

## ТРИАЛИЗЪМ В ПСИХОДИАГНОСТИКАТА И СИНКРЕТИЗЪМ ПРИ АДЕКВАТНАТА ТЕРАПИЯ, РЕХАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ

*А. Алексиев, С. Алексиев и Ц. Алексиев*

**PANTA RHEI!**

*Хераклит*

**Резюме.** Новите парадигми в медицината и в подготовката на кадрите, които да решат реформаторството в здравеопазването, са екстемпорална психодиагностика, интегрирана профилактика, терапия, рехабилитация и ресоциализация, за осигуряване на доброто качество на живот. Биопсихосоциалният подход ще създаде условия за стартиране на нов хипократизъм, нов медицински мироглед, нова психодиагностика и практика, нови програми за обучение на кадрите, въз основа на съвременни стандарти за добра и качествена медицинска практика. В утвърждение на комплексната и екстемпорална, кинезиологична диагностика, на адекватната синкретична терапевтика, индивидуализираната и диференцираната поетапна услуга се поставят и въпросите при кого, как, с какви диагностични и терапевтични методики, за колко време и накрая, колко ще струва тази цялостна дейност.

**Ключови думи:** *кинезиология, холистична диагноза, интегрирана, синкретична терапия – фармакотерапия, психотерапия, социотерапия, рехабилитация, ресоциализация, терапевтични комуни, клубна активност, асоциации, граждански движения*

**A. Alexiev, S. Alexiev and Tz. Alexiev. TRIALISM IN PSYCHO-DIAGNOSTICS AND SYNCRETISM OF THE ADEQUATE THERAPY, REHABILITATION, AND RESOCIALIZATION**

**Summary.** The new paradigms in medicine and in medical education by which some reforms could be achieved are the extemporal psychodiagnostics, integrated prophylaxis, therapy, rehabilitation and resocialization for a better quality of life. Biopsychosocial approach will create conditions for the beginning of a new Hippocratism, new medical ideology, new psychodiagnostics and practice, new educational programs based on modern standards. In the approbation of a complex, ex-temporal, and kinesiologic diagnostics and of an adequate syncretic therapy, individualized in a specific health service there appears to exist some questions like how and who will do it, what diagnostic tools will be used, how long it will last and what is the cost.

**Key words:** *kinesiology, holistic diagnosis, syncretic therapy pharmacotherapy, psychotherapy, sociotherapy, rehabilitation, resocialization, therapeutic communes, club activity, associations*

Биологичните, психологичните и психосоциалните фактори причиняват поетапно психосоматичната и соматопсихичната патология и обосновават комплексната терапия, рехабилитация и профилактика. В това отношение кинезиологичната диагноза и терапия обединяват съвременните усилия в медицината и в обучението на кадрите.

Поетапната кинезиодиагностика и адекватната терапия (от „kinesis“ – движение, терапия, лечение, наука и изкуство) са самостоятелни медико-психологични и социални дисциплини, които се базират на опита и постиженията на всички останали дисциплини. Те целят по един природосъобразен, съвременен и научен начин да лекуват и профилактират огромен брой заболявания, които съпътстват съвременния начин на живот. В подготовката на терапевтите са необходими актуални научни познания по анатомия, физиология, биомеханика и функционална диагностика на човешкото тяло. Важни са познанията и по медицинска психология и невропсихопатология, тъй като кинезиологията и терапията прилагат индивидуално и групово медико-психологичното и психосоциалното обслужване на клиентелата и болните. Лекуват се и се профилактират причините, а не симптомите на страданията. Оплакванията на болните са комплексен резултат от дълбоките съзнавани, полусъзнавани и несъзнавани интерперсонални и интрапсихични конфликтни сблъсъци във времето и жизненото пространство [3].

Биопсихосоциалната диагностика и интегрираната терапия са непосредствено свързани с медицинската психология. Медицинският психолог диагностицира физиологичните и психоневрологичните процеси, които управляват човека в здраве и болест и в ежедневието му – в профилактиката, терапията, рехабилитацията и ресоциализацията.

Медико-психологичният подход се фокусира предимно върху:

1. Проблема за психосоматичната и соматопсихичната зависимост;
2. Взаимоотношенията пациент/клиент – терапевт;
3. Технологиите на синкретичната и обединителната комплексна терапия, и
4. Как се обучават кадрите и добрият терапевт.

По този начин се застъпва съвременната научна, интегративна, холистична диагностика и адекватната, синкретична терапия – соматотерапия, психотерапия и социотерапия [3, 25, 69]. Здравето се разглежда като състояние на пълно физическо, психично и социално благополучие, а не просто липса на заболяване или увреждане [74]. Психологията на здравето търси медицинския, психологичния и социалния отговор на въпроса: Защо хората се разболяват и как да се лекуват адекватно.

## I. Психосоматичната и соматопсихичната зависимост

Взаимовръзката соматична болест–психика се дискутира отдавна в медицината, респективно в психологията и социологията на здравето. Още от времето на Хипократ (460-377 г. пр. Хр.), Гален (131-210 г.) и Авицена (980-1037 г.) в медицината са създадени редица етиологични и патогенетични теории и практики [8]. Едва през Възраждането се обособяват научните подходи в диагностицирането на болния човек и начините как да му се помогне. Началото е поставено в трудовете на Феликс Платер (1573-1614), Теофил Боне (1620-1689), Винченцо Киаруджи (1759-1820) и особено в знаменитата книга на Джовани Батиста Моргани (1682-1771) „За местонахождението и причините на заболяванията“. В по-ново време Ф. А. Mesmer (1734-1815) създава етиопатогенетичната концепция за „разболяващия и оздравяващ магнетизъм“ [27]. През 1852 г. немският психолог Hermann Lotze (1817-1881) издава първото ръководство по медицинска психология, а през 1879 г. Wilhelm Wundt (1832-1920) създава първата в света лаборатория, в която изучава връзките между физическата енергия и превръщането ѝ в нервни импулси [22]. По-късно В. М. Бехтерев създава подобна лаборатория в Санкт Петербург [13].

Към средата на 19-и век медицинската наука и практика бележат нови възможности и положителни резултати в развитието си. Измества се хуморалната патология от *circulus vitiosus* към механичния локализационизъм и органолокалистичния подход. Вниманието на медика се концентрира върху заболелия орган, а не върху болния човек. Тясната специализация и аналитичният подход към отделните части на тялото изгубват представата за страдащия човек и за неговите психични преживявания, като по този начин дехуманизират медицината.

Основната проблематика във вътрешната медицина на 20-ия и 21-вия век е свързана именно с органолокалистичното мислене и с едностранчивото разглеждане предимно на биологичното и на конституционалното при болния. Банална истина е, че животът представлява “генетика и средови въздействия – кондициониране”. Когато се надценява само биологичното, когато не се вземат под внимание психично-личностните или психосоциалните фактори, или пък се разглеждат явленията само от една позиция – тогава всъщност се възпира научният адекватен подход за целите на диагностиката и терапията. От друга страна, особено при подострата и хроничната патология (а тя през последните столе-

тия е водеща), където засега невинаги постигаме *restitutio ad integrum*, ние се лишаваме от сътрудничеството на здравата психика на пациента, останалото здраво в болния човек и оставаме на кръстопътя да не му помогнем оптимално и дори да го ятрогенизираме [37]. През втората половина на 20-и век все по-често се чувства и разбира нуждата от обединителни неокласически концепции в диагностиката и терапията, и психопрофилактиката, включително *per eliminationem et ex juvantibus*. Сътворяваните във времето стари и нови концепции за същността на човека стават подмостие към изграждането на интегративна, холистична, синкретична медицина [30].

Най-напред трябва да се подчертае ролята на глъбинната психопатология на Зигмунд Фройд, Алфред Адлер и др. При изграждането на холистичната концепция голяма роля изиграват Франц Александер и Хелан Фландърс Дъмбар. Н. Dumbar подчертава ролята на психологичния личностен профил като трайно предразположение към определено болестно състояние.

През първата половина на 20-и век шестват вече и психофизиологичните теории на: И. П. Павлов, W. B. Cannon, B. F. Skinner, Д. Н. Узнадзе, J. Konorski, J. H. Masserman. Учението на Н. Selye за общия адаптационен синдром е също обединителна връзка към съвременната обща теория в медицината. Психоимунологичните концепции на S. Wolfs, M. Friedman, R. Ader за ролята на „стрес-отговорите“ специално в психокардиологията и в психоневроендокринологията, на J. W. Mason, L. Levi, R. S. Lazarus, A. Bandura за психосоциалния стрес – всички те се привнасят в цялостното научно разглеждане на психосоматичната и соматопсихичната зависимост и в общата проблематика на лиезон-медицината.

Към средата на 20-ото столетие набират авторитет редица социокултурни и неоаналитични теории: на Karen Horney, Н. Sullivan за ролята на междуличностните взаимоотношения в семейната психопатология, и на Н. Holmes, и Er. H. Rahe за ролята на житейските събития в етиологията и патогенезата на функционалните и дезадаптацияни разстройства и заболявания. Натрупаха се много потвърдителни резултати за ролята на хроничния стрес при дезадаптацияните преживелищни реакции на индивида – с хипотеза за препредавани нокси от предците на следващите поколения (вж. Приложение 1).

По-късно идват теориите на систематистите: L. Von Bertalanffy, групата от Palo Alto – P. Watzlawik, J. Beavin, D. Jackson, A. Meyer, G.

Angel, H. Weiner – за интегративния подход и биопсихосоциалния модел на генетично, молекулярно и неврофизиологично ниво. Много обединителни се оказаха възгледите на съвременните психосоматици (Z. J. Lipowski) за ролята на външните екологични, инфекциозни, средови и културни влияния, заедно с вътрешните генетични, телостроежни и конституционални фактори от фамилната анамнеза и от актуалната биопатография на болния.

Всички тези теории и практики обосновават съвременния биопсихосоциален, интегративен и холистичен етиопатогенетичен модел в медицината и здравната опека. Този модел дава много повече и по-богати възможности да отговорим професионално, а не ятрогенно, и по-конкретно на многото въпроси и запитвания от страна на болния, а и от страна на самите нас: при кого и кога, индивидуално и диференцирано, при какъв симптом-комплекс и при каква изява и разгръщане на болестта какви диагностични и лечебни процедури и лекарствени средства трябва да приложим при медицинската услуга за по-бърз и по-траен терапевтичен, рехабилитационен и профилактичен ефект (вж. Приложения 2, 3 и 4).

Сред стратегическите задачи на здравната реформа у нас – и в здравеопазването, и в образованието, и в специализацията на кадрите, е постигането на известните минимални европейски и световни стандарти в диагностиката, терапията, рехабилитацията, ресоциализацията и в профилактиката на значителния за съвременната цивилизация психосоматичен и соматопсихичен коморбидитет в лиезон-медицината. Тук именно в полето на функционалната, подостра и хронифицираща се патология е предизвикателството към чисто медицинския модел в организацията на здравеопазването и в медицинската практика.

И така – съвременният модел в медицинската теория и практика е биопсихосоциалният. Той е значим и много важен при всички заболявания, но е особено валиден при т.нар. свещена седморка, описана от F. Alexander [41] – мигрена, тиреотоксикоза и другите ендокринопатии, бронхиална астма, сърдечно-съдова патология в невrogenния стадий, гастралгии, язвена болест и улцерозен колит, дерматози и ревматоидни двигателни и болкови синдроми. Това са дезадаптацияни, постстресогенни, кинезиологични разстройства на природната мъдрост на тялото в хилядолетната еволюция на *Homo sapiens* [25]. При тези разстройства едни от болестотворните фактори са водещи или второстепенни,

при други си разменят местата, при трети са преципитиращи или съучастващи, отключващи или показващи скритите ресурси на индивида заедно с неговото обкръжение. Всичко това следва да бъде диагностицирано и оползотворено за целите на терапията и профилактиката, като се отхвърля едностранчивата и парцелирана диагностика само на органолокалистичната патология и се оценява останалото здраво тяло и психика. Съответно на тези разбирания терапията основно трябва да бъде биопсихосоциотропизмена: адекватна синкретична сомато-, психо- и социотерапия. И всичко това при условията на диагностично-консултативните центрове, полустационарните звена, ако е показана болничната услуга, то тя да бъде ограничавана и да не се злоупотребява с пътеките по НЗОК.

## **II. Взаимоотношенията между терапевта и болния**

Релацията терапевт–болен изследваме много задълбочено – вегетативните и двигателните изяви, взаимоотношенията и взаимодействията, вербалните и невербалните комуникации, взаимните емоции, какво пречи или улеснява общуването, емпатията или разминаването на пациента с терапевта. Този модел на професионални интеракции ни позволява да разбираме взаимоотношенията на болния със семейството и другите не чрез подозирането и отхвърлянето, а чрез потвърждаване на функционалния психогенен характер на преживяното, възприетото, усетеното и отреагираното от болния.

Още на първата консултация професионализмът и спечелването на болния за общата кауза ще се окажат съдбоносни за успеха на терапията. Събирането на анамнезата трябва да става в спокойна атмосфера на емпатично заслушване с техниките на Роджъррианската клиентоцентрирана психотерапия [6, 67]. „Който добре пита и разпитва, добре диагностицира и добре лекува”. Слуша се внимателно (на около метър и половина разстояние от пациента), отчита се невербалната комуникация на ръкостискането... мимичната експресия, „езикът на тялото и движенията“. Събират се данни за: образование, професионална ориентация, трудов стаж, осигуровки, семейно положение, деца, по няколко думи за родителите, братя, сестри, икономическите стандарти, здравните ресурси на пациента и фамилията... И по същество – кои са най-мъчителните оплаквания,... през деня, през нощта, по линията на циркадната ритмика... месечната ... сезонната... При-

лагаме „техниките на подпитванията”, уточняващи, по „удобен начин неудобни въпроси” и т.н. [3].

Следва експлорация на миналата анамнеза, миналите заболявания, преморбидните характерови и личностни особености, фамилната анамнеза, стресогенните житейски събития по линията на бременността, раждането, ранното детско развитие, особености на родителското отглеждане, семейната атмосфера и взаимоотношенията между родителите, особености в периодите на съзряването до пубертета, оформянето на психологично-личностните профили и предиспозиции за емоционално, когнитивно и поведенческо приспособяване [3, 6].

По-нататък – поемането и воденето на случая изисква структуриране на очакванията [3, 42]. Взаимоотношенията между болния и терапевта се насочват към мобилизиране на положителните очаквания, вярата, надеждата и упованието, че заедно ще се справим с невро-функционалния дискомфорт и с психопатологичната симптоматика. Именно в тази първа фаза на диагностично-терапевтичния процес ние се договаряме (информирано съгласие) как да се обслужваме и при какви условия за около месец и половина (вж. Приложение 2).

Извършваме диференциална диагноза на синдромно ниво и на основата на Международната класификация на болестите, МКБ–10 ревизия. Назначаваме лечение, даваме указания за ежедневните режими, диети,... денем-нощем и планираме контролни прегледи. Накрая на инициалната експлорация, която трае обикновено около 45 минути, когато сме убедени в добрата прогноза, ние „дообработваме” искрено и спонтанно с триадата на Бернхайм–Бехтерев (внушение, убеждение и самовнушение) и етнотерапевтични мъдрости на живота: “Дето е текла бистра вода, пак ще потече“. Това е плацебо-фазата в диагностиката и терапията, по време на която манипулираме психотерапевтично пациента за целите на по-бързото му включване в терапевтичния процес (психотерапевтичен макиавелизъм, placebo, compliance).

Не е адекватно и професионално да се съди за цялостното развитие на човека по когнитивната интелигентност, дали е умствено изоставащ, или е вече оглупяващ, а по емоционалната му интелигентност – дали може да усеща и разбира другия, за да му се притече на помощ, или е емоционално алекситимичен [16, 55]. Тя е особено необходима в ежедневната психотерапевтична

практика и се постига по пътя на собствения обучителен психоаналитичен тренинг [2, 3, 32, 49].

**Универсална рецепта и лекарство за всичко и за всички не съществуват! Диагностиката и терапията са индивидуални и диференцирани, поетапни!** Това трябва да се школува и да се прави още на инициалната консултация на пациента. Лекарят, психологът, социалният работник и всички от помагащите професии трябва да преминат през собствена обучителна психоанализа и стаж, за да не се ятрогенизира болният: социално-психологичен тренинг, интерперсонален и специализиран психотренинг, team working, life coaching и др. [1, 3]. Първо трябва да избистрим намеренията, целите, мисията си и после да търсим най-късия път за осъществяването, както казва Сенека.

Със синкретичната терапия, рехабилитация и ресоциализация при разболелия се индивид се надяваме да го възстановяваме напълно, *ad integrum!*

Трябва да се ангажира пациентът в лечебния процес и да се създава благоприятна среда за ненасилствено общуване. Да се онагледяват психотерапевтичните послания с примери, да се ангажират близките на болния (фамилно-стратегически подход), да се съобразява всичко, което се прави от страна на терапевта с психично-личностните особености и възможности, здравите ресурси на болния, да се контролира и самоконтролира релацията пациент–терапевт. Да се показват разумните психомоторни и двигателни възможности на *Homo sapiens* (разумния човек) и *Homo faber* (творящия човек) с цел регулиране на кинези-терапевтичния процес и промяната на нагласите (*change of attitudes*).

### **III. Комплементарна психофармакотерапия и психотерапия**

При невротичните и психосоматичните разстройства, особено в началните етапи, когато симптоматологичният дискомфорт е определено засилен, психофармакотерапията може да играе важна роля в комплексното лечение. При тези случаи медикаментозните средства се използват като спешна терапия за овладяване на страхово очаквателното напрежение, или пък като поддържащо и подпомагащо лечение – *vehiculum psychotherapiae*.

При психосоматичните заболявания най-често срещани са страхово-фобийните синдроми. Те имат характера на т.нар. свободно плуващ страх и напрежение, като „гръм от ясно небе или като страхов припадък“, траят кратко време до час, час и половина и пре-

минават впоследствие със силна отпадналост, често ходене до тоалетната и отделяне на малки количества урина с ниско относително тегло. При тези случаи се налага бързо овладяване на дискомфорта, най-често с антитревожните успокояващи медикаменти – транквилизаторите в ампули и таблетки: класическия Diazepam от 10 до към 60 mg дневно, Tranxen капсули по 5 и 10 mg, до 30-40 mg дневно, Alprazolam (Xanax, Sofanax) табл. от 0.25 и 0.50, до 3-4 mg дневно, Rivotril от 0.5 и 2 mg до 6 mg дн. и др. Надеждите от тази група медикаменти се оправдаха частично, но главното разочарование настъпва от бързо създаващата се лекарствена зависимост и „фармакоманията“, когато интрапсихичните и интерперсоналните проблеми не се решават, а се „замазват“ с медикаменти, алкохол или наркотици и стимуланти.

В интегративната и холистична медицина нашироко се прилагат и антидепресантите. Те преодоляват дефицита на моноамините: серотонин, норадреналин и други медиатори в ЦНС и по този механизъм преодоляват депресивността. Дълго се прилагат трицикличните антидепресанти (Imipramin, Amitriptilin, Clomipramin и др.), но употребата им вече се ограничава поради нежеланите странични явления – повишаване на агрегацията в кръвта, аритмогенни холинергични ефекти др. Четирицикличните антидепресанти (Ludiomil, Mianserin и др.) са все още актуални. Новите селективни серотонинергични антидепресанти (SSRI) – Prozac, Coaxil, Venlafaxin, Valdoxan, Tifaxin, Escitasan, Esobel и др., са предпочитани поради по-слабите странични явления, но пък се налага да се прилагат по-дълго време.

В психосоматичната медицина се прилагат и невролептици в по-малки дози – транквилизиращи, антиеметични, противоболкови, противосърбежни, различни литични коктейли в комбинации с аналгетици и др. – Chlorazin, Thioridazin, Droperidol, Haloperidol, Antiallerzin, Rispolept sol., Tevaquel и др.

При медикаментозното овладяване на соматоформния и психосоматичен дискомфорт добре се съчетават психофармака с бета-адреноблокери, антагонисти на Ca<sup>++</sup> канали, напр. при сърдечно-съдовите заболявания, кардиопатофобната невроза, синдрома на Da Costa, началните форми на хипертонична болест, синдрома на хронична умора и др. И при другите психосоматични разстройства, умело се съчетават психофармака със специфичното и органолокалестично за психосоматозата лечение.

Психофармакотерапията може да се комбинира комплементарно и с традиционните билкови извлеци, тинктури и капки на народната и алтернативната медицина, напр. *Tincturae Adonis vernalis*, *Tincturae Convallariae majalis*, *Tincturae Valerianae*, *Tincturae Crataegi*, aa 20.0, *Tincturae Menthae* 10.0, MDS 3 x 20 капки. И още: *Doppel herz sol.* DS 3 x 1 с.л., *Na bromati* 0,5 *Amm bromati* 1,0 *K bromati* 1,0, *Valerianae*, *Crataegi*, *Menthae*, *Cefavora* – капки, съдържащи гинко билоба, бял имел, глог.

В началната фаза, по време на първите консилиуми и срещи се договарят съевременно редица немедикаментозни отреагиращи и катарзисни технологии (без катарзис няма облекчение). Това са т.нар. разговорна психотерапия [3, 24], рационалната психотерапия на Пиер Дюбоа [3, 9, 10], освобождаващата психотерапия на Никола Шипковенски [37], спонтанната репродукция на Никола Кръстников (96), сугестивните методи на Бернхайм – Шарко – Бабински – Бехтерев – Странски – Платонов – Кратохвил [28, 29, 60], кортико-динамичната декапсулация на Кирил Чолаков [35], методът на Телешевская с помощта на тиопенталов рауш, релаксиращите методи и мн. др. [29]: „Заедно с подобряване в телесно-вегетативното и психично състояние, във взаимоотношенията с близките и околните, оплакванията все повече намаляват, чувствате се все по-добре и по-добре, днес сте по-добре от вчера, утре ще бъдете по-добре от днес...!“.

В края на първата фаза и при вече настъпващото подобрение лекарствената терапия се редуцира и се преминава към по-специализирани психотерапевтични технологии: когнитивно-поведенческа психотерапия [46], систематична десенситизация [76] и др. При възрастните пациенти синкретичната и обединителна терапия се насочва към миналото („доброто старо време“), а при младите – към настоящето и бъдещето. Болните трябва да се предразположат, за да отреагират мъката и страданието и дори насъбраните претенции към организацията на нашето здравеопазване и НЗОК.

През втората фаза на синкретично-обединителната терапия се прилагат специализирани терапевтични методи: комплементарна терапия (*pharmacotherapy-oriented psychotherapy*) и специализирани групови програми за психотерапия и социотерапия. Това е нашата специализирана интегративна и обединителна терапия и психопрофилактика. Целта е намирането на етиологичните и патогенетичните механизми в симптомообразуването (симптомоориентирана технология за снижаване на дискомфорта), както и за активно обучение

и трениране (active learning) на нови умения и житейски стилове за подобряване на качеството на живот – реориентация в поведението. Към края на синкретичната и обединителна терапия пациентът се подготвя за поддържащо лечение и психопрофилактика. Това е третата фаза на комплексната соматотерапия, психотерапия и социотерапия. В този период индивидуалното „водене на случая“ (case management) се провежда по-рядко, напр. по 1 път на един-два месеца за период от около 6-12 месеца. Груповите занимания – групите за собствен опит, клубовете на бившите пациенти, асоциациите, движенията, лигите и др., се консолидират и може да продължат години наред. Организиран се също така центрове за брачни консултации, за семейно-стратегическа фамилна и партньорска терапия и т.н. При всички случаи обаче в този краен етап на комплексната холистична диагностична и обединителна терапевтична услуга, начинанията се планират – определен брой срещи за определен период от време.

#### **IV. Обучение и специализация по интегрирана, синкретична психотерапия**

Големият напредък в науката и техниката се отрази положително и на медицината. Технизацията и успехите на фармацевтичната промишленост доведоха до широко приложение на физикални, операционални и медикаментозни подходи и средства в медицинската практика. Настъпи бум в производството на лекарствени средства, не без опасност от страничните ефекти или от лекарствената зависимост. Психично болните започнаха да се „неврологизират“. Дойдоха и разочарованията не само на „психиците“, но и на някои от т.нар. биологично ориентирани психопатолози. Дори реформаторите в психиатрията все по-често застъпват становището за хуманизирането на медицинското обслужване и за разширяването отново на немедикаментозната и неинструменталната терапия. По-нататъшното противопоставяне на соматотерапията на психотерапията и социотерапията се оказва ялова дискусия. Съвременен приетият модел в етиологията и патогенезата на болестта изисква комплементарна, синкретична, обединителна терапия. Ето защо нараснаха потребностите от психотерапия и социотерапия. Тези потребности се увеличават и поради увеличаването на невротичните и психосоматичните разстройства, при които комплементарната психотерапия има водещо значение. Във връзка с нарасналите потребности възникна и необходимостта от обучение по психотерапия.

Психотерапията повсеместно се определя като специфичен метод за психологично въздействие с лечебна цел. Тя изисква специална подготовка и квалификация на кадрите. Автори като S. Leder (1973) и др. са единодушни, че за да бъдеш терапевт не е достатъчен само талант. За да бъдеш добър психотерапевт, не е достатъчно да разбираш добре другия човек, който търси помощ от теб. Изключително необходимо е да получиш съответното образование и редица практически умения за това. Най-общо се приема, че по отношение на обучението и специализацията по психотерапия подготовката на бъдещите терапевти трябва да бъде теоретична, „емоционална“ и практическа, включително с усвояване на редица техники и методи.

Съществуват три принципни ориентации в обучението и специализацията по психотерапия. При първата – психотерапията се определя като лечебен метод за преодоляване на болестната симптоматика. В този случай ефективността ще зависи от това дали терапевтът достатъчно е опознал причините и механизмите на болестното разстройство и дали е подбрал и приложил най-подходящия метод за въздействие. Тук обучението ще включва преди всичко клиниката с елементи от физиологията, биологията, психологията, социологията и всичките интердисциплинарни познания, които ще улесняват задълбоченото опознаване на болния, поставянето на правилната диагноза и насоките на терапията. Това е предимно *медицинският модел в обучението* по психотерапия. То може да се осъществи по класическия начин с лекционен курс, упражнения, анализиране на видеозаписи, наблюдаване и протоколиране на терапевтичните сесии, усвояване на примерни образци на психотерапевтично общуване с пациентите и др. Обучението цели задълбочено опознаване и разбиране на болния, по-голяма толерантност към фрустрация, умения за преодоляване на собственото напрежение, несигурността, пасивната и несъзнавана агресия.

Центрираната към болестната симптоматика психотерапия се усвоява оптимално като метод, когато обучението е предварително планирано и целенасочено. Информацията от специализираното общуване пациент–терапевт се анализира пред специалисти психотерапевти и обучаващи се по линията на т.нар. Балинтови групи в отсъствието на пациента [11]. При това обучение по психотерапия се набляга повече на теоретичната подготовка и на уменията за оптимални психотерапевтични интеракции с пациента. Тук става дума за курсовото и индивидуалното обучение и стаж и за т.нар.

супервизия [59, 66]. По време на стажа се усвояват главно методите за индивидуална и групова психотерапия – психотерапевтичното интервю, абреакцията, релаксацията, десенсибилизацията, хипнозата и др., както и колективната рационално-дидактична и интензивна дискуссионна групова психотерапия [49].

Другата школа за обучение по психотерапия е *динамичната* и по-специално *психоаналитичната*, застъпвана включително и от хуманистичното направление. Тук обучението на бъдещите терапевти става по пътя на собствения тренинг – индивидуално или групово чрез анализиране на потребностите, нагласите и личностните особености, както на пациента, така и на психотерапевта. Главната цел е себеизяснението (insight) в полусъзнаваните и несъзнаваните етиопатогенетични механизми в разболяването и симптомообразуването. Собствената обучителна психоанализа е насочена преди всичко към преодоляване на вътрешната несигурност и напрежението от общуването с пациента.

Третата ориентация в обучението по психотерапия се опитва да обедини рационалните елементи от предишните две. Тя се насочва предимно към изучаване особеностите на интеракциите и комуникациите по типа пациент–терапевт, пациент–група и група–пациент. В обучението се набляга главно върху специфичните начини на общуването между участващите в индивидуалната и груповата психотерапия, както и върху динамиката и фазовото развитие на терапевтичния процес. Обучението по този начин се реализира най-често чрез различните форми на супервизия, участие в тренинг-групи, сенсибилизация към проблемите на болния, в котерапия с квалифициран терапевт. Разбира се, че при тази еkleктична ориентация се отделя подобаващо време за теоретични знания, упражнения, семинари и др.

Още от студентските години бъдещите терапевти трябва да се подготвят много задълбочено теоретично и до известна степен практически. Трябва да се запознаят с историята на психотерапията. В практически план се усвоява воденето на психотерапевтичното интервю – събирането на анамнеза и сътворяването на терапевтичен контакт с пациента. В някои обучителни програми е залегнало участието в дидактично-тренингови групи с опитни терапевти, за да се избегнат рисковете от голямото емоционално натоварване. В следдипломното обучение се включват стажуването и специализацията: супервизията, котерапията, собственият интерперсонален тренинг (sensitivity training groups, team building, coaching и др.) [2, 3].

Подготовката на терапевтичните кадри в отделните страни на Европа се осъществява по определени програми за специализация. Така например Санктпетербургската школа има програма за обучение и специализация по психотерапия, която включва 204 ч лекции, 208 ч упражнения и 206 ч семинарни занятия. Теоретичната част обхваща: история на психотерапията, основни направления, основи на медицинската психология, теории за личността, физиологични основи на психотерапията и на нейните методи, основи на психопатологията, клиниката и лечението на неврозите, реактивните състояния, психопатиите, психозите, психосоматичните заболявания, алкохолизма, наркоманиите и т.н. В програмата се отделя голямо внимание на колективната терапия, на рационално-дидактичната психотерапия, колективната релаксация, сугестия и хипноза. В практическите занятия се анализират отделните клинични случаи, взаимоотношенията лекар–болен, включително по типа на Балинтовите групи [11, 22, 29]. Допълнително са включени новите форми на групова психотерапия, тренинг-групите по лабораторен, интерперсонален тренинг и др. [3, 22, 32, 49].

Една по-широка програма за системно обучение по психотерапия предлага Секцията по психотерапия към Полското дружество на психиатрите, която действа от 1977 г. Специализацията е двугодишна и е насочена предимно към психиатри и клинични психолози. Обучението започва с едноседмични тренинг-групи, обикновено три групи, по единайсет участници. Групите провеждат ежедневно по две сесии и имат две заседания за усвояване на отделни психотерапевтични техники и методи. Вечерта се провежда събрание на цялата общност. Денят завършва с автогенен тренинг и релаксация. Във входа на тренинговото обучение се организират рационално-дидактични занятия за всички участници заедно с треньорите. Вторият етап на двугодишната специализация обхваща едномесечни курсове за теоретични и практически занимания в различни центрове за психотерапия. Организират се още едноседмични интерперсонални тренинги по типа на Балинт-групи един път седмично в продължение на шест месеца [49]. По подобна програма е организирана субспециализацията по психотерапия в много средно- и западноевропейски страни [40, 60, 62]. В това отношение голяма роля изигра в близкото минало Работната група по психотерапия на бившите социалистически страни, в която участвахме и ние [3, 43, 60].

И така съвременното обучение и специализация по психотерапия – теоретично и практически, обхваща основните направления от миналото и сега.

1. Психоанализата на Sigmund Freud [14, 17, 18, 54] – учението за нагоните, несъзнаваното, предсъзнаваното и съзнаваното, за системите Id, Ego и Superego, за интрапсихичния конфликт и защитните механизми на Аз'а (изтласкване, заместване, изместване, конверзия, проекция, идентификация, регресия и др.), за психокатарзиса и свободните асоциации, за „преносовата“ невроза и за „обратното пренасяне“ и др.

2. Ранните разновидности на психоанализата:

а) Индивидуалната психология на Alfred Adler [39] с чувството за малостойност, свръхкомпенсацията, общностното чувство, жизнения стил и др.;

б) Аналитичната психология на Carl Gustav Jung [58] с учението за комплексите, колективното несъзнавано, архетиповете, енергетиката на човешкия живот и др.;

в) Теорията на J. Lakan [23] за антропологичната наука, структурната лингвистика и символиката на несъзнаваното;

г) Скъсената психоанализа на W. Stekel [71] за пансексуалния инфантилизъм и ерзацинфантилизмите на латентната парафилия.

3. Психоаналитичната психология на Аз'а:

а) Възгледите на R. Spitz [70] за хоспитализма, анаклитичната депресия и значението на първата година от живота на детето;

б) Възгледите на E. Erikson [51] за кризите на идентичността;

в) Възгледите на H. Hartman [56] за ревизията на психоанализата, за адаптацията по пътя „опит–грешка“ и др.;

4. Културпсихоанализата:

а) Възгледите на K. Horney [57] с надценяване на личностните фактори за сметка на механистичния дуализъм в опита да реформира и модернизира психоанализата;

б) Учението на H. Sullivan [72] за междуличностните взаимоотношения и трите форми на прототаксични, паратаксични и синтаксични взаимодействия;

в) Възгледите на E. Fromm [33] за отчуждението и „бягството от свободата“.

5. Социално ориентираната психоанализа:

а) Социометрията и Психодрамата на J. Moreno [65] – психодрамата като форма на групова психотерапия, социометричните изследвания и разбираня за обществото и др.;

б) Други разновидности на груповата психотерапия и груповата динамика [45, 48, 68, 77];

в) Социалната психология на А. Mitscherlich [64] и неговите основни публикации върху човешката агресивност и ролята и при психосоматичната патология;

г) Хуманистичната психология на А. Maslow [63] и недирективната психотерапия на С. Rogers [15, 67] с безусловното приемане на пациента и емпатията в терапевтичния процес.

6. Психосоматичната медицина на Fr. Alexander и Fl. Dunbar [20, 41] за ролята на специфичните емоционални фактори още от детството и оформящите се личностни предиспозиции при възникването на психосоматичните заболявания. У нас има системни разработки в областта на психосоматичната медицина от Вл. Иванов [20] и Ц. Цонев [34]. Цялостното разглеждане на психоанализата и нейните разновидности е направено много задълбочено от Христо Т. Димитров, чийто критичен анализ продължава да е актуален [17]. При подготовката на кадрите по синкретична психотерапия трябва да се имат предвид и други наши български психотерапевти класици: Н. Кръстников [61], К. Чолаков [35], групата на Ем. Шаранков – Г. Лозанов, Ив. Петров, Ат. Атанасов [36], Н. Шипковенски [37] и др.

7. По-нататък вниманието на обучаващите се трябва да бъде насочено към:

а) Екзистенциалната психотерапия на L. Binswanger [47], и V. Frankl (53);

б) Т. нар. диалектико-материалистична психотерапия на К. И. Платонов [28], В. Н. Мясищев, Б. Д. Карвасарский, С. С. Либих (22, 24, 26);

в) Бихевиоралната психотерапия – Н. Eysenck, S. Rachman [52], J. Wolpe [76], К. Заимов [19], Т. Ташев [31];

г) Рационалната психотерапия – Н. В. Иванов [21], А. Ellis [50], Н. Антонов [7];

д) Психотерапевтичните школи, които използват предимно сугестията, хипнозата, абреакцията и др. – В. Е. Рожнов [29], L. R. Wolberg [75], Ат. Атанасов [9, 10];

е) Психотерапевтичните практики, които използват теорията за „ролевите игри” – Е. Berne [12], G. Bach, P. Wyden [44], S. Kratochvil [60] и др.

В обучението на кадрите – лекционно, семинарно и практически, се усвояват рационално-дидактичната колективна психо-

терапия, груповата психотерапия, психодрамата, семейно-стратегическата психотерапия, социално-психологичните тренингови занимания, Балинтовите групи и др. [2, 3, 24, 60, 65, 73]. Проверяват се новите образци на мислене, емоции и поведение: автентичност, топлота и емпатия, непосредственост, конкретност, инициативност, откритост, емоционално ангажиране, смелост за конфронтация и отстояване на посланията за „приближаване към другия и другите” и т. н.

Налага се още стажуване в здравно заведение, където психотерапията е основна терапевтична практика, специализация у нас и в чужбина, принадлежност към дружества, федерации, асоциации, участия в тренинг-групи, тематични симпозиуми, конгреси и т.н.

Всичко това показва, че обучението по терапия трябва да започне още по време на следването, да продължи в следдипломната практика и през целия професионален живот.

#### Приложение 1

<b>МОДЕЛ НА БИОПСИХОСОЦИАЛНИЯ СТРЕС</b>	
Осъзнаван и несъзнаван интрапсихичен и интерперсонален сблъсък	
Централна и вегетативна нервна система	
Лимбична система (пръстенът на Папец)	
Хипоталамус	Хипофиза
Имунна система (Защитни функции на организма)	Ендокриниум (Хормонален дисбаланс)
Locus minoris resistentiae	
Потискане на имунната система	
Свещената седморка на Фр. Александер и Фландърс Дъмбар	
<b>Адаптация</b>	<b>Дезадаптация</b>
Алармен стадий	Депресивен спад
Мобилизация на ресурсите	Burnout Syndrome
Изход от кризата и стреса	Изтощение – Терминален изход!
С успех – НАПРЕД И НАГОРЕ!	

Приложение 2

<b>МОДЕЛ НА ИНТЕГРАТИВНА ОБСЛУГА</b>	
Инициална консултация и изследване – около 45 мин.	
Анамнеза	Статус
– актуален дискомфорт	– соматичен статус
– минала анамнеза	– неврологичен статус
– фамилна анамнеза	– психичен статус
– социален статус	– психологична експлорация
<b>Обобщение</b>	
Договориране	
Програмна услуга – разсрочване	
Информирано съгласие	
Първи етап на „стопиращата дискомфорта терапия” – около 20 дни – мониториране на комбинациите и дозировките	
Катарзис – облекчение, успокояване, „пречистване, покаяние, опрощение, обожание...”	
Втори етап на програмната интегрирана, обединителна терапия – алтернативна + съвременна медицина: психофармакотерапия, психотерапия и социотерапия, около 5-6 седмици	
Третична психопрофилактика – около 1-2-3 години, с планиране на срещите	
Рехабилитация, ресоциализация – принадлежност към терапевтични общества, граждански движения, асоциации, групи за собствен опит и др.	
Инсайт – реориентация	
Restitutio ex juvantibus et ad integrum	

### Приложение 3

<b>МОДЕЛ НА ЗАВИСИМОСТИТЕ – ЕНЕРГИЯ „НАЗАЕМ”</b>
Биопсихосоциална етиология и патогенеза
Алкохолизъм, наркомании, токсикомании, психостимуланти
Хроничен съзнателен и несъзнаван стрес и междуличностни сблъсъци
Съвременният човек – бедният и болният, оцелява чрез дрогата!
„На помощ“ – Щедрите обещания! за релакс, надежда, оптимизъм, бодрост, прилив на физически и психични сили – подобряване на комуникациите
Фаза на предозирание – Детокс
Токсикологична клиника
Специализирана клиника/център – информирано съгласие (compliance)
Соматотерапия
Социотерапия
Психотерапия

### Приложение 4

<b>МОДЕЛ НА РЕФОРМА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО</b>
Триализмен подход
Диагностика в движение (кинезио-психодиагностика, поетапна)
Раздвижване на тялото, психиката и духа в пространството и времето
Адекватна синкретична терапия – соматотерапия, психотерапия, социотерапия
Профилактика, рехабилитация и ресоциализация
<b>ЗАЕДНО! PROBLEM SOLVING!</b>
Разумен реализъм, с контролирани и осъзнати сблъсъци – лични и междуличностни!

## Библиография

1. А л е к с и е в , А. Моето кредо. – Неврол. психиатр., **43**, 2012, № 1, 40-51.
2. А л е к с и е в , А. Обучение и специализация по синкретична психотерапия. – Неврол. психиатр, **38**, 2007, № 1, 3-6.
3. А л е к с и е в , А. Синкретична психотерапия и психопрофилактика. Благоевград, УИ „Неофит Рилски”, 2010.
4. А л е к с и е в , А. Холистичната медицина и синкретичната терапия – алтернативи на парцелираната диагностика и едностранчивата терапия в здравеопазването у нас. – Медицински преглед, **44**, 2008, № 4, 71-79.
5. А л е к с и е в , А., С. Алексиев и Ц. Алексиев. Интегративна рехабилитация и ресоциализация при хора с ментални увреждания. – Неврол. психиатр., **41**, 2010, № 2, 22-38.
6. А л е к с и е в , А., С. Алексиев и Ц. Алексиев. Психологичната експлорация при инициалното интервю. – Неврол. психиатр., **43**, 2012, № 2, 3-14.
7. А н т о н о в , Н. Общи положения при лечението на неврозите. – В: Антонов, Н. (ред.) Неврози и неврозоподобни състояния. С., Мед. и физк., 1983, 189-197.
8. А п о с т о л о в , М. История на медицината. С., Мед. и физк., 1984.
9. А т а н а с о в , Ат. Отреагиране. С., Мед. и физк., 1990.
10. А т а н а с о в , Ат. Психотерапия на неврозите и неврозоподобните състояния. – В: Антонов, Н. (ред.) Неврози и неврозоподобни състояния. С., Мед. и физк., 1983.
11. Б а л и н т , М. Лекарят, неговия пациент и болестта. С., Невронауки и поведение, 1997.
12. Б е р н , Е. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. Петербург, Международного фонда истории науки, 1991.
13. Б е х т е р е в , В. М. Избранные произведения. М., Медгиз, 1954.
14. Б р е н е р , Ч. Психоанализа. С., Фондация „Отворено общество”, 1993.
15. Г е о р г и е в а , Р. Психотерапията на Карл Роджерс. С., Изток/Запад, 2012.
16. Д а н и ъ л Г. Новата социална интелигентност. С., Изток/Запад, 2012.
17. Д и м и т р о в , Хр. Неофройдизмът в съвременната психиатрия и медицинска психология. С., Мед. и физк., 1976.
18. З а и м о в , К. Несъзнаваното. С., С. А., 2010.
19. З а и м о в , К. Психопатология. С., Наука и изкуство, 1971.
20. И в а н о в , Вл. Практическа психосоматична медицина. С., Знание, 1999.
21. И в а н о в , Н. В. Психотерапия в условия психоневрологического диспансера. М., Медицина, 1959.
22. К а р в а с а р с к и й , Б. Д. Клинико – психологические исследования групповой психотерапии. Ленинград, Медицина, 1979.
23. К о р с и н и , Р. Дж. Енциклопедия по психология. С., Наука и изкуство, 1998.
24. Л и б и х , С. С. Коллективная психотерапия неврозов. Ленинград, Медицина, 1974.
25. Л ю б и м о в а , Н. Кинезиология. С., „Паритет”, 2010.
26. М я с и щ е в , В. Н. Личност и неврозы. Ленинград, Медицина, 1960.
27. Н а м о р а , Ф. Богове и демони на медицината. С., Мед. и физк., 1983.
28. П л а т о н о в , К. И. Слово как физиологический и лечебны фактор. М., Медгиз, 1962.

29. Р о ж н о в , В. Е. Руководство по психотерапии. Ташкент, Медицина, 1979.
30. С т и в ъ н с ъ н , Л. Седем теории за човешката същност. С., ГАЛ-ИКО, 1994.
31. Т а ш е в , Т. Психогенни заболявания. Пловдив, Хр. Г. Данов, 1976.
32. Т а ш л и к о в , В. А. Опыт изучения тренинговой группы психотерапевтов. – В: Карвасарский, Б. (ред.) Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при невро-психических заболеваниях. Ленинград, Медицина, 1979, 27-39.
33. Ф р о м , Е. Бягство от свободата. С., Хр. Ботев, 1992.
34. Ц о н е в , Ц., И. Нацов. Психиатрия и соматична медицина. С., ГорексПрес, 2002.
35. Ч о л а к о в , К. Психофизиологичната декапсулация като каузално лечение на психоневрозите. София, Художник, 1933.
36. Ш а р а н к о в , Е. и др. Ръководство по психотерапия. С., Мед. и физк., 1963.
37. Ш и п к о в е н с к и , Н. Освобождаваща психотерапия. – Съвр. Мед., **12**, 1957, № 1, 87-96.
38. Ш и п к о в е н с к и , Н. Основи на психопатологията. С., Наука и изкуство, 1954.
39. A d l e r , A. Praxis und Theorie der Individual Psychologie. Munchen, Bergman, 1930.
40. A l e k s a n d r o w i c z , J. Psychoterapia medyczna. Warszawa, PZWL, 1996.
41. A l e x a n d e r , F. G. Psychosomatische Medyzine. Berlin, De Gruyter, 1951.
42. A l e x i e v , A. S. Oczekiwania a przebieg wyniki leczenia pacjentow z zaburzeniami nercowymi. – Psychoterapia, 1975, № 4, 3-10.
43. A t a n a s s o v , A. et al. Objectives and trends of Bulgarian psychotherapy. 5th international symposium of the psychotherapists of socialist countries. Budapest (main papers), 1985, 5-11.
44. B a c h , G. R. et P. Wyden. The Intimate Enemy. How to Fight Fair in Love and Marriage. New York, Morrov and Co, 1969.
45. B a t t e g a y , R. Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie. Basel, Karger, 1963.
46. B e c k , A. T. et A. Freeman. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.
47. B i n s w a n g e r , L. Grundformen und Erkenntnisse menschlichen Daseins. Zurich, Rascher, 1942.
48. C o r s i n i , R. Methods of Group Psychotherapy. New York, Mc-Grow Hill, 1957.
49. C z a b a l a , J. Cz., A. Kosewska, W. Tazlikow. W: S. Leder, B. D. Karwasarski. Warszawa, PZWL, 1983, 187-192.
50. E l l i s , A. Humanistic psychotherapy. The Rational-Emotive Approach. New York, McGraw – Hill, 1973.
51. E r i k s o n , E. Identity –Youth and Crisis. New York, Norton, 1968.
52. E y s e n c k , H. J., S. Rachman. The causes and Cures of Neurosis. London, Routledge, 1965.
53. F r a n k l , V. E. Theorie und Therapie der Neurosen. Munchen, E. Reinkardt, 1975.
54. F r e u d , S. Gesammelte Schriften. Leipzig – Wien – Zurich, Internat. Psychoanal. Verlag, 1925-1934, I-X.
55. G o l e m a n , D. Inteligencja emocjonalna. Poznan, Media Rozina, 1997.
56. H a r t m a n n , H. Ich-Psychologie und Anpassungproblem. Stuttgart, Klett, 1960.
57. H o r n e y , K. Neurotyczna osobowosc naszych czasow. Warszawa, PWN, 1976.
58. J u n g , C. G. Archetypy I symbole. Warszawa, Czytelnik, 1976.
59. K o s e w s k a , A. Spojnosc grup terapeutycznych. Warszawa, NPiN, 1974.
60. K r a t o c h v i l , S. Psychoterapia. Warszawa, PWN, 1974.

61. Krestnikoff, N. Die Heilende Wirkung kunstlich hervorgeruffener Reproduktionen von pathogenen affektiven Erlebnissen. – Arch. Psychiatr., **88**, 1929, 3, № 1, 369-411.
62. Leder, S. Indications for Psychotherapeutic Treatment. – In: Seva, A. (ed.) The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona, Anthropos, 1991, 2123-2129.
63. Maslow, A. Motivation and Personality. N. Y., Harper Bros, 1954.
64. Mitcherlich, A. Die Idee des Freundens und die menschliche Aggressivität. Baden-Baden, Suhrkamp Verlag, 1969.
65. Moreno, J. L. Gruppenpsychotherapie und das Psychodrama. Stuttgart, Thieme, 1959.
66. Pochorecka, A. et T. Wysokinska. Doswiadczenia z psychoterapii grupowej. Psychoterapia, PTP, Warszawa, Maj, 1972, 1-17.
67. Rogers, C. R. Client-centered Therapy. Boston, Houghton Mifflin, 1951.
68. Slavson, S. Analytic Group Psychotherapy with Children, Adolescents and Adults. New York, Columbia University Press, 1950.
69. Smuts, J. Holism and evolution. – J. Med. Humanities, **2**, 2010, № 1, 1-3.
70. Spitz, R. Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, Klett, 1967.
71. Stekel, W. Störungen des trieb – und Affectlebens. Berlin, Urban – Schwarzenberg, 1921-1928.
72. Sullivan, H. Conceptions of Modern Psychiatry. Washington, The William Alanson White Psychiatry Foundation. 1967.
73. Watzlawick, P. et al. Pragmatics of human communication. N. Y., Norton, 1967.
74. WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. [http://Whglibdoc.who.int/hq/2002/-WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002](http://Whglibdoc.who.int/hq/2002/-WHO_EDM_TRM_2002).
75. Wolberg, L. R. Hipnoza. Warszawa, PZWL, 1975.
76. Wolpe, J. The systematic desensitization treatment in neuroses. – J. Nerv. Ment. Dis., **132**, 1961, 189-203.
77. Yalom, I. D. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York, Basic Books, 1975.