

ПСИХОЛОГИЧНО КОНСУЛТИРАНЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА - БИОПСИХОСОЦИОНОЕТИЧНИ АСПЕКТИ

Кирил Зърлевски

Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Философски факултет,
Катедра „Социална, организационна, клинична и педагогическа психология“ Магистър по
клинична психология
zarlevski@uni-sofia.bg

Резюме: *В статията се анализират спецификите на психологичното консултиране и психотерапията в клиничната медицинска практика през призмата на интегративния биопсихосоциоетичен модел. Разглеждат се някои по-значими моменти от прилагането на немедицински модел на работа с пациенти в медицинска (болнична) среда. Акцентира се върху психологията на болния, болестта и боледуването и значението им върху процеса на консултиране и терапия. Особено важни за анализ са функциите, задачите и целите на психолога и психотерапевта в болничните заведения. Не на последно място се разглеждат различни техники и проблеми на психологичното консултиране в болнична среда, както и приложните аспекти на медицинската психотерапия.*

Ключови думи: *психологично консултиране, психотерапия, болница, биопсихосоциоетичен модел, клинична психология, медицинска психология*

PSYCHOLOGICAL COUNSELING AND PSYCHOTHERAPY IN CLINICAL MEDICAL PRACTICE – BIOPSYCHOSOCIONOETHICAL ASPECTS

Kiril Zarlevski

Sofia University „St. Kliment Ohridski“, Faculty of Philosophy,
Department of Social, Organizational, Clinical and Educational Psychology,
Master’s Degree in Clinical Psychology

zarlevski@uni-sofia.bg

Abstract: *The article analyzes the specific features of psychological counseling and psychotherapy in clinical medical practice through the prism of the integrative*

biopsychosocionoethical model. Some of the more significant aspects of the application of a non-medical model of working with patients in a medical (hospital) environment are examined. Emphasis is placed on the psychology of the patient, illness, and the process of being ill, and their significance for the process of counseling and therapy. Particularly important for analysis are the functions, tasks, and goals of the psychologist and psychotherapist in hospital institutions. Last but not least, various techniques and problems of psychological counseling in a hospital environment are considered, as well as the applied aspects of medical psychotherapy.

Keywords: *psychological counseling, psychotherapy, hospital, biopsychosocionoethical model, clinical psychology, medical psychology*

ВЪВЕДЕНИЕ

Живеем във време, в което динамиката на живота е многократно увеличена. Стресогенните ситуации, както ежедневни, така и екстремални, са много по-чести. В съвременните условия психологичната и психотерапевтичната помощ придобиват все по-голямо значение за хората, намиращи се в различни среди, в които човек е подложен на високи нива на стрес. Все по-актуално става и значението на стреса, както и знанието за неговото влияние върху здравето в неговите най-различни аспекти. **Болничната среда** е място, в което стреса и психотравмиращите ситуации са „част от ежедневието“ на пациентите и техните близки.

В клиничната медицинска практика често се срещат ситуации като загуби, разочарования, съобщаване на лоши новини, сблъскване с различни тежки диагнози и дълготрайни лечебни процедури. Някои събития се преживяват травматично от пациентите и техните близки и роднини, като оставят дълбока следа в живота им. За съжаление, почти всички обстоятелства в болницата имат силно отрицателно въздействие върху цялостното (общото) благополучие на пациентите – соматично, психично, социално и ноетично (духовно).

Постъпването в болнична среда обикновено се преживява като значимо стресогенно събитие, което може да породи силна тревожност, усещане за уязвимост и несигурност. По време на лечението пациентът се сблъсква както с рутинни, така и с по-рискови медицински процедури, които често водят до ограничаване на личната автономия и нарушаване на

чувството за лична неприкосновеност. Болницата нерядко се възприема като необичайно и самотно пространство, в което човек влиза в пряк досег със страданието, а понякога и със смъртта (Александров & Иванова, 2012).

Разгледано от тази гледна точка, психолозите, които работят в клиники и болнични отделения, се сблъскват с предизвикателството да прилагат в медицинска среда модел на подкрепа, който се различава от традиционния медицински подход. Тази задача се усложнява от обстоятелството, че голяма част от специалистите в болничната практика са клинични психолози с ограничен опит и подготовка извън рамките на психиатричните структури. Нерядко се наблюдава и друга тенденция – в стремежа си да се приравнят към авторитета на лекарската професия, някои психолози възприемат ролята на „лекуващи“ и работят в рамките на т.нар. медицински модел, който поставя акцент основно върху физическите аспекти на заболяването (пак там).

Проблемите при психологичната помощ в болнични условия са сложни и поради факта, че е практически невъзможно 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 заболяването на болния (Александров, 2004, стр. 34-37).

Същност на психологичното консултиране в болнична среда

Обхващането на всички аспекти на психологичното консултиране в болнична среда представлява значително предизвикателство, поради сложния и многопластов характер на този процес. За да се направи цялостно изследване е необходим диференциран анализ, осъществяван от различни теоретични и приложни перспективи. В този контекст се обособяват специализирани направления в рамките на психологичната наука, насочени към изследване на психологичните измерения на болничната среда. Сред тях се открояват медицинската психология, здравната психология, едукативната психология, медицинската психотерапия и психосоматичната психотерапия, които предлагат различни концептуални рамки и методологични подходи за разбиране и интервенция. В този раздел ще бъдат разгледани поотделно медицинската психология, здравната и едукативната психология, а във втория раздел – медицинската психотерапия и психосоматичната психотерапия.

Медицинската психология е клон на психологичната наука, който разглежда психологичните аспекти на медицинската теория и практика (Бончева, 2013). За да се очертаят границите на психологичното консултиране в контекста на медицинската практика е необходимо да се разшири дефиницията за областта, която го прилага в смисъла на нейните структурни и функционални аспекти. Проф. Захарина Савова дава удовлетворяваща дефиниция, според която медицинската психология разработва психологични проблеми, които възникват в медицинската практика и изучава психиката на болния човек или участието на психологични фактори за появата, развитието и изхода от психични и соматични заболявания, разработва проблемите на психичната адаптация при здраве, болест, оздравяване и боледуване, при връщане на болния към нормален живот. Изучава психологичните аспекти при рехабилитацията на болните, психологичните проблеми на взаимодействие лекар-болен, социалните и психологични проблеми на междуличностните взаимоотношения в медицинската практика и изследва психологичните аспекти на организиране на лечебните средства (Савова, 2015).

Разширяването на понятието „медицинска психология“ е необходимо, тъй като позволява по-прецизно очертаване на обхвата и насочеността на психологичното консултиране в болничната среда. Значимостта на този подход се изразява във възможността да се идентифицират основните субекти и взаимовръзки, които са обект на психологично въздействие. В този контекст психологичното консултиране се насочва не само към личността на пациента, но и към неговите психични процеси и състояния, както и към медицинския екип и близките му. Между тези участници се формира система от междуличностни взаимоотношения, която оказва съществено влияние върху протичането на лечебния процес и ефективността на психологичната подкрепа.

Здравната психология е теоретичен и практически клон на психологическите науки, който изучава здравето, болестта и практиките на здравеопазване (професионални и лични), като се стреми да разбере, да обясни и в идеалния случай да прогнозира свързаното със здравето и с болестта поведение, за да може да разработва ефективни интервенции за намаляване на физическата и емоционалната цена на рисковото поведение и болест, като предлага холистичен модел и подход към въпросите за здравето, болестта и здравните грижи (Морисън & Бенет, 2013).

Здравната психология като интердисциплинарно поле с ясно изразена теоретико-приложна насоченост обхваща здравето, болестта и здравното поведение в неговата комплексност. Особено ценен е акцентът върху стремежа не само към разбиране и обяснение, но и към прогнозиране на поведението, което съответства на съвременните тенденции за развитие на доказателствено базирани интервенции. Подчертаването на холистичния подход също е съществено, тъй като отразява прехода от редуccionистични към интегративни модели в здравеопазването.

Приложението на т.нар. **едукативна (образователна) психология**, базирана на разбирането, че наличната хронична, психична или психосоматична болест изисква болният да усвои нови навици, копинг-стратегии и начини на емоционално отношение към заобикалящата среда, помага в поддържането на параметрите на болестта под контрол, за които не са достатъчни само медицинските мерки. Необходимо е болният и неговото обкръжение да бъдат научени (Langfeldt, 2007) на психологичен контрол на болестта и на социалното им функциониране с нея (Бончева, 2013). Същността на психологичното консултиране се състои не само в изграждане на тези умения, навици и копинг-стратегии, които карат пациента да си върне обратно „контрола“ върху собствения си живот, а и в емоционалната и психологическа подкрепа, която оказва консултантът.

Специфики на психологичното консултиране в болнична среда

В болницата медицинските консултации са времето, в което лекарите и другите здравни професионалисти могат да получат информация, която да им помогне при вземането на диагностични и терапевтични решения, а пациентите – да получат информация за своето състояние, неговото лечение и да обсъдят релевантните за тях въпроси (Морисън & Бенет, 2013). Психологичното консултиране в болнична среда освен че дава информация, която помага при вземането на диагностични и терапевтични решения, има и други специфики и проблеми, които се разглеждат по-подробно в следващите параграфи.

Основните принципи, върху които стъпва психологичното консултиране в болнична среда, са психологичната оценка, психодиагностиката и принципите на интервенциите. **Интервюто е съществена част от психологичната оценка.** Информацията, която се осигурява от клиничното интервю, може да включва: лична информация, направление (кой

и защо е насочил лицето), фамилна анамнеза, медицинска психиатрична и психологична анамнеза и проведено лечение, анамнеза на развитието (раждане и ранно детско развитие), сексуална анамнеза (сексуална ориентация, опит, проблеми), текущи оплаквания (симптоми), цели на лечението (Стоянов, Арабаджиев и съавт., 2023).

Най-използвана форма на психологично интервю в медицинската практика е т.нар. **изследване на психичен статус** – въведено от Адолф Майер през 1902 г. и бързо се доказва като съществено за практиката. Целта му е да се оценят психологичните и когнитивните процеси по време на разговора и наблюдението. Оценяването на психичния статус не е стандартизирано, което позволява да бъде широко разпространено сред професионалистите в областта на психичното здраве. Въпреки това има основни категории, които трябва да се имат предвид, когато се прави изследването и описанието на психичен статус:

- външен вид
- поведение/психомоторика
- афект и настроение
- мислене и реч
- възприятно-представна дейност
- ориентация – за време, място и собствена личност
- когниция и интелигентност
- критичност

Задачата на **психологическата диагностика** в медицинска среда, при случаи, свързани с тежки психотравматични ситуации, но и не само, се състои в ранното идентифициране на възможни психогенни емоционални и личностови разстройства, както и в определянето на най-значимите и конфликтни области на личностните взаимоотношения, най-дезадаптивните механизми на психологическа защита и справяне, най-неадекватните компоненти на „вътрешната картина на болестта“ с цел последваща психологическа корекция и социална рехабилитация на пациентите. Според Васерман и Трифонова (2004) идентифицирането и последващата корекция на неадекватни методи за психологическо справяне са най-важният компонент в работата на психолога с целия набор от проблеми, свързани с реакцията на индивида към болестта (Ахмедова & Щелкова, 2008).

Психологическите интервенции в болнична среда са разнообразни и многопосочни действия, които имат различен характер, различна интензивност, честота, продължителност и

насока. Всички интервенции обаче са обединени около един много специфичен и значим феномен, явяващ се при почти всички пациенти – това е т.нар. „психична болка”. Всеки специалист (психолог, психиатър, психотерапевт, клиничен социален работник и др.), който се е срещал с човек, преживяващ криза или травма е чувал многократно усещането за психичната болка, описано чрез метафора и езикова картина: „Душата ме боли!“, „Сърцето ми в кръв се облива“, „Раздира ме от вътре“, „Изгаря ме“, „Опустошен съм“, „В черна дупка съм“, „На парчета съм“ и др. Сама по себе си появата на психична болка показва значимост – несъзнавана преди това ценност, която иска грижа (от гр. *θεραλεία* - грижа). Психичната болка е реакция на загуба на нещо важно и нарушаване на границите. Определя се още като сложен афективен феномен, в чиято основа стоят потиснати преживявания (Арабаджиев & Томчева, 2021).

Консултиране на болен в ролята на клиент има своята специфика. Това означава, че постигането на ефективно психологично консултиране в болница следва да се състои от следните елементи:

- 1. преработка** на вътрешната картина на болестта по посока на същинската;
- 2. съобразяване** с нивото на възможностите на клиента за осмисляне на вариантите за терапия и приемане на онзи/онези, при които болният сам ще носи отговорността за изпълнение на част от терапевтичната схема;
- 3. договаряне** за условията, при които лекар и болен ще обединяват усилията си в атакуването на болестта.

Медицинската клинична практика познава подписването на формуляра за **информирано съгласие** на болния. Световната практика е въвела това като документ, показващ осъщественото вече консултиране и постигнатото съгласие между болния човек и медицинската институция. Психологически този формуляр носи смисъла на интерактивно обвързване при работа с информацията по същество, т.е. с болестта (Бончева, 2013).

Същност на психотерапията в болнична среда

Психотерапията е метод, който се е използвал още от медицината на Древността. Разбира се, практическите подходи, които са били прилагани, са били различни в зависимост от степента на културното развитие на обществото (Ачкова, 2001). Психотерапията, в най-широкото ѝ понятие, включва всички околни фактори в една болница или поликлиника,

където пациентът остава по-дълго за лечение и лекарски съвет. Няма лечебен метод, който може да бъде успешен без психотерапия. Инсулиновата хипогликемия, електрошокът и лекарствата имат не само лечебно действие, но предизвикват и емоционални преживявания. Ако помагат за възстановяването на пациента, те изпълняват психотерапевтична роля (Шипковенски, 2016).

Психологичният подход при хипертонична болест например е необходим не само за изясняване патологията и патогенезата на болестта, но и за провеждане на ефективно лечение. Познаването на психосоматичните взаимоотношения дава възможност на лекаря да провежда комплексно лечение на хипертонията (с бета-блокери, А, С инхибитори, транквилизатори, антидепресанти), което, съчетано с психотерапевтични интервенции (релаксация, поведенческа, когнитивна психотерапия и др.), води до подобряване на състоянието на болния и повишаване на неговото качество на живот (Иванов, 2012).

Много често в психотерапевтичните интервенции в болнична среда клиничните психолози се срещат със **съпротивите на пациентите** и това е огромно предизвикателство, което трябва да преодолеят заедно. Съпротивата е като болковия симптом при соматично болния човек. При един физикален преглед лекарят следи изражението на пациента и иска словесен рапорт за наличието на болка. В психотерапевтичния контакт *психичната „болка“ се показва чрез съпротивата*. Неин провокатор е безспорно вербалното и невербално поведение на терапевта. Неин външен израз е появилият се пренос или контрапренос.

Медицинската психотерапия съгласно Farber и сътр. (2005) и Freyberger (2006), и по-точно научно обоснованата медицинска психотерапия представлява специализирана помощ като:

Ψ Съпровождателна медицинските мерки за справяне с болестта – подготовка на пациенти за оперативно лечение; кризисна интервенция при пациенти и техни роднини; подготовка на болния за „живот с болестта“;

Ψ Подпомагане на протичането и рехабилитацията при органични болестни състояния – психосоматични болести като хипертония, язва, колит, гастрит, захарен диабет, астма и др. При продължителни болестни състояния с водещ болков синдром, неврологични смущения или болестна проблематика в храненето и съня;

Ψ Психодинамична преработка на психологичните корени на функционалните, невротични и соматоформни разстройства;

Ψ Помощ за самопомощ за справяне с житейски ситуации на дезадаптация, без наличие на болест;

Ψ Медицинският психотерапевт работи в екип от лекуващ пациента соматичен лекар или психиатър и има за задача да осъществява в широкия смисъл на думата психологична подкрепа на болни; в тесния смисъл – да преработва психологичната проблематика при пациенти с функционални (невротични или соматоформни разстройства). Водещ в екипа е лекарят, който съчетава медикаментозното лечение с медицинската психотерапия.

Съвременната психосоматична медицина и психотерапия изискват развитие на ефективни и икономични терапевтични подходи, които надхвърлят чисто техническите аспекти на интервенцията и включват ясно дефинирани критерии за анализ и преработка на психичния конфликт. В традицията на психоаналитичната перспектива, започваща от Фройд, **психосоматичната психотерапия** поставя акцент върху осъзнаването и вербализирането на изтласкани афекти, особено агресивни импулси, като ги извежда от несъзнаването и се основава на съзнателната психична обработка. В този процес ключово значение придобива нарушената регулация по оста „любов – контакт – сексуалност“, която се разглежда като централна динамична триада в етиологията и поддържането на психосоматичните разстройства.

Общият знаменател при психосоматичните симптоми се открива в потиснато, неудовлетворено психично желание, което намира соматичен израз. Следователно терапевтичната задача не се свежда до елиминиране на симптома, а до задълбочена работа върху неговата психологична причина. Само при последователно адресиране на конфликта в неговата първопричинна структура се постига дългосрочен терапевтичен ефект и се предотвратява рецидив, включително трансформиране на симптоматиката в аналогични соматични прояви при повторна конфронтация с първоначалния конфликтен източник (Димитрова, 2022).

Специфики на психотерапията в болнична среда

Медицинската психотерапия е придобила правото да бъде използвана при пациенти при които медицинските и други амбулаторни и клинични методи до известна степен са

предизвикали нарушаване на яснотата на съзнанието, дисбаланс в психичната сфера, дезадаптивно поведение, афективни нарушения и различни по естество състояния, в които е засегнат психичният свят на пациента. Този факт налага психотерапевтът да има достатъчно стабилни познания за справяне не само с психичното, но и с физиологичното и соматичното състояние на пациента; т.е. терапевтът се нуждае от базовото обучение по медицина (Бончева, 2013).

Друга важна част от психотерапията в болнична среда са професионалните взаимодействия, които според проф. д-сн Р. Крумова-Пешева и д-р Х. Пешев са лечебен инструмент, съдържащ голям брой елементи и специфики. Това са изцяло структурирани отношения, в които се изгражда своеобразен **работен алианс**. В границите на метапсихологичния анализ те разглеждат въздействието върху другия човек като особено важен и съществен елемент от „територията“ на професионалното общуване (Крумова-Пешева & Пешев, 2020).

В психотерапевтичната и медицинска практика това въздействие се явява специфичен феномен – фактор и следствие на лечението, промяната и развитието. В качеството си на фактор то изисква голям брой умения от страна на специалиста, за да може той да ръководи един ефективен работен процес. Като следствие въздействието е част от терапевтичната връзка, компонент от лечебната атмосфера. Явява се резултат, дължащ се на множество съзнателни и несъзнавани причини. Включва редица преносни и контрапреносни „отговори“, динамика и разнородна афективна „зареденост“. Красноречивостта, яснотата и конкретността на посланията на психотерапевта и лекаря спрямо пациента са едни от значимите критерии за успешен терапевтичен алианс. Въздействието върху другия в клиничната практика има разнообразни измерения, най-важни от които са компетентността, формалността, йерархичността, емпатийното присъствие и усещането за смисъл (пак там).

*Биопсихосоционоетичен модел на медицинската психотерапия. Интегративна
медицинска психотерапия.*

Само чрез интегративен (холистичен) подход въздействието върху пациента и ефекта от това въздействие могат да бъдат в полза на нуждаещите се от терапевтична намеса. Интеграцията на психотерапията се характеризира с неудовлетворение от подходите на

отделните школи и със съпътстващо желание да се погледне през теоретичните граници, за да се види какво може да се научи от другите начини за провеждане на психотерапия. Въпреки че различни етикети се прилагат към това движение – еkleктизъм, интеграция, сливане и сближаване – целите са подобни. **Крайният резултат от интеграцията и еkleктизма, макар и все още не напълно осъзнат, е да се подобрят ефикасността, ефективността и приложимостта на психотерапията** (Голдфрид & Норкрос, 2002).

Необходимостта от теоретична обосновка на психотерапевтичните интервенции в болнична среда е общопризната от специалистите, въпреки че не винаги се прилага на практика. За съжаление, не всички методи и дори школи по психотерапия се основават на психологичните концепции за норма и патология. Тази ситуация е твърде специфична, защото това, което се случва в процеса на интервенция, се определя от теоретичната парадигма. Наред с проблема за теоретичната валидност, съществува и проблемът за теоретичната насоченост на психотерапевтите и консултантите. Спецификата на теоретичната насоченост, на първо място, се поражда от липсата на системна и стандартизирана подготовка на специалисти в тази област, както и повишеният интерес към т.нар. **интегративен модел на психотерапия и психологическо консултиране**.

Днес, различните психотерапевтични школи също са показателни за разнообразната палитра от теоретични парадигми и модалности, които често влизат в полето на разгорещени дебати в научното пространство. След задълбочено литературно проучване се установява един много интересен парадокс - парадоксът на противоположните конфликти, състоящ се от една страна в критицизмът на една школа към друга по отношение на теоретичните и практико-приложните ѝ недостатъци и от друга страна противоборстващите се сили, породени от тяхната интеграция (Зърлевски, 2023).

Например, погледнато през призмата на техническия еkleктизъм, който представлява способността да избираме най-доброто лечение, т.е. работеща психотерапевтична модалност за конкретния проблем, психоаналитиците могат да се придържат до идеята, че интерпретациите, анализът на съпротивата и разрешаването на преноса са активните механизми на промяна, а бихейвиористите могат да преписват промяната на тренинг за умения, десенситизация и управление на условните връзки. Обратното, интегративните и еkleктични терапевти са убедени, че както процесите на повишаване на съзнанието на

психоанализата, така и процесите на създаване на действие на бихейвиоризма – плюс много други – са лечебните фактори в психотерапията (Голдфрид & Норкрос, 2002).

Като контрапункт на тази позиция, Исурина (2017) твърди, че подобна „интеграция“ води до факта, че в процеса на психотерапия пациентът е „потопен“ в хаос и еkleктична поредица от различни методи и техники, които са неразбиарени за него. Когато пациентът с помощта на психотерапевта придобие представа за етиопатогенетичните механизми на неговата болест и влиянието на болестта върху качеството на живот, както и влиянието на личността върху хода на болестта, това се счита за ефективна психотерапия, без която е невъзможно да се развие устойчива мотивация за активно участие в този процес.

Хенрих Владиславович Залевский (2009) нарича всички психотерапевтични школи, като психоанализата, хуманистичната, поведенческата, когнитивната, интерперсоналната и др., клинично-психологични модели с ограничен обхват. Той създава коренно различен модел на психологична и психотерапевтична помощ и го нарича **биопсихосоционоетичен (холистичен) модел**. Наистина, пише той, в рамките на екзистенциалния (В. Франкъл и др.) и трансперсоналния (Р. Мей, А. Миндел, С. Гроф и др.) подход духовният аспект е в центъра на вниманието, но парадоксът е, че той всъщност се оказва единственият, т.е. не е вграден в холистичен модел, който да отчита „всички светове“ на човек - биологичен, психичен, социален и духовен (Залевский, 1999, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2012).

За *биопсихосоционоетичните основи на психотерапията в болнична среда* може да се говори чрез примери. Например в психотерапията на бременни жени биопсихосоционоетичният подход е от особено значение. Много често в родилните отделения може да се чуят изрази, свързани с очакването на дете, като например: „раждането на нов живот“, „появата на нова душа“, „смисълът на живота“. Тези термини са трудни за обяснение само в психологически категории и психични процеси - тези понятия лежат в основата на екзистенциалната психология и философия, вярата и духовността (Рабовалюк & Кравцова, 2015).

Биопсихосоционоетичният модел на бременността предполага отчитане на обективното медицинско състояние на бременната жена и плода (биологично ниво), обективна психологична оценка (изследваща личността и характера, емоционалната сфера, когнитивната, мотивационната и др.), социалният аспект, включващ оценка на

междупersonностната сфера, семейство, подкрепящи системи, работа и др. и духовната сфера (оценка на смислово-ценностните ориентации, религиозните вярвания, културните норми на поведение, целите в живота, добродетелите и т.н.).

Според съвременните психологически изследвания на Залевский (2008), Магденко (2012), Филоненко (2012), Тюлюпо (2001), Хломов (2008) и Шелехов (2006), водещо място в поддържането на здравето, освен биологичното, което разкрива соматичната природа на човека са и психосоциалните предпоставки, както и духовността (**ноетиката**). Г. В. Залевский определя духовността като принцип на човешкото самоизграждане, като вход към най-висшите ценностни ориентации на изграждане на личността и нейната психична структура. Той разбира духовността като „неограничен набор от лични мотивации, норми на поведение, опит, ценности и нагласи, които се основават на търсенето на екзистенциално разбиране за смисъла, целите и трансцендентността в живота“ (пак там).

Видове психотерапия в болнична среда

Все по-голяма популярност и значение придобива **психоаналитичната психотерапия** в болнична среда, тъй като с помощта на психоаналитичните техники могат да се открият основите на конфликтността на болния, отделяйки значимо място на медицинското лечение на болестта и актуалната житейска ситуация. Често симптомът притежава в известна степен вентилираща роля за пациента. Той е вид отдушник на голямото напрежение, което изпитва. Подходящо е да се търси редуциране на тревожността и на соматичната симптоматика. Акцент е разпознаването и назоваването на преживяванията и особено на чувствата, свързани с болезнена и труднопоносима фрустрация (Крумова-Пешева, 2019).

През третата четвърт на XX век в България в институционална среда започва приложението на **библиотерапията** в съчетание с други терапевтични методи. Дотогава има само няколко преводни публикации, представящи идеите и възможностите на библиотерапията и проследяващи нейното развитие в световен мащаб. Според Хр. Христозов: „В ръцете на психиатрите, психолозите, социалните работници и на всички професионалисти, свързани със здравето на човека, психотерапията се явява мощно средство за отключване на телесно и духовно благополучие. Съвременната наука е

пренаселена с практически и теоретични предложения за подходи, техники, подстъпи на психотерапевтичните усилия. Тази област е просто един океан от идеи и напътствия...“ (Христозов, 2002, стр. 7, цит. по Ефимова, 2021).

Рехабилитацията на болни с психоневрологични увреждания у нас е съвременно организирана още през седемдесетте години на 20-ти век от екипите на Димитър Пантелеев във Втора психиатрична клиника на НИИПН при МА – София, и от Георги Кисъов, дългогодишен главен лекар на Психиатричната болница – Раднево. През 80-те години е създаден Дневният център за **синкретична терапия** към Университетската психиатрична клиника на Александровска болница в София, където на основите на Парижките тезици от 1973 г. е организирана модерна организационна структура за специализирана медицинска, психотерапевтична и психосоциална услуга за болни с психопатологични разстройства – комплексна терапия, рехабилитация, ресоциализация и третична психопрофилактика. Тези организационни модели са актуални и сега и се препокриват с европейските стандарти за „добрата лекарска практика“ (Алексиев, 2010, стр. 27, пак там).

Съществува т.нар. **духовно-ориентирана психотерапия** в болнична среда. Духовно-ориентираната психотерапия или ноетично-ориентираната психотерапия дава мощен тласък на физиологичното и духовно възстановяване на човека, тъй като се основава не само на солидна основа в религиозната и културна традиция, но и на връщане към духовното начало в човека, т.е. стига до въпросите за това какво е по-висше от психиката. Такава психотерапия не е просто безлекарствено вербално лечение, насочено към психофизическия човек, неговия ум, воля и чувства, но преди всичко е насочено към невидимите и анатомично нелокализиращи „органи“ в човека – дух, съвест и душа (Гажа, Глазкова & Тулупова, 2018).

В България е направено проучване относно духовните (ноетичните) потребности на пациенти в соматични клиники. Проучването обхваща 750 лица, в това число 350 пациенти на стационарно лечение от седем университетски и многопрофилни болници в страната и 400 медицински сестри от същите болници, в периода декември 2011 – декември 2013 г. В процесите на взаимодействие на пациентите с медицинските сестри, независимо в какъв клиничен стадий се намира заболяването, необходимостта от специфични подходи спрямо болните не само от медицинска гледна точка, но и по отношение на тяхната духовност, религиозни вярвания и практики, придобива голямо значение за ефективността на здравните грижи (Йорданов & Аспарухова, 2017).

В резултат на проведеното проучване сред 350 пациенти в болнични условия авторите установяват, че болестта повишава потребността от духовна грижа при 83,6%. Резултатите показват, че болестта може да бъде много самотно преживяване със сериозни последици за повечето болни. В същото време 80,0% от свещениците често обсъждат с пациентите въпроси, свързани със смисъла на живота, за разлика от медицинските сестри и студентите, които в по-голямата си част го правят „само понякога“ (пак там).

По-голяма част от болните (66,4%) считат, че медицинските професионалисти трябва да преценяват духовните им потребности, като част от медицинската грижа, защото това е тяхно човешко право, така се зачита достойнството им и това е по-професионално. Духовните потребности са по-трудно осезаеми отколкото физическите потребности на болните. Липсата на знания, нормативна уредба и регламентирани задължения в длъжностната характеристика на медицинските сестри, лекарите и психотерапевтите в болниците, поставят духовната грижа извън структурата на здравната грижа и извън професионалните им задължения (пак там).

Пред медицинските професионалисти стои моралната отговорност да признават и уважават културната и индивидуалната специфика на всеки пациент. Да предлагат и прилагат грижа в съответствие с културата и религията на пациента. С проучването се установява, че медицинските сестри не са достатъчно подготвени да удовлетворят духовните нужди на болните, за разлика от студентите. Това се дължи на разликата в учебните планове и програми на дипломираните медицински сестри и тези, по които се обучават студентите в последните години от 2007 година (пак там).

Терапевтичният екип в клинични условия се сблъсква с много напрежение в грижата за болните – физическо (биологично), умствено (психично), социално и духовно (културално). Твърде често, независимо от тяхната научна и техническа компетентност, терапевтични възможности и умения, членовете на екипа не са в състояние да стабилизират пациента и да му вдъхнат вяра и надежда. Вероятно за това, при анкетирането прави впечатление на авторите високият процент на тези, които считат, че състава на екипа за духовни грижи трябва да включва: лекар, медицинска сестра, болногледач, психолог и психотерапевт или духовник (пак там).

Друго проучване откроява проблематика, обусловена от потребността на болните от холистична грижа, ориентирана към биопсихосоциалния подход при предоставянето на

здравни грижи в клинични условия. Тревожен е фактът, пише Н. Недев, че повече от половината анкетирани пациенти – 57,8%, имат хронични и в напреднал стадий заболявания, които датират от години и се нуждаят от стационарно лечение и само 42,2% от тях боледуват в рамките на 1 година (Недев, 2016).

Проучване на Гажа, Глазкова и Тулупова (2018) показва, че използването на метода на духовно-ориентираната психотерапия при пациенти, подложени на задължително лечение, помага за намаляване на личната тревожност, фокусиране върху положителните и жизнеутвърждаващи нагласи на индивида, намиране на начини за ефективност в процеса на социализация, учене и разбиране причините за поведението си по отношение на разрешаването им, както и намаляване на вероятността от повторно извършване на обществено опасно деяние.

По време на дискусиата участниците са били помолени да разсъждават върху кризисните ситуации от гледна точка на Божия закон, отговаряйки на въпросите: Какво е доброто? Как можете да използвате това, което имате в момента като ресурс? Какви трябва да станете? Какво трябва да се направи, за да се разреши ситуацията? В резултат на това, чрез намаляване на фиксацията върху негативните преживявания и насочване на мисленето върху въпросите за смисъла в живота, пациентите достигнали до промяна в посоката на локуса на контрол в тяхната личностна организация (пак там).

Учените от областта на медицината и психотерапията са единодушни по въпроса за видовете психотерапия, подходящи за общата медицинска практика. Най-често използваните *психотерапевтични техники* в медицинската практика са активното слушане, вентилирането на емоции, даване на сигурност, обяснение, съветване и ръководене. Тези методи се означават често като **подкрепяща психотерапия (supportive psychotherapy)**.

Ако техниките се използват като опит за реконструиране на възможните причини за проблемите на пациента тогава те се наричат **насочена към вникване (insight-oriented) психотерапия**. Съществува и т.нар. **формализирана експлоративна психотерапия** в медицинската практика, която е вид психотерапия и е по-интензивна, а целта ѝ е да помогне на пациента да промени трайни аспекти на чувствата и поведението си, често чрез промяна на защитните механизми. По-формализирана е в смисъл, че терапевтът и пациентът се виждат в точно определено време всяка седмица, продължителността на терапията е също

определена, а в по-дългосрочните ѝ форми се набляга повече на анализа на отношението лекар-пациент (Голдберг, Бенджамин & Крийд, 1992).

ПСИХОЛОГИЯ НА БОЛНИЯ, БОЛЕСТТА И БОЛЕДУВАНЕТО

Болезтта като житейско събитие е изключително травмираща. Самата болест се оказва значимо изпитание за всеки човек – особено, ако е по-тежка. Поведението на боледуване означава начините, по които дадени симптоми могат да се възприемат или оценяват различно, както и да послужат за отправна точка за действие или бездействие. Всеки индивид има различен стил на поведение при болест, който в голяма степен се определя от културните вярвания за болестите и тяхното преодоляване, от нагласите към здравните заведения и тяхната ефективност, от личния опит на индивида с проблеми, свързани със здравето. Социокултурните фактори в най-голяма степен са свързани с моделите на здравни убеждения в една общност – дали определени оплаквания се приемат като болест и дали нейното лечение се свързва с медицинските служби (Аспарухова, Владимирова, Янкова & Йорданов, 2017).

Концепцията за болестта като биопсихосоциален феномен доведе до разграничаване на понятията „медицински“ проблем и „здравен“ проблем, което налага разширяване обема на здравните и други дейности за решаване на многостранните по характер проблеми, а не само медицинските проблеми на пациента, породени от неговата болест. Същността и задачите на болничната медицина оправдават прилагането на биомедицинския подход, търсенето и изясняването само на медицинските проблеми (симптоми и синдроми, свързани и породени от биологичната абнормност - заболяването) на пациента. Философията на общата медицина обаче, изисква от общопрактикуващия лекар да открива и решава и останалите – психологични, социални и духовни аспекти на здравния проблем на пациента (Валентинова, Балашкова & Миланова, 2018).

Биопсихосоциалния модел представлява една по-широка концептуална рамка, а не просто теория, механично обединяваща отделните аспекти на здравето и болестта. За разлика от биомедицинския, биопсихосоциалния модел приема, че психологичните и социалните фактори имат съобуславящо влияние върху здравето и болестта. Според този модел правилното разбиране на тези две основни категории изисква признаване и анализ и

на тези им страни и аспекти. Например: биологичната абнормност на някой орган, значението и въздействието, които тя ще окаже върху цялостното функциониране на организма и качеството на живот на пациента може да се разбере само в светлината на специфичните за неговата личност механизми и ресурси за справяне и наличните взаимоотношения и подкрепа от страна на близки и значими за него хора.

По аналогичен начин, използването на достъпните за овладяването на състоянието ресурси, както и социалната адаптация на пациента, в значителна степен зависят от неговата обща и здравна култура. Основната и значима характеристика на биопсихосоциалният модел е схващането, че психологичните и социални фактори – поотделно или заедно, могат да оказват влияние върху патофизиологичните процеси и сами да бъдат повлияни от тях, т.е. връзката е двупосочна (пак там). Тези аспекти е необходимо да бъдат взети под внимание и от страна на консултиращия клиничен психолог в тази специфична медицинска среда.

Когато към този модел се прибави четвъртият аспект – **ноетичният (духовният)**, може да се говори за цялостен, холистичен, интегративен подход към болния и болестта. В проведено изследване върху хероиново зависими пациенти, включени в рехабилитационни програми, Неверова стига до заключението, че колкото повече личностни ресурси има пациентът, толкова по-висока е ефективността на рехабилитационния процес. С увеличаване на гъвкавостта им се увеличава и периодът на въздържание от употреба на наркотици, а след това и ремисия. Самият процес на рехабилитация води до положителна динамика в развитието на личностните черти (Неверова, 2012).

Тя използва интегративни и динамични подходи с различна концептуална и методологична основа, обединени в цялостна психотерапевтична програма. Прави комбинация или последователно прилагане на психотерапевтични сесии, диференцирани в три групи модалности: когнитивно-поведенчески, личностно-ориентирани (психодинамични) и хуманистични, включително социотерапевтични и т.нар. духовно-ориентирани форми на психотерапия.

Когнитивно-поведенческата психотерапия я насочва към работа с патологичните модели на пристрастяващо поведение, поддържане на здравословен начин на живот и предотвратяване на рецидиви. Това е по-скоро в съответствие с медицинския модел на интензивното лечение и стремежа на изследователката е да осигури когнитивен

самоконтрол над болезнените импулси и развитието на нови здравословни поведенчески модели, което от своя страна да доведе до развитие на психическа гъвкавост.

Личностно-ориентиранят (психодинамичен) подход е фокусиран върху разкриването на несъзнателни личностни структури и по-задълбочена работа с интрапсихичните конфликти, които лежат в основата на формирането на зависимост. По време на терапията вниманието на пациента се измества от „периферните“ проблеми, концентрирани в цикли на пристрастяване, и се фокусира върху дълбоки преживявания. Терапевтичните техники са съобразени с характеристиките на психичното развитие на индивида.

Авторката използва елементи на **хуманистична** и **духовно-ориентирана психотерапия** чрез участието на пациенти в терапевтична 12-стъпкова програма на Анонимни Наркомани (АН). Важно допълнение към процеса на рехабилитация е **семејната психотерапия**, която е самостоятелна форма на психотерапия и е най-ефективният метод за идентифициране и коригиране на съзависимостта. Наркоманията се разглежда в контекста на междуличностните отношения в семейството като единна система. Изводът е, че по този начин, методите на когнитивно-поведенческата, психодинамичната и хуманистичната (клиент-центрирана и духовно-ориентирана) психотерапия в рамките на предложени **интегративен модел** се допълват взаимно, допринасят за повишаване на психическата гъвкавост и, като следствие, за увеличаване на продължителността на ремисията (пак там).

Друг важен момент, който има влияние върху процеса на психологично консултиране и психотерапия в болнична среда е възприемането от самия болен на собствената му болест. Това възприемане се нарича автопластична (вътрешна) картина на болестта. Познаването на вътрешната картина на болестта, т.е. отражението на болестта в преживяванията на болните и тяхната представа за болестта, лесно могат да ни ориентират към нормалното и абнормното поведение на боледуване. Най-често срещани модели на поведение на боледуване са:

- уравновесено, спокойно и търпеливо поведение
- ажитирано, тревожно поведение
- затварящи се в себе си и необщителни болни
- отричане на болестта
- пасивно-агресивно и враждебно раздразнително поведение

- регресивно поведение
- търсене на първична и вторична печалба в болестта
- хипохондрично поведение
- хистерично поведение
- симулационно (с неговите подвидове – агравационно, дезагравационно и диссимулационно поведение)
- синдром на Мюнхаузен
- синдром на Мюнхаузен чрез прокси (Синдром на Медоу)

Когато се познават възможните психични реакции в процеса на боледуване и широката гама от личностни характеристики, лесно може да се даде обяснение на разнообразните начини на поведение на пациентите в болнична обстановка (Стоянов, Арабаджиев и съавт., 2023).

Авторите Квасенко и Зубарев разглеждат въпроса за соматично болния човек, като въвеждат понятието „соматозогнозии“ – изживяването и осъзнаването от самия болен на телесното заболяване. При формиране на соматозогнозиите друг основен фактор е природата на самото соматично заболяване – неговите клинични стадии и типове на протичане. Психологически началото на болестта се характеризира с възникване на психогенно-стресови състояния, последвани от активна адаптация, осъществявана в стадия на разгръщане на болестта – в него започва процесът на приспособяване към новите условия. Такова поэтапно разгръщане не е задължително за всички случаи – възможно е декомпенсацията да настъпи не в самото начало, а в по-късен стадий на заболяването (Аспарухова, Владимирова, Янкова & Йорданов, 2017).

Резултати от изследвания показват, че съществуват регулативни механизми на психиката при постъпване на човек в болнична среда. Това са личностни особености, които спомагат за минимизирането на влиянието на факторите, повишаващи нивата на стрес. Такива са генерализираните очаквания – оптимизъм, вътрешна локализация на контрола и мотивацията за лечение. Хората, които са с по-оптимистични очаквания за случващото се, свикнали „да вземат нещата в свои ръце“, имат дългосрочни цели и са мотивирани за по-бърз изход от проблемната ситуация, кумулират по-ниски нива на стрес и се реадптират по-добре от останалите (Бончева, 2013).

Подобни регулативни механизми са описвани и в психосоматичната литература още в началото и средата на XX век. Savers (1955) описва пациент с язва, който развива параноидна шизофрения след гастректомия; Browning (1953) също наблюдава начало на невротични симптоми при група пациенти след гастректомия и Szasz (1949) пише за мъж, който развива алкохолна зависимост след ваготомиа. Други автори (Alexander и French (1948), Schlesinger и Wolf (1949), Clark (1956), Thomas, Stern и Lilienfeld (1956)) съобщават за развиване на параноидна психоза след успешно повлияване на симптомите на хроничен колит. Според Lowental, когато предпазната броня на съпротивата на психосоматичния пациент бъде пробита, регресията може да стане прекалено тежка, причинявайки ужасяващи фантазии за дисоциация и анихилиация, и да доведе до криза, подобна на психотичната (Тарейн, 2010).

В рамките на болничния престой емоционалното състояние на болните се характеризира с повишена тревожност, напрегнатост и депресивност. Пациентът преживява тежко отделянето си от близките и от обичайния стереотип. За него източник на тревога са манипулациите с тялото му, неяснотата и неизвестността, липсата на контрол над себе си и ситуацията. Болничната институция е, от една страна, помощна инстанция, а от друга – заплаха с много неизвестни. Тази амбивалентност на отношението често препятства лечението и пречи на възстановяването на болните. След конфронтация със сериозна болест, хората често се занимават със смисъла на своя живот (Аспарухова, Маринов & Янкова, 2015). Когато в психотерапията се отчита и се работи с духовната същност на пациента, наред с телесното, психичното и социалното му функциониране, може да се твърди, че това е **биопсихосоционоетичен модел на психотерапия в болнична среда.**

ФУНКЦИИ, ЗАДАЧИ И ЦЕЛИ НА КЛИНИЧНИЯ ПСИХОЛОГ И ПСИХОТЕРАПЕВТ ПРИ РАБОТА С ПАЦИЕНТИ В БОЛНИЧНА СРЕДА

Функции, задачи и цели на клиничния психолог в болнична среда

Клиничният психолог работи със дистреса на пациентите. Клиничните ръководства за психосоциална подкрепа и рехабилитация в онкологията описват подробно симптомите на очакван дистрес като страх, тревожност, несигурност в бъдещето, скръб

заради влошено здраве, гняв и усещане за загуба на контрол върху живота, проблеми със съня и апетита, слаба или отсъстваща концентрация, персевериращи мисли за болестта и лечението, страничните ефекти от него, страх от смъртта, проблеми в общуването (Атанасова и сътр., 2015, цит. по Янакиев, 2021).

Авторите прецизират с основание, пише Янакиев, че симптомите могат да се проявяват дълго след приключване на лечението. Според тях от съществено значение е разбирането, че дистресът е трудно преживяване за пациентите, но е очаквана и обичайна реакция от тяхна страна. В тази връзка съществени са предложените индикации относно **интервенциите и поддържащите грижи при онкологични пациенти** със или без данни за клинично значим дистрес. Те включват предоставяне на обучение и информация на пациента и близките му относно:

- изясняване на поставената диагноза, възможностите за лечение и странични ефекти
- осигуряване на приемственост на грижите и мобилизиране на ресурси
- подчертаване на необходимост от медицински контрол на симптомите
- информирание относно конкретни стратегии за понижаване на дистреса (напр. прогресивна мускулна релаксация)
- запознаване с дистреса в контекста на онкологичната болест
- предлагане на източници и ресурси за информационна подкрепа (пациентска библиотека, надеждни уебсайтове)
- наличие на услуги, свързани с поддържащи грижи за пациента и близките му в здравното заведение или в общността (напр. групи с ръководител професионалист, информационни лекции, доброволчески организации)
- възможности за получаване на финансова помощ (напр. настаняване, транспорт, здравни осигуровки/платени лекарства)
- информация за признаци и симптоми на дистрес и възможности за интервенция
- информация за овладяване на преумората
- информация за други нелекарствени интервенции (физическа активност, хранене).

Клиничният психолог работи със страховете на пациентите. Дерогатис и Уаис посочват няколко вида страх като ефект на повишената тревожност при соматична болест: заплахата за нарцистичния интегритет, страх от осакатяване или загуба на жизненост, страх

от загуба на физически контрол, страх от загуба на автономност, страх от смъртта, страх от раздяла, фобийни страхове. Най-характерни за психологията на пациента в болнични условия и особено в отделения и клиники, в които се извършва хирургическа дейност, са т.нар. предоперативна и следоперативна тревожност. *Предоперативната тревожност* представлява типична психологическа реакция към предстояща интервенция. Изразява се в постоянно безпокойство, невъзможност за съсредоточаване, нарушения на съня и др. При нея тревогата е насочена към бъдещето – новото следоперативно състояние, качеството на операцията и др. *Постоперативната тревожност* – често клиницистите я представят като идентична на предоперативната, но това е само като проявление на основните ѝ признаци и симптоми (Бончева, 2013).

При по-задълбочен анализ на преживяванията на болните обаче, се откриват някои съществени разлики. Най-важната от тях е неяснотата, свързана с миналото (операцията) и неговите последици, отнесени към настоящето и бъдещето – възможностите за справяне и др. Някои, доста по-редки като проявление особени преживявания, свързани с тревожността, могат да се наблюдават и при пациенти с трансплантация. Най-често те са свързани с интерперсонални конфликти по повод приемането на орган от друг човек. Този факт влияе върху самооценката на човека и възприемането, и приемането на себе си като цялостна личност след операцията. В такива случаи е възможно да се наблюдават деперсонализационни симптоми и нарушено възприемане на себе си (Бончева, 2013).

Трансплантацията на органи е медицинска процедура, насочена към продължаване живота на болните. В същото време тя съдържа голям психичен травматизъм с редица рискове и ситуации, с които е съпроводена. *Виталната застрашеност*, в която се намират пациентите, провокира високо равнище на тревожност до степени на тежка психична декомпенсация. В *предтрансплантационния* и *следтрансплантационния* период съществуват много различни етапи, в които е налице нуждата от психологични и психотерапевтични интервенции. Тези интервенции са насочени към:

- пациента;
- семейството на пациента;
- персонала на болничното заведение (Кримова-Пешева, 2018).

Клиничният психолог работи с депресивните състояния на пациентите. Депресивните преживявания са често срещани в болничните заведения (основно са свързани

с усещането за безперспективност и липса на мотивация за дейност). Такива преживявания по-често съпътстват хронично болните, но се наблюдават понякога и след оперативни процедури, продължителен престой в болница и рехабилитация. Депресивни състояния съпътстват сърдечно-съдови заболявания, диабет. Много често остават неразпознати, а оттам и нелекувани. До голяма степен това се дължи на припокриване на депресивните с някои соматични симптоми и от непознаването на проблема. Терапевтичният подход е мултидименсионален – психотерапия, фармакотерапия, социотерапия (Бончева, 2013).

Нарушенията в здравословното състояние и някои заболявания на нервната система, предизвикват засягане на структурите, свързани с емоциите, активират агресивно поведение. Заболяванията с изразен болков синдром, стомашно-чревни и чернодробни болести, рак и двигателна соматомоторна недостатъчност често са в основата на агресивни прояви. Заболяванията на член от семейството, особено такива с безизходен характер, са предпоставка за формиране на цялостно агресивно поведение сред близките му. В болнични условия най-често се среща вербалната агресия, проявяваща се като защитна реакция на психиката. Не са обаче редки случаите и на физическа агресия към медицинския персонал. В проучвания на И. Александров и М. Арнаудова се срещат данни по отношение на агресията и психопатологията, които сочат, че от непсихотично болните най-често агресивни действия извършват пациенти с личностови разстройства и с различни зависимости. Емоциите, свързани със соматичен или психологичен проблем, оказват мощно влияние върху цялостния процес на лечение. Именно затова е необходимо доброто познаване и разбиране на тази проблематика от всички участници в лекуващия екип (пак там).

Клиничният психолог работи с инвалидизациите, тревожността и безпомощността. Например мозъчният инсулт е едно от най-често срещаните социално-значими заболявания, водещи до тежка инвалидизация и смърт. Изключителното му медико-социално значение се определя не само от голямата му честота и висока смъртност (60-75% от починалите и 85-90% от преживелите мозъчен инсулт), но и от последващата тежка инвалидизация, изискваща специални медико-социални грижи. Важен момент представлява дългосрочното възстановяване, особено сред пациенти в напреднала възраст, налагащо чести рехоспитализации. Продължителният престой в болнична среда увеличава тревожността при тези пациенти, което от своя страна може да влоши прогнозата относно бързото възстановяване и социализация (Недев, 2016).

Сърдечните заболявания са друг тип соматични проблеми, които често се срещат сред пациентите в болниците и клиниките. Това са тежки и често хронични болести, които съдържат огромен **витален риск**. Пациентите са принудени да приемат лекарства и периодично да преминават контролни прегледи, за да проверят здравето си. В повечето случаи инвазивни интервенции или сърдечни операции са неизбежни, защото остават единствен шанс за продължаване на живота. Те са рискови и болезнени процедури, които провокират редица несъзнавани психологични процеси у пациентите. Усещането за пълна загуба на контрол и безпомощността са преживявания, които се наблюдават често в болничната среда при пациенти, на които им предстои кардиохирургична операция или друга животоспасяваща интервенция. В голяма степен мисленето на тези пациенти се характеризира с елементите на механичното, операторско мислене. Алекситимичният дефицит, който е пряко свързан с операторското мислене, се смята като етиологичен феномен при кардиохирургичните операции (Азис, Крумова-Пешева & Азис, 2020)

Клиничният психолог работи с болката, психотравмите, с травматичният и психичният шок на пациентите. Например термичната травма, или както е по-известно изгаряне, се характеризира най-общо със загуба или нарушаване функциите на покривната тъкан. Това е специфичен вид тежко нараняване, при което най-често пациентът изпада в травматичен и психичен шок. Трябва да се има предвид, че болката от изгаряне е най-силната болка, която може да възприеме и понесе човешкият организъм. Освен това тя носи след себе си и доста проблеми, свързани с оздравителния процес, трудна подвижност, понякога тежки белези, нежелание за връщане към нормален начин на живот и дейност (Димитрова, 2022).

Психологическите проблеми, произтичащи от изгарянията, най-често варират от понижено настроение, загуба на активност, загуба на самочувствие и самоуважение, до тежки депресивни състояния, суицидни мисли и суицидни действия. К. Димитрова от Катедрата по здравни грижи при МУ – Варна си поставя за цел да създаде модел на психологическо консултиране, свързано с изгарянията и тежки термични травми в специфични условия на болничната среда. Този модел на психологическото консултиране според нея ще бъде индикативен за подпомагане на психоемоционалната рехабилитация и социална адаптация на пациентите (пак там).

Клиничният психолог в болнична среда работи с пациенти в психологични кризи. Липсата на ясен модел за консултативните подходи и техники, и най-вече данни за тяхната ефикасност, допълнително усложнява задачата на психолога в болничното заведение. По принцип, консултирането като метод е насочено към работата с конкретен психологичен проблем (Стоева, 2005, стр. 112-120, цит. по Александров & Иванова, 2012).

Погрешното тълкуване на определението обаче води до разбирането, че психологът трябва да работи за премахването на конкретен симптом. Важна задача в консултирането е психологът да идентифицира психологичния проблем, измествайки фокуса от симптома, с който работи медицинският модел (пак там).

При проучване сред лекувани в хирургично отделение е доказано, че пациентите, които са индиферентни или високо тревожни предоперативно реагират по-зле в постоперативния период, а пациентите, които са умерено тревожни или с нормални нива на тревожност предоперативно, реагират по-добре в следоперативния период. Тези резултати са в пряка зависимост от нивото на информация, получена в предоперативния период (Dirik, Karanci, 2003, стр. 363-369, пак там). Добре осведомените лица, не само че реагират по-добре, но имат по-малка нужда от аналгезия и биват изписани около 2-3 дни по-рано в сравнение със по-слабо осведомените (Pritchard, 2009, стр. 35-40, пак там).

Работещият в болнична среда психолог трябва умело да съчетава индивидуалния подход, свързан с консултирането на **болния в криза**, с умения за работа с взаимоотношенията с близките и персонала и използването на ресурса на средата, който е особено наложителен по време на кризисни състояния. Психологът се явява необходимото свързващо звено между лекаря, пациента и неговите близки. Тази позиция предполага умения в медиация, в разрешаване на конфликти, умения за гъвкаво използване на подходи, свързани както с вътрешнопсихичната проблематика на човека в криза, така и умения за координация и гъвкавост в работата с персонала и близките (пак там).

В средата на соматичната клиника, психологът се среща с различен тип кризисни състояния, които налагат намеса в ограничен период от време. Най-често използваните методи са взаимствани от подходите за психологична работа, ориентирани към кризата и краткосрочните подходи. Кризисното консултиране се извършва във време, когато пациентът току-що е преживял някакъв екстремален стресор – диагностициране на рак,

смърт на обичан човек, инцидент. В психологията се предлага модел за практиката на кризисната интервенция, който може да се прилага по принцип в кризисно ориентираните терапии. Този модел очертава шест същностни етапа, които са водещи в процеса на интервенция: очертаване на фокуса на проблема, оценка, договаряне, намеса, прекратяване и проследяване (Бонгар, Бютлър, 2002, стр. 547-562, пак там).

Функции, задачи и цели на психотерапевта в болнична среда

Психотерапевтът участва в диагностичния процес. Използвайки инструменти, разработени от лекари и психолози, чиято валидност е потвърдена от многогодишна употреба в клиниката, психотерапевтът може да предостави на лекаря данните, необходими за решаване на различни практически проблеми. Ярък пример за участието на психотерапевтът в диагностичния процес е използването на невропсихологично изследване за изясняване на локализацията на огнищата при епилепсия. Друг пример за използването на психологическа диагностика за клинични цели е диференциалната диагноза на различни заболявания. По този начин, ако е необходимо да се диагностицира диференциално шизофренията с органични заболявания на централната нервна система, се обръща специално внимание на определянето на характеристиките на мисленето и характеризирането на представната сфера на пациента. Но дейностите на психотерапевта в клиниката не се ограничават до диагностика, чиято цел е да постави точна диагноза. Отделна задача в психологическата диагностика е да се определят психологическите качества, както и непокътнатите когнитивни функции, които могат да се превърнат в опора по време на рехабилитацията (Березанцева & Фролова, 2017).

Психотерапевтът не само събира данните, необходими за рехабилитацията на пациента, но и от своя страна участва в терапевтични и рехабилитационни дейности, използвайки психологически и психотерапевтични методи. Пример за участието на психотерапевтът в лечебни и рехабилитационни дейности е работата по формирането на адаптивна вътрешна картина на пациента за болестта (пак там).

Психотерапевтът трябва да помогне на лекаря да формулира в пациента и неговата среда конструктивно разбиране за болестта и отношение към лечението. Когато се появи заболяване, пациентът трябва да интегрира формираното отношение към

болестта в системата от значими взаимоотношения, а психотерапевтът може да подкрепи и подпомогне пациента в този процес.

Психотерапевтът помага в приемането на ролята „пациент“. Важно е също така, че всяко хронично заболяване е трудна и вероятно екстремна или кризисна ситуация за пациента. В случай на екстремна ситуация от индивида се изискват не просто големи усилия, но значително надхвърлящи личните възможности ресурси, за да преодолее препятствието и да се върне към нормалния живот; в случай на кризисна ситуация, индивидът не просто полага огромни усилия, за да преодолее препятствието, но и променя своя мироглед. В този случай задачата на психотерапевта е да помогне на човек да намери ресурси за преодоляване на ситуацията, в която се намира. Друг аспект на работата на психотерапевтът в клиниката (това е особено важно за болниците) е да се предотврати появата на **егротогения** - отрицателното влияние на пациентите един върху друг чрез обмяна на информация помежду си, както и **ятрогения** - разстройства, причинени от невнимателни изявления на медицинския персонал (пак там).

ТЕХНИКИ И ПРОБЛЕМИ НА ПСИХОЛОГИЧНОТО КОНСУЛТИРАНЕ И ПСИХОТЕРАПИЯТА В КЛИНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

Техники и проблеми на психологичното консултиране в болнична среда

И. Александров и В. Иванова (2012) систематизират най-често срещаните трудности, свързани с оказването на психологичната помощ в болничните заведения по следния начин:

1. Проблеми, свързани с мястото при осъществяването на психологичната помощ.

Поради ограничената физическа мобилност на значителна част от лежащо болните, терапевтичните сесии могат да се осъществяват в различни налични пространства в отделението, включително лекарски кабинети, общи помещения или всякакви свободни зони. При пациенти с пълна неподвижност психологичната работа се провежда в леглото, което често не е отделено дори с преграда от останалите пациенти.

2. Проблеми, свързани с прекъсванията.

В клиничната медицинска практика психологичната работа често протича в динамична и трудно предвидима среда, в която терапевтичният процес трябва да се

съобразява с приоритетите на медицинската грижа. Така например, при възникване на неотложна диагностична или терапевтична процедура – като образно изследване със скенер, насрочено непосредствено след началото на психологична сесия – последната обичайно се прекъсва, за да се осигури навременно изпълнение на медицинската интервенция. Подобни ситуации подчертават, че медицинските процедури имат не само соматично, но и съществено психологическо значение, тъй като забавянето им може да удължи периода на несигурност и тревожност, свързан с неясна или непотвърдена диагноза.

3. Проблеми, свързани с честотата на консултиране.

Честотата на психологичното консултиране при пациенти в медицинска среда представлява специфичен организационен и клиничен проблем, който не подлежи на строго стандартизиране. Срещите с пациентите или техните близки могат да варират значително - от еднократни седмични консултации, през ежедневни срещи в периоди на повишен емоционален дистрес, до нерегулярни контакти, осъществявани при необходимост и по заявка.

Тази вариабилност е детерминирана от характера на заболяването или травматичното състояние, както и от актуалната клинична картина и степента на психофизическо натоварване на пациента. Поради това честотата на интервенциите не може да бъде предварително фиксирана, а се определя динамично, в зависимост от индивидуалните потребности, медицинската прогноза и промените в състоянието на пациента.

4. Проблеми, свързани с прекратяване на консултирането.

Клиничният психолог и психотерапевт нерядко предоставят ограничена във времето подкрепа, включваща кризисни интервенции и стабилизиране на състоянието в остри периоди на психична дестабилизация. Въпреки това, терапевтичните отношения често се прекъсват внезапно и непланирано поради фактори, независещи от психологичната работа – като спешно преместване в друго лечебно заведение, изписване или в по-тежки случаи летален изход. Подобна дисконтинуитетност поставя допълнителни предизвикателства пред процеса, тъй като ограничава възможността за завършване на терапевтичния цикъл и изисква висока степен на адаптивност както от страна на специалиста, така и от страна на пациента и неговото семейство.

5. Проблеми, свързани с продължителността на сесиите.

Продължителността на психологичните сесии в болнична среда не е строго регламентирана и варира в зависимост от клиничното състояние на пациента,

организационните условия и текущите терапевтични нужди. За разлика от стандартните терапевтични практики, тук времевите рамки са по-гъвкави и се адаптират към реалното физическо и психично състояние на лекувания.

В случаи на повишена умора, болков синдром или ограничена издръжливост, сесиите могат да бъдат съкратени до приблизително 15–20 минути, с цел да не се натоварва допълнително пациента. Обратно, при необходимост и при наличие на подходящи условия, психологът може да удължи работата си до 1–2 часа, особено когато се изисква по-задълбочена кризисна интервенция или интензивна емоционална подкрепа.

6. Проблеми, свързани с анонимността, разстоянието и физическия допир.

Много от пациентите са частично облечени или с пижама. Сложността на консултирането в болнични условия произтича от необходимостта от двойно диференциране: първо, психологът трябва да се отграничи от медицинския модел, свързан с лекуването, и второ, от модела на психотерапевта, разбиращ каузалността на психологичната проблематика, единствено във вътрешнопсихичния живот на човека, игнорирайки рисковите фактори на самата болнична среда.

Друг специфичен практико-приложен аспект на психологичното консултиране в болнична среда е даването на информация и нейното влияние върху пациента. Ако пациентите знаят какво да очакват, могат да разберат по-добре и да не са толкова притеснени от преживяванията, които имат. Ако им се каже например, че ще изпитват известна болка след операцията, ще са по-малко притеснени и е по-малко вероятно да мислят, че нещата са се объркали, ако наистина изпитват болка (Морисън & Бенет, 2013).

Редица изследвания са проучвали ефективността на осигуряването на два типа информация на пациентите преди хирургична операция: **процедурна информация** – съобщаването на пациентите за събитията, които ще се случат преди и след операцията, поставяне на инжекция, отиване до реанимационната зала, поставяне на системи и др. **Сензорна информация** – съобщаване на пациентите какво ще изпитват преди и след операцията – че е нормално да изпитват известна болка след операцията, че може да се чувстват объркани, когато излязат от упойка и т.н (пак там).

Цялостната картина разкрива, че тези интервенции обикновено вършат работа (Johnston & Vogelee, 1993, пак там), макар и невинаги. Лък и колеги (Luck et. al., 1999, пак там) например откриват, че показването на видеозапис за процедурата една седмица преди

пациентите да бъдат подложени на колоноскопия, намалява тревожността през периода до процедурата. В следващо изследване обаче не се открива такава полза (Pearson et. al., 2005, пак там).

При онкоболният човек например е известно субективното чувство на недостатъчно признание и зачитане от обкръжението си. Понижена е увереността му в неговия личен чар и привлекателност, в способността му да печели симпатии и да се самоутвърждава, поради наличните промени вследствие на болестта. Това нарушава комуникацията му с околните и прави трудна социалната му адаптация (Taylor, 1992, цит. по Рашева, 2018).

Целта на изследването което прави А. Рашева, е да се покажат необходимостта и ролята на консултирането на онкоболните в процеса на психосоциалната работа с тях. Резултатите от направеното емпирично изследване сочат, че в профила на онкоболните по време на престой и лечение в болнично заведение преобладават тревожните, страховите, шизоидните (затвореност в себе си) и хистеричните характеристики на личността. Диагнозата – носител на онкологично заболяване, нейното осъзнаване водят до събуждане на телесното Аз, оказващо влияние върху мисленето и субективното възприятие на света, свързано с усещането за приближаваща смърт. От своя страна това предизвиква у онкоболните несигурност, неувереност, отдръпване от социалния живот и затваряне в себе си (пак там).

Типичната психологична реакция при онкологично болни в условия на хроничен стрес често включва усещане за безпомощност, пасивност и намалена мотивация за активно справяне със заболяването. Тези емоционални състояния са свързани с повишена и продължителна стресова активация, която може да повлияе неблагоприятно върху психофизиологичния баланс и върху функционирането на имунната система.

В рамките на психосоматичния подход и психоневроимунологията тези процеси се разглеждат като фактори, които могат да редуцират естествените адаптационни и защитни ресурси на организма, като по този начин усложняват хода на заболяването и възпрепятстват ефективното справяне с терапевтичния процес (Тарейн, 2011).

Ролята на специалистите включва не само терапевтична, но и ясно изразена подкрепяща и насочваща функция. В този контекст чрез адекватно поведение и внимателна комуникация те подпомагат редуцията на тревожността, улесняват адаптацията към

заболяването и насърчават конструктивни форми на взаимодействие както между пациентите и техните близки, така и с медицинските и социалните институции.

Съществен елемент от тази работа е поддържането на чувство за надежда и психологическа стабилност, което подпомага пациентите в процеса на вземане на информирано решение относно лечението и повишава тяхната ангажираност към терапевтичните предписания. Паралелно с това, специалистът следва да отделя време и за работа с близките, като чрез неформална комуникация ги насочва към адекватно поведение и емоционално присъствие, което допринася за по-стабилна семейна и социална подкрепяща среда.

Подходящи консултативни методи, съобразени с личностните особености на онкоболните са рационалните методи и груповото консултиране под формата на група за взаимопомощ. Рационалните методи са подходящи за индивидуално консултиране в болнична обстановка (пак там).

Техники и проблеми на психотерапията в болнична среда

В областта на клиничната психология част от практиката на психолозите в психиатрични клиники включва провеждането на психоконсултативни и психотерапевтични индивидуални и групови сесии с пациентите. В рамките на тези интервенции се създава терапевтично пространство, основано на доверие и подкрепа, което позволява на пациентите да споделят личния си опит и да получат професионална обратна връзка. По този начин се подпомага процесът на самоосъзнаване и се разширява представата за собствената личност, което рефлектира положително върху взаимодействието с околната среда (Календжиева, 2018).

В условията на психиатрична помощ психотерапевтичната работа се реализира както в индивидуален, така и в групов формат. Груповата терапия е по-достъпна и позволява включването на по-голям брой пациенти, като същевременно създава възможност участниците да разпознаят сходство в преживяванията си и да обменят стратегии за справяне. Предвид характерното за психичните разстройства понижено социално функциониране, груповата динамика се оказва особено ефективна при работа с ясно очертани дефицити и затруднения (пак там).

Когнитивно-поведенческата терапия (КПТ) представлява форма на психотерапевтична интервенция, която има висока ефективност при лечението на леки депресивни състояния. Теоретичната ѝ основа се базира на предпоставката, че депресивната симптоматика е резултат от дисфункционални когнитивни схеми, автоматични мисли и убеждения, формирани в резултат на предходен опит и процеси на научаване (Придмор, 2016).

Основната цел на КПТ в психиатрията е систематичното идентифициране, анализ и модификация на тези негативни и неадаптивни мисловни модели, като те се заменят с по-реалистичен, функционален и логически начин на мислене. По този начин се постига редукция на симптомите и подобряване на емоционалната регулация и адаптивното функциониране на пациента (Придмор, 2016).

Често психиатричните пациенти се възприемат – както от околните, така и от самите себе си – като неспособни да се справят самостоятелно, което усилва чувството за тежест върху другите. В груповата терапия обаче те получават възможност не само да бъдат подкрепени, но и да допринасят чрез идеи и решения за останалите участници, което укрепва усещането за лична значимост и полезност.

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. Когато клиентите започнат с психотерапевтичната работа, по принцип не очакват терапията им да продължи прекалено дълго, обикновено вярват, че проблемите им ще изискват най-много няколко сесии (Календжиева, 2018).

Краткосрочните групови интервенции се характеризират с фокус върху актуалните проблеми, ясно дефинирани цели и активна групова динамика, в която междуличностното взаимодействие играе ключова роля за терапевтичния ефект (Каменов, 2007; Атанасов & Станчев, 2013).

Основните принципи на краткосрочната психотерапия са свързани с ограничената времева рамка, необходимостта от ясно структуриране на процеса и изграждането на ефективен работен съюз между терапевта и пациента. Този съюз се основава на разбирането, че пациентът притежава потенциал за промяна и развитие (Българска асоциация по

психотерапия, n.d.). В този контекст терапевтът следва да извършва своевременна и адекватна оценка на състоянието и да прилага подходящи методологични стратегии. Краткосрочните терапевтични подходи са структурирани, насочени към конкретни цели и фокусирани върху актуалните проблеми на пациента (KeLi Academy, n.d.). Ефективността на психотерапията се оценява предимно чрез обобщаване на резултати от множество изследвания, най-често посредством метаанализ.

Съществено ограничение на психотерапевтичната работа в болнични условия е свързано с относително бавния ефект, както и с трудностите при стандартизация и възпроизводимост на терапевтичния процес, който по своята същност е уникален и неповторим. Въпреки това отделни техники могат да бъдат ефективно прилагани при ясно дефинирани проблеми и в рамките на ограничени времеви интервали. Ключово значение има прецизната формулировка на терапевтичните цели и структуриране на процеса (Календжиева, 2018).

Съвременните подходи подчертават необходимостта от интегриране на биопсихосоциокултурните измерения на човешкото функциониране. В този смисъл приносът на Helms & Cook (1999) се състои в акцентирането върху значението на културния и социалния контекст като неразделна част от терапевтичния процес. Те подчертават, че взаимодействието между терапевт и пациент не може да бъде разглеждано извън ценностната система на пациента, идентичността му и социалната реалност, в която се намира. Терапевтичният алианс, комуникацията и интерпретацията на преживяванията се моделират не само от вътрешнопсихичните процеси, но и от по-широкия социокултурен и екзистенциален контекст, в който пациентът съществува.

В рамките на болничната среда това разбиране придобива особена значимост, тъй като пациентът се намира в състояние на повишена уязвимост, при което биологичните, психологичните, социалните и духовните фактори се преплитат в единна система. Ефективната психотерапевтична интервенция изисква не само клинична компетентност, но и чувствителност към културната идентичност, социалната среда и личностния смисъл, който пациентът придава на своето състояние. В този смисъл психотерапията в медицинската практика следва да се разглежда като интегративен процес, насочен към цялостно възстановяване на личността, при който биопсихосоциодуховният модел се явява водеща рамка за разбиране и интервенция (Helms & Cook, 1999).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОБОБЩЕНИЕ

В заключение може да се използват думите на великия арабски лекар Авицена (Ибн Сина), който казва, че в лечебния процес има трима участници – лекарят, пациентът и болестта и ако пациентът е на страната на лекаря, тогава те ще победят болестта. Може би борбата с болестта щеше да е поне малко по-лесна, ако се водеше не в диадата лекар - пациент, а от борбата на трима души - лекар, психолог, пациент (Защиринская & Шаболтас, 2017).

Тази перспектива е в унисон с интердисциплинарния подход, при който диагностиката, лечението и рехабилитацията се осъществяват чрез съвместните усилия на различни специалисти. В този смисъл максимата „който добре разпитва, добре диагностицира“ (Крушкова, 2018) придобива разширено значение, валидно не само за лекаря, но и за всички професионалисти в здравната система, включително клиничните психолози и психотерапевти. Качеството на взаимодействието, емпатията и комуникативната компетентност на всеки специалист оказват съществено влияние както върху терапевтичното сътрудничество на пациента, така и върху динамиката на възстановителния процес. Следователно, ефективността на лечението не се определя единствено от медицинската интервенция, а от синергията между биологичните, психологичните, социалните и духовните фактори, които оформят цялостния биопсихосоциодуховен модел на грижа в клиничната медицинска практика.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Азис В., Крумова-Пешева Р., Азис А. (2020). Динамика на чувството за контрол у пациенти с кардиологични заболявания. In В. Матанова (ред.), *Ментализация и клинична практика: Сборник научни доклади от Трети национален конгрес по клинична психология с международно участие*. (pp. 32-38). ИК „Стено“.
2. Александров, И. (2004) Психоемоционална рехабилитация и социална адаптация на пациенти с термични травми. Приложна психология и социална практика.
3. Александров, И., Иванова, В. (2012). Специфика и проблеми в оказването на психологична помощ в болнична среда. *Психологични изследвания*, 2, 25-31

4. Арабаджиев, З., Томчева, С. (2021). Травми, кризи и кризисни интервенции. Пловдив: изд. “Лакс Бук”
5. Аспарухова, П., Владимирова, Е., Янкова, Г., Йорданов, Н. (2017). Психологични особености на човека по време на боледуване. *Folia Palliatica*, 59-62
6. Аспарухова, П., Маринов, Л., Янкова, Г. (2015). Емоционално състояние на болните в период на хоспитализация. В: *Управление и образование*, 11 (5), 184-189
7. Атанасов, Н., & Станчев, Д. (2013). Психотерапията в България: минало и настояще. *Българско списание по психология*, 1 – 4
8. Ачкова, М. (2001). Приложна психология в медицината и здравните грижи. София: изд. “КОТИ” – ЕООД
9. Бончева, И. (2013). Медицинска психология. Варна: изд. Стено
10. Бончева, И. (2013). Психологична психотерапия. Т.1 Психотерапевтична компетентност. Варна: изд. Славена
11. Българска асоциация по психотерапия. (n.d.). Основни компетентности на психотерапевта. <https://psychotherapy-bg.org>
12. Валентинова, Ц., Балашкова, М., Миланова, В. Н. (2018). Обща медицина. Теоретични основи. Плевен: изд. “МУ-Плевен”
13. Голдберг, Д., Бенджамин, С., Крийд, Ф. (1992). Психиатрия в медицинската практика. София: фондация “Невронауки и поведение”
14. Голдфрид, М. Р., Норкрос, Д. К. (2002). Интегративните и еkleктичните терапии от историческа гледна точка. В: *Пълен наръчник по психотерапия*. (ред. Бонгар, Б., Бютлър, Л.). ЛИК
15. Димитрова, К. (2022). Психоемоционална рехабилитация и социална адаптация на пациенти с термични травми. В: *Варненски медицински форум*, 11(2), 461-465
16. Димитрова, Л. (2022). Психосоматични разстройства - психотерапия на невъзможността за себеотстояване. В: *Научни предизвикателства в психологията. Годишник за студенти, докторанти и научни ръководители*. Велико Търново: Университетско издателство „Св. св. Кирил и Методий“, 40 - 44.
17. Ефтимова, С. (2021). Primum поп посеге: приносят на д-р Димитър Пантелеев за развитието на библиотерапията в България. Изд. *Практика и опит*, 23(1), 14-26
18. Зърлевски, К. (2023). Биопсихосоционоетиката по света и у нас – психотерапевтична парадигма, стар подход или нова перспектива? *Годишник по психология*, 14 (2), 14-54

19. Иванов, К. (2012). Оценка на психосоматичния риск в психологичната консултиране. Варна: ИК “СТЕНО”
20. Йорданов, Н., Аспарухова, П. (2017). Духовните грижи в съвременната медицинска практика у нас. *Folia Palliatrix*, 69-74
21. Календжиева, М. (2018). Краткосрочни психотерапевтични техники при психично болни пациенти. В: *Варненски медицински форум*, 7 (4), 42-47
22. Каменов, Г. (2007). Синдромни и нозологични индикации за групова психотерапия. Българска асоциация по психотерапия.
23. Крумова-Пешева, Р. (2018). Психоаналитична психотерапия при пациенти с трансплантация на орган. В: *Диоген*, 26 (1), 116-124
24. Крумова-Пешева, Р. (2019). Психосоматика и психоаналитична психотерапия. В: *Годишник на Софийския университет „Св. Климент Охридски“*. Философски факултет. *Психология 1*, 153-174
25. Крумова-Пешева, Р., Пешев, Х. (2020). Въздействието върху другия в психотерапевтичната и медицинската практика. В: *Медии и език. Електронно списание за научни изследвания по медиен език*, 7, 228-238
26. Крушкова, С. (2018). Медицинска психология. Русе: УИ “Ангел Кънчев”
27. Морисън, В., Бенет, П. (2013). Въведение в здравната психология. София: Изд. Изток-Запад
28. Недев, Н. (2016). Персоналният подход в рехабилитационните грижи – необходимо условие за повишаване на качеството на живот при пациенти с мозъчен инсулт. В: *Варненски медицински форум*, 5 (3), 202-205
29. Придмор, С. (2016). Психиатрия. Варна: Медицински университет – Варна, Катедра „Психиатрия и медицинска психология“.
30. Рашева, А. (2018). Личностни особености на хора с онкологично заболяване. В: *Обща медицина*, 3, 43-47
31. Савова, З. (2015). Медицинска психология. София: МОНТ ООД
32. Стоянов, Д., Арабаджиев, З. и съавт. (2023). Медицинска психология. Пловдив: изд. Лакс бук
33. Тарейн, М. (2010). Психосоматика и онкологични заболявания – научни възгледи и противоречия. София: В: *Годишник на Софийски университет „Св. Климент Охридски“*. Философски факултет. *Психология*, 101(2), 157-184

34. Тарейн, М. (2011). Соматичната болест като алтернатива на психичното разстройство. В: сп. „Психосоматична медицина”, книга 1
35. Шипковенски, Н. (2016). Ятрогения или освобождаваща психотерапия. София: изд. Изток-Запад
36. Янакиев, Ю. (2021). Стрес и психично здраве. Пловдив: УИ “Паисий Хилендарски”
37. Ахмедова, О. С., Щелкова, О. Ю. (2008). Психологическая диагностика в соматической клинике: особенности адаптации личности к заболеваниям с различной динамикой течения. В: Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология, (3), 502-510
38. Березанцева, М. С., Фролова, Е. В. (2017). Задачи психолога в клинике. В: Сборник научных трудов участников международной научной конференции молодых ученых Психология XXI века: системный подход и междисциплинарные исследования, (ред. О.В. Заширинской, А.В. Шаболтас), 2, 230-234
39. Гажа А. К., Глазкова Т. Н., Тулупова О. В. (2018). Применение духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного лечения. Тамбов: В: Кризисные состояния: медицинские и психологические аспекты. Материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции, 100-105
40. Исурина, Г. Л. (2017). Психотерапия и психологическое консультирование как виды клиничко-психологического вмешательства. В: Медицинская психология в России, (3), 4
41. Магденко, О. В. (2012). Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности (психокоррекционный аспект).
42. Неверова, Г. Ю. (2012). Личностные ресурсы в реабилитации больных героиновой наркоманией (автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук). Томск: изд. ООО „Позитив-НБ“, 3-23
43. Рабовалюк, Л. Н., Кравцова, Н. А. (2015). Биопсихосоциоэтический подход в психологическом сопровождении беременных женщин. Russian Journal of Education and Psychology, (6 (50)), 380-400
44. Тюлюпо, С. В. (2001). Мать и ребёнок: общение в свете психосоматической парадигмы. Сибирский психологический журнал, (14-15), 77 - 85.

45. Филоненко, А. В. (2012). Последствия влияния послеродовой депрессии родильницы на психосоматические показатели здоровья младенца. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 57(4-1), 37 - 43.
46. Хломов, К. Д. (2008). Психоземциональные особенности беременных с угрозой прерывания (Doctoral dissertation, Российский государственный педагогический университет им. АИ Герцена).
47. Шелехов, И. Л. (2006). Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин: Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук. Томск: Томский государственный университет.
48. Helms, J. E., & Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process*. Allyn & Bacon.
49. KeLi Academy. (n.d.). Когнитивно-поведенческа психотерапия.