в личностни черти; произвеждане на „бърнаут" на работното място и др.);
- антиципират и оценяват възможни емоции (човек се срамува от страха си; изпитва вина за безразличието си, или за похотливо желание и пр.) и повлияват евентуалната им поява или отсъствие. Този ефект се реализира предимно от виртуалните емоции;
- служат като „указатели" *(pointers по Frijda, 2005, p. 484)* на пътищата към цялостното преживяване. Да речем, когнитивни емоции на чувство за разбиране ни уверяват, че съответни преживявания могат да бъдат експлицирани – разгърнати словесно-логически или да станат начало на конкретно поведение;
- прозрачни са за съзнателен мониторинг и контрол, ако не са твърде силни или слаби. Отделните преживявани качества (felt qualities) могат да се декомпозират до съставни части и аспекти, освен болката и удоволствието, които са първични и неразложими (Frijda, *пак там*);
- подлежат на осмисляне в термините на личната история на субекта. Оттук следва и значимата роля на разказването и разказа (наратива) в емоционалния живот;
- прокарват "мостове" между несъзнателни процеси на оценяване и готовността за действие;
- смесват и интегрират разнообразна информация в цялостни оценъчни и действени състояния на субекта. Така емоциите проявяват *синтетичен* ефект;
- водят до разгръщане и детайлизиране на преживявания. Това може

да се нарече *аналитичен* ефект, противоположен на синтетичния;

- поддържат дълго цели и планове на субекта в готовност без външни стимули и подкрепления. Самите емоции служат като вътрешно подкрепление на целеобразуването и практическата реализация на цели и жизнени планове, а също провеждат мониторинг и контрол върху тях;
- управляват познавателните процеси в проблемни ситуации. Такава роля имат т. нар. "емоции-евристики" *(О. К. Тихомиров)*. В по-обикновен контекст емоциите са регулативни компоненти на изпълненията на сложни умения и участват в "чувството за ситуация" *(Х. Дрейфус)*, което подсказва подходящите стъпки в една умела дейност, например, играта на шах;
- имат *креативно* действие: разширяват средата, към която човекът и животните се стремят да се адаптират. Така част от ефектите на емоциите отиват "отвъд адаптацията" *(Фрижда)*: Тъй като емоциите се самоусилват от своите последствия, те отключват "лукс-мотивации", свързани с изобилие и придобиване на повече, отколкото човекът или животното се нуждае. Оттук възможността за изключителни постижения, но и за феномени като лакомия, алчност, стремеж към акумулиране на собственост, власт и пр. Някои когнитивни и екзистенциални емоции – надежда, любопитство, радост от битието и пр. – подтикват субекта към креативност, правят го способен да се чувства като у дома си в по-широка среда;
- водят до споделяне. Споделянето на емоции (позитивни, както и негативни) е възнаграждаващо само по себе си и е основа на социалното и морално поведение.

И в такъв непълен вид списъкът с функционални действия на емоциите

е впечатляващ. Той показва, че емоциите са спойката, "лепилото" на субектния блок на психиката и не са епифеномени, атавизми или деструктивни части на психиката, както все още се приема. Емоциите могат да се "конфронтират" с реалности в света на субекта и с външния свят, но могат и да се "прилепват" към всяка от тях и да се преживяват като аспекти на ситуационния им смисъл.

Емоционалността представлява тип преживявания, с по-широк спектър на проникване, отколкото мисълта и волята. Тя действа на несъзнателно равнище, също така слабо и отчетливо осъзнато. Емоционалните качества се смесват с всички останали съставки на конкретните преживявания и образуват множество *композитни* структури – атитюди, стереотипи, желания, състояния, черти на личността, стилове на живот. Тъй като практически не се наблюдават чисти емоции, а емоции, включени в ситуации и личностни образувания, по-коректно е да се говори за "емоционални феномени", "емоционални явления", а не за преживявания. Ще обсъдя резона за това по-нататък.

2. Модел за консултиране базиран на получените данни от тестовото изследване с техники от Когнитивно-поведенческа психотерапия

Според *Стоева (2003)* „През времето на утвърждаване на когнитивистката парадигма в психологията през последните 25 години и дори половин век, малко теории продължават да подчертават ролята на емоцията за психологическата терапия и консултиране. През последното десетилетие концептите и променливите, свързани с емоцията стават част от развитието на социалната, личностната и възрастова психология, като стават доминиращи в психофизиологията, невронауката и психопаталогията. От друга страна теоретиците на психологическата терапия и консултиране винаги са признавали централното място на емоцията в терапевтичната дейност. Въпреки това признание обаче, липсва всякакъв систематичен опит в

разкриването на различните начини, по които емоциията влияе върху процеса на промяна и в изясняването на лежащите в основата на този процес психологични механизми. Налице е тенденция да се прилагат унифициращи трактовки към областта на емоционалната преработка на информацията в терапията и да се включват различни процеси в общи категории, подобно на емоционален инсайт или катарзис.

Ролята на емоцията за психичната промяна (чиято роля обуславя мястото й в психологическата терапия и консултация) започва да се отчита все повече, доколкото е станало ясно, че развитието и промените в когнитивната област не са достатъчно ефективни за продуцирането на успех в живота и психично благосъстояние. Трябва да се отбележи, че отчитането на ролята на емоцията в практиката на психологическото подпомагане е в пряка връзка с идеите и концепциите, в които се признава ролята на емоцията в психичния живот и за психичната промяна, в частност. Така *C.Izard* посочва, че емоциите са организиращите и мотивиращи ментални процеси, чиито влияние се реализира чрез въздействието им върху когницията и действието".

Моделите на консултиране трябва да се свързват с биопсихосоциалния модел на консултиране. Според *Куков (2008)* да се интегрират в един подход всички елементи и те да бъдат съобразени както с влиянието на болестта, така и с личността на пациента и социалната реалност.

Биологичният елемент е представен чрез наследственост, мозъчна структура, мозъчна функция или дифункция и др;

Психологичният елемент е представен чрез личностови параметри – личностова структура, личностови особености, личностова промяна, социални умения и адаптивни способности, ниво на личностово;

Социален елемент: включва микро и макросоциалната среда, взаимоотношения, народопсихологическите особености, културата, етноса, религията и др".

Това се свързва с включването на емпатията и алекситимията в контекста на разбиране на копинг стратегиите – стратегии за справяне в трудни житейски ситуации. Както казва *Иванов (2011)* **„**Копингът е процес, който се използва всеки ден. Хората използват различен копинг стил, когато са под стрес или когато искат да се справят с трудна задача или ситуация. В процеса на справяне се включват два компонента – оценка на стресора или събитието и справяне с него (копинг стратегии) *(Lazarus, 1966)*.**“** Според *Куков (2010)* **„**Хората, притежаващи изразен социален интерес, са по-ефективни в социалната адаптация поради склонността им към сътрудничество и емпатия, реализъм в оценката на средата.**“**

Според *Крумова – Пешева (2017)* „В рамките на психологичното консултиране болният получава възможност да назове неизговорени пред другите теми. Той често премълчава редица факти, основно - страхове и опасения, тревожни очаквания и др., с цел да щади и предпазва близките си от тежки и натоварващи истини. Мълчанието по тези въпроси повишава равнището на напрежение, несигурност и тревога. Това в повечето случаи влошава и физическото състояние и препятства лечението. В психологичната консултация болният може да „вентилира“ част от дистреса и натрупаното напрежение, да отреагира притесненията си, да намери ефективните начини да се справя по-успешно с разрешаването на проблемите си. Важно е да търси и намира своя форма на контрол върху самия физически дискомфорт и страдание**“.**

Според *Динева (2015, 2019)* емпатията и алекситимията са част от консултативния процес при зависими. Тя казва още „индивидуална насоченост, свързана с решаването на конкретни и адекватни на персоналния контекст задачи, които са разбираеми за самия зависим човек. При това нейната основна посока е към възстановяване на индивида чрез мобилизиране

на наличните му ресурси за промяна на жизнения стереотип и постигане на по-дългосрочна ремисия.

Обобщено изразено психотерапията в наркологичната практика може да се определи като целенасочена професионална помощ, осъществявана чрез психологични средства за постигането на възможно по-дългосрочни резултати в оздравителния процес на зависимите."

В хода на терапевтичния процес с особена значимост е активната роля на индивида както в усвояването на стратегията към формиране на зависимост, така и във възстановяването от последвалото хронично-рецидивиращо състояние. Приемайки психоактивни вещества, хората привидно „разрешават своите проблеми" и дори да осъзнават наличието на погрешен избор по посока на своето решение, те не могат (понякога и не искат) да се откажат от него. В пряката психотерапевтична работа това неминуемо създава редица затруднения, които вследствие развитието на зависимостта към ПАВ, обобщено изразено могат да бъдат свързани с:

- настъпила своеобразна личностова промяна вследствие на заболяването;

- отричане наличието на болестно разстройство, респективно необходимостта от смисъла на дългосрочно лечение;

- формиране на устойчиви психофизични промени и поведенчески стереотипи, които правят невъзможно реализирането на „заветната" мечта, касаеща употреба на ПАВ „от време на време";

- формиране на устойчиво поведение сред членовете на семейството, които на несъзнателно ниво, разрешавайки личните си проблеми, включително поддържат зависимото поведение на своя близък и съхранявайки стереотипа на семейните взаимоотношения възпрепятстват психотерапевтичния процес.

Индивидуалните интервенции на фона на доверителна терапевтична връзка, осигуряват на зависимите безопасна среда, конфиденциалност, поддържат мотивацията за промяна. Изходните факти са в разговора, в който се търсят отговори на основния въпрос: *“Как искате да е различен животът Ви?”*, а дори една малка разлика в поведението може да предизвика след себе си други, по-големи и значими промени, които подкрепени по съответен начин, от своя страна да доведат до разрешаване на проблема“.

2.1. Консултативни техники при високо ниво на алекситимия

Според *Иванов (2012)*, алекситимията е свързана с разбирането за психосоматичните разстройства, той казва „За фиксация на симбиотично ниво и свързаният с това недостатъчна диференцияция „субект-обекст”, което води до неспособност за истински отношения с обекти и затруднения в преноса и контрапреноса. Така алекситимията се разбира като съвкупност от признаци, характеризиращи способностите на индивидите и предразполагащи ги към специфични психосоматични заболявания…. Приема се като рисков фактор за развитието на много заболявания. Имайки предвид, че алекситимия може да се срещне и в здрави хора, както и в болни с различни заболявания, трябва да се подчертае, че това не е „мотивирано забравяне", което може да се обясни с изтласкване или отрицание и което може да се открие и разпознае в проекция. Тя трябва да се диференцира от психическата нечувствителност, която може да се появи като активно мотивиран процес след тежка психическа травма. Трябва да се различава от проблемната познавателна дейност и експресиите, които характеризират други психиатрични синдроми, да се отличава от типа операционално мислене, характерно за по-примитивните, емоционално неграмотни и когнитивно неразвити. Както уточнява *Карвасарски*, „това,

което се квалифицира като алекситимия, в някои случаи може да бъде културна или субкултурна характеристика".

Според *Крумова-Пещева (2017)* алекситимията е част от консултативния процес „Заболяванията поставят отпечатък върху жизнената история с темата за загубата в различните й измерения. Изправят болния пред неблагоприятни тенденции, в които често настъпват процеси на инвалидизация - физическа и психична. В психологичното консултиране и в психотерапевтичната практика съществуват множество наблюдения и примери за тясната взаимна свързаност телесни органи и функции, теории за неспецифичността, според които в основата на психосоматичните реакции и болести е състоянието „алекситимия" - невъзможността за дефиниране и изразяване на преживяванията".

Развитие на умения за разпознаване на емоции, както на другите хора, така и на себе си, чрез индивидуално консултиране и тренинг в група. Могат да бъдат използвани следните техники:

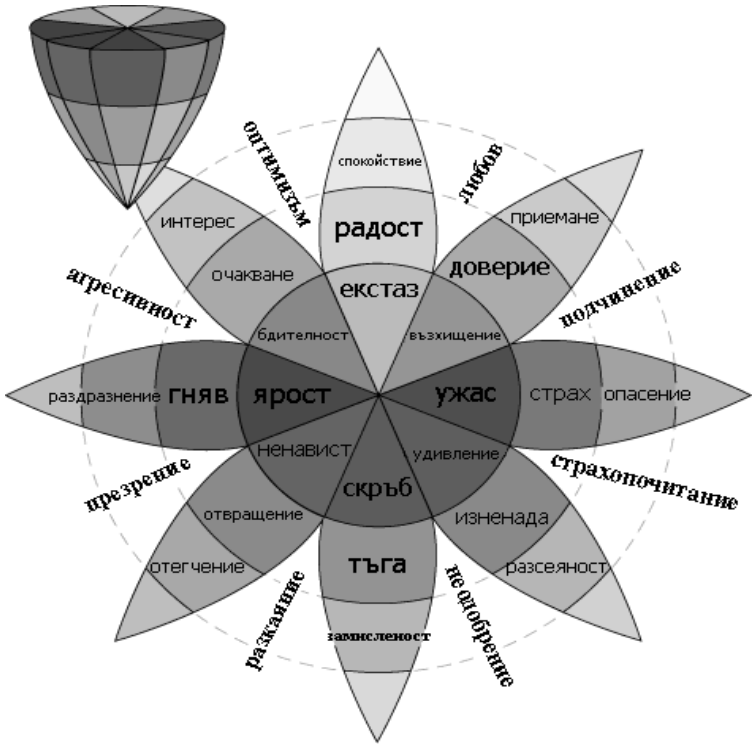
Тренинг за разпознаване на **базисни емоции и свързаните с тях второстепенни емоции**

Първични емоции	**Вторични емоции**	**Третични емоции**
Обич	Привързаност	Обожаване, любов, привличане, съчувствие, сантименталност, грижа, нежност...
	Страст	Желание, пламенност...
	Копнеж	Бленуване...
Радост	Добро настроение	Еуфория, екстаз, наслаждаване...
	Охота	Ентусиазъм, възбуда, приповдигнатост...
	Задоволство	Удоволствие...
	Гордост	Триумф...
	Оптимизъм	Желание, надежда, оптимизъм

	Увлечение	Възторг, прехласване...
	Облекчение	Успокоение...
Изненада	Изненада	Учудване, удивеност...
Яд	Раздразнение	Ажитация, възбуда, вълнение, досада
	Вбесяване	Фрустрация, предизвикателство, стрес
	Гняв	Враждебност, нехаресване, негодувание, сърдене...
	Отвращение	Погнуса, презрение...
	Завист	Ревност
	Терзание	Мъка
Тъга	Страдание	Агония, нараненост, болка, мъчение...
	Тъга	Депресия, отчаяние, безнадежност, скръб, съжаление, меланхолия...
	Разочарование	Ужасеност, слисаност
	Срам	Разкаяние, угризение...
	Пренебрегване	Отчуждение, изолация, несигурност, унижение, неудобство...
	Съчувствие	Състрадание, съжаление
Страх	Ужас	Шок, страх, паника
	Нервност	Тревожност, притеснение, дистрес...

Цветето на емоциите

Цветовете на емоциите позволяват оценка на основните и вторичните емоции, заедно с оценка на действителната интензивност, определена от интензитета на цвета.



Техники за вербализиране на емоции и чувства, които включват:

• Незабавна вербализация на собственото емоционално състояние и състоянието на партньора;

• Косвено вербализиране на емоциите и чувствата на партньора;

• Метафорична вербализация на емоционалното състояние на партньора;

• Вербализиране на важността на партньора.

Техниката за директно вербализиране на емоциите и чувствата се

състои в директно информиране на партньора за неговото емоционално състояние („Вълнувам се ...“, „Бях притеснен от ...“, „Доволен съм от ...“) или вербализиране на преживяванията на емоциите и чувствата на партньора („тревожиш се ...“, „вълнуваш се ...“, „изненадваш се ...“). Непосредствената вербализация намалява напрежението в психоемоционалния фон на междуличностната комуникация.

Индиректната вербализация на емоциите е по-ефективна при локализиране на негативните емоции на партньора, когато непосредствената им вербализация е не само неподходяща, но и неприемлива.

Взаимовръзка между емоции и мислене

Има множество данни, които показват влиянието както на положителни, така и на отрицателни емоции върху мисловния процес. Може да се каже например, че положителните емоционални преживявания, които са с умерена интензивност, спомагат за повишаване на производителността на мисловния процес. Тази продуктивност се дължи на факта, че в случай на положителни преживявания, с умерено ниво на изразяване, отрицателните стимули не се избягват и положителните стимули се възприемат адекватно. Емоциите влияят върху творческото мислене. Доказано е, че емоцията катализира въпросния процес, като изпълнява евристична функция, която е да подпомогне намирането на правилното решение, преди задачата да бъде решена. Това се случва, когато субектът е емоционално привързан към принцип или действие, например, и след това предхожда вербализацията и осъзнаването на обективно правилен подход.

Групови упражнения

Упражнение 1: ДНЕВНИК НА МОИТЕ ЧУВСТВА

Моля, попълнете в таблицата Вашата реакция при изразяване на отделните емоции.

Моите чувства	**Как ги изразявам?**	**Как ги потискам?**	**Резултат**
гняв	Крещя, ходя напред-назад, ритам нещо, чупя…	Стискам зъби, юм- руци, мълча, разхож- дам се нервно…	Не мога дълго да заспя, не внимавам в работата си, ставам груб, бия се, обиждам…
радост			
нежност			
вълнение			
възторг			
любов			
отвращение			
тъга			
милост			
срам			
безразличие			
омраза			
страх			
завист			
ненавист			
ревност			
вина			
обида			

След попълване на таблицата участниците могат да споделят конкретни ситуации, в които са изразявали конструктивно или деструктивно своите чувства. Обръща се внимание върху влиянието, което е оказало поведението на отделния участник върху останалите при общуването.

2.2. Консултативни умения при ниска емпатия

Връзката между емпатията и консултирането е разгледано от *Хаджийски (2003)* „В повечето консултативни модели на нея се гледа и като на терапевтичен фактор за изменение, което надхвърля консоционния и аспект и я прави надтеоретичен похват с принципиално значение. Днес положителното влияние на емпатията се счита за емпирически доказано и не се оспорва от повечето автори, независимо от тяхната теоретична ориентация. Поради това се приема за задължително условие на всяко консултативно-терапевтично отношение.

Емпатията е сложно отношение с емоционален акцент, което се изразява в съпреживяване, идентифициране и разбиране на клиента. Особено важно е идентифицирането. То позволява не само разбирането на душевния живот на клиента, но и приемането му като свой. Според *Р. Мей* емпатията, като съучастие на една личност в психическите състояния на друга, при не съвсем изяснен механизъм на взаимодействие, е родствено с телепатията. Но въпреки елемента на мистичност, тя не е магия, а произтича от дълбоката същност на човека. Нейните корени трябва да се търсят в най-ранните форми на общуване, а първообраз е отношението на майката към детето. В този смисъл всички хора имат емпатични заложби, които съществуват в рудиментарна, неразвита форма.

В консултирането главно чрез емпатията консултант и клиент се обединяват в обща психическа същност, при което проблемът на клиента отчасти се пренася върху консултанта. Неговата воля, чувства и мисли се оказват в подкрепа на клиента и неговата лична борба.

При консултирането и психотерапията емпатичната нагласа е важно, но недостатъчно условие за продуктивно отношение. Необходимо е емпатията да се предаде на клиента и то не информативно, а по същество. В практиката са утвърдени някои начини за изразяване на емпатия като мълчание, отразяване на чувства, интерпретация, шегуване, метафори и невербални сигнали. Решаващо обаче е значението на искреността на съпреживяването и умерността на изразяването. Опитите емпатията да бъде приравнена с техника са по същество погрешни, тъй като същата е далеч по-сложен психически феномен. По принцип може да се развива, но при наличие на дадености в самия консултант.

Според *Русева* емпатията е важна част от консултативния процес, както по отношение на телесна болест – множествена склероза, тя казва „Психологичната подкрепа във вид на психологично консултиране или психотерапевтичен процес подобрява качеството на живот, подпомагайки редефинирането на Аз-образа, включвайки в него ограниченията, настъпили в резултат на болестта.“, така и по отношение на скърбенето. Тя казва следното *(Русева 2013, 2015а, 2015б, 2019):* „Извършването на кризисна интервенция, подобно на психотерапевтичния подход, се изгражда на базата на безусловното приемане, емпатията и автентичността.“

„Наличието на емпатия, безусловно приемане и автентичност изграждат основата за свързване с клиента …, „ …Сърцевината на всяко кризисно консултиране (подобно на психотерапевтичният процес) е

универсална – емпатия, искреност (автентичност, цялостност) и зачитане.“ „Подобно на всички останали умения, свързани с комуникацията, емпатичното поведение може да се учи. Това е умението да се разбира и възприема вътрешната рамка ….. на клиента; да се погледне на заобикалящата реалност през неговите очи; да се съпреживеят и разберат емоциите и позицията му; да се отрази в думи вероятните мисли и чувства на клиента и да се направи същото със собствените....“ „Емпатията е насочена към „вътрешното състояние и субективната гледна точка“ на преживяванията. Според *К. Роджърс* „Най-високото ниво на точна емпатия се съдържа в посланието „Аз съм с теб!“. „Емпатията е процес, протичащ на два етапа. Първият включва „разбиране“ и „чувствително възприемане“. Вторият е насочен към осъществяване на комуникация, основана на подкрепяща поетапна обратна връзка… „След проведено психологично консултиране под формата на кризисна интервенция е достигнато психично ниво, което позволява на скърбящия вземане на адекватни решения.“

„Психологичната работа със скърбящ е специфичен вид психологично консултиране с определени цели и задачи… Психологичната работа със скърбящ е специфичен вид психологично консултиране, чиято основна цел е постигането на щадящ досег със събитието и подкрепа в приемането на загубата …… и запазване на психичното равновесие.“

„Кризисното психологично консултиране при близки на починали, след продължително боледуване, позволява намаляване до пълно копиране на елементи от преживяването на смърт.“

Според *Бургов (2016)*, разбирането на емпатията е важна част от работата с гранично личностово разстройство, той казва „Нарушените обектни отношения са манифестиране в липса на капацитет за емпатия с

другите и липса на зряла и развита оценка за тях. Те се възприемат като идеализирани или персекуторни, или обезценени“.

Според *Крумова – Пешева (2017)* емпатията е част от консултативния процес „От изключително значение е способността на професионалиста да провежда „емоционална диагностика“ на своя пациент. Това не означава, че лекарите трябва да бъдат клинични психолози. По- скоро отбелязва нуждата от едно специфично умение - умението за емпатия. От възможността да се поставим на мястото на другия зависи развиването на нашия усет за него. Не е необходимо да плачем с пациента - така със сигурност няма да можем да му помогнем. Нужно е да съумеем да си представим неговата емоция, за да го разбираме и да му помагаме възможно най-адекватно.

Емоционалната диагностика предполага развитие на усещането за потребностите на другия, за това от какво най-много се нуждае в конкретен момент, за да можем да назовем нуждата и ако сме в състояние - да помогнем на пациента да я реализира.

Много важно е умението да усещаме скритите емоции на другия човек. Емпатията и интуицията подобряват нашето разбиране за болния. Емпатията помага за постигането на контакт с преживяванията и подбудите. Интуицията води до „аха-преживявания“, което показва, че сме попаднали в целта. Емпатията е функция на преживяващото се „отдели“ от собствените си преживявания, за да се опита да разбира по-добре пациента. Лекарят е необходимо да бъде способен да остави настрана своите собствени афекти, за да има максималната работоспособност и да помогне на болния. В противен случай рискът е да изпадне в неблагоприятно психично състояние и да бъде безпомощен да осъществява лечението. Въпреки емпатията, той е добре да може да запазва професионалната си дистанция, без това да означава хладност и

огромно разстояние в диагностичното и терапевтично взаимодействие“.

Други автори като *Каркхъф (1969)* разглежда пет нива на емпатичния отговор към клиента :

1-во ниво

- Вербалните и невербалните реакции са безпристрастни, помагащият придава на казаното от клиента по-малко чувства, отколкото пациента е вложил.

2-ро ниво

- Помагащият реагира на изразените от клиента чувства, но намалява много изразената от него емоционалната интензивност.

3-то ниво

- Комуникацията на помагащия изразява същите чувства и същото значение, което клиента е вложил.

4-то ниво

- Отговорите на помагащия се връзват емоционално с изповедта на клиента, изразявайки чувствата му на едно по-дълбоко ниво от това, на което той ги е споделил.

5-то ниво

- Помагащият се свързва с чувствата и значенията на това, което клиента казва. Помагащият изразява чувствата на клиента на много по-дълбоко ниво от това, на което клиента е способен да ги изрази и го придружава изцяло в неговите най-вълнуващи моменти; непрекъснато има емпатично откликване и насочване на действията на клиента.

Тя е част и от терапиевтичния процес при зависими. Както казва *Динева (2013)* „Съвременната наука разглежда зависимостта към психоактивни вещества (ПАВ) като хронично-рецидивиращо състояние, при което е налице разстройство в системата личност - социална среда – вещество, предполагащо необходимостта винаги да се отчитат

биологичните, психологичните и социални аспекти на човешкото функциониране“.

Емпатийните чувства могат да се трансформират *(Zahn-Waxler & Robinson, 1995)*. Азът може да изпита, симпатия, емнатиен гняв, емпатийна вина.

Емпатийното разбиране не е само разбиране на Аза и разбиране на другия. То е разбиране, което отива зад Аза и другия, в което Азът разбира, че е разбран от другия, а другият разбира, че е разбран от Аза - разбиране, в което всеки разбира, че е разбран, както иска да бъде разбран. Разбирането е движение между разбиране и неразбиране. Азът може да разбере с различна дълбочина, което препраща към проблема за емпатийната точност *(Regan & Totten, 1975; Gould & Sigall, 1977; Dymond, 1950).*

Според *Стаматов (2000)* под емпатийна точност обикновено се разбира: „...способността да се заключава точно за специфичното съдържание на мислите и чувствата на другите в дадения контекст“ *Айкис, 1993, стр.588*”.

Емпатийната точност обединява два типа знания:

- знания за особеностите на ситуацията;
- знания за особеностите на участниците в ситуацията.

Азът притежава знания за ситуацията, за действията в дадената ситуация, за очакванията, вярванията, стереотипите ... и знания, разкриващи личността на участниците в ситуацията - минали преживявания, убеждения, действия. Познавайки ситуацията, Азът може да направи заключение за това как би се чувствал другият - да определи конкретните мисли и чувства в дадената ситуация.

Привличането на информация за личностните черти (знанието, което отразява уникалността на другия) допринася за повишаване на точността на оценките на мислите и чувствата на човек.

Емпатията подпомага саморазбирането за другия, защото създава:

• признаване на вътрешни състояния;

• откритост към себе-трансцендентност;

• значителен опит;

• връзката между явните и имплицитните връзки.

Емпатичните актове създават отношения, които са невъзможни за себе си и другия. Азът разбира другия, а другият разбира, че е разбран; Азът разбира, че другият разбира, че е разбран *(Shlien, 1997).*

Като поведенчески израз, тя е свързана с размисъл върху доброто на другия, чувствителност.

С емпатия е възможно да се преосмислят отделните принципи, доколкото разглеждането на нечия друга гледна точка вече е ангажирано. Емпатията ще повлияе на избора, като изисква за да предвиди последиците от избора на определен принцип от друга.

Чрез трансформиране на основанията на справедливостта, съпричастността може да повлияе на превръщането на справедливостта в милосърдие, да се насочи към слабите и страдащите и да изпълни дълбока загриженост.

Емпатията може също да трансформира справедливостта, като я прилага върху себе си. Ако страданието ми трябва да бъде компенсирано, защото съм бил третиран така, както не съм го направил от другите, чрез съпричастност мога да се откажа от отмъщението си, мога да реша, че другият не получава това, което заслужава (индикация за това, което съм направил), но за да получите това, което не си струва

- прошка. Така съпричастността превръща справедливостта в „несправедливост“.

Изправен пред другия, Азът е изпълнен с отговорност и грижа. Междуличностното отношение е нереципрочно отношение. Не мога да бъда безразличен към другия, отговорността за другия е моя и само моя.

Грижата за другия надхвърля „задължението да изпълниш задължението си към другия“, за да изплатиш дълга си към другия. Другият не е длъжен да заслужава задължението ми.

Отговорността за другия е безусловна - това, което правя или ще правя за другия, не зависи от достойнствата на другия.

Емпатията е част и от концепциите, свързани с обектните отношения и привързаността.

Могат да бъдат използвани техники за:

Развиване на умения за разбиране и назоваване на собствените емоции.

Развиване на умения за откриване на причините за собствените емоции.

Разпознаване на разликата между емоции и действия.

Развиване на способност за невербално изразяване на емоциите.

Развиване на способност за вербално изразяване на емоциите.

Развиване на способност за овладяване на негативни емоции.

Развиване на способност за разбиране на чуждата гледна точка.

Развиване на способност за приемане на чуждата гледна точка.

Повишаване чувствителността към чувствата на другите.

Могат да бъдат използвани техники като:

Емоционална и насърчаваща подкрепа, която поддържа гладкото протичане на интервюто и емоционалния процес в консултирането.

Това са уменията за изграждане и поддържане на положителна емоционална връзка с клиента в систематичния процес на комуникация от една сесия до следваща. Тази емоционална връзка е доминирана от емоционално приемане и усещане за подкрепа и разбиране, емоционално насърчаване и доверие при споделяне и решаване на трудни проблеми, емоционална сигурност, че връзката е сериозна и помага за решаване на лични проблеми, защитава личната свобода и решения на клиента. Това е многопластова емоционална връзка, която е емоционален процес, който се променя с времето. Това професионално умение от психолога на консултанта изисква специално обучение и непрекъснат личен опит в група, за да се управлява процеса на консултиране уверено и гладко.

Когато хората говорят, те искат обратна връзка, за да се уверят, че са чути и разбрани.

Активното слушане е характеристика на ефективната комуникация, защото активният слушател слуша, за да чува перспективата на говорещия, техните чувства, поведение и преживявания. За да „чуе“ чувствата на другия, е много важно слушателят да осъзнава собствения си вътрешен психически свят и емоционалния процес на собствените си преживявания. Всеки „чува“ и възприема емоционалните преживявания на другия чрез собствените си емоции по време на общуване. Този емоционален процес е като инструментална игра от две части, при която единият играч трябва да чуе своето изпълнение и изпълнението на другия, за да хармонизира цялостното емоционално звучене на произведението. Активното слушане използва възклицания, пропорционални паузи, движения на тялото и жестове, които насърчават другия да споделя и подкрепя

своите преживявания. Активното слушане може да бъде последвано от кратки коментари, пряко свързани с казаното.

Това помага на слушащия да приеме и разбере позицията и емоционалното отношение на другия. Обикновено професионалистите използват за тази цел минималните улесняващи изказвания и възклицания като: «мм-хмъ», «да», «точно така», «разбирам», «продължавайте». Има няколко важни аспекта на емоционална подкрепа към клиента, които са част от базовите терапевтични умения за консултиране.

След като е задал отворения въпрос, психологът оставя клиента да отговоря, без да го прекъсва; т.е. интервюиращият трябва да бъде тих и да слуша. Психологът трябва да следва принципа за поддържане с минимални усилия на гладкото протичане на интервюто. За това може да използва вметнати изрази като: „Да...“, „Разбирам“, „и...“ „Бихте ли продължили” „и после какво стана….”. Тези изрази може да ги подкрепя със своите жестове, поклащане на глава и тяло. Вметнатите изрази показват, че клиентът трябва да продължи да говори по същата тема. Психологът може да използва някои от уточняващите изказвания: „правилно ли разбирам, че тогава сте се чувствали ядосани...”; „искате да ми кажете, че....”; „… не съм сигурен, че правилно разбирам, бихте ли уточнили последната част....”; „бихте ли го казали по-накратко, за да съм сигурен, че правилно разбирам...”.

Изразяване на внимание към клиента и насърчаване да продължи може да се постигне с няколко въздействия:

- Очен контакт, през който се поддържа одобрение, интерес, емоционален резонанс

- Поза на тялото и жестове, които подсказват интерес, несъгласие, учудване, подкрепа.

- Интонация на гласа, с който се изразява загриженост, топлота, внимание, несъгласие.

- Паузи и мълчаливо изчакване на клиента. В активното слушане съществена част е умението за дозирано мълчание от страна на психолога *(Sundland, D. M., & Barker, E. N, 1962).* Кратките паузи на мълчание дават възможност на клиента да обмисли казаното, да постигне прозрение и да реши дали иска да продължи споделянето. Активното слушане дава възможност за отреагиране на интензивните негативни преживявания, а мълчанието осигурява възможност за преосмисляне на собствените емоции и оценки след себеразкриването им. Това е базово психологично умение, което първоначално изисква повече време в контакта с клиента, но след това осигурява по-бърз процес на реинтегриране и социална активност.

При активното слушане психологът е концентрирал цялото си внимание към клиента и емоционалната връзка с него. Активното слушане може да се оприличи на плавен «емоционален танц» с клиента, при който има стъпки на редуване: единят говори, води разговора и обсъжданите теми, изразява емоциите си, а другият го слуша внимателно, следва го с невербалното си поведение и го подкрепя в емоционално трудните моменти. В този емоционален танц психологът се приспособява към личностовите особености на клиента, но остава сериозен мениджър на цялата ситуация, който дирижира стъпките, който знае кога и как да подходи, който непрекъснато прави оценка, за да избере най-подходящата техника или стил на собственото си поведение. Това е трудната и сериозна част от консултирането, която изисква личностова зрялост и професионален опит, който се придобива в системни тренинги и работа под супервизия.

Умения за анализ на взаимовръзките: между когнитивните съдържания и когнитивните емоционални процеси, между съзнаваните и несъзнаваните психични процеси; умения за изграждане на хипотези за преносите на несъзнаваните процеси в терапевтичната връзка с клиента; умения за изграждане и поддържане на работна терапевтична връзка с клиента *Петкова (2012).*

Петкова (2012) в ръководството си за психологично консултиране, разглежда емпатията като част от консултирането, където казва: „Консултативните и клинични психолози и изследователи на терапевтичните ситуации като Чарлз Труакс са склонни да дефинират термина най-широко, включвайки интелектуалното разбиране на професионалиста за клиента, споделянето на чувствата на клиента, лекотата и ефективността на комуникацията и положителната нагласа на професионалиста към клиента. Съвременно развитие на концепцията за емпатия в психотерапевтичните школи е определена от *Hoffman, 1981* като:

- ***Емпатична подкрепа (empathic concern)***, грижа, спонтанно чувство на подкрепа, съчувствие, топлота, нежност или емоционално откликване, относно благополучното преодоляване на болката или страданието на друг човек. Хората, които изпитват емпатични грижи могат да регулират и контролират собствените си емоционални реакции и да говорят с някой, който страда. Те могат и да моделират възбудата си и да трансформират преживяванията в посока на симпатия. Когато откликват емпатично към страдащия те постигат собствено емоционално съзряване и преодоляване на емоционалните преживявания в личните загуби и психотравми. Това е най-силният път да помогнеш едновременно на другия и себе си. При емпатичното откликване психологът „настройва" своето емоционално преживяване в

хармония с емоционалното преживяване на клиента. Тази емоционална хармония е аналогична хармонията в музиката, където отделните инструменти в оркестъра свирят различни мелодии, но в хармонията на една тоналност, ритъм и звучене. Само тогава музиката постига своя ефект на приятно емоционално преживяване и въздействие върху изпълнители и слушатели. За да постигне това умения психологът първо оценява емоционалните преживявания на клиента и се „настройва" в емоционална хармония към клиента чрез припомняне на свои събития, в които е преживявал сходни емоции. Хората си приличаме по преживяването на сходни емоции, но в различни за всеки житейски ситуации. Така процесът на емпатично откликване е настройване към емоционалните преживявания на другия, а не към неговите събития или проблеми. Този процес на емоционално емпатично хармонизиране с клиента се постига в продължителен личен опит на бързо и съразмерно емоционално откликване към клиента.

- ***Емпатичен дистрес (empathic distress) или дисонанс*** е чувство на раздраза, тревога, напрежение, страх или дискомфорт, появяващи се спонтанно, когато сме свидетели на това как друг човек страда или преживява интензивна болка. Тези, които преживяват емпатичен дистрес, имат желания бързо и лесно да напуснат ситуацията, за да получат облекчение. Те имат потребност известен период от време да се разходят, да изразят раздразата си. Емоционален дистрес преживяват тези студенти или млади специалисти, които все още нямат умения как да говорят със страдащия *(Eisenberg&Fabes, 1992)*. Те дори преживяват, че след тяхното желание да помагат, възникналата раздраза или дискомфорт, ги поставя в позицията на жертви. Тези два феномена лежат в основата на процеса на помагане. Затова възрастните хора, които загубват контрола над емоциите си не са

подходящи за помагане в хосписите като доброволци. Емпатичният дисонанс блокира терапевтичната връзка с клиента и поражда преживяване за неразбиране, неприемане, отхвърляне. Терапевтичните интервенции на консултантите и психотерапевтите, които изпитват емпатична подкрепа са категорично по-успешни от интервенциите на тези, които изпитват емпатичен дистрес. Дори когато в технически план са компетентни“.

Бургов (2015) описва и техника свързана с емпатията, която се използва в схематерапията, но е навлязла и в консултативния процес „емпатийна конфронтация – тук балансът между конфронтация и емпатия основно се изразява във формираното от терапевта умение, клиента непрестанно да тестира реалността“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение на проведеното изследване е важно да подчертаем, че изключително важни са индивидуалните психологични оценки в детските и юношеските години, които да изследват в ранните и детски години както физическото и интелектуално развитие, така и емоционалното съзряване и развитие.

При отчетени проблеми на емоционалнато развитие да се изготвят индивидуални програми за психологично консултиране за навременното им преодоляване. Да се подготвят групови тренинги за деца и юноши за запознаване и разпознаване на емоциите – базови и второстепенни, за тяхното вербализиране и отреагиране.

Това е важна концепция за психологичното развитие на детето, която дава сериозен превес и на емоционалното съзряване, включващо изграждането на емоционален резонанс и свързаност с родители, връстници, междупартньорски взаимоотношения, културова и социална общност.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Бозгунов. К. Конструктът психопатия и връзката му с други психологически конструкти. Автореферат. 2017.

2. Братусь Б.С. Аномалии личности М., 1988.

3. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности / Вести. Моск. ун-та Серия 14 Психология 1981, 2, С. 46-56.

4. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях/ Е.Ю. Брель, И.Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2017. -№ 4. (97). - С.74-81.

5. Бърк. Л. Изследване на развитие през жизнения цикъл. 2012.

6. Бургов, П. Университетско издателство „Св. Св. Кирил и Методий“, Диоген „Психологията в условията на социални промени“ с. 96-108, 2016. ISBN 978-619-208-084-6.

7. Бургов, П. Университетско издателство „Св. Св. Кирил и Методий“, Диоген, с. 27-39, 2015. ISBN 978-619-208-069-1. COBISS.BG-ID-1287456484.

8. Ганчев. Д. (2018) .Изследване на корелация между алекситимия и качествени нарушения на социалното взаимодействие в юношеска възраст с TAS- 20 и IIP- 32. Българско списание по психиатрия.

9. Гаранян Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Журнал социальной и клинической психиатрии. — 2003.

10. Голман, Д. (2010). Новата социална интелигентност. София: Изток-Запад.

11. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. - Клин мед., 1997; 11: 32-34.

12. Динева, В. НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2013, том 52, серия 6.2 - 138 - За възможностите на Фокусираната към решения кратка терапия при зависимост към психоактивни вещества

13. Динева, В. Езикът на решенията в консултативната практика при зависимост към психоактивни вещества. Психологията - традиции и перспективи, т. 1. ЮЗУ, Благоевград, 2015, 200-204.

14. Динева, В. Езикът на решенията в терапевтичната практика при алкохолна и опиатна зависимост. Примакс, Русе, 2019, 128 с.

15. Ересько Д.Б., Исурина Г.С., Койдановская Е.В. и др.

Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Метод. пособие. - Ст-Петербург, 1994.

16. Иванов Кр., Куков К, „Психологични характеристики на копинг стиловете" Известия на съюза на учените. Серия „Хуманитарни науки", бр. 1.2011г. ISSN1310-6376

17. Иванов, Кр., Куков, К. Психологично консултиране и психофизиологични основи на психосоматиката. Монография, (2012) ВСУ

18. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством// Социальная клиническая психиатрия. 1995. №5. С.96-102.

19. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Соц. и клин. психиатр. - 1995; 5: 4: 96-102.

20. Коростелева И.С., Ротентберг В.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств / Телесность человека: междисциплинарные исследования. -М., 1993. С.136-143.

21. Коун. В. (2017). Емпатия и родителски стил при студенти от България и САЩ. Автореферат.

22. Каркхъф Р., Помагане и човешките взаимовръзки, «Наука и изкуство», С., 1969

23. Куков, К., Автоматичните мисли в когнитивно-поведенческата парадигма. Осма научна конференция „Приложна психология и социална практика", гр.Варна, ВСУ, „Черноризец Храбър", 2010г.

24. Куков, К., Копинг стратегии при шизофрения, сп. „Клинична психология", бр. 2 / 2010г.

25. Куков. К. Автореферат. (2012) Клиникопсихологични аспекти на дисфункционалните вярвания и копинг стратегии при пациенти с параноидна шизофрения.

26. Кулаков, С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. - СПб.: Речь, 2003. - 288 с.

27. Крумова-Пешева. Р. (2017). Интервю Прес, Психологично консултиране в медицинската практика.

28. Минчев. Б. (2006). Обща психология.

29. Нацов, И. Клинико-епидемиологично, психометрично и здравно-икономическо проучване на пациенти с мултиплен соматоформен синдром в общата практика. Автореферат. 2012.

30. Нешев. П. (2018). Взаимодействие на култури в социалнопсихологически контекст. Е-Журнал. ВСУ.

31. Николкова, Св., Маринов. П. Психиатрия, психология и психотерапия за общопрактикуващи лекари. 2012.

32. Петрова. Г., Куков. К.(2017) Надеждност и валидност на Торонтската скала за алекситимия (TAS-26) в България. Сборник доклади "Приложна психология и социална практика“. Сборник доклади от международна научна конференция "Приложна психология: възможности и перспективи". Варна, ВСУ "Черноризец Храбър", 2017.

33. Пседерска, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Неделчев, Д., Георгиева, В., Василева, Ж. (2016). Възникване, развитие и значимост на конструкта алекситимия. В Сб. Приложна психология и социална практика, Варна, ВСУ ”Черноризец Храбър”, 2016.

34. Петрова. Г. (2019). Надеждност и валидност на теста за емпатиен потенциал на личността. Списание по „Клинична и консултативна психология“. Непубликуван ръкопис.

35. Попов. В, Пседерска. Е., Пенева. Е, Бозгунов., Е. Василев. Г. (2016). Психометрични характеристики на българската версия на самооценъчната скала за алекситимия от Торонто (TAS-20; Toronto Alexithymia Scale-20). Психологични изследвания.

36. Петкова. П. Психологично консултиране (2012).

37. Попов, В., Пседерска, Е., Пенева, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Неделчев, Д., Василева, Ж. (2016). Психометрични характеристики на българската версия на самооценъчната скала за алекситимия от Торонто (TAS-20; Toronto Alexithymia Scale-20). Психологични изследвания, 2(19), 25-41.

38. Пседерска, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Неделчев, Д., Георгиева, В., Василева, Ж. (2016). Възникване, развитие и значимост на конструкта алекситимия. В Сб. Приложна психология и социална практика, Варна, ВСУ ”Черноризец Храбър”, 2016.

39. Проданов, Г., Куков, К. Биологична психология. Учебник. 2009. Пловдив

40. Пирьова, Б. Биологична психология. Учебник. 200. София

41. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. Кн. 2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ВЛАДОС, 1999. - 480 с. (с. 48-52).

42. Русева Д., Радкова Д., Кризисно консултиране на близки, непосредствено след загуба поради смърт, Психиатрия, 2013, 3 (47); 30-35;

43. Русева Д. , 2015а, Потребността от психологична подкрепа при хора с диагноза Множествена склероза (Обзор), Клинична консултативна психология, 3(25);

44. Русева Д. , 2015б, Психологична подкрепа в първите стъпки след загуба поради смърт, Стено

45. Русева Д. ,2019, Щрихи върху нуждата от психологично консултиране непосредствено след информиране за настъпила смърт, „ Управление и образование“ , „ Здравни грижи“, Бургаски университет „Асен Златаров“ 15(5).„Психологично консултиране“

46. Соложенкин, В. В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции. Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - Т. 8. - Вып. 2

47. Стаматов. Р. Емпатията. 2001

48. Стоева. Т. (2003). Емоцията и когницията в психологическата терапия и консултация. София Пропелер

49. Тасевска, Д. SOS Семейства в криза (психологическа подкрепа на дисфункционални семейства за ефективно родителство). Университетско издателство „Св. св. Кирил и Методий“, 2008 г.

50. Тасевска, Д. Професионално консултиране и подкрепа ма младежи от ромската общност (Глава 2) . В: Колективна монография: Проблеми на социалната интеграция на младежи от ромската общност (нагласи за труд и професионално обучение). Издателство „ИВИС“, Велико Търново, 2018 г.

51. Тасевска, Д. Методологически алгоритъм за формиране на капацитет за упражняване на доброволчески труд от студенти. В: ДИОГЕН „Изследване и практика“, Университетско издателство „Св. св. Кирил и Методий“, 2019г.

52. Урванцев Л.П. Психология в работе врача. Ярославль, 1993.

53. Урванцев Л.П. Психологические аспекты работы с больными: внутренняя картина болезни// Новости медицины и фармации. Ярославль. 1994. №2. С. 40-41.

54. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. С.153-156 Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М.Юсупов) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. – СПб., 2002. С.114-118

55. Хаджийски. М. (2003). Консултативна психология. Велико Търново : Faber

56. Шейнина О.А., Третьякова О.А. Алекситимия как психологическая проблема современного общества // Психолог и

вызовы современного общества: матер. VIII Междунар. семинара молодых ученых и аспирантов. Тамбов, 2016. С. 135–140.

57. Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy (p. 81–102). American Psychological Association.

58. Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy and psychotherapy: An introductory overview. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy (p. 3–31).

59. Bozarth, J. D. (1984). Beyond reflection: Emergent modes of empathy. In R. F. Levant & J. M.

60. Benedetti G.The structure of psychosomatic symptoms. Am J Psy-choanal., 1983; 43: 1: 57-70.

61. de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Alexithymia, risk factor or consequence of work-related stress? Psychother Psychosom. 2006;75(5):304-11.

62. Clark Kenneth, B. Empathy: A neglected topic in psychological research //American Psychologist. – 1980. – № 35(2). – P. 187–190.

63. Cho YI, Crittenden KS (2006). The impact of adult roles on drinking among women in the United States. Substance Use and Misuse 41,17-34.

64. Clark, K. B. (1980). Empathy: A neglected topic in psychological research. American Psychologist, 35(2), 187–190.

65. Cameron K, Ogrodniczuk J, Hadjipavlou G. Changes in Alexithymia Following Psychological Intervention: A Review. Harvard review of psychiatry. 2014;22(3):162–178.

66. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews. 2004;3(2):406–412.

67. Decety J., Chen C., Harenski C., Kiehl K. A. (2013). An fMRI study of affective perspective taking in individuals with psychopathy: imagining another in pain does not evoke empathy. Front. Hum. Neurosci.

68. de Waal FB. Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. Annu Rev Psychol. 2008;59:279-300.

69. Ickes W. Simpson JA, Orina MM, When accuracy hurts, and when it helps: a test of the empathic accuracy model in marital interactions. J Pers Soc Psychol. 2003 Nov;85(5):881-93.

70. Ickes W. J. (Ed.), Empathic accuracy (p. 311–339). The Guilford Press.

71. Isaksson H., Konarski K., Theorell T. The psychological and social condition of hypertensives resistant to pharmacological treatment. Soc Sci Med., 1992; 35: 7: 869-875.

72. Ickes, W. Empathic accuracy. – New York : The Guilford Press, 1997. – 352 p.

73. Fitzgerald M, Bellgrove MA. The overlap between alexithymia and Asperger's syndrome. J Autism Dev Disord. 2006 May;36(4):573-6.

74. Hermans E. J., Putman P., Van Honk J. (2006). Testosterone administration reduces empathetic behavior: a facial mimicry study. Psychoneuroendocrinology 31 859–866.

75. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, MacMurray JP. Alexithymia: subscales and relationship to depression. Psychother Psychosom. 1988;50(3):164-70.

76. Henry J.P., Haviland M.G., Cummings M.A. et al. Shared neuroendo-crine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia. Psychosom. Med., 1992; 54: 4: 407-415.

77. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamäki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. Psychother Psychosom. 2000 Nov-Dec;69(6):303-8.

78. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy. Am J Psychother 1979; 33: 1: 17-31

79. Krystal JH, Giller EL Jr, Cicchetti DV. Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. Psychosom Med. 1986 Jan-Feb;48(1-2):84-94.

80. Krystal, J. H., Giller, E. L. & Cicchetti, D.V. (1986). Assessment of alexithymiain posttraumatic stress disorder and somatic illness:introduction of a reliable measure. Psychosomatic Medicine, 48, 84-94.

81. Lecours S, Philippe F, Arseneault S, Boucher MÈ, Ahoundova L. Alexithymia, cognitive complexity, and defensive avoidance of emotion in a situation of experimentally induced sadness. J Am Psychoanal Assoc. 2013 Jun;61(3):573-8.

82. Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J. & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders? Psychopathology, 45 (1), 22-28.

83. Mayer, J., Salovey, P. What is emotional intelligence? // Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators / P. Salovey & D. Sluyter (Eds). – New York: Basic Books, 1997. – P. 3–31.

84. Mayer SV, Jusyte A, Klimecki-Lenz OM, Schönenberg M. Empathy and altruistic behavior in antisocial violent offenders with psychopathic traits. Psychiatry Res. 2018 Nov;269:625-632.

85. Martínez-Sánchez, Manuel Ato-García, Elisabeth Córcoles Adam, Tania B. Huedo Medina, Jordi J. Selva España,

86. Mikolajczak M, Luminet O, Menil C. Predicting resistance to stress: incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. Psicothema. 2006;18 Suppl:79-88. Stability in alexithymia levels: A longitudinal analysis on various emotional answers, Personality and Individual Differences, Volume 24, Issue 6, 1998, Pages 767-772, ISSN 0191-8869,

87. Martínez-Sánchez F, Ato-García M, Ortiz-Soria B. Alexithymia--state or trait? Span J Psychol. 2003 May;6(1):51-9. PubMed PMID: 12765051.

88. Messina, Antonino & Beadle, Janelle & Paradiso, Sergio. (2014). Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic. Journal of Psychopathology. 20. 38-49.

89. Minio-Paluello, Ilaria; Lombardo, Michael V.; Chakrabarti, Bhismadev; Wheelwright, Sally; Baron-Cohen, Simon (December 2009). "Response to Smith's Letter to the Editor "Emotional Empathy in Autism Spectrum Conditions: Weak, Intact, or Heightened?"". Journal of Autism and Developmental Disorders. 39 (12): 1749.

90. McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., and Joyce, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short term psychotherapy. Psychol. Psychother. 76, 133— 144. doi: 10.1348/147608303765951177

91. Pinard, L., Negrete, J. C., Annable, L., & Audet, N. (1996). Alexithymia in substance abusers: Persistence and correlates of variance. The American Journal on Addictions, 5(1), 32–39.

92. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A (Apr 2007). "Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome" (PDF). J Autism Dev Disord. 37 (4): 709–15.

93. Ruesch, J. (1948). The infantile personality; the core problem of psychosomatic medicine. Psychosomatic Medicine, 10, 134–144.

94. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom. 1973;22(2):255-62. PubMed PMID: 4770536.

95. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. J Psychosom Res. 2001 Dec;51(6):729-33.

96. Salminen JK, Saarijärvi S, Aäirelä E, Tamminen T. Alexithymia--state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. J Psychosom Res. 1994 Oct;38(7):681-5.

97. Singer T, Critchley HD, Preuschoff K. A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. Trends in cognitive sciences. 2009;13(8):334–340.

98. Sifneos, P. E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. Psychotherapy and Psychosomatics, 26(2), 65-70.

99. Staub, E. (1987). Commentary on Part I. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), Empathy and its development (pp. 103-115). Cambridge, England: Cambridge University Press.

100.Shipko S, Alvarez WA, Noviello N. Towards a teleological model of alexithymia: alexithymia and post-traumatic stress disorder. Psychother Psychosom. 1983;39(2):122-6.

101.Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press.

102.Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV: Reliability and validity in different languages and cultures. J Psychosom Res. 2003;55:277-83.

103.Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. Am J. Psychiat., 1984; 141: 6: 725-732.

104.Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother. Psychosom., 1985; 44: 4: 191-199.

105. Taylor G.J. Psychosomatic medicine and contemporary psychanalysis. Connecticuti Int Univer Press. Madison, 1987; 3.

106.Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. J Psychosom Res. 2004 Sep;57(3):239-47.

107.Zeitlin SB, McNally RJ. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1993 Apr;150(4):658-60.

АЛЕКСИТИМИЯТА И ЕМПАТИЯТА
В КОНСУЛТАТИРАНЕТО
Автори: Гълъбина Петрова

Българска
Първо издание
Тираж: 200

Коректор: Калина Димитрова
Предпечат: Любомира Николова
Дизайн на корицата: Любомира Николова
Печат: cumu център
Издателство: cumu център