



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ВАРНА
“Проф. д-р Параскев Стоянов”

ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНА
КАТЕДРА „ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА
ПСИХОЛОГИЯ“

Миглена Димитрова Календжиева

СТАЦИОНАРНА ГРУПОВА ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ
ПАЦИЕНТИ С ПСИХОЗА

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”
Специалност: „Медицинска психология”

Научен ръководител:
Проф. Иван Александров, д.пс.н.

гр. Варна
2021 г.

Дисертационният труд съдържа 108 страници, включва 30 таблици и 13 фигури. Библиографията обхваща 128 заглавия, от които 49 на кирилица и 79 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от Катедрения съвет на Катедрата по психиатрия и медицинска психология при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна.

Научно жури:

проф. Иван Стоянов Александров д.пс.н.
проф. д-р Христо Василев Кожухаров, д.м.
доц. д-р Павлина Петкова Петкова д.м.
доц. д-р Петър Кирилов Нешев, д.м.
доц. д-р Ваня Господинова Христова д.пс.

Защитата ще се състои на г. в МУ – Варна.

Материалите по защитата са на разположение в библиотеката на МУ – Варна, както и на официалния сайт на университета.

I. Обем и структура на дисертационния труд

Структурата на дисертационния труд включва: увод, три глави, заключение, приложение и списък с използвана литература, представени в обем от 108 страници с 30 таблични и 13 графични изображения.

В първа глава се поставя теоретичната рамка на емпиричното изследване, като се прави преход от идеите на аналитичната групова терапия до концепциите на екзистенциално – хуманистичния подход и ориентирана към взаимоотношенията стационарна психотерапия. Разгледани са различни методи за изследване на ефективност. Представени са мета-анализи, във връзка с посочените данни за ефективността на психотерапията и са изведени значими за целите на дисертационния труд изводи.

Във втора глава се представят методологията и методите на изследване, използвани в експерименталната част. Предложен и разгледан е модел на стационарна групова психотерапия за ниско и високо функциониращи групи от пациенти с психотични разстройства.

Трета глава представя емпиричното изследване на дисертационния труд. Изследване на групова динамика и групова кохезия, изследване ниво на автентично присъствие и ниво на комуникация, контент анализ и интерпретативно феноменологичен анализ на преживяванията на болните по време на групови психотерапевтични сесии. Конструирани и анализ на скала за измерване на ефективност на груповата психотерапия при пациенти с психотични разстройства.

Основният въпрос на научното изследване е свързан с определяне на параметрите за измерване на ефективност на груповата психотерапия, които да послужат в изготвянето и прилагането на такъв инструмент.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ

ГЛАВА ПЪРВА

1. Теоретична рамка на дисертационното изследване
 - 1.1. Групова психотерапия при стационарни пациенти с психотични разстройства. Възможности и ограничения
 - 1.1.1. Групова психоаналитична терапия при психотични пациенти
 - 1.1.2. Семейна психотерапия при психотични пациенти
 - 1.1.3. Екзистенциално-хуманистична психотерапия при психотични пациенти
 - 1.1.4. Теоретични основи на стационарната групова психотерапия
 - 1.2. Оценка на ефективност при психотерапия
 - 1.2.1. Ефективност на стационарната групова психотерапия
 - 1.2.2. Ефективност на психотерапия при психози
 - 1.2.3. Методи за проучване на ефективност на груповата психотерапия

ГЛАВА ВТОРА

2. Методология и методи на изследване в психотерапията. Модел на стационарна психотерапия при пациенти с психоза
 - 2.1. Методи на изследване в психотерапията
 - 2.2. Методи за обективиране на процесите на психотерапия. Изследване на групов процес
 - 2.3. Метод за изследване нивата на комуникация в психотерапията
 - 2.4. Метод за изследване на групова сплотеност

- 2.5. Методи за оценка на преживяванията на пациентите
- 2.6. Метод за оценка на психотерапевтична работа
- 2.7. Метод на стационарна групова психотерапия
 - 2.7.1 Теоретични основания
 - 2.7.2. Видове групи за лечение при психотерапията в клинична среда
 - 2.7.3. Процес на груповата психотерапия
 - 2.7.4. Фактори на клиничната среда
 - 2.7.5. Цели на стационарната психотерапия
 - 2.7.6. Изисквания към терапевтът, водещ на груповите сесии с психотични, стационарни пациенти
 - 2.7.7. Структура на процеса на групова психотерапия в стационарни условия
 - 2.7.8. Фази на груповия процес
 - 2.7.9. Работен модел на стационарна групова психотерапия за високо и нискофункционални групи

ГЛАВА ТРЕТА

- 3. Емпирично изследване
 - 3.1. Постановка на емпиричното изследване
 - 3.2. Резултати от емпирично изследване и анализ на груповия процес в стационарна групова психотерапия
 - 3.2.1. Обективизиране на груповият процес
 - 3.2.2. Изследване на нивата на автентично общуване по време на групова психотерапия
 - 3.2.3. Изследване на групова сплотеност
 - 3.2.4. Контент анализ на преживяванията на пациентите по време на групова психотерапия
 - 3.2.5. Скала за ефективност на груповата стационарна психотерапия при пациенти с психоза

**ИЗВОДИ
ПРИНОСИ
ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА
ПРИЛОЖЕНИЕ**

ВЪВЕДЕНИЕ

Груповата психотерапия е метод за лечение, с традиции в психиатричната практика и в България. В клинични условия психотерапия се прилага като метод за допълнително повлияване, но към момента не е обособен конкретен и общоприет модел, съобразен със специфичните условия на болничните заведения.

Психотерапевтичната работа има свои ясни правила и граници, трудно приложими за болнични условия, което създава необходимостта от преформулирането им. Подходът на класическата групова терапия, разработен за дългосрочна амбулаторна групова работа с невротични пациенти се оказва неефективен, а понякога и антитерапевтичен в условия на психиатричната болница. Неструктурираният, пасивен и недирективен терапевтичен подход, използван в амбулаторни условия се оказва неподходящ за групова психотерапия в стационарни условия, което налага значителна модификация на техниката на груповата терапия.

Методът на стационарната групова психотерапия изисква гъвкавост и би следвало да бъде адаптиран към специфичния състав на пациентите, като различните диагностични групи изискват специфични подходи към терапия. Болните с психоза изискват различни форми на групова психотерапия от болните с други психични заболявания. Именно това създава необходимостта от разработването на адаптиран модел за групова стационарна психотерапия с психотични пациенти, отчитащ ограниченията и спецификите на болничните условия.

Актуалността и значимостта на поставената тема е

свързана с необходимостта от систематизация на научно-обоснован и приложим в практиката, психотерапевтичен подход в работата и рамките на болничната среда.

Основният въпрос на научното изследване е свързан с определяне на параметрите, свързани с ефективността на груповата психотерапия при стационарни пациенти с психотични разстройства, които да послужат в изготвянето и прилагането на инструмент за оценка на психотерапевтично въздействие.

Обект на изследване са психично болни пациенти в клиниките по психиатрия към УМБАЛ „Света Марина”, град Варна.

Предмет на изследване са спецификите на терапевтичната комуникация и процесите на групова психотерапия в болнични условия. Основните изследвани елементи са : групова динамика, групова кохезия, роля на терапевта, автентичност и ниво на терапевтична комуникация, чувство за сигурност, безопасност и възприета подкрепа от психотично болните пациенти по време на групова психотерапия.

I I. Цели и задачи на дисертационният труд

Настоящото изследване има за цел да бъдат изведени, структурирани и анализирани факторите и елементите на терапевтичната комуникация по време на груповата психотерапия с психотични пациенти чрез изследване на груповите процеси на две нива- групово и индивидуално. В резултат да бъде конструиран инструмент за ефективност на групова психотерапия при пациенти с психотични разстройства в клинична среда.

Поставените задачи на настоящето изследване са:

1. Да бъде изследвана групова динамика.
2. Да бъде изследвано нивото на общуване в психотерапевтичната група.
3. Да бъдат изследвани процесите на групова сплотеност, по време на терапевтичните сесии
4. Да бъдат изследвани индивидуалните преживявания на пациентите по време на групова психотерапия.
5. Да бъдат сравнени факторите на групова динамика и групова кохезия при ниско и високофункционаращи групи от психотично болни.
6. Да бъде нормирана и валидизирана скала за изследване на ефективност на груповата психотерапия в стационарни условия, за психотични пациенти.

III. Методология и методи на изследване в психотерапията

В настоящата дисертация представени и използвани са следните инструменти:

1. Кодираща матрица за обективиране на груповия процес

по модела на В. Вид, модифицирана за стационарни условия

2. Скала за отчитане нивото на общуване по Бюджентал
3. Роршахов опит, по модел на А. Кокошкарлова за изследване на групова кохезия
4. Конструирана скала за ретроспективна оценка на психотични пациенти
5. Контент анализ на преживяванията на пациентите
6. Метод на краткосрочна групова психотерапия с психотични пациенти в стационарни условия

Изборът на инструментариумът има за цел да се комбинират обективната оценка от психотерапевтът и супервизорът, със субективната такава на пациентите и изследване на преживяванията им по време на груповите сесии.

1. Кодираща матрица за обективизиране функционалната структура на психотерапевтичния процес

Обективизирането на изказванията и преживяванията на пациента е трудна задача, тъй като като като точността на оценката зависи от уменията на наблюдателя да разпознава проявите на съпротива на пациента и също се влияе от теоретичните концепции на различни школи. Ето защо много обективизиращи техники изобщо не включват отчитане на изказванията на пациента или са фокусирани върху фиксиране на лесно разпознаваеми варианти на поведението му (Greene, Rosenkrantz, Math, 1986). В този случай недвусмислената възпроизводимост на експертните оценки може да бъде постигната единствено в системата на определен психотерапевтичен модел. Изисква се точна

спецификация на най-представителните цели за основните психотерапевтични модели, видове интервенции и поведенчески варианти на проява на резистентност, което гарантира еднозначност на тяхното разпознаване и разграничаване (Вид, 2008). Комбиниране на диференцирани варианти на подсистеми на психодинамични цели, видове интервенции и прояви на съпротива на пациента формира кодираща матрица или система, в която структурата на този психотерапевтичен модел е най-достъпна за обективизиране.

В координатна система психотерапевтът може да обоснове своя избор на всяка интервенция в съответствие с изискванията на модела, а наблюдателят, който анализира хода на психотерапията като цяло, може да провери съответността на своята позиция, точността на следването на този модел. Семантичната организация на координатната система умишлено изключва разглеждането на онези признаци на психотерапевтичния процес, които са неинформативни от гледна точка на модела, разчитат на трудно идентифицируеми поведенчески опции или налагат косвени, екстраполируеми заключения. Тази система за оценка е филтър, който отрязва маса от терапевтично незначителна информация в потока на съдържанието на психотерапевтичния процес, но улавя най-важното в него, разбира се от гледна точка на терапията.

Тези съображения са в основата на метода, разработен от В. Вид за формализиране на съществените елементи от съдържанието на психотерапевтичния процес във връзка с най-често срещаните модели на психоаналитичната психотерапия.

Представената кодиращата матрица е разделена на три основни раздела:

Раздел 1.0 отразява поведението и ролята на терапевта

Раздел 2.0 позволява да бъде оценено нивото на дълбочина на изучаване на взаимоотношенията в групата и извън нея, значимите взаимодействия на пациентите

Раздел 3.0 позволява да бъдат отчетени качествените характеристики на изказвания и поведения, израз на различни съпротиви и на устойчивостта на пациента към психотерапевтичната помощ.

Тези данни ни позволяват да заключим, че оценките, получени с помощта на разработената техника са значително възпроизводими. Оценките на функционалните значения на изказванията се оказват надеждно последователни не само когато кодирането на автора на методологията се използва като стандарт, но и когато оценките на всеки друг психотерапевт, водещ, се предлагат като справка. Оставайки надеждно, нивото на съгласие между всеки от експертите има известна променливост и специални проучвания могат да установят до каква степен неговият източник е качеството на овладяване на инструкциите за мащаба, мотивацията за точността на кодирането или социално-емпатичните личностни характеристики на отделните експерти. Наличните данни във всеки случай не дават основание за предположението, че фактори като личен психотерапевтичен опит или профилът на основното медицинско/психологическо образование имат значително въздействие върху възпроизводимостта на оценките.

Методът за съдържателен анализ на психотерапевтичния

процес е използван от редица автори в емпирични изследвания (Вид, 2008; Карвасарский, Ледер, 1990). Емпиричното изследване на съдържанието на самия психотерапевтичен процес има за основна цел да допълни информацията, която липсва в традиционното изследване на психотерапията. Трябва да се има предвид, че изследването на самия процес става информативно само когато неговите параметри систематично се сравняват с диагностичните данни за състоянието преди и след терапията.

За обективиране на груповия процес използваме кодираща матрица по модел на В. Вид, модифицирана за стационарни условия, включваща три фактора: терапевт, групов процес с фокус върху взаимоотношенията, проблемни моменти по време на сесията. Всеки от тях съдържа няколко нива, както следва:

1. Терапевт

- 1.1. Активност
- 1.2. Подкрепа
- 1.3. Интерпретация
- 1.4. Прозрачност и саморазкриване

2. Група

- 2.1. Взаимоотношения с близки, роднини, приятели и колеги извън болницата
- 2.2. Взаимоотношения в групата между членовете
- 2.3. Взаимоотношения с терапевта
- 2.4. Взаимоотношения с персонала
- 2.5. Интрапсихични конфликти

3. Проблемни моменти

- 3.1. Гняв

- 3.2. Съпротива
- 3.3. Мълчание
- 3.4. Конфликти
- 3.5. Отричане и изкривяване на реалността

2. Метод за изследване нивата на комуникация в психотерапията

Методиката е избрана и разработена, поради нуждата от отчитане на значимостта на „присъствието”, в психотерапевтичната работа и признаване на централното място на субективността, въпреки необходимостта от обективиращи методи, за нагледно представяне на резултатите. Достигането на обективните психотерапевтични цели, като адаптация и смекчаване на симптомите, може да стане само с фокус върху субективността на процесите. Избраният модел на изследване включва психотерапевтът и отношенията, които създава по време на сесиите, като важен елемент в процеса на цялостното лечение. Освен изследване нивото на общуване, се отчита значимостта на уменията на терапевта за експресивност, достъпност и тяхното съчетаване в различните стационарни групи. Неспособността на пациентът към пълно присъствие се явява най-очевидния, действен способ, с помощта на който избягва да внесе своята субективност в груповата терапевтична работа. Неопитният и невнимателен терапевт, според Д. Бюджентал (Budgental, 1987) може да не забележи, че сред споделянето на факти, съдържания, симптоми, пациентът избягва да присъства като цялостна личност в процеса на терапия. При това положение, дори и най-значимите терапевтични интерпретации, рискуват да направят дискусията в групата

абстрактна, интелектуална, с натрупване на обем от нови знания, но без автентичност и в крайна сметка, без същински терапевтичен процес, неносещи почти никаква психотерапевтична полза. Поради това се налага изследване на нивата на „присъствие”, на степен на автентична комуникация, като ролята на терапевта е, чрез експресивност и прозрачност, да подпомогне групата да достигне до по-задълбочено ниво на „присъствие”. Простото предаване на информация не е психотерапия, според Д. Бюдженал (Budgenal, 1987), в резултат пациентът знае много за себе си, но почти не постига устойчиви изменения в най-важната област на взаимоотношенията си с другите. Присъствие, експресивност, автентичност са несъвместими с психоаналитичните принципи на терапевта като интерпретатор, страничен наблюдател и критик. Ефектът на психотерапията зависи много от това, на какво ниво на присъствие се намира пациентът.

Д. Бюдженал се фокусира върху степента на автентично присъствие в различните нива на комуникация:

1. Формално общуване
2. Поддържане на контакта
3. Стандартни отношения
4. Критични обстоятелства
5. Интимност

Отделните нива на комуникация се съдържат едно в друго. Всеки елемент се оценява по 5 степенна ликъртов тип скала, като показателите за групата се сравняват с факторите:

- ❖ Експресивност на терапевта
- ❖ Достъпност на терапевта

Нивата на общуване или както ги нарича Д. Бюджентал на “присъствие”, са свързани със способностите за автентична достъпност и адекватна експресивност на терапевта.

- **Първо ниво** е ниво на формално общуване. При идването на нов човек в групата, който няма психотерапевтичен опит, се отчита склонност към поведение, което използва в общуването си с авторитети. Формалното общуване се съсредоточава върху обективните характеристики на хората. Ключов признак на формалното общуване е, че достъпността и експресивността се съдържат, за да ограничат активността на участника в общуването с другия и са вид съпротива. Пациентът държи всичко “под контрол”, докато не се увери в сигурността на средата. Този контрол е съсредоточен върху неговия имидж. В резултат изказванията са по-обективни, повърхностни и банални, преди всичко безлични. Спонтанността е минимална и практически отсъства.
- **Второ ниво** е ниво на поддържане на контакта. Някои от пациентите могат да пропуснат това ниво и да преминат директно на следващото ниво-стандартни отношения, но други, особено в стационарни условия се нуждаят от междинен или преходен етап. В този етап пациентите могат да изглеждат отпуснати, готови да споделят, но често са съдържани. Общуването е под формата на повърхностно участие, споделянето съдържа само факти, има явно отсъствие на субективност. На това ниво на общуване, се съобщава предимно фактическа информация. Ролята на психотерапевтът

е да наблюдава за емоционалните реакции и готовността за преминаване на по-дълбоко ниво на общуване. Терапевтът насочва към такива теми, имащи психотерапевтично значение.

- **Трето ниво** е нивото на стандартна беседа, като „стандартно” се използва в смисъл на обичайно, очаквано. Психотерапевтичното общуване, в най-ефективната си част има малко общо и незначимо зависи от стандартните, обичайни условия. Това е преходен момент, между грижата за имиджа и вътрешните преживявания. Искрено, но ограничено лично включване. Като правило такова общуване не съдържа конфликт.
- **Четвърто ниво** е свързано с „критични обстоятелства”, съществени и значими, с решаващо значение. Беседа на това ниво, води до продължителни изменения в мислите, чувствата, думите и действията на един или повече от участниците. Типични за това ниво се явяват интензивните актуални емоции, а не толкова спомените за тях. Признак на дълбока въвлеченост се явяват искрените описания на миналите и актуалните вътрешни преживявания и въпроси, които пациентът задава сам на себе си. Пациентът е по-обезпокоен от вътрешните си преживявания, отколкото от външните обстоятелства, начина по който изглежда пред другите, намалена е социалната желателност за сметка на искреността. Преживяванията стават по-непосредствени. Пациентът започва да използва повече прилагателни

имена, наречия, в опита си да предаде качеството на своите преживявания. Сленг, възклицания, нецензурни думи. Позата става по-отпусната и открита, като езикът на тялото съответства на появилите се чувства. Тук имаме силна експресивност и ограничена достъпност (тоест човекът е погълнат от преживяванията си и не е така достъпен за случващото се около него).

- **Пето ниво** е ниво на интимност. Думата е изчистена от значението си на сексуална близост. Свързва се с интензивност и емоционална близост, предполага споделяне на лични, тайни преживявания. Максимална достъпност и експресивност, плач, смях, дълбок страх, възторг, страдание от осъзнатата самота и отчаяние, нарастващ гняв. Субективното битие на пациентът се включва енергично в процеса на вътрешното осъзнаване (Bugental, 1992).

3. Метод за оценка на груповата сплотеност

Очевидно кохезията е фактор, който оказва значително влияние върху резултата от терапията. Ъ. Ялом (2000) отнася концепцията за сближаване до степента на привлекателност за човек от дадена група и нейните участници. Членовете на сплотената група приемат и се подкрепят взаимно и са склонни да изграждат смислени групови отношения. По отношение на приемането и разбирането, болният ще бъде по-предразположен към себеизразяване и самоизследване, към осъзнаване и интегриране досега неприемливи аспекти на Аз-ът, както и на по-дълбоки взаимоотношения с другите. Самооценката много зависи от ролята на болния в групата. Социално

поведение, изисквано от участниците, да бъдат оценени в групата, допринася за тяхната социална адаптация и извън групата. Добрата вътрешна кохезия е отговорна за стабилността на групата. Сближаването създава благоприятна среда за саморазкриване, поемане на риск и конструктивно изразяване на групови конфликти - явления, които допринасят за успеха на груповата терапия. В резултат на взаимодействието на членовете на групата, различаващи се в мнения, позиции, модели на поведение, според техните планове и нужди, често възниква напрежение. Необходим е динамичен баланс между сплотеността и напрежението. Под въздействието на сближаването участниците чувстват подкрепа и относителна безопасност, а напрежението действа като стимулиращ фактор, води до недоволство и желание за вътрешна промяна. Индикатор за задоволително ниво на груповата сплотеност е готовността на групата като цяло да решава и обсъжда сложни въпроси на междуличностните отношения без избягване, тревожност, с възможно най-голяма откритост и конструктивност. Повишена е способността за афективна регулация, която се изразява в способността на членовете на групата в конфликтна ситуация да защитават своята позиция или да изразяват критика на алтернативна позиция в приемлива, социална форма. Участниците получават способността да обсъждат възникващите въпроси с по-голяма чувствителност, съпричастност, по-голямо разбиране за света на другия човек, неговите чувства.

Изследването на груповата кохезия е осъществено посредством групов експеримент с Роршах, като индекс за

групова сплотеност са общите отговори между участниците в групата. Роршаховият групов опит е по модел на А. Кокошкарлова (Кокошкарлова, 1984), за изследване на групова сплотеност. Тълкуването на петната е възприятен акт, който е индивидуално протичащ, обосноваващ се с феномена проекция. Според А. Кокошкарлова при проективните възможности на Роршаховият тест се наблюдава както структурна, така и съдържателна проекция (Кокошкарлова, 1984) от една страна определя индивидуалните особености на възприятния акт, от друга самата динамиката на личността, която е с изменчив характер.

Използвани са протоколи на провеждани психотерапевтични групови сесии два пъти седмично в психиатрични клиници. По отношение ограничаване на субективни фактори в отчитане на резултатите, оценка на протоколите се прави от клиничен психолог и психотерапевт, различен от водещият групата.

4. Методи на оценка на преживяванията на пациентите

Разглеждайки преживяванията преди всичко като конструкти, протичащи на процесно ниво, задълбоченото им разбиране и изучаване изисква подходящи инструменти, регистриращи онова, което остава недостъпно за съдържателната повърхност. Такива инструменти са качествените методи за оценка и интерпретативния анализ. Качествените изследвания се занимават изключително с практиката и процеса повече, отколкото с резултата. Те се фокусират върху протичащите процеси като преживяванията, възприятията и скритите субективни смисли или механизми на функциониране.

„Качественият анализ на данните е описателен метод. Той работи с текстове под формата на вербална и писмена реч. От първостепенно значение в този анализ е съзнателно вложеното съдържание в текста. Но освен директно изразеното съдържание, речта транслира още емоционалното състояние на говорещите, отношението към казаното от партньора, безсъзнателните контексти” (Джонев, 2015).

За нуждите на изследването сме използвали качествени методи за оценка:

- контент- анализ
- интерпретативен феноменологичен анализ

Контент анализът представлява изследователска техника, при която на базата на систематично и обективно регистриране на специфични индикатори и характеристики на текста се правят заключения относно неговото манифестивно съдържание и лежащите отвъд това съдържание детерминанти и структури (С. Джонев, 2015).

Именно поради възможността посредством анализиране комуникативния акт и съдържанието на съобщенията между хората да се правят предположения и заключения за техни личностни особености, потребности, интереси, нагласи, стремежи, чувства, за които не биха споделили открито (част, от които биха останали скрити при опит за изследване с количествени методи), разглеждаме контент анализът като подходящ способ в нашето изследване. Въз основа емпиричният анализ върху текстовото съдържание е направена оценка на задстоящите психични концепти.

Интерпретативният феноменологичен анализ е метод, който се използва, когато се интересуваме от начина, по

който човек преживява някакъв феномен, съответно психологическата интерпретация на това преживяване. Той е разработен във връзка с изучаването на субективните преживявания (Smith et al., 1995).

Феноменологията в психологията поставя преживяванията на хората и техния смисъл в центъра на актуалния психологически диалог (Spinelli, 2005).

Общата цел на приемането и използване на феноменологичния подход е да изследва света на преживяванията. Водещата нишка при изследване на този метод е да се разкрият преживяванията на хората и смисъла, който им придават (Стоянов, 2020).

5. Метод за оценка на психотерапевтичната работа

Въз основа на направеният теоретичен обзор на различните психотерапевтични модалности в амбулаторната и стационарна групова психотерапия на психози е съставена скала за ретроспективна оценка на груповата психотерапевтична сесия, попълвана от пациентите в края на сесията. С нея допълваме обективните оценки от психотерапевтът и супервизорът, със субективната оценка на самите пациенти.

Инструкция: Пред Вас са няколко твърдения относно Вашите впечатления за груповата психотерапия. Отговорете на твърденията като изберете степен, в която са били проявени при Вас, по време на груповата психотерапия като:

1-много слабо, 2-слабо, 3- средно, 4- високо, 5- много високо

1.	Чувствам се в безопасност по време на групата.	1 2 3 4 5
2.	Водещият е подкрепящ.	1 2 3 4 5
3.	Разбрах нови неща за себе си.	1 2 3 4 5
4.	Беше ми удобно и комфортно.	1 2 3 4 5
5.	Членовете на групата са подкрепящи.	1 2 3 4 5
6.	Свободно споделях мислите и идеите си .	1 2 3 4 5
7.	Споделях без притеснение.	1 2 3 4 5
8.	Чувствах се объркан.	1 2 3 4 5
9.	Другите уважават и ценят моето мнение.	1 2 3 4 5
10.	Предпочитам индивидуални срещи с терапевта.	1 2 3 4 5
11.	Научих нови неща за отношенията между хората.	1 2 3 4 5
12.	Чувствам се по-оптимистичен.	1 2 3 4 5
13.	Притеснявам се да споделям.	1 2 3 4 5
14.	Беше ми некомфортно, бях напрегнат/а.	1 2 3 4 5
15.	Чувствах се сигурен.	1 2 3 4 5
16.	През почивните дни мисля за това, което сме говорили в групата.	1 2 3 4 5
17.	Терапевтът е човек, на когото мога да имам доверие.	1 2 3 4 5
18.	Очаквам с нетърпение следващата група.	1 2 3 4 5
19.	Предпочитам да наблюдавам отстрани, вместо да споделям.	1 2 3 4 5
20.	Чувствах се безпомощен и уязвим.	1 2 3 4 5
21.	Груповата психотерапия трябва да е с по-кратка продължителност.	1 2 3 4 5
22.	Паузите между груповите сесии са прекалено дълги.	1 2 3 4 5

6. Модел на стационарна групова психотерапия

Психиатричният стационар предлага разнообразни видове лечение, които често се конкурират, а понякога дори са в противоречие един с друг. Средата предполага голяма административна намеса по отношение на решенията относно работата на терапевта. Фактори като честота, продължителност на сесиите и състава на групата не зависят от водещият терапевт. Недирективният, търпелив и умозрителен психодинамичен подход не е подходящ за групова психотерапия в стационар, дори може да има антитерапевтичен и ятрогенен ефект. Изработването на модел за стационарна групова психотерапия с психотични пациенти изисква качествена промяна и модификация на познатия модел за групова психотерапия. Бързата смяна на пациентите, отвореният тип група, налага различен от традиционния модел на работа. Интерактивният фокус на взаимоотношенията „тук и сега“ е залог за ефективност на груповата стационарна психотерапия. В процеса е важно да се помогне на участниците да взаимодействат един с друг, да обобщават и използват получения в групата опит в междуличностните си контакти. Основната задача на груповия психотерапевт е да насочва работата на групата от съдържателно към процесно ниво, от общите теми към субективните преживявания. Това е предизвикателство дори за опитни психотерапевти, фокусът върху интеракцията изисква способността за превеждане на групата от съдържание към взаимоотношение.

Дисертационният труд не цели да оспорва или доказва нуждата и ефективността от стационарната групова психотерапия, този факт е безспорен. Целта на този текст е

да даде практическа насока за реалните условия, в които се провежда стационарната групова психотерапия, като се придържа към един от основните принципи и на самия психотерапевтичен модел, а именно ориентацията към реалността.

В настоящата дисертация, за оценка на груповият процес се използва ретроспективна оценка от пациентите, в края на психотерапевтичната сесия, за преживяванията им по време на сесията, както и оценка на резюмета от водещият на групата, след приключването ѝ. Предполага се, че психотичните пациенти има по-малка вероятност да дадат позитивна оценка за преживяванията си по време на групата. Теоретичният и клиничен опит, ни кара да смятаме, че психотично болните предпочитат групи, в които терапевтът е по-активен, от тях се изисква сравнително минимално, като нуждата им от безопасност и подкрепа е на първо място. Често тези пациенти се възприемат като хора, които не са способни да се справят с груповите занятия, недоволстват, напускат групата по-рано или се изолират напълно. Това налага при психотично болни да се работи с модел на подкрепяща, високо структурирана групова терапия, като терапевтът е толерантен към оттеглянето, мълчанието, пасивността и не изисква себеразкриване. Неструктурираните групи, които са с високи показатели на ефективност в амбулаторни условия и високофункционални групи, при психотичните пациенти ще увеличат нивото на вътрешна тревожност, несигурност и напрежение. Друг подходящ подход за дългосрочната амбулаторна практика, какъвто е инсайт ориентираната психотерапия също е антитерапевтичен за групи от

психотични пациенти (Ялом, 1996).

IV. Резултати и обсъждане във връзка с емпиричното изследване. Анализ на груповия процес в стационарна групова психотерапия

Изследвани са протоколи от 30 сесии на групова психотерапия (15 в нискофункционални групи и 15 във високофункционални групи) в стационарни условия.

Груповите сесии се водят от дисертанта. Груповата психотерапия се провежда два пъти седмично - в остро отделение и в дневен стационар, с времетраене от 30 до 60 минути. В една групова сесия участват между 4 и 26 пациента.

В края на всяка сесия, пациентите попълват въпросник за ретроспективна оценка на преживяванията. Терапевтът води протокол-резюме след всяка групова сесия. За висока обективност протоколите се оценяват от супервизор.

1. Обективиране на груповият процес с кодираща матрица

За обективиране на груповият процес се използва модифицирана за стационарни условия кодираща матрица по модел на В. Вид (2008). Тя включва три фактора: терапевт, групов процес между пациентите с фокус върху взаимоотношенията, проблемни моменти по време на сесията. Всеки от трите е на няколко нива. Анализирани са 30 протокола от груповите сесии.

Представени са резултатите от сравнение на средни стойности на честотното разпределение в двете групи по матрицата (Таблица 1).

Таблица 1. Резултатите от сравнение на средни стойности на честотното разпределение в двете групи по факторите от матрицата

Фактори	Високо- функционираща група	Ниско- функционираща група
Активност	0.78	0.86
Подкрепа	0.60	0.92
Интерпретация	0.40	0.00
Прозрачност	0.40	0.50
Близки отношения	0.73	0.73
Групови отношения	0.53	0.33
Отношения с терапевт	0.40	0.26
Интрапсихични	0.40	0.14
Персонал	0.26	0.35
Гняв	0.20	0.14
Съпротиви	0.66	0.26
Мълчание	0.06	0.40
Конфликт	0.13	0.27
Отричане	0.26	0.78

От така представените резултати се вижда, че групата с нискофункциониране и съставена предимно от психотични пациенти изисква от терапевта повече подкрепа, прозачност и откритост, като личност. При психотично болните това успокоява страховете и тревожността, но не е така необходимо в групата с високофункциониране. Теоретичният и клиничен опит ни кара да смятаме, че психотично болните предпочитат групи, в които терапевтът е по-активен. От тях се изискват сравнително минимални

усилия, като нуждата им от безопасност и подкрепа е на първо място. Често тези пациенти се възприемат като хора, които не са способни да се справят с груповите занятия, недоволстват, напускат групата по-рано или се изолират напълно. Това налага при тези болни работа с модел на подкрепяща, високо структурирана групова терапия, в която терапевтът е толерантен към оттеглянето, мълчанието, пасивността и не изисква себеразкриване. Неструктурираните групи, които са с високи показатели на ефективност в амбулаторни условия и във високофункционални групи, при психотичните пациенти увеличават нивото на вътрешна тревожност, несигурност и напрежение. Нискофункционалната група има повече моменти на мълчание, отричане, затова и в предложеният модел се дава възможност на болните да работят самостоятелно с високо структурирани задачи. От “Фигура 3” виждаме, че в групата с високо функциониране пациентите са по-склонни и способни да работят с преживявания и отношения „тук и сега” в груповата сесия, но и съпротивите при тях се появяват като естествен процес свързан с оздравяването и възвръщането към социална желателност и загриженост за имиджа, което не е актуална тема при пациенти в криза. Както беше отбелязано и в литературният обзор интерпретациите рядко са необходими дори и при високофункционалните групи.

2. Изследване на нивата на автентично общуване по време на групова психотерапия

Представен е сравнителния анализ между високо и нискофункционални групи по отношение на нивата на

общуване, както и степента на присъствие и автентичност по методът на Бюджентал.

Измерване степента на автентично присъствие в терапевтичната комуникация е представено със следната скала:

1. Споделянето в групата е на ниво “формални отношения”
2. Споделянето в групата е на ниво “поддържане на контакт”
3. Споделянето в групата е на ниво “стандартни отношения”
4. Споделянето в групата е на ниво “критични обстоятелства”
5. Споделянето в групата е на ниво “интимност”
6. Достъпност на терапевта
7. Експресивност на терапевта

Пет от твърденията се отнасят до пациентите и две за терапевта. Попълва се от психотерапевта или от неговия супервизор, чрез отговаряне на 5-степенна скала от лийкъртов тип: 1-не присъства; 2-присъства слабо; 3-средно;

4-присъства; 5-присъства много силно. За същинско терапевтично споделяне се приема от 3-то ниво на автентичност нагоре.

Оценката на протоколите се извършва от друг клиничен психолог и психотерапевт, различен от водещият групата, за да се ограничи субективизмът.

Изследвана е нормалността на разпределението по скалите (Таблица 2). Стойностите от последните две графи “Skewness” и “Kurtosis” показват степента на близост до нормалното разпределение.

За “Kurtosis”:

- 0 - напълно съответства на нормалната крива
- 1,1 - отлично съответства
- 2,2 - все още добре съответства

Извън тези стойности - не съответства на нормалната крива. Позитивните стойности означават по-ниска и по-широка крива, спрямо нормалната. Отрицателните по-висока и по-тясна.

За “Skewness”- стойностите са същите, но при позитивни се свързват с по-голям брой малки стойности, скосена отляво крива спрямо нормалната. Негативните с по-голям брой големи стойности спрямо нормалната.

Таблица 2. Описателна статистика на скалите на ниво на общуване, достъпност и експресивност на терапевта

Фактори	Брой	Минимум	Максимум	Средна стойност	Станд. отклонение	“Skewness”		“Kurtosis”	
						Станд. грешки	Станд. грешки		
“Формално общуване”	30	1.00	5.00	2.5667	1.35655	.249	.427	-1.346	.833
“Контакт”	30	1.00	5.00	2.7667	1.38174	.198	.427	-1.196	.833
“Стандартни отношения”	30	1.00	5.00	2.6667	1.26854	.467	.427	-.898	.833
“Критични обстоятелства”	30	1.00	5.00	2.7667	1.19434	.484	.427	-.789	.833
“Интимност”	30	1.00	3.00	1.5333	.62881	.758	.427	-.321	.833
“Достъпност”	30	2.00	5.00	3.7931	.86103	-.292	.434	-.404	.845
“Експресивност”	30	2.00	5.00	3.5517	.94816	-.294	.434	-.735	.845

В “Таблица 3” са представени значимите корелации между променливите.

5 фактора на „присъствие” на групата по Бюджентал	Високофункционараща група –средна стойност и стандартно отклонение		Нискофункционараща група-средна стойност и стандартно отклонение	
Формално общуване	1.6000	.82808	3.5333	1.06010
Поддържане на контакт	3.8000	1.01419	1.7333	.79881
Стандартни отношения	3.4667	1.24595	1.8667	.63994
Критични обстоятелства	2.0667	.79881	3.4667	1.12546
Интимност	1.6000	.63246	1.4667	.63994
Достъпност на терапевта	3.3333	.72375	4.1333	.63994
Експресивност на терапевта	4.2000	.77460	2.9333	.79881

Таблица 3. Сравнение на средни стойности във групи от високофункционаращи и нискофункционаращи пациенти

“Таблица 3” свидетелства, че в групата на високофункционаращите пациенти, най-често през 15-те сесии, нивото на присъствие е било в средна стойност, „поддържане на контакт” и „стандартни отношения”, докато в групата с нискофункционаращи психотични

пациенти, водещо място има „формално общуване” и „критични обстоятелства”. Тоест в групата с ниско функциониране диапазонът на „присъствие” и “автентичност” на групата е много широк, от формалното и отстранено общуване, до задълбоченото, по-близко до интимност, но и кризисно такова. Това се обяснява с факта, че пациентите в остро състояние имат слаби защитни механизми и са по-уязвими на кризи и стрес. Във високофункционалната група, основата е на поддържането на контакт и макар, че не се стига така често до критични обстоятелства и интимността в групата не е изразена. Тоест, тук процесът е хармонизиран, липсват формално общуване, но и интимност.

Проведена е процедура за изчисляване надеждността на скалата с коефициент Алфа на Кронбах. Резултатите са представени в “Таблица 4”.

Таблица 4. Коефициент Алфа на Кронбах за скалата „Автентично присъствие”

Алфа на Кронбах	Брой Айтеми
.635	7

От проведения корелационен анализ се наблюдава, че факторът “достъпност” на терапевта корелира значимо с всички фактори, освен с този на интимността, който като цяло е ниско изявен. А, факторът с най-висока корелация в групата на високо функциониращите е експресивността на терапевта, която е водеща за този вид групи и неговата откритост, активност, инициативност и споделяне са важни за поддържане на контакта и неговото задълбочаване. В

“Таблица 5” са представени значимите корелации между променливите.

Таблица 5. Взаимовръзки между променливите

	Формално общуване	Поддържане на контакт	Стандартни отношения	Критични обстоятелства	Интимност	Достъпност	Експресивност
Формално общуване		-.663**	-.648**	.595**		.502**	-.463**
Поддържане на контакт	-.663**		.761**	-.515**		.513**	.605**
Стандартни отношения	-.648**	.761**		-.622**		-.485**	.378*
Критични обстоятелства	.595**	-.515**	-.622**			.370*	
Интимност							
Достъпност на терапията	.502**	.513**	-.485**	.370*			-.526**
Експресивност на терапията	-.463**	.605**	.387*			-.526**	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Корелационният анализ показва, че колкото по-добър е контакта и има стремеж към поддържането му в групата, толкова по-ниски са нивата на формално общуване. „Поддържането на контакт” и „стандартните отношения” корелират значимо отрицателно с „формалното общуване”. „Критичните обстоятелства”, корелират отрицателно със скала „поддържането на контакт”, тоест колкото повече има стремеж към поддържане на контакт, толкова намалява задълбоченото споделяне на критични обстоятелства, които са важни в амбулаторната психотерапия, но свързани с прекалено интензивна емоция и голямо себеразкриване, нежелани в стационарната група от психотични пациенти. По тази причина, нивата на проява на интимността е

сравнително ниска, подобно дълбоко лично и субективно ниво на общуване е цел в индивидуалната терапия, но в стационарните групи, би изложила на прекалено силен емоционален натиск част от пациентите, които не са доброволни участници в групата, подобни споделяния, например за опитите за самоубийство, понякога поставят групата във висок риск от декомпенсация, на пациенти в остро състояние.

Скала „критични обстоятелства” не корелира с факторите “достъпност” и “експресивност” на терапевта, което е свързано с факта, че тя е субективно изводима повече от ситуацията на самия пациент и по-малко свързана с поведението на терапевта. Променливите, които влияят положително върху нивото на автентично присъствие в терапевтичния процес са „достъпност” на терапевта.

Факторите “експресивност” и “достъпност” на терапевта корелират с повечето скали, т.е. това са качества на водещият, свързани пряко с процесите по време на груповите сесии. С достъпността на терапевта, се увеличава нивото по скала „поддържане на контакт”, като най-високата и значима корелация, на фактора “експресивност” на терапевта също е с тази скала. Сравнителният анализ между двете групи показва, че в групата на високо функциониращите, най-висока корелация със скалите има факторът “достъпност”, тоест там е важно терапевтът да бъде максимално достъпен, прозрачен и автентичен, саморазкриващ се като личност.

За да се измери силата на влиянието на факторите – „достъпност” и „експресивност” на терапевта върху нивото на автентично присъствие на пациентите по време на

групова психотерапия се използва корелационен анализ за да се установят взаимовръзките между променливите, при значима корелация, както е в случая сме провели и регресионен анализ.

Значимата корелация между факторите „достъпност” и “експресивност” на терапевта и нивото на автентично присъствие на пациентите по време на групова психотерапия, предполага процедура по провеждане на регресионен анализ.

С цел да се установи линейната комбинация между фактора „Достъпност” на терапевта върху нивото на автентичност при споделяне на пациентите по време на групова психотерапия, се използва множествен линейен регресионен анализ.

Таблица 6

Модел	<i>R</i>	<i>R</i> ²	Коригиран коэффициент <i>R</i> ²	Стандартна грешка
1	0.600 ^a	.360	.227	.75479

[Predictors-Интимност; Станд. отношения; Критични обстоятелства; Формално общуване; Контакт.]

[*R* между 0.3 и 0.7 – има средна корелация].

Коефициентът на факторът „Достъпност” е статистически значим в рамките на традиционния критерий $p < 0.05$ [$\beta = -0.399$; $p = 0.000$], който има положителен ефект върху 4-те нива на автентично присъствие на пациентите, при положителен знак на коефициента.

Изпълнени са предпоставките за множествен линейен регресионен анализ като факторът „Достъпност”, статистически значимо може да прогнозира нивото на

автентичност на терапевтичната комуникация (1-во до 4-то ниво) $F = 2.701$.

Стойността на коригирания коефициент на детерминация (adjusted R^2) е 0.227, което свидетелства, че 22% от измененията в променливата “Достъпност” на терапевта могат да се обяснят от представения регресионен модел. Съгласно Д. Коен (Cohen, 1988), това е голяма или по-голяма от типичната големина на ефекта.

За посоката на зависимостта, т.е. дали знакът пред r трябва да е + или -, се съди по знака на регресионния коефициент b . В изследваната извадка имаме умерена зависимост между фактора и променливата .382.

Полученият резултат е в подкрепа на хипотезата, че факторът “Достъпност” на терапевта е от основно значение за нивото на автентично присъствие на пациентите по време на психотерапевтичните групови сесии.

С цел да бъде установена линейна комбинация между факторът „Експресивност” на терапевта и нивата на автентично присъствие на пациентите е проведен множествен линеен регресионен анализ.

Таблица 7

Модел	R	R^2	Коригиран коефициент R^2	Стандартна грешка
1	.632 ^a	.399	.274	.79861

Влияние на фактор “Експресивност” върху нивата на автентично присъствие

[Predictors-Интимност; Станд. отношения; Критични обстоятелства; Формално общуване; Контакт.]

[R между 0.3 и 0.7 – има средна корелация].

В резултат се установи, че комбинацията от променливите отразяващи нивата на автентичност за прогнозата на експресивност на терапевта е статистически значима $F = .632$ $p < 0.05$. Стойността на коригирания коефициент на детерминация (adjusted R²) е 0.274. Това показва, че 27 % от измененията в „експресивност” на терапевта, могат да се обяснят от представения регресионен модел.

Полученият резултат е в подкрепа на хипотезата, че факторът “Достъпност” на терапевта е от основно значение за нивото на автентично присъствие на пациентите по време на психотерапевтичните групови сесии. Очакваната позитивна корелация между способността за откритост и експресивност на терапевта и нивото на автентичност на терапевтичния контакт и споделяне от пациентите се потвърди за някои от нивата на скалата за измерване на автентичното присъствие. Това е потвърждение на заложената в теоретичния модел постановка, че способността за себеразкриване, достъпност, доверие към психотичния пациент е в основата на това да се създаде пространство на безопасност и сигурност, в което нивото на автентичност на терапевтичното споделяне дори да не достигне до същинска интимност, която понякога се преживява като опасност и голяма заплаха от пациента, то поне до споделяне на съществени, значими преживявания. Прекалената експресивност на терапевта по-скоро има отрицателно въздействие върху нивото на автентичност на споделянето при пациентите.

3. Изследване на групова групова сплотеност

Груповата кохезия има редица важни последици, свързани с терапевтичния процес в дадена група. Изследването на груповата кохезия е осъществено с групов експеримент на Роршах (по модел на А. Кокошкарова), като индекс за групова сплотеност са общите отговори между участниците в групата.

Таблица 8. Резултати от изследване на кохезия при високофункционараща и нискофункционараща група

Групи по ниво на функциониране	Степен на съвпадение на отговорите -Средна стойност
Високофункционараща група	25%
Нискофункционараща група	65%

Във високофункционаращата група се отчита 25% съвпадение между отговорите на участниците. Равнището на примитивни отговори, отказ от отговор или отговор, който не е свързан със случващото се в групата „тук и сега” е често срещан. В групата с ниско функциониране резултатът е 65%.

Подобен резултат е изненадващ, тъй като първоначалната ни хипотеза беше, че в групата от дневен стационар, ще има по-висока степен на съвпадение на отговори.

Отвореният тип група, дължи добрите си показатели за групова кохезия на основното ядро от пациенти, които имат по-продължителен престой, опит в груповата и индивидуална психотерапия, както в стационар, така и

амбулаторно. Краткосрочността на груповата терапия за част от членовете (за някои тя е само една или две сесии), е предпоставка за ниски нива на групова кохезия, но е неизменна част от характеристиките на средата в психиатричния стационар.

Груповата кохезия има редици важни последици, свързани с терапевтичния процес в дадена група. Наблюдава се, че членовете на високофункционалните и сплотени групи:

1. Полагат повече усилия да влияят на други членове.
2. По-отворени са за влияния от други участници.
3. С по-голяма готовност се изслушват и проявяват повече взаимно приемане.
4. Чувстват се по-сигурни в групата, което значително намалява нивата на стрес в груповата атмосфера.
5. По-активни са по време на сесиите.
6. Склонни са да бъдат по-открити.
7. Отстояват груповите норми и оказват по-голям натиск върху индивидите, които се отклоняват от тези норми.
8. Демонстрират по-малка уязвимост като група, когато някой от участниците напуска.

4. Контент анализ на преживяванията на пациентите по време на групова психотерапия

Контент анализът е метод за емпиричен анализ на съдържанието на текст. Характерно при него е отчитането на честотата на определени речеви единици или смислови категории и на тази база оценка на задстоящите психични концепти (Джонев, 2015).

Използвани са записи на проведените психотерапевтични сесии, чието съдържание се разглежда и анализира. Първоначалните данни от контент- анализа на темите, които са водещи при провежданите групови сесии представят кодирането на отделните тематични единици.

Резюмиране на отделните тематични единици на следните сегменти:

- ✓ Семейни взаимоотношения
- ✓ Усещане за сигурност и безопасност
- ✓ Разбиране на причините за болестта
- ✓ Чувство на объркване
- ✓ Трудност при справяне с ежедневна домакинска работа
- ✓ Социална изолация
- ✓ Загриженост за медицински проблеми и особено адекватността на грижите
- ✓ Самоуважение и възприемане на уважение на собствената личност от останалите

Категоризация на темите и групирането им с превес на споделяните преживявания:

- ✓ страх
- ✓ несигурност и уязвимост
- ✓ надежда
- ✓ приемане
- ✓ изолация
- ✓ самота
- ✓ обърканост
- ✓ униние
- ✓ загуба на смисъл

На следващият етап от изследването са категоризирани думите и изреченията, използвани най-често от психотичните пациенти по време на груповите сесии, свързани с темите относно собствената личност, взаимоотношения, миналото и групата.

Таблица 9. Съдържателен анализ по категории преживявания по време на груповата психотерапия

Обърканост	Несигурност, /безопасност	Страх, неувереност	Отделеност, самота	Подкрепа	Телесен комфорт/ дискомфорт
“Неадекватен”	“Притеснен”	“Вцепенен”	“Предпочитам да стоя в дъното на залата.”	“Усещам, че не съм сам.”	“Задушно”
“Извънземен”	“Неадекватен”	“Изплашен”	“Не мога да се съсредоточа върху темата на групата.”	“Обнадежен”	“Топло”
“Тубя представа за времето.”	“Не се чувствам спокоен да говоря за себе си.”	“Потресен”	“Никой не може да ми помогне. Чувствам неразбиране.”	“Окуражен”	“Тялото ми е като на парчета.”
“Не съм сигурен, че говоря така, че да бъде разбран.”	“Напрягам се, когато погледите са директно към мен.”	“Ужасен”	“Самотен съм, самотата ми е приятелка.”	“Успокоен”	“Сякаш ръцете не са мои.”
“Откачил”	“Имам чувството, че нещо лошо предстои.”	“Тревожен”	“Човек винаги е сам, когато се ражда и когато умира.”	“Имам нужда от по-чести групови сесии.”	“Краката не ме слушат.”
“Не разбирам за какво говорят другите.”	“Мисля много неприятни неща, които не искам да споделя.”	“Напрегнат”		“Тук се чувствам като в семейство, в което се интересуват от мен.”	“Наблюдавам тялото си като отстраня.”
“Не мога да намеря тема за споделяне с другите.”	“Притеснява ме, че водещият си записва.”	“Страх ме е да разкажа какво мисля.”	“Обиден”	“Искам да остана по-дълго, само тук ме изслушват.”	“Не ми е комфортно да съм в стая с толкова хора.”
“Мисля, че няма да ме разберат.”	“Не зная дали има полза от това да споделяш с другите, може да е опасно.”	“Плаша се от мислите си, сякаш са живи.”	“Имам нужда от индивидуален разговор.”	“Усмивката за мен е много важна- тя е поздрав.”	“Чувствах се прегърнат от групата.”
“Все едно не съм аз, така и не знам кой съм.”	“Чувствам се защитен тук, докато съм с вас.”	“Страхувам се, че нещо лошо ще се случи с близките ми.”	“Затварям се, пускам стените пред себе си.”	“Много е важна подкрепата на близките и приятелите ми.”	“Дразнещо светло.”

“Понякога ми е трудно да разбера кое е реално и кое е плод на моето въображение.”	“Не мисля за моите неща, когато другите от групата споделят.”	“Винаги са ме тормозили, още от училище.”	“Обичам всички хора, но се отдалечавам. Разделям хората.”		“Не можех да стоя дълго в една и съща поза.”
“Чувствам се и болна и непонякога имам много енергия, друг път никаква.”	“Има и добри хора, които няма да ме наранят.”	“Страх ме е симптомите да не се върнат.”	“Останах без работа Затворих се. Не исках да говоря.”		“Имам усещането, че нещо става с тялото ми.”
“Всеки е артист, играе роля.”	“Сигурност”	“Страх ме е да не изгубя хората, които ме обичат, защото вече не съм същата.”	“Сякаш съм самотна. Неразбрана. Приятелят ми не ме разбира. С мен никой не се занимава.”		“Стяга ми се сърцето.”
“Никога не съм била разбиравана винаги срещам подигравки.”	“Защитеност”	“Страхувам се от живота.”	“Вкъщи съм съвсем сама. Много съм уморена...Не ми се говори.”		“Толкова съм изтощена.”
“На мен нищо ми няма, но съм дошла за всеки случай за да ме изследват, за да разбера какво ми е.”	“Задушевност”	“Защо е необходимо да съм слаба и уязвима.”			“Имам енергия и сили.”
“Трудно се концентрирам”	“Знам какво да очаквам вече от груповите сесии и не ме е страх като в началото.”	“Сега се страхувам за бъдещето.”			“Тука много миришат другите. То е от самото заболяване.”
	“Правилата на групата ме пазят.”	“Не съм напрегната, не се безпокоя, не съм по-раздразнителна отпреди.”			“Умирам от ужас, че ще мириша на пот.”
	“Предпочитам да не споделям, за да не бъда уязвима пред другите.”	“Все искам внимание. Някой по-умен от мен да ми каже как да живея”			“Страхувам се какво правят тези антипсихотици с мен.”
	“Цял живот търся своя път.”				“Не понасям антипсихотици.”
	“Нямам пари, не се чувствам човек, срамувам се от себе си.”				“Страхувам се от страничните действия за лекарствата.”
	“Исках уют да създам, бях съгласна на всичко.”				“Отслабнала съм с 25 кг. Просто не мога да ям, не ми се яде.”

	“Важно е да знаеш какво искаш от другите, какво точно да споделиш и какво да скриеш.”				
	“Като съм с хора следобед и към обед ставам неспокойна.”				
15 бр. изказвания	22 бр. изказвания	17 бр. изказвания	12 бр. изказвания	9 бр. изказвания	20 бр. изказвания

“Таблицата 9” представя категоризирането на думите и изреченията в няколко основни области:

1. Обърканост- преживявания за нереалност, нарушения на мисленето, вниманието, усещането за време;
2. Несигурност/безопасност- една от най - изразените категории, думите и изреченията, които се разграничат са свързани с усещанията за комфорт и безопасност;
3. Страх и неувереност- всички тревожни преживявания на психотичните пациенти;
4. Отделеност, самота- усещанията, че са твърде различни и неразбрани, отделени и самотни;
5. Подкрепа- доколко се преживяват като подкрепени у дома и в групата, в отношенията си с другите, както в миналото, така и сега;
6. Телесен комфорт и усещания за тялото- всички споделени преживявания за тялото и сетивни възприятия.

От представените данни се оформят няколко основни фактори в споделянето, като водещи са свързаните с усещанията за безопасност, несигурност, нарушеното чувство за комфорт и защитеност.

Не е изненадващо, че темата за тялото и усещанията на тялото е изведена на преден план, при внимателно проучване на използваните от болните думи и изрази. Пациентите с психоза възприемат света чрез сетивното си усещане, често символната функция на речта е приемана буквално, през усещанията на тялото.

Заплахата и възприемането за опасност се преживява не толкова абстрактно и през мисловните проекции, колкото през сетивността и нарушената интеграция на схемата на тялото, несъзнавания образ за своето тяло.

Психотичният болен запазва усещането си за безопасност, като избягва близост с други хора, бягайки във вътрешните си преживявания и фантазии. Важно е, да се разбере, че подобен тип личности са ужасени, поради липса на основно чувство за сигурност в света, те вярват, че ги грози опасност. В този смисъл е необходим подкрепящ подход, подкрепя на достойнството и самооценката, нужда от информация за това, което предстои, с което да се намали вътрешното напрежение. На практика това става с интерес и уважение към личността, чувството за комфорт, зачитане на мнението и това, в което се чувства компетентна, както и активна подкрепа на творческите интереси и очаквания. При болния има висока тревожност, свързана с това, че ще остане неразбран от другите. Нужни са открити обяснения за начина на работа, възможно е известно себеразкриване на работещия, с цел внасяне на успокоение (Макуилямс, 2018).

Терапевтът е обект в живота на пациента, предназначен да компенсира опита на взаимодействие със значими фигури, необходими за развитието на пациента в ранните етапи на живота му. Когато се почувства застрашен

психотичният болен ще поиска да се скрие, да се отдръпне във фантазиите си, като оттеглянето се разглежда като защитна реакция. Подложен на стрес, може да се оттегли в собствените си афекти, да изглежда невъзприемчив и с изравнен или несъответен афект. Значимо и важно би било да се търси път към субективния свят на болният, без това да носи твърде много тревожност, свързана с натрапване. Необходимо е разбиране към нуждата от емоционално пространство.

Споделеното усещане за подкрепа от терапевта, водещ на групата, както и от членовете на групата се свързва и с някои рискове и нежелани последствия. От една страна групата се преживява като убежище, като сигурно и защитено пространство, в което болният се чувства комфортно да споделя ексцентричните си идеи без страх, че ще бъде отхвърлен. От друга страна много от болните започват да споделят само в сесиите по групова терапия, като намаляват опитите им да споделят в ежедневието си със своите близки, приятели, съседи. Нараства тенденцията за рехоспитализации, като болните се стремят да се връщат отново и отново за лечение, именно заради усещането за безусловно приемане и безопасност, които създава груповата психотерапия.

Преживяванията за отделеност и самота са необходими за пациенти, при които няма добро тестване на реалността и цялостност на преживяването на Аз-ът. Да им се позволи да бъдат отделени, мълчаливи и да не се изисква от тях да споделят, когато не се чувстват готови е от значение при изграждането на доверителна атмосфера на контакта в групата.

Важно е болният да се чувства свободен да бъде объркан, неадекватен, без да изпитва вина за това, без да се налага да го крие, както прави в обществото. Целта на психотерапията при психозата, както пише Д. Лийдър (Лийдър 2019) е “пациентът не да бъде адаптиран към наша реалност, а да открие какво стои в собствената му такава”.

Въз основа на получените резултати, можем да обобщим, че важен принцип при терапия на психотично ниво е осигуряване на безопасност, сигурност и подкрепа. Тъй като при такива болни е нарушено основното, базово чувство за сигурност в света. Важно е отношението към тях да е безусловно подкрепящо, нещо което не би съответствало при работа с граничен или психопатичен, антисоциален юноша, например. Честното споделяне, безусловната подкрепа, уважение към идеите и мнението им, което не срещат в общуването си извън психотерапията, прави тези пациенти благодарни. Грижата към тях е от „майчин тип” без интерпретации, работа по съдържанието на мисловните нарушения. Терапевтът открито обяснява начина си на работа, така за да бъде емоционално разбран, имайки предвид високата емоционална уязвимост на психотичният пациент. Думите на терапевта носят надежда, спокойствие, усещане за загриженост. Пациентите се чувстват в “сигурни ръце”. Д. Сандлер заявява, че субектът не се нуждае от обективна обратна връзка, а от сигурност, тъй като сигурността е необходима за нормалната умствена дейност и може да бъде изградена само чрез другия (Sandler, 1985).

Основният конфликт при психотичния пациент засяга свързването и самотата, близостта и дистанцията в

отношенията. Копнежът за близост се примесва с ужаса от заплахата, която преживява от другите. Болните се стремят към дистанция, но се оплакват от самотност. Вътрешният конфликт между желанието за близост и страхът от нея води до изтощение и понякога блокира всякакъв импулс за действие (Макуилямс, 2009).

От представените резултати могат да се направят някои косвени изводи за ролята на груповият психотерапевт. Значима е способността за автентичност и саморазкриване на водещия, която демонстрира на болните, че и той е истински човек (а, не е част от фантазмите и страховете им). Водещият на групата играе важна роля в развитието на пациента, показва съпричастност, безусловно, безоценъчно приемане, истинност на чувствата и отношенията.

5. Скала за оценка на ефективност на психотерапията със стационарни психотични пациенти по време на групова психотерапия

Разработена е скала за измерване на ефективност на психотерапия въз основа на теоретичната рамка на психодинамичните и процес-ориентирани модалности и направеният теоретичен обзор на различните психотерапевтични модалности в амбулаторната и стационарна групова психотерапия на психози. Конструираната скала за оценка на ефективността задълбочава анализа върху случващото се по време на сесиите от гледна точка на самите пациенти с психоза. Основната цел на измерването е да се направи анализ както на извършените наблюдения от груповата психотерапия със стационарни пациенти, така и на личните им преживявания

по време на психотерапия. Такава ретроспективна оценка на случващото се по време на терапевтичните групови сесии дава обратна връзка и възможност да се разглеждат автентичните преживяванията на самите пациенти.

Инструментът за измерване се състои от отделни айтеми, въпроси, обединени в обща скала, която цели установяването стойността на теоретична променлива, каквато е ефективността на груповата стационарна терапия (променлива, неподлежаща на директно наблюдение).

Съставената авторска скала за ретроспективна оценка на груповата психотерапевтична работа се попълва от пациентите в края на сесията. С нея допълваме обективните оценки от психотерапевтът и супервизорът, със субективната оценка на самите пациенти. Съставен е изходен набор от въпроси, дефинирани като декларативни твърдения, а отговорите свидетелстват различна степен на съгласие или несъгласие с твърдението, посредством скала от ликъртов тип.

Изследвани лица:

Изследвани са 104 души - 83 жени и 21 мъже. Извадката се състои от лица на възраст между 19 и 76 години (средна възраст 45 години).

Процедура на изследването:

Изследването е проведено в рамките на провеждана групов психотерапия в стационарни условия. В края на груповата сесия, пациентът попълва скалата за ретроспективна оценка на психотерапевтичния процес.

Обработка на данните и методи за анализ:

Резултатите са обработени със статистическа програма

SPSS 19. Използвани са стандартните за този тип представяне на данни - дескриптивни статистики, корелационен и факторен анализ. Оценена е надеждността на скалата и е проведен айтем анализ. Оценена е контент валидността (степен на съгласуваност между резултати от изследването и представената теоретична основа).

Основни етапи на анализа на скала за измерване ефективност на групова психотерапия:

Етап 1: Формулиране на изследователски хипотези

Основната научна хипотеза на изследването е, че по време на груповата сесия по психотерапия болните с психотични разстройства се чувстват в безопасност, подкрепени от групата и от водещия, като имат усещането за свързаност и разбиране от страна на друг човек. Прави се преход от усещането за самота и алиенация, характерно за психотично болните, към надеждата, че с помощта на думите и езика, могат да бъдат във връзка с друг човек, без това да поражда усещане за заплахата.

Етап 2: Изчисляване на надеждност на скалата и айтем анализ

Преди да стартиране на процедурата се налага, поради наличието на обратно-фразирани променливи да се създадат нови реверсивни променливи чрез IBM SPSS Statisticks.

Вътрешната консистентност (хомогенността) на скалата (22 айтема) е оценена чрез изчисляване на индекса Алфа на Кронбах. За изследваната извадка е 0,826.

Таблица 10. Стойност Алфа на Кронбах на скалата

Алфа на Кронбах	Алфа Кронбах, базирана на стандартизираните айтеми.	Брой айтеми
.826	.835	22

Психометричният анализ показва, че айтемите имат сходни резултати по Алфа на Кронбах, над 0,800.

В “Таблица 11” и “Таблица 12” са представена характеристиката на скалата и корелацията на отделните айтеми с общия бал. Значимо корелиращи (над 0.30- 0.40), са повечето айтеми – номер 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20. Айтемите, които корелират ниско с общия бал (13,14,19,21,22), следва да се не включват в окончателния вариант на скалата. Под ниска положителна корелация се разбира корелация под 0.30.

Таблица 11. Характеристики на скала за оценка на ефективност

Въпрос/ Айтем	Средна стойност при изгрит айтем	Отклонение при изгрит айтем	Коригиран айтем/ Тотална корелация	Квадратен коэффициент на множествен а корелация	Алфа на Кронбах при изгрит айтем
Въпрос 1	72.7788	160.640	.363	.611	.820
Въпрос 2	72.5096	160.039	.506	.611	.816
Въпрос 3	73.4519	151.823	.551	.599	.811
Въпрос 4	72.9904	157.835	.462	.529	.816
Въпрос 5	73.1346	154.855	.532	.592	.813
Въпрос 6	72.9038	160.670	.324	.739	.822
Въпрос 7	73.0096	156.612	.470	.754	.815
Въпрос 8	74.6923	157.574	.358	.568	.821
Въпрос 9	73.5577	157.298	.461	.436	.816
Въпрос 10	73.4327	158.073	.326	.424	.822
Въпрос 11	73.2981	154.638	.473	.598	.815
Въпрос 12	73.2500	153.257	.528	.555	.812
Въпрос 13	74.6635	161.002	.269	.583	.825
Въпрос 14	74.7885	164.770	.177	.534	.829
Въпрос 15	72.8846	162.511	.325	.580	.822
Въпрос 16	73.6538	151.161	.554	.479	.810
Въпрос 17	72.4615	161.940	.470	.528	.818
Въпрос 18	73.0288	157.096	.484	.645	.815
Въпрос 19	74.1250	164.868	.162	.535	.830
Въпрос 20	74.9808	160.349	.350	.515	.821
Въпрос 21	74.8077	163.341	.199	.435	.828
Въпрос 22	74.0096	160.262	.277	.238	.825

Таблица 12. Корелация на айтемите с общия бал по скалата

№ на твърденията	Средна стойност	Стандартно отклонение	Корелация с общия бал
1	4.2885	1.16313	.363
2	4.5577	.92250	.506
3	3.6154	1.39561	.551
4	4.0769	1.16329	.462
5	3.9327	1.23276	.532
6	4.1635	1.27035	.324
7	4.0577	1.23718	.470
8	2.3750	1.44939	.358
9	3.5096	1.20674	.461
10	3.6346	1.50764	.326
11	3.7692	1.37404	.473
12	3.8173	1.34932	.528
13	2.4038	1.41777	.269
14	2.2788	1.34711	.177
15	4.1827	1.08623	.325
16	3.4135	1.43202	.554
17	4.6058	.84092	.470
18	4.0385	1.17352	.484
19	2.9423	1.40614	.162
20	2.0865	1.22364	.350
21	2.2596	1.43463	.199
22	3.0577	1.46696	.277

Етап 3: Проверка на валидността: изследователски факторен анализ.

За да се провери конструктивната валидност на анализираната скала за измерване за извадката е необходимо да се проведе изследователски факторен анализ.

Резултати от проведените анализи:

Първият проведен анализ е корелационен. Таблицата представяща корелационната матрица е твърде голяма (17 X 17), за да подлежи на таблично изобразяване, поради което представяме анализ на коефициентите. Корелационната матрица показва как всяка от променливите се свързва с останалите. Липсват прекалено високи коефициенти (>0.90) и само малко от тях са под < 0.30 , което ни дава основание да преминем към анализ на резултатите от факторния анализ. По-високата корелация (> 0.40), показва, че двете променливи се свързват и вероятно ще попаднат в една и съща група от факторния анализ. Стойността на детерминантата е достатъчно да бъде над 0.0001 , в конкретният случай е 4.06 .

Обяснена обща дисперсия (Total Variance explained) е представена в “Таблицата 13” и свидетелства, че данните формират един фактор.

Таблица 13. Обяснена обща дисперсия

Компонент	Първоначални стойности			Екстракционни суми на квадратни натоварвания		
	Общо	% на отклонение	Кумулативен (натрупан) %	Общо	% на отклонение	Кумулативен (натрупан) %
1	5.787	34.041	34.041	5.787	34.041	34.041
2	2.183	12.839	46.881			
3	1.445	8.499	55.380			
4	1.019	5.992	61.372			
5	.921	5.416	66.789			
6	.886	5.213	72.002			
7	.776	4.564	76.565			
8	.683	4.020	80.585			
9	.626	3.684	84.269			
10	.534	3.139	87.408			
11	.480	2.821	90.228			
12	.413	2.427	92.655			
13	.346	2.035	94.690			
14	.316	1.856	96.547			
15	.257	1.510	98.056			
16	.170	.999	99.056			
17	.161	.944	100.000			

Метод на екстракция: Анализ на главния компонент (Extraction method: principal component analysis)

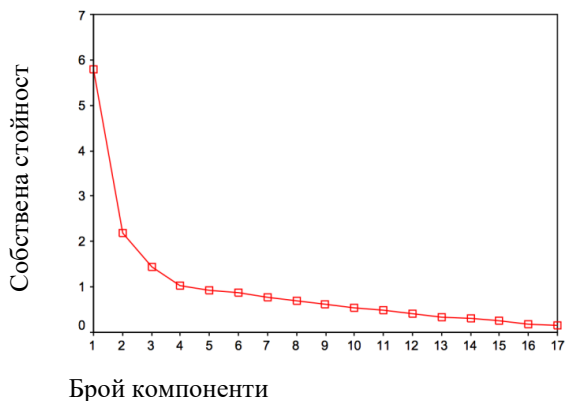
За измерването на адекватността на извадката са използвани тестовете на Кайзер-Майер-Олкин и Бартлет (Таблица 14). Тази мярка показва дали броят на променливите за всеки фактор е достатъчен. Получената

стойност на теста на Кайзер-Майер-Олкин е 0,787 (над приетата гранична стойност от 0,6), а на теста на Бартлет за сферичност е ,000, $p < 0,001$ т.е. разпределението на стойностите е адекватно за провеждане на факторен анализ.

Таблица 14. “Кайзер-Майер-Олкин и Бартлет тест” (КМО and Bartless test)

Тест Кайзер-Майер-Олкин измерване на адекватност	.787
Тест за сферичност на Бартлет	
Хи- квадрат	753.493
Степен на свобода/df	136
Значима вероятност/Sig.	.000

На основание теоретичната рамка на въпросника, “Scree plot” графиката (Фиг. 1) и процентът обяснена вариация от фактора (над 5 %), изследваме еднофакторното решение. Точковата графика дава собствените значения на всеки от компонентите. Графиката показва, че след първия компонент разликата между собствените значения намалява, те са под 1.0. Това означава, че въпросите образуват една скала, каквато е и целта на факторния анализ с извадката.



Фиг.1. Точков анализ “Scree Plot”

“Фигура 1” показва тежестта на всеки възможен фактор. Ограничаваме се само с тези, чиято тежест е по-голяма от 1, т.е. по-голяма от тежестта на отделния айтем или един фактор. При извличане на един фактор не се наблюдава ротация на факторите.

Етап 4: Анализ

След оптимизиране броят на въпросите в скалата от 22 остават 17 айтема. В “Таблица 15” е представена дескриптивната статистика на получената скала от 17 айтема. От дескриптивната статистика се вижда, че средно аритметичната стойност на въпросите се колебае около средната стойност и дисперсията е относително хомогенна.

Таблица 15. Характеристика на скала “Ефективност на
групова психотерапия при психотични пациенти”

	Брой	Минимум	Максимум	Средна	Стандартно отклонение
Въпрос 1	104	1.00	5.00	4.2885	1.16313
Въпрос 2	104	1.00	5.00	4.5577	.92250
Въпрос 3	104	1.00	5.00	3.6154	1.39561
Въпрос 4	104	1.00	5.00	4.0769	1.16329
Въпрос 5	104	1.00	5.00	3.9327	1.23276
Въпрос 6	104	1.00	5.00	4.1635	1.27035
Въпрос 7	104	1.00	5.00	4.0577	1.23718
Въпрос 8	104	1.00	5.00	2.3750	1.44939
Въпрос 9	104	1.00	5.00	3.5096	1.20674
Въпрос 10	104	1.00	5.00	3.6346	1.50764
Въпрос 12	104	1.00	5.00	3.7692	1.37404
Въпрос 13	104	1.00	5.00	3.8173	1.34932
Въпрос 15	104	1.00	5.00	4.1827	1.08623
Въпрос 16	104	1.00	5.00	3.4135	1.43202
Въпрос 17	104	1.00	5.00	4.6058	.84092
Въпрос 18	104	1.00	5.00	4.0385	1.17352
Въпрос 20	104	1.00	5.00	3.9135	1.22364
Ефективност	104	33.00	82.00	67.2019	11.04833

“Таблица 16” представя резултатите от изчисляване на средната стойност и стандартното отклонение на скалата. Показани са мерките за централна тенденция и разсейване на скалата.

Таблица 16. Средна стойност и стандартно отклонение за скала “Ефективност групова психотерапия при психотични пациенти”

Средна	Дисперсия	Стандартно отклонение	Брой на айтеми
67.2019	122.0656	11.0483	17

След статистическото потвърждение относно надеждността и валидността на скалата пристъпваме към анализ на скалата и измерване по пол и възраст. Изведени са средните стойности по пол към мерките за ефективност на груповата психотерапия (Таблица 17) .

Таблица 17. Средни стойности по пол и възраст

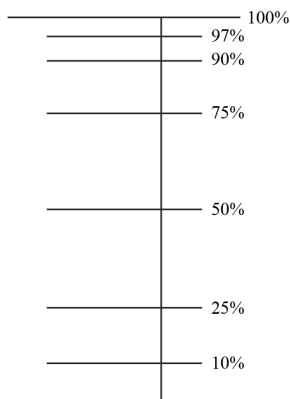
	Брой	Средна	Станд. отклонение	Станд. грешка	95% Доверителен интервал за средна		Минимум	Максимум
					Долна граница	Горна граница		
Мъже	20	62.2500	9.03720	2.02078	58.0205	66.4795	39.00	78.00
Жени	84	64.5714	12.15887	1.32664	61.9328	67.2102	27.00	85.00
Общо	104	64.1250	11.62078	1.13951	61.8650	66.3850	27.00	85.00

Нормиране на скалата:

След проведените анализи и установена висока вътрешна съгласуваност на скалата, се пристъпва към изчисляване на общия бал по теста на пациентите и нормиране на скалата. Използвани са адаптивни скали от ликъртов тип, които позволяват чрез сумиране на стойностите на отговорите за всички айтеми да бъде изчислена интегрална оценка за нивото на ефективност, измерено чрез отчитане на възприетото чувство за безопасност и подкрепа, заявено

от изследваните лица.

Процедурата изисква оценка на бала, под който са 3-те процента изследвани лица с най-ниски показатели- “много ниско ниво на ефективност”. Следва балът на 10-те процента- „ниско ниво на ефективност”, „под нормата”, „норма”, „над нормата” и „много висока” (Джонев, 2004). При получаване на тези балови стойности за посочените на “Фигура 2” персентили, за всяко ново изследвано лице можем да кажем в коя част по отношение нормата се намира неговият резултат по скалата.



Фиг.2. Нормиране на “Скала ефективност на групова психотерапия при психотични пациенти “

Таблица 18. Персентили и балови стойности

Брой	Валидни	104
	Липсващи	0
Персентили	0	-
	3	43.0000
	10	49.5000
	25	60.0000
	50	69.0000
	75	76.0000
	90	81.0000
	97	82.0000
	100	82.0000

Резултатите в “Таблицата 18”, представят определените персентили и баловите стойности, които им съответстват. „Нормалността” на ефективността на всяко ново изследвано лице се определя съобразно неговият бал и мястото, в което попада на “Фигура 2”.

“Таблица 19” представя определените норми за теста.

Таблица 19. Норми на теста

Точки	Степен на ефективност
< 43т.	много ниска ефективност
43-49т.	ниска ефективност
50-60т.	под нормата, гранична стойност
61-76т.	норма
77-81т.	над нормата
>81т.	много висока ефективност

“Таблица 20” представя изведените средни стойности и стандартно отклонение на скала „Ефективност на група

психотерапия при психотични пациенти “, в зависимост от пола.

Таблица 20. Средни стойности и стандартно отклонение, в зависимост от пола

Пол	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение
Мъже	20	62.2500	9,03720
Жени	84	64.5714	12.15887

Резултатите свързани с измерване на ефективност в настоящото изследване са представени в “Таблица 21”. Измереното ниво на възприето чувство за безопасност и подкрепа, съответно ниво на ефективност в изследваната извадка е високо. Само 28% от случаите попадат под нормата, като само 10% от изследваните лица са с ниска ефективност. С нормално, високо и много високо ниво на ефективност са 72% от изследваните лица.

Таблица 21. Честотно разпределение на резултатите от настоящето изследване със скала “Ефективност на груповата психотерапия при психотични пациенти”

Бал по теста	Честота	% от цялата вариация	Валиден %	Кумулативен %
33.00	1	1.0	1.0	1.0
39.00	1	1.0	1.0	1.9
43.00	2	1.9	1.9	3.8
44.00	1	1.0	1.0	4.8
45.00	1	1.0	1.0	5.8
47.00	3	2.9	2.9	8.7
48.00	1	1.0	1.0	9.6

51.00	1	1.0	1.0	10.6
53.00	1	1.0	1.0	11.5
54.00	1	1.0	1.0	12.5
55.00	1	1.0	1.0	13.5
57.00	2	1.9	1.9	15.4
58.00	2	1.9	1.9	17.3
59.00	3	2.9	2.9	20.2
60.00	6	5.8	5.8	26.0
61.00	2	1.9	1.9	27.9
62.00	2	1.9	1.9	29.8
63.00	5	4.8	4.8	34.6
64.00	4	3.8	3.8	38.5
65.00	3	2.9	2.9	41.3
66.00	2	1.9	1.9	43.3
67.00	2	1.9	1.9	45.2
68.00	2	1.9	1.9	47.1
69.00	4	3.8	3.8	51.00
71.00	8	7.7	7.7	58.7
72.00	6	5.8	5.8	64.4
73.00	4	3.8	3.8	68.3
74.00	3	2.9	2.9	71.2
75.00	3	2.9	2.9	74.0
76.00	2	1.9	1.9	76.0
77.00	5	4.8	4.8	80.8
78.00	4	3.8	3.8	84.6
79.00	1	1.0	1.0	85.6
80.00	4	3.8	3.8	89.4
81.00	6	5.8	5.8	95.2
82.00	5	4.8	4.8	100.0
Общо	104	100.0	100.0	

Ограничения на използваната скала:

Предвид факта, че скалата измерва трудни за операционализация компоненти е важно тя да се използва, съвместно с анализа на протоколите от групови сесии. По този начин оценката на ефективността на груповата психотерапия, от тази скала, измерваща основно възстановяването на чувството за сигурност, безопасност и подкрепа, като основно необходимо при психотичните пациенти, да бъде сравнявано с данните от оценката на груповия терапевт и анализа на груповите протоколи от терапевтични сесии.

ОБОБЩЕНИЕ

Въз основа на направените анализи е конструиран въпросник със задоволителна надеждност и конструктивно валиден за дадената извадка от психотично болни пациенти.

Необходимостта от разработването на такъв инструмент възниква поради трудността да бъдат отчитани и директно наблюдавани така необходимите преживявания на сигурност, безопасност и подкрепа, които груповата психотерапия си поставя за цел при работа с групи от пациенти с психотични разстройства.

Препоръчително е скалата да не бъде използвана извън общият анализ на груповият терапевт и неговия супервизор по отношение на случващото се в процеса на груповите сесии.

V. ИЗВОДИ

Моделът на “традиционната” групова терапия е терапевтична парадигма, предназначена за различна от клиничната обстановка и би могла да бъде неефективна в стационарни условия, поради несъвместимостта със спецификите на средата и пациентите. Методът на стационарната групова терапия трябва да бъде гъвкав и адаптиран към специфичния състав на пациентите: различните диагностични групи изискват различен подход към груповата работа.

Фокусиране върху взаимоотношенията в групата в модалността “тук и сега”, отговаря на една от основните цели на психотерапия при пациенти с психоза, а именно възможността да бъдат осъзнати и развити способности за взаимоотношение и близост с друг човек. Груповата психотерапия повишава ефективността си, когато членовете на групата общуват „тук и сега”, изследвайки отношенията, както помежду си, така и с терапевта. По този начин се създава предпоставка да бъдат наблюдавани модели на поведение и взаимоотношение, които им носят дискомфорт в други ситуации, извън стационара и имат възможност да получат актуална обратна връзка от останалите участници относно впечатленията и реакциите, които предизвикват в околните. Това прави процесно-ориентираният върху взаимоотношенията групов модел, базиран на екзистенциално-хуманистичната перспектива в психотерапия подходящ и ефективен метод на психотерапия в стационарни условия.

Емпиричните изследвания на психотерапията все повече изискват диференцирана обективация на пациентите, на

ролята на личността на терапевта и нивата на процесите. Методите за обективация на процеса на психотерапия е необходимо да съчетават обективни характеристики на наблюдението на процеса, както и субективна оценка на преживяванията на пациентите и обратната им връзка в края на сесиите.

От проведените корелационен и регресионен анализ се открива зависимост между нивото на достъпност и откритост на терапевта и проявите на автентично присъствие на пациентите по време на груповите сесии. Нивото на откритост и достъпност на терапевта се оказва водещо качество, в изграждане на групова среда на безопасност.

Сравнителният анализ на високо и нискофункционални групи показва необходимостта от различен терапевтичен подход. Резултатите свидетелстват за по-добро ниво на вътрешна сплотеност при групи в отделение от затворен тип.

Въз основа на получените резултати при съдържателен анализ на преживяванията на пациентите с психотични разстройства по време на групова психотерапия, можем да обобщим, че важен принцип при терапия на психотично ниво е осигуряване на преживяване на безопасност, сигурност и подкрепа.

В групата с нискофункционални пациенти основната цел на терапевтът е да обезпечавя безусловната подкрепа към болния и неговите позитивни страни, фокусът е основно връщането на чувството за безопасност и сигурност, като външната структура е първата стъпка към връщане на вътрешната стабилност. В групата с

високофункционаране са важни способностите на водещия да преработва процеса от съдържателно към преживелищно ниво, като признава дистреса на пациента, но очаква от него лична активност в споделянето.

Неструктурираният, пасивен и недирективен терапевтичен подход не е подходящ за групова психотерапия в стационарни условия, както за нискофункционаращи, така и за високофункционаращи групи.

Разработената скала за изследване на ефективност на груповата психотерапия позволява измерване посредством ретроспективната оценка на самите психотични пациенти за нивото на безопасност, сигурност и възприета подкрепа от терапевта и групата.

VI. ПРИНОСИ

Настоящият дисертационен труд прави задълбочен анализ на моделите на изследване на ефективността на груповата стационарна психотерапия и методите за обективация и анализ в груповата психотерапия с психотични пациенти. Изследвани и анализирани са посредством феноменологичен и контент анализ, преживяванията на пациенти с психотични заболявания.

Анализирани са аспекти на стационарните условия, при които се провежда психотерапия и е модифициран модел ориентиран към взаимоотношенията, подходящ за стационарни пациенти с психотични разстройства.

Създадена е авторски скала за измерване на ефективност на групова психотерапия, посредством ретроспективна оценка на преживявания по време на психотерапевтичната работа.

Валидизиран е инструмент за изследване на ефективност на груповата психотерапия с психотични пациенти, в стационарни условия.

ПРИЛОЖЕНИЕ

„Скала за ефективност на стационарна групова психотерапия при пациенти с психотични разстройства”

Инструкция: Пред Вас са няколко твърдения относно Вашите впечатления за груповата психотерапия. Отговорете на твърденията като изберете степен, в която са били проявени при Вас, по време на груповата психотерапия като

1-много слабо, 2-слабо, 3- средно, 4- високо 5- много високо

1.	Чувствам се в безопасност по време на групата.	1 2 3 4 5
2.	Водещият е подкрепящ.	1 2 3 4 5
3.	Разбрах нови неща за себе си.	1 2 3 4 5
4.	Беше ми удобно и комфортно.	1 2 3 4 5
5.	Членовете на групата са подкрепящи.	1 2 3 4 5
6.	Свободно споделях мислите и идеите си.	1 2 3 4 5
7.	Споделях без притеснение.	1 2 3 4 5
8.	Чувствах се объркан.	1 2 3 4 5
9.	Другите уважават и ценят моето мнение.	1 2 3 4 5
10.	Предпочитам индивидуални срещи с терапевта.	1 2 3 4 5
11.	Научих нови неща за отношенията между хората.	1 2 3 4 5
12.	Чувствам се по-оптимистичен.	1 2 3 4 5
13.	Чувствах се сигурен.	1 2 3 4 5
14.	През почивните дни мисля за това, което сме говорили в групата.	1 2 3 4 5
15.	Терапевтът е човек, на когото мога да имам доверие.	1 2 3 4 5
16.	Очаквам с нетърпение следващата група.	1 2 3 4 5
17.	Чувствах се безпомощен и уязвим.	1 2 3 4 5

8-ми и 17-ти айтем са реверсивни, при изчислението на общия бал се изчисляват като реверсивни айтеми (5 →1, 4→2, 3→3,2 →4, 1→5).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Краткосрочни психотерапевтични техники при психично болни пациенти (2018) Proceedings from the Anniversary Scientific Conference “Contemporary Trends in Healthcare”, Vol 7, Сливен.
2. Цели и задачи на груповата психотерапевтична работа с психотични пациенти (2018) XVIII Международна научна конференция по приложна психология и социална практика. Свободен университет “Черноризец Храбър”, Варна.
3. Аспекти на осъзнаването на психичната болест и неговото значение за психичното функциониране (2020) Сборник доклади от национална школа за докторанти и млади изследователи в социалните науки “Социалните процеси като предизвикателство за индивида и общността” Том I. ISSN 2683-0868, (Online).
4. Групова психотерапия с психотични пациенти в болнична среда (2020) Българско списание по психология, София.
5. Сравнителен анализ на процеса на групова динамика между ниско и високо функциониращи групи от хоспитализирани пациенти, в остро отделение и дневен стационар (2020) Сборник IX Международен конгрес по психология, София.
6. Фокусиран върху взаимоотношенията, процесен модел на групова психотерапия в стационарни условия за психотични пациенти (2021) Сборник доклади от национална школа за докторанти и млади изследователи в социалните науки “Социалните процеси като предизвикателство за индивида и общността” Том II. ISSN 2683-0868, (Online).