

# КРАТКОСРОЧНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИ ТЕХНИКИ ПРИ ПСИХИЧНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ

Миглена Календжиева

Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна

## SHORT-TERM PSYCHOTHERAPEUTIC TECHNIQUES IN MENTALLY ILL PATIENTS

Miglena Kalendzhieva

Medical University of Varna

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** Актуалността на тази тема е свързана с подобряване на ефективността при провеждане на групов психотерапевтична работа в клинични психиатрични условия. Въпреки развитието си и многобройните подходи в груповата психотерапия, проблемите, свързани с верификативността и ефикасността ѝ, остават неразрешени, поради липса на обективни показатели, отговарящи на критерии, посредством които да бъде възможно оценяването им.

**Материал и методи:** Целта на тази разработка е да направи обзор на краткосрочни психотерапевтични техники и възможността им да бъдат адаптирани към психиатрични условия, както и разглеждането на условията, определящи ефективността и ефикасността на психотерапията в клинична среда.

**Заключение:** Основните цели, които се опитват да постигнат терапевтите в сесиите с пациенти са свързани с подготовка и успешната реадaptация (изписване от болничното заведение), достигане на инсайт (разбиране на състоянието си и особеностите му), както и подобряване на общото социално функциониране. Работата върху тези цели се осъществява в специфичните условия на болничната среда, които представляват предизвикателство пред психотерапевтите и които ще разгледаме в тази разработка.

**Ключови думи:** краткосрочни психотерапевтични техники, ефективност, ефикасност, болнична среда

### ABSTRACT

This topic is related to improving the efficiency in conducting group psychotherapeutic work in clinical psychiatric conditions. Despite its development and multiple approaches to group psychotherapy, problems with its verifiability and efficiency remain unaffected due to the lack of objective indicators that meet the criteria to assess them.

The aim of this study is to review short-term psychotherapeutic techniques and their ability to adapt to psychiatric conditions as well as the consideration of the conditions that determine the effectiveness and efficiency of group psychotherapy in a clinical environment.

The main goals that therapists are trying to achieve in patient sessions are the successful readaptation (hospital discharge), obtaining insights (understanding their condition and peculiarities) and improving the overall social functioning of the participants. The work on these goals is taking place under the specific conditions of the hospital environment, which poses a challenge to psychotherapists. This paper explores some of these features.

**Keywords:** short-term psychotherapeutic techniques, effectiveness, efficiency, hospital environment

## ВЪВЕДЕНИЕ

„Психотерапията има за цел да повиши чувството на индивида за неговото собствено благосъстояние” (1).

В областта на клиничната психология част от практиката на психолозите в психиатрични клиники включва провеждането на психотерапевтични индивидуални и групови сесии с пациентите. В тях терапевтите се опитват да изградят пространство на доверие и подкрепа, в което се дава възможност на всеки да сподели своя опит и да получи обратна връзка. Така, обогатявайки представата за себе си, пациентът би могъл да подобри и взаимодействието си с околния свят.

В психиатрични условия психотерапията се осъществява чрез групови и индивидуална работа с пациентите. Груповата практика е достъпна и дава възможност на повече хора да се включат. В нея пациентите разбират, че има и други със сходни проблеми и страдания като тях. Имат възможността да узнаят как другите се справят с трудностите и какво им помага. Поради особеностите на психичните разстройства, които се свързват със занижено социално функциониране, тези групи могат да бъдат изключително полезни и ефективни, работейки върху ясно очертани дефицити на пациентите.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

„Проблемите при психологичната помощ в болнични условия са сложни, тъй като практически е много трудно да се осъществява цялостна психотерапия в болничната среда, поради спецификата на условията ѝ. Оказва се, че и отделните психотерапевтични техники също следва да се прилагат внимателно, с оглед конкретните условия и заболяването на болния.” (1).

Оценяването на клиничните ограничения е ключов момент при провеждането на груповата психотерапия в психиатрични условия. Спектърът от психологически трудности на пациентите се простира от случаите на тежка инвалидизираща психоза до тези на относително добре интегрираните личности, чийто опит е обвързан със суицидни намерения или с преживявания на остро психотично състояние. С разстройства на афектите и различни затруднения, свързани с междуличностовото взаимодействие и социалното адаптиране. В груповата работа би могло да има и участници, които не са включени по свое желание и не са мотивирани да се включат в работния процес. Всички тези различия налагат необходимостта от интегративен модел на рабо-

та, който да може да покрие нуждите и да се отрази ефективно на различните пациенти.

Продължителността на хоспитализацията е относително кратка, обикновено до месец. Това налага първите ограничения в психотерапевтичния процес. При провеждането на групови сесии става ясно, че съставът е бързо променящ се и почти всеки път има нови пациенти и такива, които са вече изписани.

„Болничната среда е специфична, със строго организирана структура, точно определени цели и роли на хората, включени в нея.” (1).

Имайки предвид тази клинична ситуация, целите, които си поставят терапевтите, са в посока на намаляване на изолацията и включването на пациентите, като част от общност, в болничната среда, в която да взаимодействат успешно. Болницата е специфична среда, неминуемо различна от средите, в които пациентите са попадали преди и това често се свързва с със стрес и тревожност. Затова част от работата на психотерапевтите се насочва именно към намаляване на тревожността. Често тази тревожност се дължи на недостатъчна информация, както и на неяснотата спрямо интервенциите, терапията, бъдещето. Затова психотерапията дава възможност на пациентите да бъдат изслушани, когато споделят и разкриват тревогите и проблемите си, да се почувстват подкрепени и разбрани. Психиатричните пациенти са възприемани като патологично неспособни да си помогнат сами и често имат преживяването, че са в тежест на околните. В груповата работа те могат да предлагат решения на другите, да се включат в общо обсъждане, с което да затвърдят увереност в собствената си стойност и да се почувстват полезни. Различните гледни точки и обратната връзка също са ценен ресурс за пациентите и би могло да им бъдат от полза в междуличностните взаимоотношения и в търсенето на нови решения.

Важна насока в изграждането на целите в психиатрични условия е работата, свързана с успешната реадaptация на пациентите. Достигане на инсайт, свързан с разбирането на състоянието си и специфичните му особености, както и разбиране за нуждата от проследяване и продължаване на терапията извън болничната среда. От подобряване на комуникативните умения и цялостното оптимално функциониране.

Голяма част от психиатричните разстройства са хронични и пациентите често се връщат в болницата след определен период от време, когато отново отключат болестното състояние. Един от основните проблеми, с които се

срещат специалистите, е спирането или смяната на терапията, без да има лекарско предписание или наблюдение. Това води до изостряне на симптоматиката и наложителна рехоспитализация. Друг фактор, с който също често се сблъскват специалистите е, т. нар. хоспитализъм. Тогава пациентите привикват към клиничната среда и все по-трудно проявяват адаптационни способности към средата извън болничното заведение. Това са също важни насоки, в които психотерапевтите трябва да концентрират работата си с пациентите.

### КРАТКОСРОЧНА ТЕРАПИЯ

„В повечето случаи психологичната помощ в болнични условия е свързана с кризисно консултиране и краткосрочни терапевтични техники. Основната ѝ задача е да успее да прилага модел, фокусиран върху преживявания, а не върху конкретния симптом или болест.” (1).

Когато клиентите започнат психологическо лечение, по принцип не очакват терапията им да продължи прекалено дълго, обикновено вярват, че проблемите им ще изискват най-много няколко сесии (11).

Много автори (5,15,17) обобщават характеристиките на краткосрочната групов интервенция: ясни и точни цели, които могат да бъдат постигнати за периода от време; изграждане на възможно най-добра кохезия на групата; фокусиране на настоящите проблеми, а не на минали; изграждане на хомогенност между проблемите, целите и опита на участниците; фокусиране на интерперсонални/вътрешни опасения; терапевтът е активен, позитивен и отворен.

Краткосрочните психотерапевтични подходи са се изградили на няколко основни теоретични ориентации: психодинамична, поведенческа, когнитивно и когнитивно-поведенческа, електрична, гешалт.

Основните принципи, ръководещи краткосрочната терапия, са свързани с времевата рамка за провеждане, която е ограничена. Развитие на работен съюз между терапевта и пациента и цели, които да се основават на становището, че пациентите са способни да се променят през жизнения си цикъл. Терапевтите трябва бързо да правят оценка на пациента (16). „Осъществяването на психологична помощ е сложен процес. За да се постигне ефективност на този процес в болнични условия, са необходими най-малко три основни компонента – време, човешки ресурс и методология.” (1). Именно поради тези причини, единственият начин, чрез който се доказва ефек-

тивността на психотерапията, засега, са метаанализите (3). Съществен недостатък на психотерапията и приложението ѝ в болнични условия е относителната продължителност (за постигане на въздействие). Отделни терапевтични техники могат да се прилагат успешно и в болнични условия, но за повишаване на ефективността им, е необходимо да са ясно очертани проблемните моменти и времеви интервал на провеждане (1). Проблемите, свързани с верификативността на психотерапията, са свързани с факта, че тя е уникална и неповторима. Самият акт на терапията не може да се повтори от друг терапевт (1,2). Helm формулира няколко цели на промяната, която би следвало да настъпи при ефективно провеждане на терапия. Тези цели са свързани с по-голямата активност от страна на пациента – самостоятелност и отговорност, по-реалистично самовъзприятие, спонтанност в поведението, подобряване на самооценката, по-голямо себеуважение и доверие в собствените сили, преодоляване на тревожността и разстройствата в настроението, по-голямо емоционално спокойствие, по-диференцирано социално и интерперсонално възприятие с готовност за разбиране на проблемите на другите хора. Някои автори смятат мотивацията за ключа на ефективната терапия (20). „Преследването на дългосрочни цели е предпоставка за оптимално функциониране.” (1).

### КРАТКОСРОЧНА ТЕРАПИЯ, НАСОЧЕНА КЪМ РЕШЕНИЯТА

Произхождаща от семейната терапия и разработена основно върху работата на Shazer, Berg и колеги, краткосрочната терапия, насочена към решенията, започва да става все по-популярна. Фокусиран върху бъдещето, ориентиран към цел терапевтичен подход към кратката терапия. Разработен е първоначално от Стив Ди Шайзър и Инсу Ким Бърг в центъра за кратка семейна терапия в Милуоки в началото на 80-те години на XX век. Този подход подчертава силните страни на човека и ударението е главно върху решенията, а не върху самите проблеми. Това, към което е насочена, е разбирането как промяната би се отразила на участниците и колко възможности имат пред себе си те. Задават се конкретно цели и желано бъдеще. Идентифицирането – какво работи добре за клиентите – и насърчаването им да повторят тези модели е изключително важно (18,22). Ключовата концепция е: „След като разбереш какво работи, прави по-често това нещо. „Ако нещо не действа, клиентите се насърчават да експериментират с нещо различно. Централ-

но място в терапията заемат целите на клиента и осъзнаването на собствените сили и постижения (21). Терапията е насочена върху идеята, че човек има ресурси и сила, за да успее да се справи с проблемите си (13). Краткосрочната, насочена към решения, терапия изгражда подкрепа и окуражава участниците да не бъдат пасивни, а да работят за своите решения. В тази връзка тази терапия до голяма степен изпълва терапевтичните фактори, които Ялом подрежда за ефективната груповата работа. Насочената към решенията терапия се свързва не с повтарянето на негативните преживявания, разбирането им и анализирането им, а с намирането на „позитивно изключение“ от тях. Надеждата и оптимизма са съставни аспекти за терапевтичната промяна. Отново и отново се доказва как очакванията и надеждата за промяна на участниците в терапията са силен източник на случващото се – плацебо ефекта (23). В клиничните случаи лечението с плацебо при депресия показва, че плацебо ефектът може да донесе същият успех за пациентите, както и психоактивните медикаменти, когато пациентите или лекарите вярват в доброто повлияване (12).

Фокусираната върху решенията кратка терапия се базира на оптимистичното допускане, че хората са изобретателни и компетентни и са способни да конструират решения, които могат да променят посоката на живота им. Ролята на консултантът е да помага на клиентите да осъзнават ресурсите, които вече притежават, ангажирайки ги с разговори за това, което върви добре, за бъдещите възможности и какво вероятно ще доведе до чувство за постижение. Фокусираната върху решението кратка терапия се различава от традиционните терапии, защото отбягва миналото, в полза на настоящето и бъдещето, разширявайки пространството им в съзнанието на човека. Ди Шайзър (8, 9) смята, че не е необходимо да знаем причината за проблема, за да го решим, и че няма задължително взаимоотношение между проблемите и техните решения. Според него е добре клиентите да се ангажират с разговори, които водят до прогресивни разкази, чрез които хората създават ситуации, в които могат стабилно да напредват към целта си. Те трябва да бъдат насърчавани, като им се предложи да разкажат за моменти, когато са се чувствали малко по-добре и когато нещата са се случвали по един по-добър начин за самите тях. В тези истории за живота, който си струва да се живее, властта на проблемите се деконструира и се появяват, и стават възможни, решенията.

### **Основни принципи на терапията:**

Уолтър и Пелър (24,25) извеждат основните принципи на този подход.

Предимствата на положителния фокус върху решенията и бъдещето. Чрез концентрирането върху успехите е вероятно да се появят благотворни промени.

1. Фокусираното върху проблема, свързан с мисленето, пречи на хората да осъзнаят ефективните начини, по които са се справяли с проблемите.
2. Всеки проблем има изключения, или моменти, в които е бил минимален или дори е отсъствал. Като говорят за тези изключения, или примери за успех, членовете могат да постигнат контрол върху това, което е изглеждало като непреодолим проблем. Тези моменти позволяват на клиента да достигне до възможността за създаване на решения.
3. Участниците често представят само една страна от себе си. Фокусираните върху решенията водещи канят пациентите да изследват друга страна от историята, която представят.
4. Никой проблем не е константа и промяната е неизбежна. Малките промени проправят пътя към по-големите промени. След като една промяна е направена, тя ще доведе до друга, по-голяма промяна. Всеки проблем се решава стъпка по стъпка.
5. От водещите се изисква да поддържат отношение на сътрудничество към пациентите, вместо да разработват стратегии за контролиране на моделите на съпротива.
6. Всеки може да конструира решения на проблемите си. Няма универсални решения на конкретни проблеми, които могат да се прилагат към всички хора. Всеки човек е уникален и такова е всяко решение.

Основната задача на консултанта включва подпомагане на клиентите, които да си представят по какъв начин биха искали животът им да е различен и какво е нужно, за да се осъществи тези промяна.

При краткосрочната терапия още от първата сесия водещият започва да действа за прекратяването на работата. Затова типичният въпрос на терапевта е именно: „Какво трябва да бъде различно в живота Ви, в резултат на идването Ви тук, за да кажете, че присъствието Ви си струва?“ Установяването на ясни цели още от самото начало, поставя основите на ефективното *прекръстване* на дейността на групата (18).

Водещият помага на участниците да наблюдават своя напредък.

## ТЕРАПЕВТИЧНИ ТЕХНИКИ И ПРОЦЕДУРИ

Фокусираните върху решението техники трябва да бъдат използвани индивидуализирано и гъвкаво за уникалните обстоятелства, в които се намира всеки.

- *Промяната преди терапията* е техника, която цели да насърчи клиента да разчита повече на себе си за постигането на терапевтичните цели (10). Още по време на първата сесия се търси нещо, което би могло да бъде наченка на промяна и да засили това, което клиентите вече са направили като някаква положителна промяна.
- Въпросите, които водещият задава са насочени не толкова към събиране на допълнителна информация, колкото до по-доброто разбиране на пациента. Водещите не задават въпроси, чиито отговори знаят. Въпросите би следвало да се задават от позицията на уважение, любопитство, интерес и откритост.
- *Въпросите за изключенията*. Те са свързани с онези минали преживявания на участниците, когато е било разумно проблемът да се появи, но той по някакъв начин не се е появявал (7,18). Това напомня на клиентите, че проблемите не са всемогъщи и не са съществували вечно, а това осигурява впрягането на ресурсите и ангажиране на силните страни на човека.
- *Въпросът за чудото* е една от най-често прилаганите техники. Най-общо тази техника се представя в следния вид: „Ако стане чудо и проблемът, който имате изчезне за една нощ, как ще разберете, че той е решен и какво ще бъде различно?“ След този въпрос пациентите са насърчавани да си представят как би изглеждал животът им, ако проблемът не съществуваше (22). Въпросът за чудото е начин да се открие целта на пациента, който внушава уважение към ситуацията на клиента и му помага да идентифицира по-малки, по-управляеми цели (10).

Интересен подход на терапията е, ако например участник сподели, че би желал да се чувства по-уверен и сигурен, водещият да го провокира да си представи, че тръгвайки си от сесията по необясними причини, той започва да се държи самоуверено и е по-сигурен в собствените си сили, какво би било различно в поведението и в действията му? Този процес на обмисляне на хипотетични решения отразява убеждението

на О'Ханлън и Уайнър – Дейвис (19), че промяната може да се осъществи по три начина – чрез промяна на това, което правим; чрез промяна на начина, по който виждаме проблемната ситуация и чрез ангажиране в разговор за ресурсите и силните страни, които можем да използваме, за да създаваме решения. Във фокусираното върху решенията консултиране проблемите не толкова се решават, колкото се конструира някакво решение. Би могло да бъде полезно консултантите да насърчат пациентите да мечтаят, защото мечтите казват много за посоката, в която хората искат да отидат, както и за живота, който желаят за себе си.

Въпроси за оценка са необходим инструмент, когато промените в преживяванията не са лесно наблюдаеми, например чувства, настроения или комуникация. Необходимо е пациентите да опитат да направят измерване по скала и така да проследят настъпилите промени или подобрения. Въпросите за оценки помагат на членовете да обръщат по-голямо внимание на това, което правят, и как могат да предприемат стъпки, които ще доведат до промените, които желаят.

Друг аспект, на който също се обръща внимание и се отделя време е обратната връзка. Това позволява на участниците да пренесат наученото извън групата във всекидневния си живот. Де Джинг и Бърг (6) описват три основни аспекта в структурата на обобщаващата обратната връзка – комплимент, мост и предлагане на задача. Комплиментите са искрени утвърждения за онова, което клиентът вече е постигнал, те са форма на насърчаване, поражда надежда и внушава на клиентите, че те могат да постигнат целите си и да разчитат на силните си страни. Мостът от своя страна свързва първоначалните комплименти с предлаганите задачи, които да се изпълняват извън групата. Той представя обосновката на предложенията. И предлагането на задачи, които могат да се смятат за домашна работа.

Тези задачи могат идват от самите пациенти. Терапевтът би могъл да ги насърчи да проектират собствени експерименти, които желаят да направят преди следващата сесия (10).

Задачите за наблюдение са ключови, тъй като, концентрирайки се в определени аспекти от живота, себенаблюдаването помага на пациентите да забелязват различията, когато нещата са по-добри и да забелязват какво е различно. При краткосрочната, насочена към решенията, терапия често би могло още на първата сесия терапевтът да зададе домашна работа, в която участниците да бъдат насърчени да наблюдават (или

обмислят) какво се случва в семейството, брака, работата и т.н. и да отбележат всичко, което биха желали – да продължава да се случва. Ди Шайзър вярва, че тази интервенция засилва оптимизма на хората и надеждата им за настоящата, и бъдещата ситуация (7).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подходите и техниките при психотерапията в психиатрични условия, които подбират клиничните психолози, би следвало да могат да се адаптират към особеностите на болничната среда, което извежда известни рамки и ограничения пред психотерапевтичната работа. В тази разработка се опитахме да определим характеристиките на болничната среда, възможностите за интервениране и особеностите на психиатрично болните пациенти. Също и целите, които психолозите биха могли да си поставят, по-ефективните работи и техники, водещи до изпълнението им. Използвана е широка база от литература, с която се опитахме да обобщим и да направим подробен обзор на главните теми в разработката, която да бъде насочена върху подобряване на груповата психотерапия в клинични условия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров И. (2015) Личностни и регулативни процеси в болнична среда. Основни направления в психологичната помощ. Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна.
2. Александров И., Иванова В. (2012) Специфика и проблеми в оказването на психологична помощ в болнична среда. Школа за млади учени и докторанти, БАН, София, 25-32.
3. Albee GW (1990) The Futility of Psychotherapy. *Journal of mind and behavior*, 11, 3/4, p. 369-84.
4. Berg K. (1994) Family based services: A solution-focused approach. New York: Norton.
5. Budman SH, Gurman AS. (1988) Theory and practice of brief psychotherapy, New York: Guilford Press.
6. De Jong P, Berg K. (2008) Interviewing for solutions (3<sup>rd</sup> ed.) Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
7. De Shazer S. (1985) Keys to solutions in brief therapy. New York: Norton.
8. De Shazer S. (1988) Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton.
9. De Shazer S. (1991) Putting difference to work. New York: Norton.
10. De Shazer S, Dolan Y. (with Korman, H., McCollum, E., Trepper, T. and Berg, K.), (2007) More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. New York: Haworth.
11. Garfield L, Bergin A. (1978) Handbook of psychotherapy and behavior change. John Wiley and sons Inc. (2nd edition).
12. Greenberg RP, Fisher S. (1997) Mood mending medicines: probing drug psychotherapy and placebo solutions. In R.P. Greenberg & S. Fisher (Eds.), From placebo to panacea: putting psychiatric drugs to the test. New York: Wiley.
13. Helm J. (1967) Essay on the verbal and visual arts (pp.12-44). Seattle: University of Washington Press.
14. Iveson GC, Ratner H. (1990) Problem to solution: brief therapy with individuals and families. London: Brief Therapy Press.
15. Klein R. (1993) Short term group psychotherapy. In H, Kaplan, D. Sadock (Eds.), Comprehensive group psychotherapy. Baltimore: Williams and Wilkins.
16. Koss P, Shiang J. (1994) Research on brief psychotherapy. In Handbook of psychotherapy and behavior change (4<sup>th</sup> edition), pp.664-700, New York: Wiley.
17. MacKenzie KR (Ed.) (1994) Effective use of group psychotherapy in managed care. Washington DC: American Psychiatric Press.
18. Murphy J. (2008) Solution-focused counseling in schools (2<sup>nd</sup> ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
19. O'Hanlon WH, Weiner – Davis M. (2003) In search of solutions: A new direction in psychotherapy (rev.ed). New York: Norton.
20. Ryan R, Lynch M, Vansteenkiste M. (2010) Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice, Volume: 39 issue: 2, page(s): 193-260.

21. Saleebey D. (1996) The strengths perspective in social work. New York:Longman.
22. Sklare GB. (2005) Brief counseling that works: A solution-focused approach for school counselors and administrators (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
23. Snyder CR, Michael ST, Cleavins JS. (1999) Hope as a psychotherapeutic foundations of common factors, placebos and expectancies. In M.L. Hubble, B.L.
24. Walter L, Peller E. (1992) Becoming solution-focused in brief therapy, New York: Brunner/Mazel.
25. Walter L, Peller E. (2000) Recreating brief therapy: Preferences and possibilities. New York: Norton.

*Адрес за кореспонденция:  
Миглена Календжиева  
Катедра по психиатрия и медицинска  
психология,  
Медицински университет – Варна  
e-mail: miglenad@hotmail.com*