МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
СВЕТИ НИКОЛЕ
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

ВТОР ЦИКЛУС НА СТУДИИ - СТУДИСКА ПРОГРАМА:
КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА 4+1

МАГИСТЕРСКА РАБОТА

ЕФЕКТОТ НА ОНЛАЈН ПСИХОЛОШКОТО СОВЕТУВАЊЕ НАСПРЕМА ТРАДИЦИОНАЛНИОТ МОДЕЛ – ИСТРАЖУВАЊЕ НА ПЕРЦЕПЦИИТЕ НА КОРИСНИЦИ НА ПСИХОТЕРАПЕВТСКИ УСЛУГИ ВО РСМ

СТУДЕНТ: ЕЛИСАВЕТА СЕКУЛОВСКА
БРОЈ НА ИНДЕКС: М243026
МЕНТОР: ДОЦ. Д-Р МИЛЕНА СПАСОВСКА

Свети Николе, 2025

АПСТРАКТ

Во современите услови на дигитализација и постпандемиски промени, психотерапијата се изведува во два главни формата – онлајн и лице в лице.

Целта на истражувањето е да се испитаат искуствата и преференциите на клиентите во однос на форматот на психотерапијата, нивното задоволство од процесот и улогата на личните психолошки сили во доживеаното терапевтско искуство.

Истражувањето беше спроведено со 111 учесници со различни искуства (онлајн, лице в лице или хибриден формат). Податоците беа собрани преку квантитативни скали за задоволство и психолошки сили, како и квалитативни прашања за перцепцијата на предностите и недостатоците на двата формата.

Резултатите покажаа дека клиентите изразија високо ниво на задоволство независно од форматот, без значајни разлики меѓу групите. Полот, образованието и професионалната позадина не влијаеја врз перцепцијата на ефективноста. Се забележа позитивна корелација меѓу личните психолошки сили и задоволството од терапијата. Квалитативните наоди истакнаа практични предности на онлајн форматот (удобност, заштеда на време) и на лице в лице форматот (подлабока поврзаност, подобра проценка на невербалните сигнали), како и нивните ограничувања (технички проблеми, дигитален замор, потреба од патување).

Заклучок: Психотерапијата – онлајн или лице в лице – е високо вреднувана од страна на клиентите во однос на задоволството и перципираната ефективност. Онлајн форматот се потврди како практичен и ефикасен пристап, додека лице в лице терапијата останува значајна во случаи каде личниот контакт е приоритет. Форматот на психотерапијата не е пресуден фактор за перцепциите и задоволството на клиентите. Индивидуалните психолошки ресурси, напротив, играат значајна улога и претставуваат важен предиктор на субјективниот терапевтски исход. И двата модели се оценети како ефективни, а изборот зависи од индивидуалните потреби и околности. Ова истражување придонесува кон разбирање на современите трендови и поддржува развој на хибридни услуги. Наодите ја нагласуваат потребата од мултимодален пристап кој ќе овозможи флексибилност и прилагодување на услугите според индивидуалните потреби и контекстуални фактори, со цел да се подобри достапноста и квалитетот на психолошката поддршка.

Клучни зборови: онлајн психолошко советување, традиционално психолошко советување, онлајн психотерапија, традиционална лице в лице психотерапија, перцепции на корисници, дигитални психолошки услуги, хибридни модели.

ABSTRACT

In the contemporary context of digitalization and post-pandemic changes, psychotherapy is delivered in two main formats—online and face-to-face.

The aim of this study was to examine clients' experiences and preferences regarding the format of psychotherapy, their satisfaction with the process, and the role of personal psychological strengths in the experienced therapeutic experience.

The research was conducted with 111 participants who reported diverse experiences (online, face-to-face, or hybrid). Data were collected through quantitative scales measuring satisfaction and psychological strengths, as well as qualitative questions exploring perceptions of the advantages and disadvantages of both formats.

Results showed that clients expressed high levels of satisfaction regardless of format, with no significant differences between groups. Gender, education, and professional background did not influence perceptions of effectiveness. A positive correlation was observed between personal psychological strengths and satisfaction with therapy. Qualitative findings highlighted practical advantages of the online format (convenience, time savings) and of the face-to-face format (deeper connection, better assessment of nonverbal signals), along with their limitations (technical issues, digital fatigue, need for travel).

Conclusion: Psychotherapy—whether online or face-to-face—is highly valued by clients in terms of satisfaction and perceived effectiveness. The online format proved to be a practical and efficient approach, while face-to-face therapy remains important in cases where personal contact is a priority. The format itself is not a decisive factor for client satisfaction; rather, individual psychological resources play a significant role and represent an important predictor of subjective therapeutic outcomes. Both models are considered effective, with the choice depending on individual needs and circumstances.

This study contributes to understanding contemporary trends and supports the development of hybrid services. The findings emphasize the need for a multimodal approach that ensures flexibility and adaptation of services to individual needs and contextual factors, with the aim of improving accessibility and the quality of psychological support.

Keywords: online psychological counselling, traditional psychological counselling, online psychotherapy, traditional face-to-face psychotherapy, user perceptions, digital psychological services, hybrid models.

СОДРЖИНА

АПСТРАКТ .....

Клучни зборови: .....

ВОВЕД 1

I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ 5

1. ИСТОРИСКИ РАЗВОЈ НА ПСИХОТЕРАПИЈАТА 5

1.1. Историски развој на психотерапевтските пристапи 5

1.2. Историски развој на концептот за здрав дел на личноста 10

2. ПСИХОЛОШКО СОВЕТУВАЊЕ И ПСИХОТЕРАПИЈА – ТЕОРЕТСКИ ОСВРТ 11

2.1 Психолошко советување и психотерапија – теоретски осврт 11

2.1.1 Дефинирање на психолошкото советување и психотерапија 12

2.1.2 Разлики меѓу психолошко советување и психотерапија 14

2.1.3 Теоретски модели на психолошко советување и психотерапија 17

2.2 Современи трендови и дигитализација 19

3.СОВРЕМЕНИ ТРЕНДОВИ И ДИГИТАЛИЗАЦИЈА НА ПСИХОТЕРАПЕВТСКИ УСЛУГИ 20

3.1 Онлајн психотерапија како нова парадигма 20

3.2 Хибридни модели и интеграција на технологија 22

3.3 Онлајн психотерапија во македонски контекст 23

3.4 Трендови во Европа и САД 25

3.5. Дигитални апликации и вештачка интелигенција 26

4.ПЕРЦЕПЦИИ И ЗАДОВОЛСТВО НА КОРИСНИЦИТЕ НА ПСИХОТЕРАПЕВТСКИ УСЛУГИ 27

4.1 Перцепции, задоволство и терапевтска алијанса 27

4.1.1 Дефинирање на поимот перцепција 27

4.1.2 Перцепција во психолошкото советување и психотерапијата 27

4.1.2.1 Дефиниција и улога на перцепцијата во психотерапијата 28

4.1.2.2 Перцепција во практиката на психолошко советување 29

4.1.2.3 Перспективи специфични за модалитетите 29

4.1.3 Задоволство 31

4.1.3.1 Психолошка дефиниција на задоволство 32

4.1.3.2 Задоволство во психотерапијата и советувањето 32
4.1.3.3 Терапевтска алијанса *33*
II ДЕЛ: МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ 37
1. ПРОБЛЕМ И ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 37
2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 37
2.1 Општа цел 37
2.2 Специфични цели 37
2.3 Задачи на истражувањето 38
3. РЕЗУЛТАТИ ОД ДОСЕГАШНИ ИСТРАЖУВАЊА 38
4. ХИПОТЕЗИ 40
5. ВАРИЈАБЛИ 41
6. МЕТОД НА ИСТРАЖУВАЊЕ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ 41
6.1 Метод на истражување 41
6.2 Тип и дизајн на истражувањето 42
6.2.1 Техники и постапка на спроведување 43
6.2.2 Критериуми за вклучување и исклучување на испитаници 45
6.2.2.1 Критериуми за вклучување 45
6.2.2.2 Критериуми за исклучување 45
6.2.3 Етички аспекти на истражувањето 46
6.3 Мерни инструменти 48
7. ПОПУЛАЦИЈА 55
7.1 Популација 55
7.2. Примерок 56
III ДЕЛ: АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ 57
1. ПОСТАПКА ЗА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ 57
1.1. Обработка на податоци 57
1.2. Валидност и сигурност на инструментите 57
1.3. Методолошки оправдувања 58
2. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ 59
2.1. Анализа на резултати добиени од анкетирање со Прашалникот 59
2.1.1 Описна статистика 59
2.1.2. Корелациона анализа 93
2.2. Тестирање на хипотези 96
2.2.1. Резултати од тестирање на хипотези 96

2.2.2. Разлики помеѓу групите (t-тест и ANOVA) 100
2.3 Дискусија на хипотезите 106
3.СУМИРАЊЕ НА АНАЛИЗАТА НА РЕЗУЛТАТИТЕ 123
3.1 Методологија на анализа 123
3.2 Главни наоди 124
3.3. Општ заклучок од дискусијата 125
IV. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА 127
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА 141
ПРИЛОЗИ 146
ПРИЛОГ 1: ФОРМУЛАР ЗА ИНФОРМИРАНА СОГЛАСНОСТ ..... A
ПРИЛОГ 2: АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК ..... B
ПРИЛОГ 3: БЕРНСТАЈНОВА СКАЛА НА ПЕРСОНАЛНИ СИЛИ I

ЛИСТА НА СЛИКИ:

Слика број 1: Професии …….. 63
Слика број 2: Распределба на психотерапевтски пристапи ……...……..……..... 66
Слика број 3: Графички приказ на просечни вредности на Бернстајновата скала … 91
Слика број 4: Корелација помеѓу БСС-скор и задоволство од психотерапија 95
Слика број 5: Графички приказ на задоволство според формат на терапија 101
Слика број 6: Графички приказ на средна вредност на BSS-скор според формат на терапија 101

ЛИСТА НА ТАБЕЛИ:

Табела број 1: Компаративен преглед на онлајн и традиционална психотерапија 4
Табела број 2: Историски терапевтски модели 5
Табела број 3: Придонес на Броер и Фројд 6
Табела број 4: Клучни моменти од работата на Бројер и Фројд 7
Табела број 5: Историски развој и современа еволуција на психотерапијата и психолошкото советување 7
Табела број 6: Интегративна терапија наспроти еклектична терапија 10
Табела број 7: Различни аспекти на психолошко советување и психотерапија 17
Табела број 8: Систематски преглед на различни психотерапевтски модалитети, теоретски основи и практична примена 19

Табела број 9: Примери за терапевтска алијанса според трите начини на терапевтско дејство (Stark, 2000) 35
Табела број 10: Психометриските својства на Бернстајновата скала на персонални сили (Bernstein Strengths Scale – BSS) - внатрешна конзистентност преку коефициентот Кронбахова алфа - Cronbach's α 55
Табела број 11: Структура на инструментите и статистички параметри 59
Табела број 12: Возраст на испитаниците 61
Табела број 13: Пол на испитаниците 62
Табела број 14: Место на живеење 62
Табела број 15: Националност 62
Табела број 16: Образовно ниво 63
Табела број 17: Професија 63
Табела број 18: Работен статус 64
Табела број 19: Месечни приходи 64
Табела број 20: Претходно психотерапевтско искуство 64
Табела број 21: Формат на претходна терапија 65
Табела број 22: Тип на терапија 65
Табела број 23: Застапеност на психотерапевтски пристапи (според број на одговори на испитаници) 65
Табела број 23а: Клучни наоди – перцептивни искуства на испитаниците низ психотерапевтски пристапи 67
Табела број 24: На колку психотерапевтски сеанси сте присуствувале? 68
Табела број 25: Колку траеше секоја сесија? 68
Табела број 26: Колку долго сте на психотерапија? 69
Табела број 27: На кои лични прашања, симптоми или проблеми сте работеле на психотерапијата / за какви потешкотии се јавивте? 70
Табела број 28: Како се одржуваа сесиите? 71
Табела број 29: Ако сесиите се одржуваа онлајн, преку која платформа/апликација се одржуваа 72
Табела број 30: Ако сесиите се одржуваа онлајн, заокружете го соодевтниот формат (аудио/видео/chat пораку во времетраење на сесијата) 73
Табела број 31: Користење на вештачка интелигенција како „психолошки советник" за потешкотиите 74
Табела број 32: Ако да, опишете кои апликации/платформи ги користите 75

Табела број 33: Ако да, опишете во каков контекст ги користите 76
Табела број 34: Дали имавте преференција во однос на полот на советувачот/психотерапевтот? 77
Табела број 35: Според вас, колку често вие потребно да закажувате сесии? 77
Табела број 36: Се чувствував удобно да разговарам за лични прашања во терапија 79
Табела број 37: Мојот психотерапевт ме разбираше ефикасно преку овој формат ...79
Табела број 38: Бев задоволен/на од моето ниво на ангажман со мојот психотерапевт 79
Табела број 39: Се чувствував емоционално поддржано за време на сесиите 80
Табела број 40: Форматот на терапијата ми овозможи ефикасно да се изразам 80
Табела број 41: Перципирана ефикасност - сметам дека терапијата беше ефикасна колку што очекував 81
Табела број 42: Би го препорачал овој формат на психотерапија и на други 81
Табела број 43: Кој формат го претпочитате генерално? 81
Табела број 44: Кои се предностите на онлајн форматот? 83
Табела број 45: Кои се недостатоците на онлајн форматот? 85
Табела број 46: Кои се предностите на терапијата лице в лице 86
Табела број 47: Кои се недостатоците на терапијата лице в лице 86
Табела број 48: Онлајн формат на психотерапија ми беше погоден 88
Табела број 49: Формат на психотерапија лице во лице ми беше погоден 88
Табела број 50: Средна вредност на задоволството од терапијата по формат на психотерапија 89
Табела број 51: Просечни резултати на Бернстајновата скала 89
Табела 52: Средна вредност на личните сили-BSS скор по формат на психотерапија 93
Табела 53: Корелација помеѓу личните сили (BSS) и задоволството од терапијата .95
Табела 54: Корелации меѓу образование, професија со задоволството од терапијата и личните психолошки сили 96
Табела број 55: Преглед и тестирање на хипотези 100
Табела број 56: Полови разлики (t-тест) 102
Табела број 57. Еднофакторска ANOVA за задоволство од терапијата по формат на сесиите 104

Табела број 58: Независен t-тест за разлика во BSS-резултатот помеѓу мажи и жени 106
Табела број 59: Задоволство според образовно ниво (ANOVA) 107
Табела број 60: Споредбени наоди – онлајн терапија наспроти лице во лице 110

КОРИСТЕНИ КРАТЕНКИ

Македонски кратенки (МК)

ВИ – Вештачка интелигенција

КБТ (CBT) – Когнитивна и бихевиорална терапија

РЕБТ – Рационална емотивно-когнитивна психотерапија

РКИ – Рандомизирани контролирани испитувања

РМШ – Рани маладаптивни шеми

РСМ – Република Северна Македонија

САД – Соединети Американски Држави

ТА – Трансакциона анализа

УКИМ – Универзитет „Кирил и Методиј“ Скопје

Абецеда (латиница)

ACT – Терапија за прифаќање и посветеност

AI – Artificial Intelligence

APA – American Psychological Association

BSS – Бернстајнова скала на персонални сили

BSS-скор – скор на Бернстајновата скала на персонални сили

CBT – Cognitive Behavioral Therapy

CFA/EFA – Confirmatory and Exploratory Factor Analysis

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

DBT – Дијалектичка бихевиорална терапија

DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen

EACP – Европската асоцијација за советување

EFPA – European Federation of Psychologists' Associations

EFT – Emotionally Focused Therapy

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing

HIPAA – Health Insurance Portability and Accountability Act

IBM SPSS Statistics (v.26) – Статистички софтвер верзија 26

IP – Internet Protocol (адреси)

IVF – In Vitro Fertilization

n.d. – no date

PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder

REBT – Rational Emotive Behavior Therapy

ROM – Routine Outcome Monitoring

SOP – Standard Operating Procedures

SWLS – Скала на задоволство во животот

WAI – Working Alliance Inventory

WHO – World Health Organization

ВОВЕД

Менталното здравје претставува основа за севкупното функционирање и благосостојба на поединецот и општеството. Според Светската здравствена организација (World Health Organization – WHO, 2023), депресијата и анксиозноста се меѓу водечките причини за инвалидитет, со повеќе од 264 милиони лица кои страдаат од депресија. Овие состојби значајно влијаат врз продуктивноста, општествените односи и економските ресурси на државите, што ја нагласува потребата од достапни, ефективни и научно засновани психолошки услуги.

Психотерапијата има двоен карактер: таа е и метод за третман на лица со дијагностицирани ментални нарушувања, и алатка за превенција и личен развој. Се прифаќа мислењето дека психотерапевтската интервенција не е наменета само за „поправка“ кај клинички случаи, туку и за генерално унапредување на менталното здравје. Таа овозможува градење на вештини за справување со стресот и предизвиците во животот, што ја зголемува општата психолошка благосостојба. Клинички, психотерапиите (на пример, когнитивно-бихевиорална, психодинамска, хуманистичка итн.) се докажани како ефикасни при третманот на благи и умерени облици на депресија и анксиозност. Од друга страна, во психотерапевтската литература се нагласува и важноста на терапевтската врска: успешниот резултат често зависи од динамичниот однос меѓу терапевтот и клиентот, преку кој се овозможуваат позитивни промени во мислите, емоциите и однесувањето. Како што посочуваат истражувањата, квалитетот на терапевтскиот однос (кој вклучува доверба, емпатија и соработка) е значаен фактор за успехот на третманот и генерално подобрување на менталното здравје. Психотерапијата претставува процес со кој се поттикнуваат позитивни промени во начинот на размислување, чувствување и однесување кај поединецот. Според Norcross, нејзината суштина лежи во динамичниот однос меѓу терапевтот и клиентот, заснован врз доверба, емпатија и соработка (Norcross, 2011). Токму квалитетот на терапевтската релација, позната како „терапевтска алијанса“, се смета за еден од најсилните предиктори на успешноста на третманот. Различните психотерапевтски школи – когнитивно-бихевиоралната - Beck, психодинамичната - Freud, гешталт терапијата - Perls и хуманистичките пристапи - Rogers – овозможуваат флексибилност во изборот на техники и интервенции прилагодени на индивидуалните потреби на клиентот.

Современите општествени и технолошки промени, обележани со глобализација, урбанизација и дигитализација, создаваат нови предизвици, но и можности за развој на психотерапијата. Gelso и Williams истакнуваат дека модерната психотерапија не може да се третира како униформен процес, туку како контекстуална и адаптивна практика која постојано се менува во зависност од карактеристиките на клиентот и социокултурниот контекст (Gelso & Williams, 2022).

Развојот на дигиталните технологии доведе до експанзија на онлајн психотерапијата, дефинирана како форма на терапевтска комуникација преку видео, аудио или текстуална интеракција. Според Amichai-Hamburger и соработниците, ваквиот пристап овозможува поголема достапност, чувство на приватност и анонимност, како и намалување на географските и временските бариери (Amichai-Hamburger et al., 2014). Дополнителни истражувања на Greenwood и соработниците потврдуваат дека онлајн терапијата може да биде подеднакво ефикасна како традиционалната лице в лице терапија, особено кога се користи структуриран пристап, визуелни техники и јасна комуникација (Greenwood et al., 2022).

Сепак, дел од истражувањата укажуваат и на ограничувања. Renn и соработниците наведуваат дека некои клиенти ја доживуваат онлајн терапијата како помалку интимна, особено поради недостиг на физичка присутност (Renn et al., 2019), додека Eichenberg и соработниците нагласуваат дека невербалната комуникација и непосредниот контакт сè уште играат клучна улога во градењето доверба (Eichenberg et al., 2023). Овие аспекти ја истакнуваат потребата за дополнителни истражувања на перцепциите, искуствата и задоволството на клиентите кои користат различни формати на терапија.

Во Македонија, психотерапијата е во развојна фаза, со растечка институционална поддршка и регулација преку професионални здруженија и акредитирани обуки. Поголемиот број терапевти се концентрирани во урбаните центри (Скопје, Битола, Охрид), што ја ограничува достапноста на руралните подрачја. Последниве години, со појавата на домашни дигитални платформи, како razgovor.mk и psihomedika.com, пристапот кон психолошки услуги стана полесен, особено по пандемијата COVID-19, која го забрза процесот на дигитализација на психолошките услуги и го намали отпорот кон онлајн форматот. Сепак, кај дел од населението сè уште постои социјална стигма кон барањето психолошка помош, а онлајн формата понекогаш се перципира како „помалку реална“ или „помалку професионална“.

Во вакви услови, оваа магистерска студија има за цел да го испита ефектот на онлајн психолошкото советување во споредба со традиционалниот модел лице в лице во Северна Македонија. Истражувањето се фокусира на перцепциите, задоволството и самопроценетата ефективност кај корисниците на различни формати на психотерапија. Со споредување на трите модели – онлајн, лице в лице и комбиниран – студијата има за цел да ги идентификува факторите кои придонесуваат за повисоко задоволство, како и можните ограничувања кај секој од нив. Резултатите треба да придонесат кон подобро разбирање на современите трендови во психотерапевтската пракса и да послужат како основа за формулирање политики за унапредување на достапноста и квалитетот на услугите за ментално здравје во Македонија.

Во Северна Македонија психотерапијата се наоѓа во процес на институционално зајакнување, што подразбира потреба од систематско истражување и методолошка прецизност (Ќимова, 2017). Иако постојат квалификувани психотерапевти, нивната бројка е ограничена, особено во руралните средини. Најголемиот број експерти се концентрирани во Скопје и другите урбани центри, што создава бариери за дел од населението. Онлајн платформите, како razgovor.mk и psihomedika.com, последниве години овозможија поголема достапност на психолошки услуги. Пандемијата COVID-19 беше клучен момент – многу терапевти беа принудени да се префрлат на онлајн формат, што доведе до зголемување на довербата во дигиталните интервенции. И покрај тоа, постојат културни отпори. Дел од клиентите ја гледаат психотерапијата како стигматизирана практика, а онлајн форматот како помалку „вистински“. Овие перцепции се особено изразени кај повозрасната популација, додека младите полесно прифаќаат дигитални решенија.

Табела број 1: *Компаративен преглед на онлајн и традиционална психотерапија*

Аспект	**Онлајн психотерапија**	**Традиционална психотерапија**
Достапност	Висока – достапна од која било локација преку интернет	Ограничена на физичка близина и термини во ординација
Флексибилност	Прилагодливи време и простор за клиентот	Фиксни термини и физичко присуство
Интеракција	Ограничени невербални знаци, зависна од технологија	Целосна невербална комуникација и физичко присуство
Анонимност	Поголема, особено во	Помала, бара директен контакт

Аспект	Онлајн психотерапија	Традиционална психотерапија
	текстуална комуникација	
Ефикасност	Слична кај благ до умерен психолошки дистрес (Barak, 1999)	Висока ефикасност кај сложени клинички случаи (Andrews et all, 2018)
Прифатливост во Македонија	Се зголемува по пандемијата COVID-19	Сè уште доминира, но е ограничена во рурални подрачја

Извор: Автори, според анализирана литература (Barak, 1999; WHO, Amichai-Hamburger, Greenwood et al., Renn et al., Eichenberg et al., Andrews et al., 2014–2023).

I ДЕЛ: ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1. Историски развој на психотерапијата

1.1. Историски развој на психотерапевтските пристапи

Историјата на психотерапијата претставува динамичен развој на теоретски концепти, методолошки пристапи и практични интервенции кои се менувале во согласност со културните, научните и филозофските движења низ времето.

Пред појавата на пионерската работа на Јозеф Бројер и Зигмунд Фројд кон крајот на 19 век, менталните нарушувања се третирале преку натприродни, соматски и морални рамки, често без вистинско разбирање за психолошката болка на личноста. Историските пристапи кон менталните болести се прикажани во Табела број 2.

Табела број 2: *Историски терапевтски модели*

Пристап	**Клучни карактеристики**	**Претставници**	**Придонес кон психотерапијата**
Натприроден/ Религиозен	Менталната болест како демонична опседнатост или морална казна	Средновековни свештеници	Егзорцизам, изолација, молитви; без психолошка интервенција
Соматоген/ Хуморална теорија	Болеста како нерамнотежа на телесни течности; третман преку прочистување	Хипократ, Гален	Медицински пристап без емоционална или релациска димензија
Морален третман	Хумана грижа, рутина, емпатија; институционална поддршка	Филип Пинел, Доротеа Дикс	Почеток на хуман третман, но без длабока психолошка анализа
Биолошки модел	Менталната болест како болест на мозокот	Вилхелм Гризингер	Основи за медицинска психијатрија; биолошка етиологија

Извор: Farreras, 2013, History of Mental Illness, n.d.; Insanity: A History of Mental Illness, n.d.; Philippe Pinel, n.d.; Wilhelm Griesinger, n.d.

Во античките и средновековните општества, менталните нарушувања често се сметале за резултат на демонска опседнатост, магија или божја казна. Третманите вклучувале егзорцизам, изолација, молитви и понекогаш сурови казни. Овие пристапи ја третирале личноста како морално или духовно „загадена“, а не како личност во болка (Enciklopedia.com, n.d.).

Хипократ и неговите следбеници предложиле дека менталните нарушувања се резултат на нерамнотежа на телесните течности — крв, флегма, жолта и црна жолчка. Овој пристап довел до третмани, како пуштање крв, прочистувања и диетални интервенции. Иако бил медицински ориентиран, не ги земал предвид емоционалните и релациските аспекти на страдањето.

Во 18 и 19 век, реформаторите како Филип Пинел и Доротеа Дикс, се залагале за „морален третман“ и институционализација со грижа, рутина и хуманост. Сепак, многу институции за лица со ментални нарушувања биле повеќе „згрижувачки“, со ограничена терапевтска вредност (Encyclopedia.com, n.d.).

Во 19 век, еден германски невролог и психијатар, Вилхелм Гризингер (1817–1868), предложил дека „менталните нарушувања се болести на мозокот“, со што започнал биолошкиот пристап во нивното третирање (ThePsychBuddy, 2023). Додатно се залагал за реформи во третманот на луѓето со ментални болести, предлагајќи промени во институциите за лица со ментални нарушувања и за нивна интеграција во општеството. Негово наследство е предлогот за кратка хоспитализација на лицата со ментални нарушувања комбинирана со природни системи на поддршка во околината, како и неговиот поглед на природата на психопатијата (Wikipedia, n.d.).

Пробивот на Бројер и Фројд се случил како резултат на надополнување на сите претходни пристапи на лекување на менталните потешкотии. Нивниот придонес е од огромно значење во разбирање на психосоматските потешкотии, интрапсихички конфликти и потиснати содржини (Табела број 3).

Табела број 3: *Придонес на Броер и Фројд*

Метод	**Придонес во третманот**	**Автор**	**Придонес во развој на современи модалитети**
Катарзичен метод (Breuer & Freud, 1895/1955)	Симптомите се олеснуваат преку вербална експресија на потиснати емоции	Јозеф Бројер	Вовед во „говорна терапија“; случајот Ана О. како основа за психоанализа
Психоанализа (Freud, 1900/1953)	Несвесно, потиснување, трансфер, либидо, структура на личноста	Зигмунд Фројд	Систематски клинички и теориски пристап; влијание врз сите современи модалитети

Извор: Breuer & Freud, 1895/1955; Freud, 1900/1953

Методот на катарза на Броер станал основа на „терапијата со разговор“ и со ова започнал развојот на психоанализата (Табела број 3). Имено, работата на Бројер со клиентот Ана О. го воведе концептот на „говорна терапија“, каде симптомите се олеснуваат преку вербална експресија на потиснати емоции. Додатно, Фројд го проширил овој пристап во психоанализа, нагласувајќи ги несвесните процеси, потиснувањето и трансферот како клучни механизми за психичко страдање и исцелување.

Табела број 4: *Клучни моменти од работата на Бројер и Фројд*

Историски клучни моменти – почетоци и развој
1880 година - случајот на Ана О. и катарзичниот метод Јозеф Бројер започнал да ја третира Берта Папенхајм, позната како Ана О., пациентка со симптоми на хистерија. Бројер забележал дека симптомите се подобруваат кога таа зборува за потиснати емоции и трауматски искуства под хипноза. Тој го нарекол процесот „говорна терапија“ (*talking cure*), со што се создала основа за психоанализата (Freud & Breuer, 1895; McLeod, 2024).
Фројд и развојот на психоанализата Фројд ја проширил работата на Бројер, развивајќи теории за несвесниот ум, потиснување, трансфер и сексуалната енергија, наречена либидо како централна мотивација на личноста. Тој ја вовел техниката на слободни асоцијации и ја формулирал структурата на личноста (ид, его, суперего), поставувајќи ја психоанализата како систематска клиничка и теориска дисциплина (Freud, 1923).
Разделување на патиштата Иако нивната соработка била плодна, Бројер се повлекол од психоанализата поради несогласување со Фројдовата сексуална теорија. Фројд продолжил самостојно, објавувајќи дела кои го дефинирале психоаналитичкиот пристап и влијаеле врз целата современа психотерапија (Freud & Breuer, 1895).

Извор: Freud & Breuer, 1895; Freud, 1923; McLeod, S., 2024.

Од нејзините почетоци во психоаналитичката традиција, психотерапијата еволуирала во мултимодален и интердисциплинарен пристап кон човечката психа. Од 1880 година до денес, психотерапијата и психолошкото советување се трансформираа од катарзичен метод и психоанализа во широк спектар на научно поткрепени модалитети, културно чувствителни пристапи и интердисциплинарни практики. Денес, тие се достапни во клинички, образовни, рехабилитациски и дигитални контексти. Во Табела број 5, прикажан е историскиот развој на психотерапијата и психолошкото советување.

Табела број 5: *Историски развој и современа еволуција на психотерапијата и психолошкото советување*

Историски развој на психотерапијата и советувањето (1880–2025)
1. Психоаналитички почетоци (1880–1930) • Бројер и Фројд го воведуваат концептот на говорна терапија преку случајот Ана О. (Freud & Breuer, 1895). • Фројд развива теории за несвесното, потиснување, трансфер и структурата на личноста (Freud, 1923). • Психоанализата доминира во Европа и САД, особено во приватна практика.
2. Хуманистички и бихевиорални револуции (1940–1970) • Карл Роџерс ја развива клиент-центрираната терапија, нагласувајќи емпатија, автентичност и безусловна позитивна прифатеност (RoleCatcher, 2024). Негувајќи ваков пристап, ги поставува темелите на психолошкото советување со клиентите. • Бихевиоралната терапија (Skinner, Wolpe) се фокусира на модификација на однесување преку научени реакции. • Се појавуваат групни терапии, семејни системи и телесно-ориентирани пристапи.
3. Когнитивна и интегративна ера (1980–2000) • Арон Бек ја формулира когнитивната терапија, насочена кон автоматски мисли и когнитивни дисторзии. • Се развива CBT (когнитивно-бихевиорална терапија) како водечки модалитет за депресија, анксиозност и PTSD. • Се појавуваат интегративни пристапи: Schema Therapy, DBT, ACT, TA.
4. Современа еволуција (2000–2025) • Психотерапијата станува културно чувствителна, траума-информирана и идентитет-афирмативна. • Се развиваат онлајн терапии, апликации и дигитални платформи. • Психолошкото советување се проширува во училишта, рехабилитациски центри, работни места и заедници. • Се негуваат интегративни и еклектични пристапи.

Извор: Freud & Breuer, 1895; Freud, 1923; RoleCatcher, 2024; Beck, 1976; Young et al., 2003; Linehan, 1993; Hayes et al., 1999; Berne, 1964; Norcross & Goldfried, 2005; McLeod, 2018.

Историскиот развој на психотерапијата може да се разбере како континуиран процес на теоретска експанзија и методолошка специјализација. Почнува со психоанализата на Зигмунд Фројд кон крајот на XIX век, при што концептите за несвесното, трансферот и интрапсихичките конфликти ја поставуваат основата на модерната психотерапевтска мисла (Freud, 1900). Во рамките на психодинамичката традиција подоцна се развиваат правците на Адлер и Јунг, како и современите релациски психоаналитички модели, кои ја нагласуваат интеракцијата, афектите и интерперсоналните процеси (Mitchell, 1988).

Во средината на XX век, бихевиоризмот воведува експериментална научна перспектива. Истражувањата на Павлов и Скинер за условувањето и модификацијата

на однесувањето поставуваат емпириски основи за терапевтски техники насочени кон промена на набљудуваното однесување (Skinner, 1953). Следствено, во 1960-тите Арон Бек и Алберт Ellis ја интегрираат когнитивната компонента, создавајќи когнитивно-бихевиорална терапија (КБТ) која станува доминантен пристап во клиничката пракса поради нејзината научна верификација и ефективност кај широк спектар на нарушувања (Beck, 1976).

Паралелно се развиваат хуманистичките и егзистенцијалните правци. Карл Роџерс го нагласува значењето на емпатиската релација, автентичноста и безусловното позитивно прифаќање, при што терапијата се сфаќа како простор за самоактуализација и личен раст (Rogers, 1961). Егзистенцијалните автори го поставуваат прашањето на смислата, автономијата и личната одговорност како централни психотерапевтски теми (Frankl, 1959).

Во исто време, системската и семејна терапија развива нова перспектива: фокусот од индивидуата се префрла кон интеракциите и комуникациските модели во семејствата и групите. Минучин и Боуен го утврдуваат значењето на структурата, границите и трансгенерациските процеси како детерминанти на психолошкото функционирање (Bowen, 1978).

Кон крајот на XX и почетокот на XXI век се појавува „третиот бран“ модели, како што се Acceptance and Commitment Therapy (ACT) и Dialectical Behavior Therapy (DBT), кои интегрираат mindfulness, емоционална регулација и прифаќање (Hayes, et al., 1999). Истовремено се засилува трендот кон интегративна психотерапија, каде што терапевтите комбинираат различни теоретски рамки врз основа на потребите на клиентот и научните докази (Norcross, 2011).

Интегрираните пристапи (Табела број 6) се разликуваат од еклектичните пристапи во однос на нивната методологија, филозофија, улогата на терапевтот, а секако и во однос на нивната кохерентност, длабочина и флексибилност.

Табела број 6: *Интегративна терапија наспроти еклектична терапија*

Карактеристика	**Интегративна терапија**	**Еклектична терапија**
Основна филозофија	Синтеза на повеќе теории во единствен, кохерентен модел	Практичен избор на техники од различни пристапи
Теоретска интеграција	Да се обидува да ги спои концептите (на пр., психодинамика + когнитивна)	Не се користат техники без обединување на теоретските основи

Карактеристика	Интегративна терапија	Еклектична терапија
Улога на терапевтот	Работи во структуриран, персонализиран рамковен модел	Се адаптира според моменталните потреби на клиентот
Примери	Schema Therapy (спој на CBT, приврзаност и психодинамички идеи)	Терапевтот користи CBT за анксиозност и Gestalt за емоционална експресија
Предности	Длабочина, кохерентност, персонализација	Флексибилност, агилност, широк спектар на алатки
Ризици	Комплексност; бара длабоко теоретско знаење	Може да недостасува конзистентност или теоретска основа

Извор: Norcross & Goldfried, 2005; Stricker & Gold, 2013; McLeod, 2018; Young et al., 2003.

Интегративниот терапевт често гради метатеоретски модел кој ги води интервенциите низ сесиите. Еклектичниот терапевт приоритет дава на респонзивноста кон клиентот, избирајќи алатки што одговараат на моментот — без оглед на нивното теоретско потекло. И двата пристапи ја вреднуваат адаптабилноста, но интегративната терапија бара длабочина преку синтеза на различни модели и концепти во еден модел, додека еклектичната терапија нуди ширина преку избор.

Современиот развој е карактеризиран со институционализација, професионализација и воведување строги етички и едукативни стандарди, како и растечка достапност на психотерапијата во јавните здравствени системи (Wampold, 2015). Дополнително, дигитализацијата, онлајн терапијата и мобилните психотерапевтски апликации претставуваат значајна нова фаза во еволуцијата на дисциплината, особено засилена по пандемијата на COVID-19.

Сумирано, историскиот развој ја демонстрира транзицијата од монолитни модели кон плуралистички, научно валидирани и релациски ориентирани пристапи, со постојна тенденција за интеграција и адаптација кон социјалните, технолошките и културните промени.

1.2. Историски развој на концептот за здрав дел на личноста

Античка филозофија

Платон (4 век пр.н.е.) ја дели душата на три дела: разум (логистикон), дух (тимос) и нагони (епитиметикон). Идејата за трипартитната структура на душата го

воведува разумот како дел што треба да владее – на ова може да се гледа како на ран концепт на „здравиот дел“ кој обезбедува баланс.

Аристотел ја развива идејата за фронесис (практична мудрост) – способност да се донесуваат разумни и етички одлуки. Тоа претставува претходник на современите концепти на рационалност и зрелост.

Стоицизам (3 век пр.н.е.)

Стоицистите (Зенон, Епиктет, Марко Аврелиј) го дефинираат здравиот дел како разумна свесност и контрола на страстите. Целта е атараксија (внатрешен мир) и евдемонија (добро живеење), преку рационално прифаќање на реалноста.

Средновековна мисла

Тома Аквински (13 век) ја интегрира христијанската теологија со аристотеловата психологија. Здравиот дел е разумот кој управува со страстите и ги насочува кон доблеста.

Во монашките традиции, здравиот дел се гледа како способност за духовна дисциплина и самоконтрола.

Ренесанса и рационализам (16–17 век)

Рене Декарт (17 век) ја нагласува улогата на разумот (cogito ergo sum) како централна функција на личноста. Здравиот дел е оној што може да мисли јасно и да разликува вистина од заблуда.

Просветителство (18 век)

Филозофите, како Кант, го дефинираат здравиот дел како практичен разум – способност да се донесуваат морални одлуки врз основа на универзални принципи. Ова е директен предвесник на психоаналитичката идеја за Егото, како медијатор меѓу нагони и морал.

Прото-психологија (19 век)

Вилхелм Вундт (основач на експерименталната психологија) ја истражува свесноста и самоконтролата.

Вилијам Џејмс (функционализам) го гледа здравиот дел како способност за адаптација и избор, преку „сопственото јас“ (self).

Пред Фројд, концептот на „здравиот дел“ се развивал низ:

- Филозофија (разумот како водач на душата – Платон, Аристотел, стоицисти).
- Теологија (разумот како морален управувач – Тома Аквински).
- Рационализам и просветителство (разумот како практична мудрост – Декарт, Кант).
- Прото-психологија (свесност и адаптација – Вундт, Џејмс).

Со психоанализата, Фројд го формализира ова во моделот ид - его - суперего, а подоцна другите школи го развиваат во концептот на „Здрав возрасен“ преку свои концепти.

2. Психолошко советување и психотерапија – теоретски осврт

2.1 Психолошко советување и психотерапија – теоретски осврт

Психолошкото советување и психотерапијата претставуваат професионални активности насочени кон унапредување на психичкото здравје, емоционалната благосостојба и личниот развој на поединецот. Иако термините често се користат наизменично, тие се разликуваат по длабочината, времетраењето и целите на интервенцијата (Kristančič, 2003).

2.1.1 Дефинирање на психолошкото советување и психотерапија

Психолошкото советување е професионален, колаборативен процес кој им помага на поединците да истражуваат и решаваат емоционални, бихевиорални и меѓучовечки потешкотии преку структуриран дијалог, психолошка теорија и интервенции засновани на докази. Тоа нагласува личен раст, емоционална благосостојба и развој на стратегии за справување со предизвици за подобрување на функционирањето и задоволството од животот. Gelso & Williams во нивниот учебник објавен од APA ја дефинираат советодавната психологија како специјалност фокусирана на корективните, превентивните и развојните улоги на психолозите, нагласувајќи го идентитетот, различноста и посебноста на клиентите (Gelso & Williams, 2022).

Европската асоцијација за советување (EACP) ги претставува и одржува највисоките професионални стандарди за слободна и независна практика на советување. EACP се залага за ригорозни критериуми на компетентност и професионализам со цел да обезбеди дека практиката на советување е етички заснована, научно валидирана и општествено одговорна. Преку овие професионални стандарди, EACP ја зајакнува довербата во професијата, ја поддржува автономијата на практичарите и обезбедува усогласеност со европските и меѓународните принципи за квалитет во психосоцијалната поддршка.

Психотерапијата е структуриран процес базиран на докази во кој обучен професионалец им помага на поединци, парови или групи да се справат со психолошките потешкотии, неадаптивното однесување и емоционалните тешкотии преку вербални, искуствени и релациски техники. Целта е да се поттикне увид, емоционален раст и промена на однесувањето преку работа на мисли, чувства и меѓучовечки обрасци. Според Локер, Мајер и Гааб, психотерапијата обезбедува контекст што им овозможува на клиентите да го трансформираат значењето на нивните искуства и симптоми на таков начин што ќе им помогне да се чувствуваат подобро и да функционираат поадаптивно (Löcher, Maier, & Gaab, 2019).

Стразбуршката декларација за психотерапија (21.10.1990) претставува темелен документ врз кој се заснова дејноста на Европската асоцијација за психотерапија (European Association for Psychotherapy, 1990). Истовремено, декларацијата има за цел да ја етаблира психотерапијата како самостојна и независна професија, со усогласени стандарди на ниво на цела Европа.

Клучни начела на Стразбуршката декларација се:

1. Психотерапијата е независна научна дисциплина. Нејзината практика претставува автономна и слободна професија.
2. Обуката се одвива на напредно и научно ниво. Психотерапевтската едукација мора да биде квалификувана, систематска и академски заснована.
3. Признавање на разновидноста. Се признава постоењето на повеќе психотерапевтски школи и пристапи.
4. Сеопфатна психотерапевтска обука. Вклучува теорија, личен искуствен развој, работа под супервизија и задоволително познавање на други психотерапевтски правци.

5. Пристапност на обуката. Обуката е достапна за кандидати со различни претходни образовни профили, особено од областа на хуманистичките и општествените науки.

Стразбуршката декларација ја утврдува психотерапијата како самостојна професија со сопствени стандарди, етички принципи и научна автономија, што ја издвојува од другите сродни дисциплини. Со тоа се отвора можност психотерапевти да бидат лица од различни образовни профили, а не исклучиво психолози, при што се нагласува интердисциплинарниот карактер на оваа практика. Декларацијата ја потенцира потребата од висококвалитетна и сеопфатна обука, која вклучува теорија, личен искуствен развој и супервизија, како и признавање на разновидноста на психотерапевтските пристапи. Отвореноста кон кандидати од поширок спектар на образовни дисциплини ја зајакнува идејата за психотерапијата како поле што се гради врз плурализам, научна ригорозност и професионална етика.

Во контекст на објаснување на поимите на истражувањето, се поставува прашањето: Дали постои суштинска разлика во користењето на термините психолошко советување и психотерапија?

Од професионална гледна точка, станува збор за исти процеси со различен интензитет. Од гледна точка на корисниците на услуги, нема разлика од причини што се јавуваат да разговараат на свои теми и симптоми, а од професионалецот зависи кои концепти и интервенции ќе ги користи во рамки на својот теориски модел на работа. Имено, од развојот на психотерапија и психолошкото советување до денес постојат различни теориски пристапи, коишто со свои концепти во рамки на своите модели, ги објаснуваат и третираат различните психолошки состојби, симптоми и потешкотии. Едногласно може да се каже дека станува збор за исти процеси со различен степен на длабочина, при што психотерапијата е процес на обработка на длабоко потиснати лични искуства, доживувања, трауматски искуства.

Со ова истражување ќе бидат опфатени стручните услуги психолошко советување и психотерапија од различни теориски модалитети доставени преку онлајн или сесии во живо.

Во контекст на различните теориски модалитети, постојат различни пристапи, како на пример, системска семејна психотерапија, гештал терапија, когнитивно-бихевиорална терапија, шема терапија, трансакциона анализа,

психодрама, ЕМДР, и друго. Во однос на информираноста на корисниците на психотерапевтските услуги, очекуваме:

- корисници запознаени со теоретскиот пристап (психотераписки модалитет) којшто се користел во тек на сесиите, и
- корисници кои не се запознаени со психотерапевтскиот модалитет којшто се користел во тек на сесиите.

Практиката покажува дека голем дел од корисниците немаат информација со кој теориски пристап (психотераписки модалитет) работеле, што може, но не мора да укажува на интегриран или еклектичен пристап (Табела број 6).

2.1.2 Разлики меѓу психолошко советување и психотерапија

Психолошкото советување најчесто се фокусира на тековни проблеми, поддршка при донесување одлуки, справување со стрес и подобрување на адаптивните стратегии. Се карактеризира со пократко времетраење и е насочено кон решавање на конкретни животни предизвици.

Психотерапијата, пак, се однесува на подлабока работа со клиентот, насочена кон истражување и трансформација на длабоко вкоренети обрасци на мислење, емоции и однесување (Biro & Butollo, 2003).

Во реалната практика, постои значително преклопување меѓу овие два пристапи, особено кај интегративните модели кои комбинираат техники од различни школи (разговор.мк, 2020).

Психолошкото советување и психотерапијата, иако често перципирани како сродни интервенции, се темелат на различни теоретски парадигми, цели и модели на работа. Современата научна и професионална литература ги третира како дел од ист психолошки континуум, но со различна длабочина на интервенција, степен на клиничка сложеност и развојни насоки (Norcross, 2011).

Клучниот разграничувачки елемент е нивото на психолошка сложеност. Советувањето е насочено кон лица кои функционираат адаптивно, но се соочуваат со временски ограничени стресори, потреба за донесување значајни одлуки или оптимизација на личните ресурси. Во неговата суштина доминираат развојно-поддржувачки цели: зголемување на самоспознавањето, јакнење на вештините за решавање проблеми и промовирање психолошка резилиентност (Rogers, 1957).

Психотерапијата, пак, ја надминува развојната рамка и се фокусира на трансформација на длабинските психички структури. Таа третира хронични патерни, несвесни процеси, трауматски искуства, когнитивни дисторзии и интерперсонални дефицити, со што се овозможува посеопфатна реконструкција на личноста и психичкото функционирање. Во оваа смисла, психотерапијата претставува клиничка интервенција каде што терапевтскиот однос, формалните техники и теоретската ориентација се од суштинско значење (Gelso & Williams, 2022).

Современите модели на ефикасност укажуваат дека факторите, како емпатија, валидирање, автентичност и релациска сигурност, претставуваат клучни „заеднички фактори“ за позитивен исход и во советувањето и во психотерапијата (Lambert, 2013). Сепак, психотерапијата дополнително се потпира на специфични механизми, како модификација на когнитивни шеми, обработка на траума, интеграција на афекти и реконфигурација на интерперсонални модели.

Диференцијацијата помеѓу двете практики има и институционални последици. Во европските регулаторни рамки, психотерапевтската практика е строго регулирана и бара формализирана едукација, супервизија и етичко-професионална акредитација (EAP, 2022). Советувањето, иако исто така подлежи на професионални стандарди, често има поширока примена во образовни, организациски, социјални и здравствени контексти и може да се практикува и од други стручњаци под соодветна обука (Nelson-Jones, R., 2014). Професоналните критериуми за психолошко советување се добро поставени и регулирани од страна на Европската асоцијација за советување (European Association for Counselling, 2015).

Особено значаен е развојниот тренд на интегративни модели, во кои професионалците комбинираат принципи и техники од повеќе школи. Истражувањата покажуваат дека флексибилните, еклектични пристапи ја зголемуваат ефикасноста, особено во комплексни случаи каде е потребна мултимодална интервенција (Norcross, 2019). Овој пристап ги одразува современите барања за персонализирана психологија, каде интервенциите се адаптираат на специфичните потреби, културни контексти и индивидуални цели на клиентот.

Во рамките на менталното здравје, овие два модела не се спротивставени, туку комплементарни. Советувањето може да претставува прв чекор во процесот, подготвувајќи ја личноста за подлабока терапевтска работа доколку е потребно. Психотерапијата, пак, обезбедува структурирана и подлабока интервенција кога е присутна психопатологија, хронична дисфункција или нарушен интрапсихички

процес (Barlow, Durand, & Hofmann, 2018). Nelson-Jones ја дефинира психотерапијата како процес на промена: систематски процес кој им помага на луѓето да развијат нови начини на размислување, чувствување и однесување (Nelson-Jones, R., 2014). Тој истакнува дека психотерапијата не е само теорија, туку бара развивање на конкретни комуникациски и релациски вештини – емпатија, активно слушање, поставување прашања, и градење доверба.

Табела број 7: *Различни аспекти на психолошко советување и психотерапија*

Аспект	**Психолошко советување**	**Психотерапија**
Фокус	Решавање конкретни проблеми	Психичка реконструкција и модификација
Пристап	Развојно-поддржувачки	Клинички и аналитички
Траење	Краткорочно (5–15 сесии)	Средно/долгорочно (20–100+ сесии)
Интервенции	Адаптивни стратегии, одлуки, ресурси	Длабинска анализа, реконструкција на шеми
Контекст	Образовен, организациски, семеен	Клинички и терапевтски сетинг
Цел	Подобрување на функционирање и адаптација	Структурна промена и интеграција на личноста

Извор: адаптирано од Norcross (2011), Rogers (1957), Gelso & Williams (2022)

Заклучно, современата психолошка практика ги третира советувањето и психотерапијата како два меѓусебно поврзани, но методолошки диференцирани процеси. Додека советувањето промовира адаптација, компетентност и самонаправување, психотерапијата овозможува трансформација и длабинска реконфигурација на психичкото функционирање. Обете се засноваат на научни принципи, етички стандарди и терапевтска релација, а нивната синергија го претставува врвот на современата психолошка интервенција.

2.1.3 Теоретски модели на психолошко советување и психотерапија

Психотерапијата се развила во повеќе пристапи, секој со различна теоретска рамка, терапевтски цели и техники. Следствено, современата психотерапија вклучува повеќе теоретски модели. Во Табела број 7 се претставени различни теоретски модели.

Табела број 8: *Систематски преглед на различни психотерапевтски модалитети, теоретски основи и практична примена*

Теоретски модели
1. Психоаналитичка терапија • Сигмунд Фројд ја развил психоанализата како метод за истражување на несвесните процеси, потиснати спомени и трансферни динамики. Техниките слободна асоцијација и анализа на соништа се користат за откривање на длабоки конфликти (Norcross, 2017).
2. Бихевиорална терапија • Развиена од Watson и Skinner, бихејвиоралната терапија се базира на принципите на условување и научено однесување. Се користат следните техники: засилување, десензибилизација и изложување за промена на конкретни однесувања (American Psychological Association).
3. Когнитивна и когнитивно-бихевиорална терапија (CBT) • CBT ја комбинира когнитивната анализа на мисли и верувања со бихевиорални интервенции. Развиена од Aaron Beck и Albert Ellis, се фокусира на реструктурирање на негативни мисли и активирање на адаптивно однесување (Hofmann et al., 2012).
4. Рационално-емотивна бихевиорална терапија (REBT) • REBT, развиена од Albert Ellis, е првата когнитивна терапија која се фокусира на идентификација и промена на ирационални верувања. Користи ABC-модел (Активирачки настан – Верување – Последица) за да помогне на клиентите да развијат рационални и функционални начини на размислување (Ellis & Dryden, 2007).
5. Хуманистичка и егзистенцијална терапија • Carl Rogers ја развил клиент-центрираната терапија, базирана на емпатија, безусловно прифаќање и автентичност. • Егзистенцијалната терапија, поврзана со Rollo May, се фокусира на слободата, смислата и личниот избор (Norcross, 2017).
6. Системска и семејна терапија • Овој пристап ги разгледува релациските динамики во семејниот систем. Bowen и Minuchin развиле модели кои ги мапираат интеракциите и структурите во семејството, со цел промена на комуникациските обрасци (Someah et al., 2017).
7. Трансакциона анализа (TA) • Развиена од Eric Berne, трансакционата анализа е психотерапевтски модел кој ги анализира интеракциите меѓу луѓето преку три его-состојби: Родител, Возрасен и Дете. Таа се фокусира на трансакциите, животниот скрипт и психолошките игри, со цел да се поттикне автономија, свесност и капацитет за избор. TA се користи во индивидуална, групна и организациска терапија, и овозможува јасна структура за разбирање на комуникациските обрасци и внатрешните конфликти (Berne, 1964; Stewart & Joines, 2012).
8. Шема терапија • Развиена од Jeffrey Young, шема терапијата ги интегрира когнитивно-бихевиоралните техники со психодинамички и релациски елементи. Таа се фокусира на рани маладаптивни шеми и базични емоционални потреби, користејќи лимитирано родителствување и емпатична конфронтација (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).
9. Дијалектичка бихевиорална терапија (DBT)

• ДБТ, развиена од Marsha Linehan, комбинира CBT со внимателност и интерперсонални вештини. ДБТ е особено ефикасна кај лица со гранично нарушување на личноста и висока емоционална чувствителност (Norcross, 2017).
10. Терапија за прифаќање и посветеност (ACT) • ACT, развиена од Steven Hayes и колегите, се фокусира на психолошка флексибилност и живеење според лични вредности. ACT ги користи следните техники: дефузија, прифаќање, техники за справување со болка и избегнување и др. (Someah et al., 2017).
11. EMDR – Терапија со десензибилизација и репроцесирање преку движење на очите • EMDR, развиена од Francine Shapiro, е терапија заснована на обработка на трауматски спомени преку контролирани билатерални движења (најчесто со очите). Таа се користи за третман на PTSD и други траума-поврзани нарушувања, со цел да се намали емоционалната реакција и да се интегрира трауматската меморија (Shapiro, 2018).
12. Феминистичка, мултикултурна и траума-информирана терапија • Овие пристапи ја нагласуваат важноста на културниот контекст, моќта, идентитетот и социјалната правда. Техниките вклучуваат наративна анализа, валидирање и оснажување, особено кај маргинализирани групи (American Psychological Association).
13. Психодрама • Психодрамата е експресивен психотерапевтски метод развиен од Јакоб Леви Морено, кој користи драмски техники за да ги истражи внатрешните конфликти, релации и несвесни динамики на клиентот преку акција, улоги и сцена. Наместо само вербална анализа, психодрамата овозможува клиентот да ги „оживее“ своите искуства, да ги репрезентира значајните фигури од животот, и да ги истражи алтернативните исходи преку техники како „замена на улоги“, „огледало“ и „двојник“ (Moreno, 1946; Blatner, 2000). Оваа форма на терапија е особено корисна за обработка на траума, развој на емпатија, и зајакнување на личната агенда, бидејќи ги интегрира телото, емоциите и когницијата во еден креативен процес (Kellermann, 1992).
Интегративна и еклектичка терапија • Интегративната терапија комбинира техники од различни правци, прилагодени според потребите на клиентот. Таа овозможува флексибилна и контекстуална интервенција, често базирана на научна валидност и релациска прилагодливост (Norcross, 2017).

Извор: Berne, 1964; Moreno, 1946; Ellis & Dryden, 2007; Hofmann et al., 2012; Stewart & Joines, 2012; Young et al., 2003; Shapiro, 2018; Norcross, 2017; Someah et al., 2017; Blatner, 2000; Kellermann, 1992; American Psychological Association.

Моделите се организирани според нивната теоретска основа и клиничка примена со цел да се олесни споредбата и интеграцијата во советодавни и терапевтски контексти. Овој преглед служи и како основа за:

- разбирање на различните терапевтски пристапи и нивната еволуција,
- идентификација на теоретски и технички разлики меѓу психотераписките модалитети, како и

- поддршка во избор на интервенции и терапевтски стил.

Во нашето истражување, испитаниците имаат можност да се изјаснат за психотераписките модели со кои работеле на своите емотивни потешкотии, симптоми или животни проблеми.

2.2 Современи трендови и дигитализација

Современите трендови во психотерапијата одразуваат длабока трансформација под влијание на дигитализацијата, глобалната поврзаност и развојот на технолошки посредувани здравствени услуги. Дигиталната револуција овозможи психотерапевтските интервенции да се префрлат од традиционалните консултативни простории во виртуелни простори каде комуникацијата се одвива преку видеоплатформи, мобилни апликации, чат-интерфејси и дигитални програми за самопомош (Andersson, 2018). Пандемијата на COVID-19 дополнително го забрза овој процес, создавајќи практичен, институционален и регулаторен импулс кон интеграција на менталното здравје во здравствените системи (Wind et al., 2020).

Телетерапијата се покажува како ефикасна алтернатива на традиционалната, лице в лице психотерапија, со истражувања што укажуваат на споредливи резултати во третман на депресија, анксиозност, посттрауматски нарушувања и други клинички состојби (APA, 2021). Дополнително, дигиталните алатки овозможуваат проширена достапност на услуги за популации кои традиционално се соочуваат со бариери, како лица во рурални средини, мигранти, лица со попреченост и студенти во мобилни образовни околности (WHO, 2022). Овој процес ја демократизира психолошката поддршка преку намалување на географските, економските и временските ограничувања.

Современите трендови исто така опфаќаат интеграција на вештачка интелигенција (ВИ), која се користи за проценка на ризик, мониторинг на симптоми, персонализирана психоедукација и поддршка преку чат-бот системи (Fulmer et al., 2022). ВИ-алатките не ја заменуваат психотерапевтската релација, но обезбедуваат дополнителни ресурси за поддршка и следење на процесот, создавајќи хибридни модели на помош. Генерирањето на дигитални дневници, автоматизирани индикатори за емоционални состојби и дигитални когнитивно-бихевиорални протоколи претставуваат значајни елементи на современата практика (Andersson & Titov, 2014, Carlbring et al., 2018, Jadhakhan et al., 2022).

И покрај значајните придобивки, дигитализацијата се соочува со предизвици поврзани со етичка практика, доверливост на податоци, техничка сигурност, приватност и професионални стандарди (Reay, Looi, & Keightley, 2020). Европските и меѓународните професионални здруженија препорачуваат јасни протоколи за безбедна комуникација, верификација на идентитет на клиентот, информирана согласност и заштита на личните здравствени информации (EFPA, 2022). Научните дискусии укажуваат дека дигиталните услуги треба да се развиваат паралелно со строга професионална супервизија, клиничка проценка и континуирана едукација на стручниот кадар (Norcross&Wampold, 2019).

Заклучно, дигитализацијата не ја заменува традиционалната психотерапија, туку ја проширува нејзината улога и дострел, создавајќи комбинирани модели кои овозможуваат поголема достапност, флексибилност и персонализација. Современата психотерапевтска пракса се движи кон интеграција на технологија со релациски, научно валидирани и етички утврдени терапевтски принципи.

3. Современи трендови и дигитализација на психотерапевтски услуги

3.1 Онлајн психотерапија како нова парадигма

Онлајн психотерапијата претставува значајна парадигматска промена во начинот на пристап и испорака на психолошките интервенции. Таа ја трансформира традиционалната концепција на терапевтскиот процес, преместувајќи го фокусот од физичкиот простор кон виртуелна релациска средина во која комуникацијата се реализира преку дигитални платформи, мобилни апликации и асинхрони канали на интеракција (Barak et al., 2008). Во основа, онлајн психотерапијата ги задржува суштинските терапевтски компоненти – доверба, емпатија, терапевтска алијанса и професионални техники – но ги адаптира кон дигитален медиум, што создава нови можности, но и нови етички и технички предизвици (Gelso&Wiliams, 2022).

Истражувањата укажуваат дека овој модел значително го проширува опфатот на психотерапевтските услуги. Barak и соработниците истакнуваат дека дигиталните интервенции ја „демократизираат психотерапијата“ преку укинување на географските бариери и олеснување пристап за лица кои инаку би останале без поддршка (Barak, 1999). Онлајн форматот е особено релевантен за групи, како лица со ограничена мобилност, лица од рурални области, мигранти и индивидуа со висока стигматизација на менталните нарушувања (Amichai-Hamburger et al., 2014).

Дополнително, бројни клинички студии покажуваат дека за голем дел од психичките состојби (анксиозност, депресија, социјални стравови) онлајн терапијата може да биде еднакво ефективна како и традиционалната лице в лице терапија, што ја потврдува и метаанализата на Andrews и соработниците (Andrews et al., 2018).

Сепак, дигиталниот формат не претставува универзален пристап за сите клинички популации. Renn и Eichenberg нагласуваат дека онлајн психотерапијата може да биде ограничена во третман на комплексна психопатологија, како што се тешки трауматски нарушувања, суицидален ризик, тешки зависности и нарушувања на личноста, каде директната коприсутност, невербалната комуникација и структурираниот терапевтски простор играат критична улога (Renn & Eichenberg, 2023). Поради тоа, современите препораки се ориентираат кон хибридни модели кои комбинираат онлајн и лице в лице сесии, во зависност од клиничката проценка и индивидуалните потреби (Norcross & Goldfried, 2019).

Покрај клиничките аспекти, појавата на онлајн психотерапијата отвора прашања за етичка регулација, приватност, доверливост на податоци и дигитална компетентност на терапевтите. Професионалните здруженија, како American Psychological Association и European Federation of Psychologists' Associations, ја истакнуваат потребата од стандарди за безбедна комуникација, криптирани платформи, информирана согласност во дигитален контекст и континуирана едукација за телепсихологија (APA Telepsychology Guidelines, 2021).

Во теоретска смисла, онлајн психотерапијата претставува транзиција од локациски дефинирана практика кон практика достапна и базирана во дигитален медиум. Како резултат, таа ја проширува улогата на психотерапевтот кој мора да поседува и технолошка компетентност, проценка за дигитална безбедност и способност да ја одржи терапевтската длабочина во медиум со ограничени невербални сигнали (EFPA Ethical Guidelines for Telepsychology, 2022).

Заклучно, онлајн психотерапијата претставува клучен сегмент во современата еволуција на менталното здравје. Таа не ја заменува традиционалната терапија, туку ја надополнува, создавајќи мултимодални, флексибилни и пристапни системи на психолошка поддршка, коишто ја одразуваат потребата за адаптација кон современиот дигитален контекст.

3.2 Хибридни модели и интеграција на технологија

Хибридните модели претставуваат логична еволуција на психотерапевтската практика во дигиталната ера, комбинирајќи ја флексибилноста и достапноста на онлајн формите со длабочината и релациската комплексност на традиционалната, лице в лице терапија (Norcross & Wampold, 2019). Овој пристап овозможува адаптивност во третманот, при што интензитетот и медиумот на комуникација се прилагодуваат на клиничките потреби на клиентот, фазата на терапевтскиот процес и конкретниот тип на психолошки предизвик (Hayes, 2021).

Во повеќе европски здравствени системи хибридниот модел веќе е институционално препознаен и поддржан. Германскиот модел DiGA (Digitale Gesundheitsanwendungen) претставува пример на регулаторно интегрирање на дигитални психотерапевтски програми во националниот здравствен систем, каде дигиталните алатки се клинички валидирани, сертифицирани и финансирани преку здравствено осигурување (BfArM, 2022). Овој пристап ја означува транзицијата од експериментална употреба на дигитални интервенции кон нивно стандаризирање како дел од официјалната здравствена инфраструктура.

Интеграцијата на технологијата се проширува и преку развој на AI-базирани системи за психолошка поддршка, како што се Woebot, Wysa и Replika, кои применуваат алгоритми за обработка на природен јазик и машинско учење со цел идентификување на емоционални состојби, следење на модели на однесување и доставување когнитивно-бихевиорални техники во реално време (Fitzpatrick, Darcy, & Vierhile, 2017; Inkster, Sarda, & Subramanian, 2018; Wolf, 2021). Таквите дигитални алатки овозможуваат континуирана поддршка помеѓу терапевтските сесии и поттикнуваат автономно справување со стрес, што може да ја зголеми терапевтската ефикасност, особено во раните или стабилизациони фази на третман (Fitzpatrick, 2022, Farrand et al., 2025).

Сепак, академската литература укажува дека ефективноста на AI-системите е условена и ограничена. Иако тие можат да обезбедат психоедукација, когнитивно реструктурирање и мониторинг на расположение, нивната способност да препознаваат комплексни клинички процеси, како трауматска дисоцијација, суицидален ризик или сложени интерперсонални динамики, останува ограничена (Fulmer et al., 2022). Дополнително, некои автори предупредуваат на етички дилеми

поврзани со приватност, алгоритамска пристрасност и потенцијална прекумерна зависност од технологија (Saeidnia, Hashemi Fotami, Lund, & Ghiasi, 2024).

Во пракса, оптималната примена на AI и дигиталните психотерапевтски ресурси се појавува кога тие функционираат како комплементарни алатки, а не како замена за терапевтската релација. Хибридните модели овозможуваат терапевтот да интегрира дигитални елементи, како електронски дневници, когнитивни апликации, прашалници за следење на симптоми и автоматизирани препораки, при што централната улога на човечката релациска компетентност останува ненадминлива (APA, 2021).

Со други зборови, хибридниот модел претставува релациско-технолошка синтеза, во која клиничката експертиза се потпира на технологијата како инструмент, но останува водечки фактор во процесот на психолошка трансформација. Овој пристап се усогласува со современите принципи на персонализирана психотерапија, која тежнее кон индивидуално прилагодени интервенции базирани на потреби, пристапност и научни докази (Wampold & Imel, 2015).

3.3 Онлајн психотерапија во македонски контекст

Во Македонија, психолошкото советување и психотерапијата постепено се етаблираат како значајни професионални практики во рамките на здравствениот, образовниот систем и приватните практики. Иако психотерапијата сè уште не е целосно регулирана со посебен закон, постојат професионални здруженија и иницијативи кои се стремат кон усогласување со европските стандарди и принципи, како што е Стразбуршката декларација. Советувањето најчесто се практикува од психолози, но во согласност со европските насоки, се отвора простор и за други професионалци од хуманистичките и општествените науки. Во последните години се забележува зголемен интерес за обуки во различни психотерапевтски модалитети (гешталт терапија, системска-семејна терапија, психодрама, трансакциона анализа и други модалитети), како и за развој на супервизиски и едукативни програми. Воедно, со брзиот тренд на дигитализација се овозможи следење на професионални обуки и супервизии на глобално ниво со прифаќање на трендот на збогатување на праксата со нови модели и интегративни пристапи. Ова укажува на постепено градење на

професионална инфраструктура која ја зајакнува достапноста и квалитетот на психолошката поддршка во земјата.

Онлајн психотерапијата во Северна Македонија претставува динамичен процес на адаптација во кој глобалните стандарди се интегрираат во локален социокултурен и институционален контекст.

Во македонски контекст, пандемијата COVID-19 создаде услови за брза дигитална трансформација на психотерапевтските услуги при што голем број практиканти преминаа кон онлајн формат преку специјализирани домашни платформи како razgovor.mk и psihomedika.com. Иако трендот е позитивен, адаптацијата останува хетерогена: младата и дигитално компетентна популација го прифаќа моделот со значајно повисока стапка, додека постарите групи и лица со пониска дигитална писменост покажуваат поголем степен на скептицизам и преферираат традиционални форми.

Проширувањето на дигиталниот пристап поттикнато од пандемијата COVID-19 ја постави основата за трајно трансформирање на психолошките услуги, но процесот е комплексен и сè уште во развој. Овој развој ја нагласува потребата за поддршка на професионалната обука во дигитална психотерапија, со што Северна Македонија би се усогласила со европските и американските модели на интегрирана дигитална грижа за ментално здравје (European Federation of Psychologists' Associations [EFPA], 2022).

Иако брзиот премин кон онлајн модели првично беше условен од здравствени ограничувања, тој постепено се претвори во стратешка можност за модернизација. Домашните дигитални платформи (razgovor.mk, psihomedika.com) се значаен чекор во зголемување на достапноста, при што обезбедуваат комуникација со различни типови на стручни лица: лиценцирани психолози, психотерапевти и психолошки советници. Ова е особено важно со оглед на нерамномерната географска распределба на кадарот, бидејќи во рурални средини бројот на психотерапевти е значително понизок отколку во урбаните центри (WHO, 2022).

Во Северна Македонија постои една студија спроведена од Медицинскиот факултет при УКИМ која се однесува на дигиталната примена на психосоцијалната алатка DIALOG+ кај лица со психоза (Novotni et al., 2022). Истражувањето е насочено кон контекстуалните фактори и можностите за имплементација на оваа интервенција во системот за ментално здравје, при што се анализираат олеснувачи и бариери за нејзино воведување.

Сепак, досега не се спроведени систематски истражувања за пошироките психолошки услуги и психолошко советување во дигитален формат што укажува на празнина во научната литература и потреба од идни студии кои ќе ги опфатат овие аспекти.

Поради недостаток на научни истражувања за онлајн психотераписки услуги на национално ниво, очекуваме дека нашето истражување со корисници на психотерапевтски услуги во Република Северна Македонија ќе даде информации и ќе одговори на прашањето дали идејата за онлајн терапија е прифатена и нормализирана.

Заклучно, онлајн психотерапијата во Северна Македонија напредува од фаза на реактивна адаптација кон фаза на стратегиски развој. Таа претставува важна компонента во модерниот систем на ментално здравје и поседува потенцијал за одржлив хибриден модел кој ќе ги спои дигиталните иновации со професионалната психотерапевтска традиција. Успехот на овој процес ќе зависи од степенот на дигитална иновативност, институционална поддршка, културна адаптација и професионална компетентност. Важна подлога во процесот на давање на квалитетни онлајн психотераписки услуги се почитување на меѓународните стандарди за дигитални услуги, како и организирање јавни кампањи за намалување на стигмата и информирање за придобивките од онлајн психотерапијата.

3.4 Трендови во Европа и САД

Трендовите во Европа и САД ја позиционираат онлајн психотерапијата како стабилна и валидирана компонента на современите здравствени системи. Според систематскиот преглед и метаанализата на Greenwood и соработниците, онлајн психотерапијата покажува компарабилни резултати со традиционалната терапија лице в лице, особено во третман на депресивни и анксиозни нарушувања (Greenwood et al., 2022). Овие наоди се усогласени со претходни истражувања кои укажуваат дека терапевтскиот сојуз, квалитетот на комуникацијата и клиничката компетентност остануваат критични фактори, независно од медиумот на испорака (Greenwood et al., 2022).

Во САД, телездравствените услуги се веќе институционализирани преку Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) стандарди, федерални програми за надомест (Medicare/Medicaid) и приватни осигурителни модели кои

покриваат виртуелна психотерапија (Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS], 2025). Американската психолошка асоцијација (APA) има развиено специјализирани упатства за телепсихологија, а универзитетските клиники и приватните системи масовно користат апликации и видеоплатформи за психолошка поддршка (APA, 2021). Сето ова ја позиционира дигиталната психотерапија како составен дел од клиничката пракса, не како привремена алтернатива.

Во Европската Унија, држави како Германија и Холандија развија национални модели за дигитални здравствени услуги, каде дигиталните психотерапевтски програми се дел од официјалното здравствено осигурување, на пример, DiGA регистарот во Германија (BfArM., 2022). Во нордиските земји, дигиталната терапија се поддржува преку јавни платформи, каде пациентите имаат пристап до интегрирани онлајн програми, психолошка проценка и континуирана стручна супервизија. Овие практики демонстрираат дека дигиталната психотерапија е дел од системската здравствена архитектура и не се смета за ад-хок решение (Nordic Council of Ministers, 2022).

3.5. Дигитални апликации и вештачка интелигенција

Дигиталните апликации и алгоритамските системи претставуваат значајна компонента во современиот развој на психотерапевтската практика, особено во доменот на менталното здравје и раната интервенција. Мобилните апликации за ментално здравје овозможуваат континуиран пристап до самопомош, психообразовни материјали, вежби за mindfulness, когнитивни техники и дневници за емоции, што ги прави корисен инструмент за поддршка на лица со супклинички симптоми или како дополнителен ресурс во терапевтски контекст. Истражувањата покажуваат дека пациентите со симптоми на ментални нарушувања сè повеќе прифаќаат телепсихијатрија и мобилни алатки за самоуправување, особено по пандемијата на COVID-19 (Dominiak, Gędek, & Zawadzka, 2024). Интеграцијата на технологијата преку мобилни пристапи отвора нови можности за психолошка поддршка (Marciano & Saboor, 2023). Според Farrand и соработниците, дигиталните „low-intensity“ интервенции можат да ги намалат симптомите на блага депресивност и анксиозност, особено кога се комбинираат со професионален надзор или се користат како дел од stepped-care модели (Farrand et al., 2025).

Интеграцијата на технологија се продлабочува со развојот на системи базирани на вештачка интелигенција, како Woebot, Replika, Wysa и други алатки за автоматизирана поддршка. Овие системи применуваат обработка на природен јазик и машинско учење за идентификација на емоционални индикатори, препознавање на когнитивни обрасци и предлагање стратегии за регулација (Fulmer et al., 2022). Истражувањата покажуваат дека ваквите алатки можат да ја зголемат пристапноста кон психолошка поддршка, да ја олеснат саморегулацијата и да функционираат како посредник меѓу терапевтските сесии или како почетна фаза за лица кои се двоумат да започнат терапија (Fitzpatrick, 2022).

Сепак, академската дебата останува внимателна во однос на клиничката валидност и безбедноста на овие системи. Алгоритамските ограничувања, недостатокот на контекстуална чувствителност, ризикот од погрешна интерпретација и неможноста да се адресираат комплексни клинички состојби претставуваат суштински предизвици (Eichenberg&Schott, 2021). Етичките прашања за одговорност, транспарентност и заштита на податоците се клучни во развојот на AI-интервенции за ментално здравје (Saeidnia, Hashemi Fotami, Lund, & Ghiasi, 2024). Дополнително, *bias*-ризикот, односно пристрасноста во податоците и моделите, може да доведе до дискриминаторни или несоодветни препораки (Caliskan, Bryson, & Narayanan, 2022).

Професионалните асоцијации препорачуваат дека дигиталните апликации и AI-алатките треба да се третираат како комплементарни интервенции, а не замена за терапевтската релација. Најновите клинички упатства потврдуваат дека интеграцијата на технологија треба да биде регулирана преку стандарди за етика, безбедност, приватност и клиничка супервизија (APA, 2021). Затоа, оптималниот модел на примена на AI во психотерапијата е хибриден: технологијата се користи за поддршка, мониторинг и едукација, додека човечкиот фактор останува носител на клиничка проценка, емпатија и интерперсонална интервенција.

4. Перцепции и задоволство на корисниците на психотерапевтски услуги

4.1 Перцепции, задоволство и терапевтска алијанса

4.1.1 Дефинирање на поимот перцепција

Поимот перцепција е основен концепт во психологијата, когнитивната наука и филозофијата и е дефинирана на различни начини низ дисциплините.

Перцепцијата е широко дефинирана во психологијата како когнитивен и афективен процес преку кој поединците избираат, организираат и толкуваат сензорни информации, внатрешни состојби и социјални искуства за да создадат значајно разбирање на нивната околина (Goldstein, 2014). Овој процес е субјективен, обликуван не само од непосредни стимули, туку и од претходни искуства, очекувања, културни верувања и емоционални состојби.

4.1.2 Перцепција во психолошкото советување и психотерапијата

Перцепцијата е динамичен, интерпретативен процес преку кој поединците конструираат значење од внатрешни и надворешни искуства.

Перцепцијата во психотерапијата и психолошкото советување се однесува на процесот преку кој поединците толкуваат и им даваат значење на внатрешните и надворешните стимули, обликувајќи ги своите емоционални реакции, релациски обрасци и терапевтски ангажман.

Во контекст на психотерапијата, перцепцијата се однесува на внатрешното искуство и евалуацијата на клиентот на советодавните и психотерапевтските средби. Ова вклучува како тие ја толкуваат емпатијата на терапевтот, чувството на емоционална поврзаност, ефикасноста на интервенциите и целокупното задоволство од процесот на терапија (Norcross & Lambert, 2011). Перцепциите на клиентите играат централна улога во одредувањето на ангажираноста во третманот, терапевтскиот сојуз и долгорочните резултати.

4.1.2.1 Дефиниција и улога на перцепцијата во психотерапијата

Перцепцијата е психолошки процес на организирање, толкување и доделување значење на сензорните информации. Тоа не е само пасивно примање на стимули, туку активна конструкција под влијание на претходни искуства, верувања, шеми и емоционални состојби (APA Dictionary of Psychology, 2023). Во психотерапијата и советувањето, перцепцијата игра централна улога во тоа како клиентите се доживуваат себеси, другите и терапевтската врска.

Перцепциите имаат и клиничка релевантност. Перцепцијата ги обликува емоционалните реакции: клиентите може да ги перципираат неутралните настани како заканувачки поради траума од минатото или неадаптивни шеми (Young et al., 2003).

Перцепцијата влијае на релацискатa динамика: погрешните перцепции за намерите на другите можат да ги зајакнат меѓучовечките тешкотии, особено кај моделите водени од шема или базирани на трансфер (Leahy, 2002).

Терапевтското усогласување зависи од перцепцијата: терапевтите мора да се усогласат со тоа како клиентите ја перципираат безбедноста, емпатијата и валидацијата во терапевтскиот простор (Eubanks, Muran, & Safran, 2024).

Во психотерапијата, перцепцијата е обликувана од когнитивни, емоционални, релациони и културни фактори и влијае на тоа како клиентите се ангажираат со себе, со другите и со терапевтскиот процес (American Psychological Association, 2023).

4.1.2.2 Перцепција во практиката на психолошко советување

Психолошките советници често ги истражуваат перцептивните рамки на клиентите со цел:

- да ги предизвикаат когнитивните искривувања (когнитивни дисторзии или мисловни грешки);
- да ги преформулираат ирационалните толкувања (когнитивно реструктурирање, рифрејминг);
- да ја прошират на перспективата на клиентот со негување на увиди за реалноста сега и овде,
- да потикнат практицирање на емоционална регулација, и
- да изградат заедничко разбирање на реалноста во рамките на терапевтскиот сојуз.

4.1.2.3 Перспективи специфични за модалитетите

Перцепција и психодинамичка терапија

Психодинамичките пристапи ги нагласуваат несвесните процеси и односите со внатрешните објекти. Перцепцијата е под влијание на одбранбените механизми на личноста и трансферните искуства, при што клиентите можат да го перципираат терапевтот низ призмата на неразрешени рани релации (McWilliams, 2004). Како резултат на ваквите искуства, перципираната состојба од клиентите може да доведе до погрешни толкувања на терапевтската неутралност (да се доживува како напуштање или отфрлање).

Перцепција и когнитивно-бихевиорална терапија

Во КБТ, перцепцијата се филтрира преку автоматски мисли и основни верувања на клиентот за себе, светот и другите (когнитивна тријада). Клиентите учат да идентификуваат и преформулираат искривени перцепции, како што се: катастрофирање, црно-бело размислување, ментален филтер, персонализација, скокање во заклучок и други когнитивни дисторзии кои што често произлегуваат од негативни шеми (Beck, 2011). На пример, клиентот може да ги перципира неутралните повратни информации како критика поради вкоренето верување за несоодветност.

Перцепција и хуманистичка терапија

Хуманистичките модели, како што е терапијата центрирана кон личноста, даваат приоритет на субјективната перцепција на клиентот како основа на терапевтската работа. Терапевтите имаат за цел да го потврдат животното искуство на клиентот и да поттикнат конгруентност помеѓу самоперцепцијата и надворешната реалност (Rogers, 1951). Перцепцијата на клиентот за тоа дека е „недоволен“ се истражува со емпатија и безусловно позитивно почитување.

Перцепција и системска – семејна терапија

Во системската и семејната терапија, перцепцијата се разгледува како дел од интеракциските обрасци и комуникациските филтри во рамките на семејниот систем. Начинот на кој членовите на семејството ги перципираат однесувањата, намерите и емоциите на другите влијае врз нивната реакција и позиција во семејната структура (Minuchin, 1974). Bowen нагласува дека индивидуалната перцепција е обликувана преку генерациски пренос и диференцијација на себе, што го прави перцептивниот процес клучен за разбирање на семејната динамика (Bowen, 1978).

Перцепција и трансакциона анализа

Во трансакционата анализа, перцепцијата е тесно поврзана со его-состојбите (Родител, Возрасен, Дете) и со начинот на кој поединецот ги интерпретира и реагира на трансакциите. Перцепцијата не е само когнитивен процес, туку и емоционално обоена реакција која произлегува од активната его-состојба (Berne, 1964). На пример, перцепцијата од позиција на его-состојба на дете или его-состојба на

родител, води до повторување на животниот скрипт, додека его-состојбата на возрасен перципира различни опции, етични избори и реалистична проценка.

Перцепција и групна терапија

Во групната терапија, перцепцијата игра централна улога во формирањето на интрагрупната динамика, довербата и чувството на припадност во групата. Начинот на кој учесниците ги перципираат реакциите на другите членови, како и терапевтот, влијае врз нивната отвореност, самооткривање и способност за емоционална резонанса (Yalom & Leszcz, 2005). Групната средина овозможува корективни перцептивни искуства преку огледување (mirroring) и интерперсонална повратна информација.

Перцепција и шема-терапија

Во шема-терапијата, перцепцијата се филтрира преку рани маладаптивни шеми (РМШ) – длабоко вградени когнитивно-емоционални обрасци формирани во детството кога основните психолошки потреби не биле задоволени. РМШ ја искривуваат перцепцијата, водејќи ги клиентите да ги толкуваат тековните искуства низ призмата на раните емотивни рани (Young et al., 2003). На пример, клиент со шема Напуштање-Нестабилност може да го перципира привременото отсуство како отфрлање.

Перцепција и терапија на траума

Пристапите информирани од невронауката истакнуваат како траумата и хроничниот стрес ги менуваат перцептивните филтри. На пример, траумата може да ја сензибилизира амигдалата и ги наведува клиентите да ги перципираат безбедносните знаци како закани (van der Kolk, 2014). Ова невробиолошко нарушување на перцепцијата влијае на емоционалната регулација и релацискиот ангажман на личноста.

Перцепција и терапија на парови

Во терапијата на парови, перцепцијата игра клучна улога во начинот на кој партнерите ги интерпретираат однесувањата, емоциите и намерите еден на друг. Перцептивните филтри, формирани преку лична историја, приврзаност и релациски

скрипти, често водат до погрешни заклучоци и ескалација на конфликти (Gottman & Silver, 1999).

Моделите, како Gottman Method и Emotionally Focused Therapy (EFT), ја нагласуваат важноста на корекција на негативните перцепции преку валидирање, рефлексија и создавање нови емоционални искуства (Johnson, 2004). На пример, кога еден партнер го перципира повлекувањето на другиот како одбивање, терапевтот може да помогне во реконструкција на перцепцијата преку емоционално присуство и релациска безбедност.

Перцепцијата во терапијата на парови не е само когнитивен процес, туку и афективна реакција која го обликува квалитетот на релациската алијанса, довербата и капацитетот за поправка на повредите (Lebow, Chambers, Christensen, & Johnson, 2012). Терапевтската интервенција често вклучува работа со „перцептивни јазови“ – разлики меѓу тоа што еден партнер мисли дека комуницира и што другиот партнер прима и интерпретира.

4.1.3 Задоволство

Задоволството е психолошка состојба на задоволство или исполнетост што се јавува кога се исполнети потребите, желбите или очекувањата на една личност - емоционално, когнитивно или бихевиорално. Задоволството игра централна улога во благосостојбата, мотивацијата и терапевтските резултати.

4.1.3.1 Психолошка дефиниција на задоволство

Во психологијата, задоволството се дефинира како целокупно чувство на исполнетост и позитивна евалуација на животните искуства, достигнувања или релации. Станува збор за сложена емоционална и когнитивна состојба, под влијание на лични цели, очекувања, социјални споредби и контекстуални фактори од животната средина.

Според *APA Dictionary of Psychology*, задоволството од животот претставува субјективна проценка на целокупниот квалитет на животот (*APA Dictionary of Psychology, 2023)*. Често се мери преку стандардизирани алатки, како што е Скала на задоволство од животот (SWLS), и се смета за клучен индикатор за психолошка благосостојба. Оваа скала содржи 5 изјави кои се оценуваат на 7-степена скала (од „целосно се согласувам“ до „воопшто не се согласувам“) и е развиена од Diener и

соработниците (1985) како алатка за проценка на субјективната благосостојба (Diener et al., 1985). Овој концепт е особено релевантен во терапевтски интервенции кај постари возрасни лица, каде што се поврзува со чувство на смисла, автономија и емоционална стабилност (APA, 2023).

4.1.3.2 Задоволство во психотерапијата и советувањето

Во овој труд се истражува перципираното задоволство на корисниците на психотерапевтски услуги во зависност од форматот на истите. Задоволството се смета за клучен индикатор за психолошка благосостојба и терапевтска ефикасност (Diener et al., 1985; Norcross, 2017).

Во терапевтски контексти, задоволството може да се однесува на:

- Задоволство на клиентот: колку добро клиентот чувствува дека неговите емоционални и релациски потреби биле задоволени за време на терапијата (American Psychological Association, 2023).
- Задоволство на терапевтот: чувството на клиничарот за ефикасноста и поврзаноста во терапевтскиот процес (Norcross, 2017).
- Задоволство од третманот: перцепцијата на клиентот за напредок, емпатија и усогласеност со неговите цели (Swift & Callahan, 2009).

Задоволството во психотерапијата и психолошкото советување, исто така, е поврзано со:

- квалитет на терапевтскиот сојуз (Horvath et al., 2011);
- перципирана емпатија и усогласеност (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011);
- постигнување на значајна психотераписка промена (Lambert & Barley, 2001), и
- културна и релациска усогласеност помеѓу клиентот и терапевтот (Sue & Zane, 2009).

4.1.3.3 Терапевтска алијанса

Терапевтската алијанса претставува еден од најзначајните предиктори за успешен психотерапевтски исход, независно од теоретскиот модалитет (Horvath et al., 2011). Таа се дефинира како колаборативен однос меѓу терапевтот и клиентот, базиран на доверба, договор за цели и задачи, и емоционална поврзаност (Bordin, 1979).

Во своето дело *Modes of Therapeutic Action*, Марта Старк ги опишува трите основни начини на терапевтско дејство, секој од нив претставува посебен став што терапевтот може да го заземе за да ја олесни психолошката промена (Stark, 2000). Овие начини се (Табела број 7):

- Прв начин: интерпретативен пристап, заснован на класичната психоанализа, каде терапевтот помага клиентот да стекне увид во несвесните конфликти.
- Втор начин: емпатиски и валидирачки пристап, поврзан со самопсихологијата, каде терапевтот ја потврдува внатрешната реалност на клиентот.
- Трет начин: релациски пристап, инспириран од современата релациска теорија, каде терапевтот активно учествува во создавање на корективно емоционално искуство.

Табела број 9: *Примери за терапевтска алијанса според трите начини на терапевтско дејство*

Начин на терапевтско дејство	**Теоретска основа**	**Став на терапевтот**	**Пример од сесија**	**Фокус на алијансата**
Модел I: Интерпретација и увид	Класична психоанализа	Терапевтот делува како неутрален набљудувач, објаснувач, аналитичар	„Можеби начинот на кој реагирате на критика потсетува на нешто од твоето детство.“ „Ајде да погледнеме како вашиот страв од отфрлање може да биде поврзан со раните искуства со вашите родители.“	Увид и разбирање на несвесни обрасци (Horvath et al., 2011). Фокусот е на зголемување на знаењето на клиентот за несвесните конфликти и одбрани.
Модел II: Корективно емоционално искуство	Самопсихологија / Односи со објекти Терапевтски модели каде терапевтот е негувачка фигура	Терапевтот станува емпатичен самообјект: валидира доживувања,	„Тоа што си се чувствувала игнорирано е навистина болно. Има смисла што ти е тешко да се	Потврда на внатрешната реалност и емпатија (Elliott et al., 2011). Обезбедување на

Начин на терапевтско дејство	Теоретска основа	Став на терапевтот	Пример од сесија	Фокус на алијансата
		емоции, потреби	довериш.“ „Гледам колку е болно да се чувствуваш невиден. Сега сум тука со тебе и сакам да знаеш дека си важен.“	она што недостасува, усогласување, валидација, прифаќање на ограничувањата во околината.
Модел III: Автентичен ангажман	Релационен / Интерсубјективен Релациски теории	Терапевтот е автентичен субјект, коучесник во меѓусебна врска, кокреатор, учесник во релацијата	„Забележувам дека кога се повлекуваш, и јас се чувствувам дистанцирано. Можеме ли да го истражиме тоа заедно?“ „Забележав дека се чувствував дистанциран на нашата последна сесија. Се прашувам дали и вие го почувствувавте тоа - и што значеше тоа за вас.“	Поврзаност и корективно емоционално искуство (Norcross, 2017) Навигација низ прекини (руптури во релацијата) и нивна поправка.

Извор: Stark, 2000

Овие три начини не се исклучиви, туку можат да се интегрираат флексибилно во зависност од потребите на клиентот и фазата на терапевтскиот процес. Токму преку оваа интеграција се зајакнува терапевтската алијанса и се овозможува подлабока психолошка трансформација (Stark, 2000; Norcross, 2017). Во Табелата број 7 се дадени примери за трите начини на терапевтско дејство според Марта Старк, поточно како секој модел го обликува увидот на клиентот и лекувањето. Секој терапевтски мод одразува различна теорија на промена:

- Модел I, промената се случува преку интерпретација, увид и справување со увидот.
- Модел II: промената се случува преку интернализација на нови релациски искуства.

- Модел III: промената се случува преку релационен ангажман во реално време, вклучувајќи ја и ранливоста на терапевтот.

Старк предлага четврти модалитет на терапевтско дејство, кога терапевтот одвојува време на планирање за секој клиент: кој модалитет ќе го примени, во која фаза од третманот и зошто (каков ќе биде ефектот). Ваквиот став на Старк е потполно применлив за градење на тераписката алијанса и примена во психотерапија и психолошко советување во сите формати: онлајн, во живо или хибриден формат.

Терапевтската алијанса и перцепциите за квалитет на психотерапијата можат да се разгледуваат и низ перспективата на процесните модели на промена. Современите истражувања покажуваат дека клиентите често ја оценуваат терапијата преку субјективни индикатори како чувство на слушнатост, разбирање, емоционална безбедност, континуитет и перципиран напредок, а не само преку намалување на симптомите (Lambert, 2013). Тоа значи дека терапијата се доживува како релациски процес, а не како техничка интервенција.

Дополнителни студии нагласуваат дека ангажманот на клиентот и неговата перцепција за активна соработка со терапевтот функционираат како посреднички фактори меѓу алијансата и позитивниот исход (Horvath&Luborsky, 1993). Клиентите кои чувствуваат дека учествуваат во донесување одлуки, поставување цели и обликување на сесиите, развиваат повисока мотивација, што ја зголемува ефективноста на интервенцијата (Norcross & Wampold, 2011).

Според истражувањата на Safran и Muran, микротензиите во терапевтската релација – како што се недоразбирања, амбиваленција или отпор – не треба да се толкуваат како знак на неуспех (Safran & Muran, 2000). Напротив, тие претставуваат потенцијална можност за терапевтски раст, доколку се препознаат и навремено се адресираат со емпатичен пристап (Bordin, 1979). Квалитетот на терапевтот да препознае, да вербализира и да поправи релациски прекини претставува клучен предиктор на задоволството на клиентот (Safran & Muran, 2000). Ова важи и во дигитален контекст, каде руптурите може да се јават поради технички прекини, нарушени сигнали или погрешно толкување на тон и паузи (Wampold & Imel, 2015).

Во рамки на онлајн терапијата, дополнителна компонента станува дигиталната присутност. Клиентите прават проценка не само на релациските и когнитивно-емоционалните аспекти, туку и на техничката компетентност на терапевтот - платформа, организација, стабилност на комуникацијата (Gelso & Hayes, 1998). Перципираната техничка сигурност и професионалност ја засилуваат

довербата и ја намалуваат когнитивната оптовареност на клиентот (Swift&Greenberg, 2015).

Од перспектива на афективната наука, чувството на емоционална сигурност и валидираност активира невробиолошки механизми поврзани со регулација на стрес, што дополнително го зајакнува ефектот на терапијата (Amichai-Hamburger et al., 2014). Современите модели на релациска терапија, како Emotion-Focused Therapy, го истакнуваат овој механизам како универзален, независно од форматот на комуникација (Greenwood et al., 2022).

Синхроната комуникација (видео/аудио) најчесто овозможува создавање „интерсубјективен простор“, што клиентите го доживуваат како интимен, доверлив и психолошки контејниран (Simpson & Reid, 2014). Асинхроните формати (текст/пораки), иако со понизок степен на емоционална синхронизираност, можат да придонесат за континуитет и нормализација на секојдневната емоционална обработка (Einchenberg et al., 2023).

Вкупно, резултатите укажуваат дека перцепциите, задоволството и алијансата се когнитивно-афективни конструкции кои ја надминуваат формата на испорака. Клучниот предизвик на современата психотерапија е не да избере формат, туку да обезбеди релациски и комуникациски услови кои го поддржуваат клиентот и ја минимизираат фрустрацијата од дигиталниот медиум. Затоа, успешната психотерапија – онлајн или лице в лице – се заснова на:

- јасна договорност за цели,
- активна кооперативна вклученост,
- емпатиска и валидирачка комуникација,
- релациска безбедност,
- транспарентност и адаптивност на терапевтот,
- способност за адресирање на руптури во релацијата,
- стабилност и професионална употреба на дигиталниот медиум.

Овие механизми објаснуваат зошто клиентите во современ контекст пријавуваат висока сатисфакција и доверба и во дигитални формати: не е ограничена од просторот, туку е поддржана од релацијата.

II ДЕЛ: МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1. Проблем и предмет на истражувањето

Согласно мојата истражувачка поставеност, суштинското прашање на ова истражување е да се утврдат перцепциите на корисниците за психотерапевтските услуги во поглед на онлајн психолошкото советување наспроти терапијата лице в лице (нивните преференции, задоволство од форматот на психотерапија и перципираните лични психолошки сили).

Предмет на ова истражување е да се добијат научни сознанија дали има разлики во перцепциите на корисниците за различен формат на психотераписки услуги во РСМ.

2. Цели и задачи на истражувањето

2.1 ОПШТА ЦЕЛ

Општа цел на нашето истражување е да се добијат научни сознанија за актуелните перцепции на корисниците на психотерапевтски услуги во РСМ. Секоја специфична цел е истовремено и истражувачка задача, па согласно тоа, општата цел е да се анализираат и споредат нивото на задоволство и личните сили кај клиентите кои искусиле различни терапевтски формати во Северна Македонија.

2.2 Специфични цели:

• Да се утврди дали постојат статистички значајни разлики во задоволството од психотерапијата помеѓу различните формати: онлајн, лице в лице, хибриден формат (во согласност со Хипотеза 3).

• Да се испита поврзаноста меѓу личните психолошки сили (BSS) и задоволството од психотерапијата (во согласност со Хипотеза 4).

• Да се анализираат разликите во перцепциите и задоволството од терапијата во однос на полот, образованието и професијата на клиентите (во согласност со Хипотези 5, 6 и 7).

• Да се утврди дали форматот на психотерапијата е поврзан со личните сили и преференциите на клиентите (во согласност со Хипотеза 1 и Хипотеза 2).

• Да се идентификуваат фактори што влијаат врз перцепцијата на ефективноста, изборот на формат на терапија и општата терапевтска алијанса.

2.3 ЗАДАЧИ на истражувањето

Ова истражување ги има следните задачи:

• Да се утврди степенот на задоволство од користењето на онлајн психотерапија наспроти лице в лице психотерапевтските услуги во Република Северна Македонија, што директно се поврзува со Хипотеза 3 (разлики во задоволството меѓу форматите) и со нултата хипотеза H0 (непостоење разлики).

• Да се идентификуваат перципираните лични сили (BSS) на корисниците на онлајн психотерапевтските услуги и да се споредат со личните сили на корисниците на традиционални услуги лице в лице, во согласност со Хипотеза 1 (поврзаност меѓу форматот и личните сили) и Хипотеза 4 (врска меѓу личните сили и задоволството).

• Да се добијат сознанија за разликите во степенот на задоволство помеѓу корисниците на онлајн психотерапија и корисниците на традиционалниот модел лице в лице, што претставува емпириско тестирање на Хипотеза 2 (преференции и разлики во перцепција на форматот) и повторно на Хипотеза 3.

• Да се определи демографскиот профил на корисниците на онлајн и традиционални психотерапевтски услуги, со што се овозможува анализа на Хипотеза 5 (родови разлики), Хипотеза 6 (образовни разлики) и Хипотеза 7 (професионални разлики).

• Да се испита поврзаноста меѓу задоволството од терапијата, личните сили и демографските карактеристики преку корелациски анализи и групни споредби, што дополнително ги поддржува Хипотезите 4, 5, 6 и 7.

• Да се идентификуваат факторите што влијаат врз перцепцијата на ефективноста и изборот на формат на терапија, во согласност со Хипотеза 2 и со теоретската рамка за терапевтски алијанси и дигитална перцепција.

3. Резултати од досегашни истражувања

На глобално ниво има повеќе истражувања за ефикасноста на онлајн наспроти терапијата во живо, но има помал број на истражувања во коишто се истражуваат перцепциите на корисниците на психотерапевтски услуги.

Едно од нив е истражувањето на ефективноста на онлајн наспроти лице в лице психодинамичко советување спроведено во 2022 година од страна на Иерарди, Ботини, Цругнола (Ierardi, Bottini, & Crugnola, 2022). Дизајн на ова

истражување: споредени се 34 студенти кои побарале онлајн психодинамичко советување за време на COVID-19 со 81 студент кои имале лице в лице сесии пред пандемијата. Употребени се следните прашалници: SCL-90-R, Прашалник за стил на приврзаност, и Скала за задоволство од животот. Добиени наоди покажале дека: и двата формати значително го намалиле психолошкиот стрес, лице в лице форматот на терапија бил поефикасен во подобрувањето на задоволството од животот, и стилот на приврзаност не ги ублажил резултатите.

Друга студија дава систематски преглед и метаанализа на рандомизирани контролирани студии, и е спроведена од Greenwood и соработниците во 2022 (Greenwood et al., 2022). Дизајнот на истражувањето опфаќа 12 рандомизирани контролирани студии (931 учесници) кои споредуваат телездравство (видео/телефон) и психотерапија во живо за помалку чести ментални здравствени состојби. Тераписки модалитети коишто биле земени предвид се когнитивно-бихевиорална терапија и семејна терапија за третирање на зависност и нарушувања во исхраната. Резултатите покажале дека нема значајни разлики во тежината на симптомите, функцијата, работниот однос или задоволството на клиентите. Телездравството било подеднакво ефикасно во сите мерени исходи.

Во една лонгитудинална студија спроведена од Mercadal, Coromina и Cabré е истражувана терапевтска алијанса (Mercadal, Coromina, & Cabré, 2025). Учесници биле 187 клиенти на возраст од 18 до 29 години вклучени во двата формати на доставување на услугите. Клучните сознанија од оваа студија упатуваат на следното: терапијата лице в лице покажала малку посилна терапевтска релација и подобрување на симптомите, додека онлајн терапијата била доволно ефикасна, особено кога биле одржувани континуитетот и структурата, и терапевтите забележале поголемо подобрување отколку клиентите.

Овие студии сугерираат дека онлајн психотерапијата е генерално исто толку ефикасна како и терапијата лице в лице за намалување на симптомите, иако сесиите во живо можат да понудат мала предност во градењето на терапевтската релација и зголемувањето на задоволството од животот.

Во регионот е направено слично истражување во Босна и Херцеговина (Dudić-Sijamija, 2024). Користени се квалитативни и квантитативни методи на истражување, поточно дескриптивна студија на случај и техника на прашалник. Ова истражување ги испитува ставовите на граѓаните кон онлајн советувањето и

открива податоци за низок процент на користење на онлајн советувањето од страна на испитаниците.

За жал досега во нашата држава нема податоци за спроведено какво било истражување поврзано со онлајн формат на психолошко советување и психотерапија.

4. Хипотези

Основна истражувачка хипотеза (H):

Постојат статистички значајни разлики во перцепциите на корисниците на психотерапевтски услуги во зависност од форматот на психотерапија (онлајн, лице в лице, комбиниран).

Хипотеза 1:

Постојат разлики во (самоперципираните) лични психолошки сили во зависност од форматот на психотерапијата.

Хипотеза 2:

Постојат разлики во преференциите на корисниците во зависност од форматот на психотерапијата.

Хипотеза 3:

Се очекува значајна разлика во задоволството на корисниците во зависност од форматот на психотерапијата.

Хипотеза 4:

Постои позитивна корелација помеѓу перципираните лични сили и степенот на задоволство од терапијата.

Хипотеза 5:

Перцепциите во однос на задоволство од терапијата значително се разликуваат во однос на полот.

Хипотеза 6:

Перцепциите во однос на задоволство од терапијата значително се разликуваат во однос на степенот на образование.

Хипотеза 7:

Перцепциите во однос на задоволството од терапијата значително се разликуваат во однос на професијата.

Нулта хипотеза (H0):

Нема разлика во перцепциите во однос на задоволството од терапијата на корисниците меѓу онлајн и лице в лице психотерапијата.

5. Варијабли

Независна варијабла е психолошко советување и психотерапија. Оваа варијабла ги има следните категории: формат онлајн, формат лице в лице и хибриден формат.

Зависна варијабла се перцепциите на задоволството на корисниците на психотерапевтски услуги во РСМ.

Релевантни варијабли се: пол, возраст, локација (со две категории – рурална и урбана), образование, професија и месечни примања на корисниците на психотерапевтски услуги и психолошки потешкотии заради кои се јавиле за психолошка помош.

Операционализација на варијаблите:

Зависната варијабла – перцепции на корисниците на психотерапевтски услуги ќе се мери преку Анкетен прашалник составен за потребите на ова истражување, како и Бернстајновиот прашалник за јаки страни. Во рамки на ова истражување, перцепциите се дефинирани со неколку поими: самоперципирани јаки персонални сили, преференции на корисниците во однос на форматот на психотерапија, како и задоволство од форматот на психотерапија.

Релевантни варијабли се: пол, возраст, локација (со две категории – рурална и урбана), образование, професија и месечни примања на корисниците на психотерапевтски услуги, и психолошки потешкотии заради кои се јавиле за психолошка помош. Истите ќе се мерат со Анкетен прашалник којшто е составен за целите на ова истражување и содржи прашање за прибирање на овие информации.

6. Метод на истражување, техники и инструменти

6.1 Метод на истражување

Ова истражување е концептуализирано како квантитативно, неекспериментално анкетно истражување со каузално-компаративен (ex post facto) дизајн, насочено кон утврдување на потенцијалните разлики во зависност од форматот на психотерапијата.

Во истражувањето се користи метод на тестирање, при што инструментите се засноваат на самопроцена од страна на учесниците, со цел валидно и систематски да се измери нивното субјективно доживување на психотерапевтскиот процес, администриран онлајн со следните инструменти:

- Bernstein Strengths Scale (BSS) – психолошка скала за мерење на лични сили развиена од Bernstein и Nijman (1999). Оваа скала оценува четири главни димензии на личноста: самосвест, саморегулација, отпорност (резилиентност) и интерперсонална конекција. Таа овозможува квантитативна процена на психолошките ресурси што индивидуата ги користи во справувањето со животните предизвици и е валидирана во повеќе европски и меѓународни истражувања.
- Скала за задоволство од психотерапија – адаптирана верзија на прашалник што ја мери перцепцијата и ефективноста на терапевтскиот процес. Скалата содржи седум тврдења на петстепена Ликертова скала (1–5), кои го оценуваат нивото на задоволство, доверба во терапевтот, перципирана ефективност, како и личното чувство на напредок во текот на терапијата.
- Демографски прашалник – специјално дизајниран за ова истражување, кој собира податоци за пол, возраст, образование, тип и траење на психотерапијата, како и употребата на дигитални или AI-алатки за психолошка поддршка (на пример, мобилни апликации, ChatGPT и слични дигитални асистенти).

6.2 Тип и дизајн на истражувањето

Дизајнот на ова истражување е неекспериментален и анкетен. Истражувањето е спроведено со помош на онлајн анкета, при што не се вршеше манипулација на независни променливи, туку се набљудуваа постоечки состојби и искуства. Станува збор за т.н. каузално-компаративен (ex post facto) дизајн, бидејќи испитаниците се поделени во групи според веќе постоечка карактеристика – форматот на психотерапијата кој го користеле (онлајн, лице в лице или комбиниран пристап). На тој начин, независна променлива во истражувањето е видот на доживеано психотерапевтско искуство според форматот, со три нивои: (1) искуство само со традиционална терапија лице в лице, (2) искуство само со онлајн терапија, и (3) искуство со комбиниран пристап (и во живо и онлајн сесии). Зависни променливи се

перцепциите и ставовите на клиентите (нивото на задоволство од терапијата, комфорот, перципираната ефективност и сл.), како и нивото на лични сили (индивидуалните позитивни карактеристики) измерени со соодветна скала. Дизајнот вклучува споредба на просечните резултати на овие зависни мерки помеѓу трите групи испитаници. Бидејќи истражувањето е спроведено во една временска точка без следење, сите податоци се прибрани истовремено преку единечен анкетен инструмент. Овој пристап овозможува увид во разликите меѓу групите во исти услови, но не и утврдување на причинско-последични врски, имајќи предвид дека не станува збор за експеримент со рандомизација и контрола.

6.2.1 Техники и постапка на спроведување

Истражувањето беше спроведено онлајн, со користење на платформата Google Forms за креирање и дистрибуција на анкетата. Постапката течеше низ неколку фази:

Фаза на подготовка: Откако беше изработен прашалникот (детали во претходниот дел), беше подготвен воведен текст кој ги информира потенцијалните учесници за целта на истражувањето, неговата доброволност, анонимност и приближното време потребно за пополнување. Овој вовед содржеше и напомена дека учесниците треба да имаат 18 или повеќе години и искуство со психотерапија, како и уверување дека податоците ќе бидат користени исклучиво за научни цели. На крајот од воведот, во самата форма, стоеше изјава за информирана согласност со која учесникот потврдува дека ги исполнува условите и се согласува да учествува (со чек-бокс или избор „Да, се согласувам“). Само по означување на согласноста, се пристапуваше кон прашањата – ова осигура дека секој внесен одговор е од лице кое дало согласност.

Регрутација на учесници: Линкот до онлајн анкетата беше споделен преку повеќе канали: најпрвин на социјалните мрежи (facebook групи поврзани со психологија и ментално здравје, instagram story, вибер), потоа преку е-пошта до познаници и колеги со молба да го проследат понатаму, како и директно до неколку приватни практичари (психолози и психотерапевти) кои се согласија да го проследат линкот до свои клиенти за кои сметаат дека би сакале да учествуваат. Ова не значи дека клиентите беа селектирани од страна на терапевтите – линкот беше општ и јавно достапен, така што секое лице кое се идентификува како корисник на

психотерапија можеше да учествува. Споделувањето на линкот се одвиваше во текот на јули 2025 година, а анкетата беше отворена за пополнување околу еден месец. Првата достапност беше на 20 јули 2025 г., а прибирањето на одговори траеше заклучно со крајот на август 2025 г., кога анкетата беше затворена и пристапот онлајн беше оневозможен. Во текот на периодот на собирање, повремено беа објавувани потсетници на социјалните мрежи за да се поттикне одзивот. Учество не се стимулираше со материјална награда; единствениот поттик беше апелот дека со учеството придонесуваат кон истражување од областа на менталното здравје кое потенцијално ќе ги подобри услугите. Учеството беше целосно доброволно – секој имаше право да не го пополни прашалникот или да го прекине пополнувањето во кој било момент (со затворање на страницата), без никакви последици.

Пополнување на анкетата: Кога испитаниците ќе го отвореа линкот, најпрвин го читаа воведот и ја даваа согласноста. Потоа ги пополнуваа прашањата по редоследот автоматски презентиран од Google Forms (структурата е опишана погоре). На секоја страница од анкетата беше наведено кој дел се пополнува (на пр., „Дел 2: Вашето искуство со психотерапија“ итн.), за полесна навигација. Повеќето прашања беа задолжителни (не можеше да се премине понатаму без одговор), освен неколкуте означени како опционални – пред сè отворените прашања за предности/недостатоци на форматите, како и потпрашањата поврзани со употреба на AI, кои учесниците можеа да ги остават празни доколку не сакаат да образложуваат. Овие опции за прескокнување беа поставени за да се почитува доброволноста и удобноста на испитаниците: доколку некој не се чувствува пријатно да сподели одредена информација (на пр., финансиски примања, или детално мислење во отворено прашање), му беше дозволено да ја прескокне без да го оневозможи остатокот од анкетата. За поголема анонимност, анкетата не побаруваше никакви лични идентификациски податоци – не се собираа имиња, презимиња, ниту контакт-информации. Е-поштата на учесникот не се евидентираше (Google Forms има опција за анонимно прибирање без логирање). Исто така, во самата формулација на прашањата беше нагласено да не се внесуваат лични имиња или директни препознавачки детали во одговорите (на пр., ако во отворен одговор некој спомене трето лице, да не го именува). На крајот од анкетата, по последното прашање, учесниците видоа кратка порака на благодарност за учеството и контакт-имејл од истражувачот доколку имаат прашања или доколку сакаат да бидат информирани за

резултатите. Ова служеше и како еден вид дебрифинг, иако неформален, со цел да им се заблагодариме за нивното време и податоци.

Обработка на податоците: По затворањето на анкетата, податоците автоматски генерирани од Google Forms беа преземени во форма на Excel/CSV датотека. Сите одговори беа прегледани и прочистени: отстранети се празни редови (доколку некој ја отворил анкетата но не одговорил ништо), како и нецелосни записи, како што е наведено погоре. Податоците потоа беа импортирани во статистички софтвер SPSS за понатамошна анализа. При ова, текстуалните категоријални одговори (на пр., опции за брачна состојба, тип на терапија и слично) беа кодирани со нумерички кодови за поедноставување на анализата. Одговорите на Ликертовите скали автоматски беа во форма на бројчани вредности 1–5 и не беше потребна конверзија. Отворените прашања, кои беа текстуални одговори, се извезоа одделно за квалитативна анализа – тие не се обработуваат во SPSS, туку рачно/квалитативно, како што е објаснето подолу. Претходно, во оваа фаза беше извршена и проверка за невалидни податоци или екстремни вредности: бидејќи анкетата беше онлајн, ризикот од внес на несоодветни податоци (на пример, некој да внесе апсурдна возраст или слично) беше минимизиран со понудени категории. Не беа воочени неправилности кои би наложиле дополнителни чистења (на пр., сите возрасти беа во реален опсег, нема дупликати на IP-адреси итн.). Со тоа, заврши постапката на прибирање и основна подготовка на податоците, по што следува статистичката анализа на резултатите.

6.2.2 Критериуми за вклучување и исклучување на испитаници

6.2.2.1 Критериуми за вклучување

Во истражувањето беа вклучени само лица кои ги исполнуваа следните услови:

(1) возраст од 18 години или повеќе (полнолетни лица),

(2) претходно или тековно искуство со психотерапија – односно учесници кои најмалку еднаш (и во најмала мера) посетувале сесии со професионален советувач или психотерапевт, во било кој формат (онлајн, во живо или и двете). Овој втор критериум е клучен бидејќи целта на студијата е да ги испита перцепциите и задоволството на корисници на психотерапевтски услуги; следствено, лица кои никогаш немале контакт со психотерапија не би можеле релевантно да одговорат на

анкетните прашања. Дополнителен неопходен услов за учество беше давање информирана согласност – на самиот почеток на анкетата испитаниците требаше да потврдат дека се запознаени со целите на истражувањето, дека доброволно учествуваат и дека имаат 18 или повеќе години, пред да можат да продолжат со остатокот од прашалникот. Само оние кои електронски се согласија (со избор на опцијата „се согласувам“) продолжија понатаму.

6.2.2.2 Критериуми за исклучување

Од учество беа исклучени лица кои не ги исполнуваа горенаведените критериуми. Прво, малолетните лица автоматски не можеа да учествуваат – анкетата беше ограничена на полнолетни испитаници, а доколку некој под 18 години сепак пристапеше до линкот, тој не можеше да продолжи без да потврди полнолетство, со што е осигурано почитување на овој критериум. Второ, беа исклучени лица без искуство со психотерапија – доколку некој ја пополнел анкетата, а притоа навел дека никогаш не посетувал терапија, неговите одговори не би биле валидни за нашите цели; во практиката на прибирање, речиси и да немаше такви случаи бидејќи повикот беше насочен кон лица со терапевтско искуство. Дополнително, од конечната база на податоци се исклучени прашалници кои не биле целосно пополнети, односно каде што недостасуваа одговори на клучни делови (на пример, ако испитаниците ја прекинале анкетата пред да одговорат на главните скали или пред да ги наведат потребните информации за да се одреди во која група припаѓаат). Ваквите нецелосни записи (неколку на број, како што е напоменато погоре) не се вклучени во анализата. Исто така, беа исклучени евентуални дупликатни одговори – во случај некое лице да ја пополни анкетата повеќе од еднаш, ќе се задржеше само првиот комплетен одговор (ова не се покажа како значителен проблем, бидејќи не беа детектирани очигледни дупликати благодарение на еднократното доставување на линкот до секој учесник). Во процесот на прибирање на податоците и чистење на базата, не беа забележани други критериуми за исклучување (на пр., никој од учесниците не пријави сериозна когнитивна неможност за разбирање на прашањата, ниту пак имаше индикации за невистинити одговори кои би наложиле исклучување).

6.2.3 Етички аспекти на истражувањето

Целото истражување е спроведено во согласност со етичките стандарди за истражувања со човечки испитаници во психологијата. Особено внимание е посветено на следниве принципи: информирана согласност, доброволност, анонимност, доверливост и безбедност на учесниците (European Federation of Psychologists' Associations, 2015).

Како што е претходно опишано, пред започнувањето на анкетата секој учесник беше запознаен со природата и целта на истражувањето и мораше да даде информирана согласност електронски. Во информативниот дел беа објаснети целите на истражувањето („да се испитаат искуствата и ставовите на клиентите за различните формати на психотерапија"), се нагласи дека учеството е целосно доброволно и дека учесникот може во било кое време да се откаже од понатамошно одговарање без последици. Исто така, беше потенцирано дека нема никаква материјална надокнада за учеството и дека тоа е на доброволна основа во интерес на науката. Испитаниците имаа можност да не одговорат на прашања на кои не се чувствуваат пријатно (неколку прашања беа опционални), што е во духот на почитување на нивната автономија и право на избор.

Анонимноста и доверливоста на податоците се загарантирани на повеќе начини. Анкетата не собираше лични идентификатори – ниту име, ниту адреса, ниту контакт информации – така што одговорите се неподатливи за идентификување на конкретно лице. Дури и IP-адресите не се зачувани во конечната база. Демографските информации кои се прибираа (возраст, пол, итн.) се користат исклучиво на групно ниво; при известувањето, резултатите ќе бидат презентирани агрегатно (на пр. „X% од испитаниците се жени") и никаде единечен учесник нема да може да се препознае. Отворените одговори кои евентуално содржеа лични детали (ако некој споменал име или специфична ситуација) се анонимизирани при анализата – на пример, ако испитаник напишал „мојот терапевт X. ми рече…", тоа се отстранува или псевдонимизира при цитирање. Сите податоци се чуваат доверливо: суровите одговори се зачувани на компјутер заштитен со лозинка, достапен само на истражувачот и неговиот ментор. По завршувањето на истражувањето, податоците ќе бидат чувани одреден период (според универзитетските политики, обично 5 години) и потоа безбедно избришани.

Во однос на безбедноста на учесниците, бидејќи истражувањето е неинвазивно (без непосреден контакт) и се спроведува преку прашалник, не постоеја физички ризици за испитаниците. Сепак, се водеше сметка и за психолошката добробит: прашањата во анкетата не се од особено чувствителен или потенцијално вознемирувачки карактер – се работи за ставови и искуства од терапија, при што нема директно навлегување во детали од нивните проблеми, освен што тие општо ги наведуваат, на пример „анксиозност“ или слично. (Srna, 2012; Ќимова, 2017). Можно е кај некои учесници самата рефлексија за терапевтското искуство да предизвика емоции, но се сметаше дека тој ризик е низок и во рамки на она што го искусуваат и во самата терапија. Дополнително, на крајот од анкетата беше даден контакт (имејл) од истражувачот на кој учесниците можеа да се обратат доколку имаат прашања или доколку пополнувањето на анкетата им причинило некаква вознемиреност и им е потребен совет. Ниту еден учесник не пријави таква потреба. Исто така, учесниците не беа изложени на измама или прикривање – истражувањето беше транспарентно: целите и што се испитува им беа соопштени искрено во почетниот дел (се разбира, не во детална научна терминологија, но во разбирлив опис).

Истражувањето ги следи и почитува етичките кодекси за истражување во рамките на Меѓународен Славјански Универзитет - Факултет за психологија. Пред спроведувањето, истражувањето беше прегледано и одобрено од страна на менторот и комисијата, осигурувајќи дека протоколот е етички прифатлив. Исто така, истражувањето се води според начелата на Декларацијата од Хелсинки за истражувања со човечки субјекти (World Medical Association, 2013/2024), како и препораките на Американското психолошко здружение (APA) за спроведување на анкети и онлајн истражувања (American Psychological Association, 2017).

Со преземените мерки, убедени сме дека правата и достоинството на учесниците се целосно заштитени. Никој од учесниците не беше изложен на штета или непријатност како резултат на учеството, а нивните прилози во истражувањето ќе помогнат за подобро разбирање на корисничките искуства во психотерапијата. Во презентирањето на резултатите во наредните поглавја, ќе се внимава исто така на етички аспект – ќе се известува општо, без откривање поединечни информации, и со почит кон различните ставови што учесниците ги изразиле. На крај, вреди да се напомене дека и самите испитаници индиректно се согласија нивните податоци да бидат користени во научни цели (тоа беше дел од информираната согласност). Сите тие добија благодарност за учеството, а по конечната обработка на податоците, на

заинтересираните ќе им биде доставен и кусо резиме - извештај со најважните наоди, како гест на транспарентност и почит кон нивниот придонес во истражувањето.

6.3 Мерни инструменти

За потребите на истражувањето беше конструиран онлајн анкетен прашалник составен од неколку делови, кој ги опфаќа сите релевантни променливи: податоци за испитаниците, нивното искуство со терапија, нивните перцепции и задоволство од терапијата, како и стандардизирана скала за лични сили. Вкупно, прашалникот содржи шест секции:

- Дел 1: Информирана согласност и демографски податоци. На самиот почеток од анкетата беше вклучена изјава за информирана согласност, каде испитаниците ја потврдуваат својата доброволна согласност за учество (како што е опишано во критериумите за вклучување). Потоа следат прашања за основните демографски карактеристики на учесникот: возраст, пол, брачна состојба, националност, место на живеење (урбано/рурално), образовно ниво, професија, вработеност и приближен опсег на месечни примања. Овие прашања се со избор од понудени категории (освен возраста, која се внесува како број) и служат за опис на примерокот, како и за можни дополнителни анализи на разлики спрема демографски фактори.
- Дел 2: Искуство со психотерапија. Овој сегмент содржи прашања поврзани со историјатот и карактеристиките на психотерапевтското искуство на испитаниците. Прво се прашува дали претходно (пред тековната терапија) учесникот има посетувано терапија или не. Потоа следуваат прашања за типот на терапија кој го користеле (на пр., индивидуална, групна, брачна/партнерска терапија – со можност за повеќе од еден одговор доколку испитаниците имале повеќекратно искуство), како и психотерапевтскиот пристап или модалитет со кој се работело (на пример, когнитивно-бихевиорална терапија, психоанализа, гешталт терапија, системска семејна терапија итн., исто така со повеќекратен избор, имајќи предвид дека некои клиенти работеле со повеќе пристапи или терапевти). Прашалникот понатаму бара информации за тоа колку сесии приближно има посетувано лицето, колкаво било времетраењето на една сесија (пример: 45–60 минути) и колку долго вкупно траела терапијата (на пр., 2 месеци, 1 година, 5 години итн.).

Едно прашање ги опфаќа и причините/потешкотиите поради кои лицето побарало терапија – испитаниците од понудена листа можеа да изберат повеќе одговори соодветни на нивната ситуација (анксиозност, депресивни симптоми, проблеми во партнерските или семејните односи, нарушувања во исхраната, траума, проблеми со самодовербата и сл., со опција „друго“ за проблеми кои не беа наведени). Клучно прашање во оваа секција е: „Вашето искуство било:“ онлајн, лице в лице или двете, со кое се утврдува во која од трите групи (според форматот на терапија) припаѓа испитникот. Одговорот на ова прашање беше задолжителен и единечен избор (учесниците се замолуваа да изберат која опција најмногу одговара на нивното доминантно искуство; доколку имале искуство со двата формата, се одбираше опцијата „двете“). Овој дел обезбедува профил на терапевтското искуство на испитаникот и е основа за поделба на групи при анализата.

- Дел 3: Преференции и навики поврзани со психотерапијата. Во овој дел, прашалникот навлегува во некои специфични прашања за ставовите и навиките на клиентите поврзани со терапевтското искуство. Едно прашање е посветено на употребата на вештачка интелигенција (AI) како „психолошки советник“ – се прашува дали учесникот некогаш користел дигитални апликации или алатки со вештачка интелигенција (на пр., ChatGPT, Wysa и сл.) за да добие психолошки совети или поддршка. Доколку одговорот е „да“, се појавуваат потпрашања во кои тие можат да наведат кои апликации ги користеле и во каков контекст (на пр., за самопомош, како дополнување на терапијата, од љубопитност итн.), со можност за опис. Овој сегмент, иако не е директно поврзан со главните хипотези, дава податок за современите трендови во однесувањето на клиентите. Понатаму, испитаниците беа запрашани дали имале преференција во однос на полот на советувачот/психотерапевтот (дали претпочитале да работат со маж, жена, или немале разлика), што е битно за да се разбере дали ваквите преференци можеби влијаат на задоволството. Конечно, во овој дел има прашање: „Колку често сметате дека ви е потребно да закажувате сесии?“ – каде учесникот избира една од понудените фреквенции (на пр., еднаш неделно, еднаш на две недели, еднаш месечно и сл.), што најмногу одговара на неговите потреби. Овие преференцијални и навикни прашања дополнително ги профилираат

учесниците и можат да послужат за субгрупни анализи или контекстуално толкување на резултатите.

- Дел 4: Задоволство од форматот на психотерапијата. Ова е клучниот дел кој ја опфаќа оцената на перцепцијата и задоволството на испитаниците од конкретниот формат на терапија кој го искусиле. Составен е од низа тврдења во облик на Ликертова скала, при што учесниците го оценија своето согласување со секоја изјава на скала од 1 („воопшто не се согласувам“) до 5 („целосно се согласувам“). Вкупно има 7 изјави кои мерат различни димензии на искуството и задоволството од терапијата:
  - „Се чувствував удобно да разговарам за лични прашања во текот на терапијата.“ – го мери нивото на комфор и отвореност на клиентот во комуникацијата со терапевтот преку избраниот формат.
  - „Мојот психотерапевт ме разбираше ефикасно преку овој формат.“ – го оценува перципираното разбирање и емпатија од страна на терапевтот, односно дали форматот (онлајн или во живо) претставувал пречка или не за терапевтот успешно да го разбере клиентот.
  - „Бев задоволен/на од моето ниво на ангажман со мојот психотерапевт.“ – го мери ангажманот и интеракцијата на клиентот во терапијата, т.е. дали клиентот смета дека бил доволно вклучен, активен и поврзан со терапевтот во сесиите.
  - „Се чувствував емоционално поддржано за време на психотерапевтските сесии.“ – ја оценува емотивната поддршка која клиентот ја почувствувал, индиректно покажувајќи дали форматот влијаел врз чувството на поддржаност.
  - „Форматот на терапија ми овозможи ефикасно да се изразам.“ – го мери доживувањето на самоизразувањето, односно дали клиентот смета дека успевал јасно и целосно да ги искаже своите мисли и емоции преку дадениот формат (дали камерите, екранот или физичкото присуство влијаеле на изразувањето).
  - „Сметам дека терапијата беше ефикасна колку што очекував.“ – ја мери перципираната ефективност на терапијата во целина во однос на очекувањата на клиентот (дали форматот исполнил очекувања во поглед на исходот и прогресот).

- „Би го препорачал овој формат на психотерапија и на други.“ – го мери глобалното задоволство и подготвеност на клиентот да го препорача истиот формат, што е индикатор за генерално позитивно искуство.

Овие седум ставки се специјално конструирани за целите на ова истражување, со намера да го опфатат субјективното искуство на клиентот со квалитетот на комуникацијата, комфорот, ефективноста и поддршката во рамките на форматот на терапија што го користел. За испитаниците кои искусиле само еден формат (само онлајн или само лице в лице), овие изјави се однесуваа исклучиво на тој формат и тие ги одговорија во таа смисла. За оние кои имаа комбинирано искуство, инструкциите ги наведуваа да го оценат форматот кој го преферираат или кој преовладувал во нивното искуство (според сопствен избор). На тој начин, секој учесник дава оценка на релевантниот формат, што подоцна ќе биде искористено за споредба меѓу групите.

- Дел 5: Споредба на онлајн и лице в лице терапија (за испитаници со двојно искуство). Овој дел се однесува само на учесниците кои изјавиле дека имаат искуство со двата формати на психотерапија. За нив, беа поставени неколку дополнителни прашања кои овозможуваат директна компарација на форматите од перспектива на клиентот. Прво, тие беа запрашани: „Кој формат го претпочитате генерално?“ – каде требаше да изберат едноставно кој од двата (онлајн или лице в лице) лично сметаат дека е подобар или попогоден за нив. Потоа следат отворени прашања (опционални, односно на доброволна основа): „Кои се предностите на онлајн форматот?“, „Кои се недостатоците на онлајн форматот?“, и „Кои се предностите на терапијата лице в лице?“. (Аналогно, прашање за недостатоци на лице-в-лице терапијата исто така беше предвидено.) Овие отворени прашања им дадоа можност на учесниците со искуство од двата вида да ги образложат со свои зборови конкретните добри и лоши страни што ги доживеале кај секој формат. На пример, некои испитаници наведоа дека онлајн терапијата имала предност во заштеда на време и поголема флексибилност, но недостаток во отсуство на физичка присутност и потешко читање на говорот на телото; додека терапијата во живо ја пофалиле за почувствителна конекција и невербална комуникација, но ја критикувале за логистички потешкотии (патување, време). Овие квалитативни одговори ќе бидат предмет на тематска анализа (опишана подолу во делот за обработка на податоци). Додека не сите

испитаници од комбинираната група одговориле на отворените прашања (затоа што беа доброволни), прибраните одговори даваат длабински увид во субјективните споредби на форматите.

- Дел 6: Лична проценка. Во завршниот дел од прашалникот, учесниците прво дадоа генерална оценка на искуството преку неколку изјави и потоа одговорија на стандардизираниот психолошки инструмент интегриран во анкетата. Најнапред, две изјави ги оценија практичните аспекти на форматите: (1) „Онлајн форматот на психотерапија ми беше погоден.“ и (2) „Форматот на психотерапија лице в лице ми беше погоден.“ – каде на скала од 1 до 5 учесникот оценува колку лично му одговара секој формат. Овие две ставки имаа цел да го измерат субјективниот прагматичен комодитет на секој формат (доколку учесникот го искусил, во спротивно можеше да ги прескокне).
- Бернстајнова скала на лични сили. Во делот 6 беше вклучена и Бернстајновата скала на лични психолошки сили. Оваа скала за лични силни страни е составена од 48 тврдења коишто во суштина опишуваат 16 позитивни атрибути на Здравиот возрасен дел од нашата личност, групирани во четири фактори: самонасоченост (идентитет, саморефлексија, самодоверба, самопотврдување, имагинација/креативност), саморегулација (емоционална рамнотежа, отпорност, самоконтрола, грижа за себе, тестирање на реалноста), поврзаност (емпатија, сочувство, хумор, одговорност) и трансценденција (благодарност и мудрост).

6.3.1 Внатрешна конзистентност на Бернстајновата скала на персонални сили (BSS)

За проценка на психометриските својства на Бернстајновата скала на персонални сили (Bernstein Strengths Scale – BSS) беше спроведена анализа на внатрешна конзистентност преку коефициентот Кронбахова алфа - Cronbach’s α (Кронбах, 1951). Скалата содржи вкупно 48 ставки, групирани во четири фактори кои ја претставуваат структурата на психолошките сили:

1. Самонасоченост (Self-Directedness)
2. Управување со себе / Саморегулација (Self-Regulation)
3. Поврзаност (Connection)
4. Трансценденција (Transcendence)

Добиената вредност изнесува α = 0.94, што укажува на многу висока внатрешна конзистентност и соодветна хомогеност на скалата (Nunnally & Bernstein, 1994).

Во Табела број 10 се прикажани сите 48 ставки со вредностите на корелација со вкупниот резултат (Item-Total correlation) и Кронбаховата алфа доколку ставката е избришана (Cronbach's Alpha if item deleted). Повеќето ставки покажуваат задоволителна поврзаност со вкупниот резултат (r > 0.50), што укажува дека придонесуваат во мерењето на истиот конструкт. Скалата покажува рамномерна дистрибуција на вредностите по сите четири фактори. Највисоки корелации се забележани кај ставките што ја мерат самонасоченоста и саморегулацијата (на пр., „Верувам во себе", „Можам да се носам со фрустрацијата", „Ги одржувам емоциите во рамнотежа"), додека нешто пониски вредности се појавуваат кај неколку ставки во доменот на трансценденцијата („Барам мудрост према која ќе живеам") и одговорноста, но без значајно влијание врз вкупната алфа.

Согласно овие резултати, може да се заклучи дека BSS има висока психометриска стабилност и е валидна и сигурна мерка на личните сили кај испитаниците (Bernstein, 2019).

Табела број 10: *Психометриските својства на Бернстајновата скала на персонални сили (Bernstein Strengths Scale – BSS) - внатрешна конзистентност преку коефициентот Кронбахова алфа - Cronbach's α*

Бр.	**Тврдење**	**Item-Total корелација**	**Cronbach's α ако е избришана**
1	Знам кој/а сум.	0.72	0.94
2	Зборувам што ми е потребно или што сакам.	0.70	0.94
3	Се грижам за моите емоционални потреби.	0.68	0.94
4	Одвојувам време да размислувам за себе.	0.69	0.94
5	Можам да поднесам стрес.	0.67	0.94
6	Имам здрави навики.	0.65	0.94
7	Верувам во себе.	0.73	0.94
8	Ги одржувам емоциите во рамнотежа.	0.71	0.94
9	Верувам на сопственото расудување.	0.70	0.94
10	Се заземам за себе.	0.68	0.94
11	Интроспективен/интроспективна сум.	0.66	0.94
12	Имам јасни вредности кои ме водат.	0.64	0.94
13	Пронаоѓам креативни решенија.	0.63	0.94

Бр.	Тврдење	Item-Total корелација	Cronbach's α ако е избришана
14	Застанувам и размислувам пред да дејствувам.	0.68	0.94
15	Замислувам како би можела да изгледа мојата иднина.	0.60	0.94
16	Останувам емоционално центриран/а.	0.66	0.94
17	Имам доверба во сопствените способности.	0.71	0.94
18	Брзо закрепнувам кога нешто ќе ги предизвика моите емоции.	0.69	0.94
19	Можам да ги одложам моменталните желби.	0.64	0.94
20	Ги искажувам своите права.	0.65	0.94
21	„Се виткам“ но „не се кршам“.	0.62	0.94
22	Ја користам имагинацијата да истражам можности.	0.61	0.94
23	Закрепнувам по потешкотиите.	0.67	0.94
24	Можам да се носам со фрустрацијата.	0.63	0.94
25	Ги преиспитувам сопствените мисли, чувства и однесувања.	0.65	0.94
26	Се грижам за мене физички.	0.62	0.94
27	Имам јасни верувања кои ме водат.	0.66	0.94
28	Сочувствителен/сочувствителна сум према себе.	0.60	0.94
29	Гледам на работите објективно.	0.64	0.94
30	Сакам да се смеам.	0.55	0.94
31	Чувствувам што другите чувствуваат.	0.59	0.94
32	Учам од животните искуства.	0.61	0.94
33	Благодарен/благодарна сум на она што го добивам.	0.58	0.94
34	Покажувам љубезност према другите.	0.59	0.94
35	Ја пронаоѓам смислата или целта во животот.	0.70	0.94
36	Проверувам дали моите верувања се рационални.	0.63	0.94
37	Имам смисла за хумор.	0.52	0.94
38	Во контакт сум со реалноста.	0.61	0.94
39	Разигран/а сум.	0.62	0.94
40	Одговорен/одговорна сум.	0.44	0.94
41	Покажувам емпатија за другите луѓе.	0.50	0.94

Бр.	Тврдење	Item-Total корелација	Cronbach's α ако е избришана
42	Благодарен/благодарна сум на она што го имам.	0.50	0.94
43	Сигурен/сигурна сум.	0.56	0.94
44	Можам да се ставам себе во „туѓите чевли“.	0.49	0.94
45	Ги вреднувам позитивните работи во својот живот.	0.67	0.94
46	Јас сум вреден/вредна за доверба.	0.61	0.94
47	Барам мудрост према која ќе живеам.	0.40	0.94
48	Имам сочувство за другите.	0.51	0.94

Добиените резултати (види Табела број 10) покажуваат дека сите 48 ставки придонесуваат кон мерењето на заедничкиот конструкт – персоналните сили. Скалата покажува висока хомогеност и внатрешна конзистентност што ја прави погодна за употреба во клинички и истражувачки контексти**.**

Со наведениот сет на инструменти – прилагодена анкета за искуство и задоволство, и Бернстајнова скала за лични психолошки сили – се обезбедуваат податоци за сите релевантни аспекти на истражувањето. Анкетниот прашалник во целина е дизајниран да биде пополнет за околу 15–20 минути. Пред главното спроведување, прашалникот беше пилотиран на мал број лица со цел да се провери јасноста на прашањата и техничката исправност на формата, по што беа направени мали корекции во формулацијата на одредени прашања. Финалната верзија беше поставена на Google Forms платформа, подготвена за дистрибуција до целната популација.

7. Популација и примерок

7.1 Популација

Предметна популација на ова истражување се сите корисници на психотерапевтски услуги во РСМ кои имале искуство со барем една сесија одржана во онлајн или лице в лице формат. За целите на ова истражување, достапна популација беа корисници на психотерапија коишто користат социјални мрежи (Facebook, Instagram, електронска пошта), платформи за онлајн терапија или користеле психотерапија во психолошки центри за советување.

7.2 Примерок

Примерокот во ова истражување е пригоден (convenience sample) и го сочинуваат возрасни лица кои доброволно учествувале во анкетата. Анкетниот прашалник беше дистрибуиран електронски, при што учесниците се регрутирани преку јавен повик на социјалните мрежи и лични контакти. Вкупно одговориле 111 испитаници, од кои неколку прашалници со значителен дел недостасувачки одговори беа изоставени од финалната анализа, така што конечниот анализиран примерок опфаќа 104 учесници. Сите испитаници ги исполнуваа критериумите за вклучување (полнолетност и психотерапевтско искуство).

Испитаниците се лица на возраст од 21 до 61 година (просечна возраст околу 35 години). Во однос на полот, во примерокот преовладуваат жените – околу три четвртини од учесниците се жени (околу 74 % се женски лица), а остатокот се мажи (околу 26 % машки лица). Учесниците имаат разновиден социјален и образовен профил: најголемиот дел живеат во урбани средини (над 90 % од примерокот), додека мал број се од рурални средини. Повеќето од испитаниците имаат високо образование – значителен дел се со завршени додипломски студии, а околу една четвртина имаат и завршен втор циклус (магистерски студии); останатите се со средно образование или повисок степен (специјализација, докторски студии). Примерокот опфаќа лица со различна брачна состојба (околу една третина се во брак, една третина во врска, една третина неженети/немажени, како и помал број разведени или вдовци). Повеќето од учесниците се вработени (околу 90 %), при што најчесто припаѓаат на популација со средни до повисоки примања. Според националноста, најголем дел од примерокот се изјасниле како Македонци, што е очекувано со оглед на тоа што истражувањето е спроведено на македонско говорно подрачје, иако мал број учесници пријавиле друга етничка припадност.

Сите учесници во примерокот имаат претходно или тековно искуство со користење психотерапевтски услуги, што беше и услов за учество. Во однос на искуството со форматот на терапијата, примерокот ги опфаќа трите целни групи: 47 испитаници (≈45 %) изјавиле дека посетувале исклучиво онлајн психотерапија, 13 (≈12 %) посетувале исклучиво терапија лице в лице, додека 45 (≈43 %) имале комбинирано искуство, односно биле вклучени во двата формата на психотерапија во различни периоди. Овие групи се користат за споредбени анализи. Дополнително, учесниците имаат различни искуства и во однос на видот на психотерапија: најголем

дел посетувале индивидуална терапија, помал дел во парови или групна терапија (некои испитаници наведоа повеќе од еден тип). Тие исто така се разликуваат во должината на терапијата – некои биле вклучени краткорочно (неколку сесии или месеци), а други долгрочно (повеќе години), како и во разновидноста на проблематиката поради која побарале помош (анксиозност, депресивни симптоми, проблеми во релациите, ниска самодоверба, трауматски искуства итн.). Овој демографски и клинички хетероген примерок овозможува поширока генерализираност на наодите, но истовремено, поради пригодниот пристап на избор, не може да се тврди репрезентативност за целата популација корисници на психотерапија.

III ДЕЛ: АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

1. Постапка за обработка на податоците

1.1. Обработка на податоци

Собирањето на податоците беше реализирано електронски, преку Google Forms, во период од јули до август 2025 година. Испитаниците беа информирани за целта на истражувањето и за начинот на користење на нивните податоци. Учеството беше доброволно и анонимно, во согласност со Етичкиот кодекс на Комората на психолози на РСМ (Комора на психолози на Република Северна Македонија, 2023).

Податоците беа обработени во IBM SPSS Statistics (верзија 26). Првично беа применети описни статистики (фреквенции, проценти, аритметичка средина и стандардна девијација) за прикажување на основниот профил на примерокот.

Понатаму беа изведени t-тестови за независни примероци, еднофакторска ANOVA-анализа, како и Пирсонови корелации (r) за да се испитаат односите меѓу варијаблите: формат на терапија, задоволство и лични психолошки сили (BSS скор).

1.2. Валидност и сигурност на инструментите

Внатрешната конзистентност на скалите беше проверена со Кронбахова алфа (α), што потврди висока психометриска стабилност на инструментите:

- α = 0.88 за скалата за задоволство
- α = 0.94 за BSS скалата.

Овие резултати се во согласност со меѓународните вредности за внатрешна конзистентност, што укажува на висока сигурност и валидност на инструментите.

Сигурноста беше утврдена со Кронбахова алфа и корелациски анализи меѓу ставките. Вредностите над 0.80 се сметаат за индикатор на висока внатрешна конзистентност според критериумите на George и Mallery, што дополнително ја потврдува стабилноста на инструментите во ова истражување (George & Mallery, 2016).

Табела број 11: *Структура на инструментите и статистички параметри*

Дел од прашалникот	**Тип на податоци**	**Цел на мерење**	**Скала**	**Кронбах α**
Демографски податоци	Категоријални	Опис на примерокот	Номинална	—
Скала за задоволство	Ликерт (1–5)	Перцепција за ефективност	Интервална	0.88
BSS скала	Ликерт (1–5)	Мерење лични сили	Интервална	0.94

Во Табела 11 е прикажана структурата на инструментите користени во истражувањето, заедно со нивните статистички параметри. Демографските податоци се обработени како категоријални променливи, со цел да се опише примерокот според основни карактеристики (пол, возраст, образование и сл.). Овие податоци се номинални и не бараат проверка на внатрешна конзистентност.

Скалата за задоволство е конструирана како Ликертова скала со пет степени (1–5), со цел да ја измери перцепцијата на испитаниците за ефективноста на одредени процеси или услуги. Податоците се третирани како интервални, а добиената вредност на Кронбах α (0.88) укажува на висока внатрешна конзистентност и сигурност на инструментот.

BSS-скалата, исто така базирана на Ликерт формат (1–5), е насочена кон мерење на личните сили и ресурси кај испитаниците. Со добиена вредност на Кронбах α од 0.94, оваа скала покажува исклучително висока сигурност и стабилност на мерењето, што ја прави особено релевантна за проценка на психолошките капацитети.

1.3. Методолошки оправдувања

Изборот на квантитативен метод се должи на потребата да се добијат објективни, споредливи и статистички обработливи податоци кои овозможуваат

тестирање на поставените хипотези. Онлајн анкетата како истражувачка техника нуди неколку предности:

- обезбедува поголема географска застапеност на испитаниците;
- ја намалува социјалната желба за прифатливост преку анонимност;
- овозможува брза обработка на податоци и лесна интеграција со статистички софтвер;
- анкетата е во согласност со дигиталниот контекст на темата (онлајн психотерапија и употреба на технологија).

Иако постои ризик од селективност на примерокот (учество главно на лица со интернет пристап и дигитална писменост), користењето на електронски формулар се смета за најсоодветен избор за истражување што вклучува онлајн психотерапевтски практики (Wright, 2005).

2. Статистичка обработка на податоците

2.1. Анализа на резултати добиени од анкетирање со Прашалникот

2.1.1. Описна статистика

Изборот на интегрираниот прашалник, составен од демографски прашања, скалата за задоволство и BSS-скалата, е заснован на нивната валидност и применливост во истражувањето. Демографските податоци овозможуваат опис на примерокот и контекстуализација на резултатите, додека скалата за задоволство и BSS-скалата обезбедуваат сигурни и конзистентни мерења на перцепцијата за ефективност и личните сили.

ДЕЛ 1: ДЕМОГРАФСКИ ИНФОРМАЦИИ

Табела број 12: *Возраст на испитаниците*

Возраст	Процент (%)
34	8.1
30	7.2
28	6.3
31	5.4
32	5.4
40	5.4
25	4.5
36	4.5

Возраст	Процент (%)
29	4.5
27	3.6
24	3.6
33	3.6
48	2.7
26	1.8
51	1.8
21	1.8
(другите категории имаат <1% поединечно)	

Интерпретација (Табела број 12): Дистрибуцијата на возраста покажува дека најголем дел од испитаниците се во интервалот 28–40 години што е карактеристично за работоспособната, психолошки активна популација која најчесто користи психотерапија. Ова укажува на релевантна репрезентација на група која е највклучена во дигитални услуги и има развиена свест за менталното здравје. Сепак, постарите групи (50+) се минимално застапени, што ограничува генерализација на резултатите за повозрасните корисници на психотерапевтски услуги.

Табела број 13: *Пол на испитаниците*

Пол	Процент (%)
Женски	75.0
Машки	25.0

Интерпретација (Табела број 13): Податоците укажуваат дека три четвртини од испитаниците се од женски пол. Овој дистрибутивен тренд е во согласност со меѓународните податоци, кои покажуваат дека жените почесто бараат психолошка поддршка и се поактивни во учество во истражувања од областа на менталното здравје. Нагласената женска застапеност, иако обезбедува релевантни согледувања од група која најчесто користи психотерапија, воедно претставува ограничување во поглед на родовата репрезентативност. Во интерпретацијата на понатамошните резултати треба да се има предвид дека ставовите и перцепциите повеќе ги рефлектираат женските искуства и психолошки стилови на справување.

Табела број 14: *Место на живеење*

Локација	**Процент (%)**
Урбано место	94.4
Рурално место	5.6

Интерпретација (Табела број 14): Речиси сите испитаници живеат во урбани средини. Ова укажува на тоа дека пристапноста до психолошки услуги, информираност за менталното здравје и дигитална писменост се значајни фактори за вклучување во студијата. Исто така, високиот удел на урбани жители се совпаѓа со тенденциите за концентрација на психотерапевтски практики во градските центри. Сепак, ниската застапеност на руралното население претставува ограничување при пренесување на резултатите кон популација со поограничен пристап до стручна поддршка и дигитални услуги.

Табела број 15: *Националност*

Категорија	**Застапеност (%)**
Македонска националност (зброени сите варијанти: Македонка, Makedonka, Македонка, Македонец, Македонско)	66.6
Албанска националност (Albanka, Албанка)	4.5
Србин / Србинка	1.0
Турчин / Турчинка	~1.0
Останати (индивидуални категории <1%)	<1% секоја

Интерпретација (Табела број 15): Националната структура е доминантно македонска, со повеќе варијанти на ист одговор („Македонка“, „Makedonka“, „Македонка“), кои кумулативно претставуваат над 65 % од примерокот. Ова е очекувано со оглед на демографијата на Северна Македонија. Застапеноста на албански, српски и турски испитаници е мала, што укажува дека резултатите најмногу ги рефлектираат перцепциите на македонската етничка група. За истражувања за интеркултурни разлики потребен е побалансиран примерок.

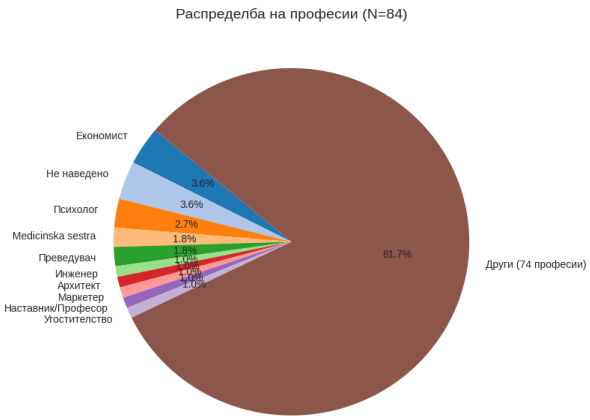
Табела број 16: *Образовно ниво*

Образование	Процент (%)
Средно образование	19.4
Високо образование	47.2
Магистер/Докторат	остаток (доминира магистер)

Интерпретација (Табела број 16): Повеќето учесници имаат завршено високо образование, а значаен дел се лица со магистерски квалификации. Високата образовна структура укажува на когнитивна и информативна подготвеност, критичка способност и отвореност кон психолошка поддршка. Воедно, образованието на испитаниците корелира со позитивните ставови кон менталното здравје и поголема склоност кон користење терапија. Иако ова претставува предност за квалитетот на податоците, ограничува генерализација кон популации со пониско образование, кои статистички поретко користат психотерапија.

Табела број 17: *Професија*

Професија	Процент (%)
Економист	3.6
/ (не наведено)	3.6
Психолог	2.7
Медицинска сестра	1.8
Преведувач	1.8
Инженер	~1.0
Архитект	~1.0
Маркетер	~1.0
Наставник/Професор	~1.0
Угостителство	~1.0
(вкупно 84 различни професии со мали индивидуални проценти)	



Слика број 1: *Професии*

Интерпретација (Табела број 17/Слика број 1): Професиите се високо диверзифицирани, без доминантна група. Најчести се професиите од општествените и технички науки, здравство и услуги. Големиот број единечни категории (<1 %) укажува на хетероген примерок со широка професионална структура. Тоа

овозможува разновидни перспективи за психотерапија, но исто така го отежнува правењето споредбени анализа според професионални групи.

Табела број 18: *Работен статус*

Статус	Процент (%)
Вработени	87.0
Невработени/Студенти	13.0

Интерпретација (Табела број 18): Големата застапеност на вработени лица говори за економска стабилност на примерокот. Овој фактор е релевантен бидејќи психотерапијата во Македонија најчесто се реализира приватно и е директно поврзана со финансиската можност да се покријат трошоците за третман. Притоа, присуството и на студенти/невработени создава одреден баланс, но нивната релативно ниска застапеност го поддржува заклучокот дека повеќе учествувале лица со стабилни ресурси и интерес за личен развој.

Табела број 19: *Месечни приходи*

Приход	Процент (%)
Под 30.000 МКД	12.6
Над 30.000 МКД	87.4

Интерпретација (Табела број 19): Доминантен дел од учесниците располагаат со приходи над 30.000 МКД. Ова сугерира дека материјалната сигурност може да биде значаен предиктор за пристапност и редовност во психотерапија. Во делот на заклучните согледувања ќе биде релевантно да се дискутира дали стабилната финансиска позиција кореспондира со повисоки нивоа на задоволство и избор на терапевтски формат.

Табела број 20: *Претходно психотерапевтско искуство*

Посетувал терапија	Процент (%)
Да	90.7
Не	9.3

Интерпретација (Табела број 20): Значителен процент од испитаниците имаат претходно искуство со психотерапија. Овој резултат претставува значајна предност за студијата, бидејќи перцепциите и проценките се темелат на практично искуство, а не на претпоставки. Таквата структура обезбедува валидност на податоците и овозможува пореална проценка на разликите меѓу форматите на третман. Сепак, ниската застапеност на лица без терапевтско искуство ја ограничува можноста за споредба меѓу информирани и неискусни корисници.

ДЕЛ 2. ОПШТО ИСКУСТВО СО ПСИХОТЕРАПИЈАТА

Табела број 21: *Формат на претходна терапија*

Формат	Процент (%)
Онлајн	44.8
Лице в лице	35.1
Комбинирано	20.1

Интерпретација (Табела број 21): Онлајн терапијата е најчест избор на испитаниците, што се вклопува во современиот контекст на дигитализација и постпандемски промени во пристапот кон здравствени услуги. Присуството на хибридни модели дополнително ја потврдува интеграцијата на нови технологии во терапевтската пракса. Податокот укажува на еволуција на психотерапијата и потребата од системско прилагодување на процесите, обучување на стручни лица и развој на дигитални стандарди.

Табела број 22: *Тип на терапија*

Тип	Процент (%)
Индивидуална	79.6
Групна	20.4

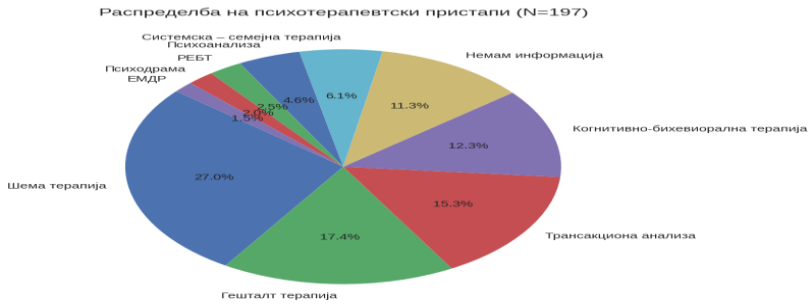
Интерпретација (Табела број 22): Индивидуалната терапија доминира како најпреферирaн формат. Ова е очекувано, бидејќи индивидуалната работа овозможува поголема конфиденцијалност, персонализирана интервенција и

интензивна работа на лични теми. Групните формати, иако помалку застапени, се присутни и укажуваат на постоење на разновидни модалитети на поддршка.

Табела број 23: *Застапеност на психотерапевтски пристапи (според број на одговори на испитаници)*

Психотерапевтски пристап	**Фреквенција**	**Процент од вкупно 197 одговори (%)**
Шема-терапија	53	26.9%
Гешталт терапија	34	17.3%
Трансакциона анализа	30	15.2%
Когнитивно-бихевиорална терапија	24	12.2%
Немам информација	22	11.2%
Системска – семејна терапија	12	6.1%
Психоанализа	9	4.6%
РЕБТ	5	2.5%
Психодрама	4	2.0%
ЕМДР	3	1.5%
Вкупно	197	100%

Во Табела број 23 се прикажани одговорите на испитаниците на прашањето: „Со кој психотерапевтски пристап – модалитет сте работеле на вашите проблеми?“. Испитаниците имаа можност да изберат повеќе од еден психотерапевтски пристап. Вкупниот број на изборни одговори (197) го надминува бројот на испитаници (n = 107), што укажува на мултиплен избор и разновидност во терапевтското искуство. Наместо еден избор, испитаниците означувале избор на повеќе од еден психотераписки пристап, што е типично кај истражувања за терапевтски искуства или познавање. Податоците укажуваат на изразена модална разновидност во психотерапијата во Северна Македонија. Најчестите пристапи се во согласност со глобалните трендови и меѓународните препораки за третман на најчести психолошки нарушувања (депресија, анксиозност, релациски потешкотии, нарушувања на личност).



Слика број 2: *Распределба на психотерапевтски пристапи*

Интегративната терапија - шема терапија, трансакциона анализа, гешталт терапијата и когнитивно-бихевиоралната терапија беа најзастапени користени модалитети на примерокот (Слика број 2). Оваа тенденција е во согласност со новите трендови, глобализацијата и современиот развој на психотерапијата. Помалку застапените пристапи во контекст на примерокот не се помалку вредни, туку како дел од спектарот, се индикатори дека понудата за третман на психолошките потешкотии во македонски контекст е разновидна (Табела 23а). КБТ ја рефлектира современата ориентација кон краткорочни, структурирани интервенции и е особено популарна кај помладите генерации и кај лица кои се поориентирани кон практични техники за справување. Значајната застапеност на хуманистички, гешталт и интегративни пристапи укажува на растечка тенденција кон холистичка, емотивно-експресивна и персонализирана терапија каде терапевтскиот однос се смета за клучен фактор за промена.

Табела број 23а: *Клучни наоди – перцептивни искуства на испитаниците низ психотераписки пристапи*

Категорија	**Толкување**
Шема терапија – интегративен пристап	Висока популарност и применливост, особено кај клиенти со хронични обрасци, пореметување на личност и емоционални потреби.
Гешталт терапија	Висока застапеност – покажува интерес за експресивни, тука и сега техники и работа со емоции.
Трансакциона анализа	Силна застапеност – укажува на важноста на его-состојби, животен скрипт и комуникациски модели во психотераписката работа.

Категорија	Толкување
КБТ (CBT)	Стандарден пристап – често користен за анксиозност и депресија, рационален, структуриран, не е долгорочен.
Немам информација	Значаен дел од испитаниците не се свесни за пристапот – што укажува на потреба за психоедукација во терапевтскиот процес, или корисници кои направиле мал број сесии, биле на психолошко советување, советување на парови итн.
Системска терапија	Умерена застапеност – работа на семејни и релациски динамики.
Психоанализа	Класичен пристап – помалку застапен, можеби поради времетраењето и современите тенденции кон интеграција.
РЕБТ	Слаба застапеност – иако е рационален пристап, можеби е помалку познат или применет во македонски контекст.
Психодрама	Експресивен, но ретко користен од страна на испитаниците во примерокот.
ЕМДР	Најмалку застапен – иако е ефикасен за траума. Можеби е недоволно познат или достапен е во комбинација со други психотераписки модалитети.

Вкупната слика (Табела број 23а) сугерира дека терапевтските искуства на испитаниците се богати и мултимодални, што може да придонесе за повисока терапевтска флексибилност, но исто така претставува предизвик при анализа на ефектите од психотерапијата низ различни модалитети.

Табела број 24: *На колку психотерапевтски сеанси сте присуствувале?*

Број на сесии	Фреквенција	Процент (%)
1–10	33	30.6
10–50	32	29.6
50–100	30	27.8
Над 100	13	12.0
Вкупно	108	100%
вкупниот број е поголем од бројот на испитаници поради различни категоријални избори, но кај ова прашање секој испитаник избира само една категорија → 108 валидни одговори		

Интерпретација (Табела број 24). Добиените податоци укажуваат на балансирана распределба помеѓу лица кои:

- скоро започнале со психотерапија,
- се во активен процес,

- имаат долгорочно терапевтско искуство.

Речиси идентичната застапеност на категориите 1–10, 10–50 и 50–100 сесии покажува дека истражувањето вклучува учесници со различна „психотерапевтска зрелост“. Ова е позитивно за анализата, бидејќи овозможува споредба на перцепциите кај:

- лица кои краткорочно ја тестирале терапијата,
- лица со стабилен и подолгорочен терапевтски процес,
- лица со високо искуство и лична трансформација преку терапија.

Ниската застапеност на испитаници кои имаат над 100 сесии (12 %) укажува дека во популацијата генерално доминира среднорочно времетраење на терапија што е во согласност со европските трендови за користење на психолошки услуги. Оваа распределба овозможува реалистична проценка на перцепциите за онлајн и лице в лице психотерапија преку различни нивоа на терапевтска изложеност.

Табела број 25: *Колку траѐше секоја сесија?*

Траење на сесија	**Фреквенција**	**Процент (%)**
45–60 минути	88	81.5
Повеќе од 60 минути	11	10.2
30–45 минути	7	6.5
Помалку од 30 минути	2	1.9
Вкупно	108	100%

Интерпретација (Табела број 25). Резултатите укажуваат дека психотерапијата во Северна Македонија најчесто се спроведува во согласност со меѓународните стандарди (45–60 минути). Ова има неколку важни импликации:

1. Квалитет и структура на услугата

Доминантната примена на 45–60-минутниот формат покажува дека практикантите следат професионални протоколи, што позитивно влијае врз терапевтскиот процес, ритамот на сесијата и воспоставувањето терапевтски сојуз.

2. Клиничка длабочина

Високиот процент на подолги сесии (над 60 минути) укажува на присуство на специјализирани модалитети, долгорочна работа и комплексни клинички случаи.

3. Достапност и практичност

Ниската застапеност на кратки сесии го рефлектира фактот дека кратки интервенции се ретко користени во традиционалните психотерапевтски рамки во земјата.

Табела број 26: *Колку долго сте на психотерапија?*

Категорија на времетраење	**Опис**	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Краткорочна терапија	до 3 месеци	12	11.8
Среднорочна терапија	3–12 месеци	26	25.5
Долгорочна терапија	1–3 години	41	40.2
Многу долга терапија	над 3 години	23	22.5
Вкупно	—	102	100%

Интерпретација (Табела број 26). Најголемиот број испитаници (40.2 %) посетуваат психотерапија во период од 1 до 3 години, што укажува на доминација на долгорочни терапевтски процеси. Значителен процент (22.5 %) припаѓаат на групата која е во терапија повеќе од 3 години, вклучувајќи и случаи со 10+ години искуство. Среднорочната терапија (3–12 месеци) е застапена кај 25.5 % од испитаниците, а краткорочните интервенции (до 3 месеци) сочинуваат најмал дел – 11.8 %. Резултатите покажуваат дека популацијата која учествувала во истражувањето главно има долгорочно искуство со психотерапија, што е особено важно за валидноста на нивните ставови во однос на:

- перцепции за онлајн терапија,
- квалитет на терапевтскиот сојуз,
- искуства со различни модалитети,
- компарација меѓу онлајн и лице в лице терапија.

Високиот процент на долгорочни корисници укажува дека изборот за учество во истражувањето најчесто го прават лица кои веќе имаат оформени, стабилни терапевтски релации, а не оние кои се само на почеток на процесот. Ова ја зголемува длабочината и кредибилноста на податоците, но воедно наметнува да се посвети внимание при генерализација кон популацијата што е во краткорочни или иницијални терапии.

Табела број 27: *На кои лични прашања, симптоми или проблеми сте работеле на психотерапијата / за какви потешкотии се јавивте?*

Лични прашања / симптоми / проблеми	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Анксиозност	67	21.6
Депресивни симптоми	50	16.1
Семејни проблеми	50	16.1
Проблеми со самодоверба	49	15.8
Партнерски проблеми	45	14.5
Трауматски искуства	43	13.8
Тагување и загуба	31	10.0
Друго	15	4.8
Проблеми со исхрана	9	2.9
Телесна тежина	9	2.9
Соматски симптоми	7	2.3
Хронична болка	7	2.3
Проблеми со неплодност / подготовка за IVF	3	1.0
Проблеми со злоупотреба на алкохол	3	1.0
Проблеми со злоупотреба на дроги	1	0.3
Вкупно одговори	≈ 330	100%

Интерпретација (Табела број 27). Резултатите укажуваат на повеќеслојност на психолошките потешкотии со кои се соочуваат клиентите, и се во согласност со глобалните трендови, каде најчести причини за барање терапија се:

1. анксиозност и депресија,
2. меѓучовечки релациски потешкотии,
3. семејни и партнерски конфликти,
4. самодоверба и емоционална регулација,
5. травматски искуства.

Високата застапеност на релациски и семејни проблеми ја рефлектира културната значајност на семејните врски и блиската поврзаност помеѓу членовите на домаќинството во македонскиот контекст. Покрај тоа, присуството на теми како:

- неплодност и IVF-процеси,
- соматски симптоми,
- зависности,
- исхрана и телесна тежина,

покажува дека психотерапијата се користи и во здравствено-поврзани, психосоматски и комплексни животни ситуации.

Оваа дистрибуција укажува на висока релевантност на психотерапијата за широк спектар на проблеми и ја потврдува потребата од мултимодален терапевтски пристап.

Табела број 28: *Како се одржуваа сесиите?*

Формат на сесија	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Онлајн	71	65.1
Лице в лице (во живо)	19	17.4
Хибридно (дел онлајн, дел во живо)	19	17.4
Вкупно	109	100%

Интерпретација (Табела број 28). Овие резултати ја одразуваат големата трансформација на психотерапевтската пракса во Северна Македонија, особено по периодот на COVID-19, каде:

1. Онлајн терапијата е доминантен модел. Со 65.1 % застапеност, дигиталниот формат е очигледно главниот избор за повеќето клиенти, најверојатно поради:
    - зголемена достапност и удобност,
    - намалени трошоци за патување,
    - флексибилност во термините,
    - можност за избор на терапевт надвор од локалната средина.
2. Лице в лице сесиите остануваат значајни. Иако не доминираат, традиционалните сесии (17.4 %) претставуваат стабилна база на клиенти кои:
    - повеќе се потпираат на личен контакт,
    - ја ценат физичката коприсутност,
    - имаат ограничен пристап до технологија.
3. Хибридниот модел добива на важност. Исто така со 17.4 %, хибридниот пристап укажува на современа практика каде клиентите комбинираат:
    - удобност на онлајн работа,
    - со длабочина и врската што ја нуди живата сесија.

Овој модел најдобро одговара на клиенти кои имаат динамичен распоред или различни терапевтски потреби во различни периоди.

Табела број 29: *Ако сесиите се одржуваа онлајн, преку која платформа/апликација се одржуваа*

Платформа / апликација	Фреквенција	Процент (%)
Skype	61	39.6
Zoom	35	22.7
Microsoft Teams	26	16.9
Viber	17	11.0
Друго	7	4.5
Телефонски разговор	4	2.6
WhatsApp	3	1.9
Електронска пошта	1	0.6
Вкупно одговори	154	100%

Интерпретација (Табела број 29): Резултатите укажуваат на карактеристичен профил на дигитални алатки што ги користат терапевтите и клиентите во Северна Македонија.

1. Доминација на Skype

Skype е најчесто користената платформа (39.6 %), што може да се должи на:

- неговата долга традиција во регионот,
- ниските технички барања,
- лесна достапност за лица со пониска дигитална писменост.

И покрај глобалното намалување на популарноста на Skype, во Македонија тој сè уште е меѓу најчесто користените за психотерапија.

2. Раст на Zoom и Microsoft Teams. Овие две платформи се користат кај речиси 40 % од учесниците (заедно), што ја рефлектира:

- постпандемиската дигитална трансформација,
- навиките стекнати во образованието и бизнисот,
- стабилноста и сигурноста за професионални сесии.

3. Популарност на Viber за побрзи, попристапни контакти. Viber (11 %) е карактеристичен за регионот и често се користи кога:

- клиентот нема стабилна интернет-конекција,

- се изведуваат кратки, поддржувачки или кризно-ориентирани сесии.

4. Многу ниска употреба на WhatsApp и e-mail

Ова е позитивно, бидејќи овие канали генерално се сметаат за помалку безбедни за психотерапија.

Табела број 30: *Ако сесиите се одржуваа онлајн, заокружете го соодевтниот формат (аудио/видео/chat пораки во времетраење на сесијата)*

Формат на онлајн сесија	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Видеоформат	95	95.0
Аудиоформат	3	3.0
Chat пораки во времетраење на сесијата	2	2.0
Вкупно	100	100%

Интерпретација (Табела број 30). Овој резултат укажува дека во Северна Македонија онлајн психотерапијата најчесто се спроведува на начин кој најмногу се приближува до класичната терапија лице в лице:

1. Видеоформатот е доминантен (95 %). Видеосесиите овозможуваат:
    - невербални сигнали,
    - визуелни реакции,
    - подобра терапевтска релација,
    - чувство на присутност,
    - повисоко чувство на доверба и безбедност.

Ваквото ниво на доминација на видеокомуникацијата е целосно во согласност со препораките на APA, EAPA и европските регулативи за телепсихологија.

2. Многу ниско користење на аудиоформат (3 %). Аудиосесиите најчесто се избираат:
    - поради технички ограничувања (лош интернет),
    - или кога клиентот се чувствува поудобно со непокажување лице.

Но нивната ниска застапеност покажува дека повеќето клиенти имаат пристап до стабилен интернет и не се одлучуваат за овој тип на минимално визуелен формат.

3. Chat-сесии речиси не се користат (2 %). Ова е позитивен индикатор за професионалната практика во Македонија, бидејќи:

- chat-форматите се сметаат за најмалку ефективни за психотерапија,
- ограничуваат невербална комуникација,
- се несоодветни за обработка на подлабоки емоционални процеси.

ДЕЛ 3. ПРЕФЕРЕНЦИИ НА КОРИСНИЦИТЕ НА ПСИХОТЕРАПЕВТСКИТЕ УСЛУГИ

Табела број 31: *Користење на вештачка интелигенција како „психолошки советник“ за потешкотиите*

Одговор	Фреквенција	Процент (%)
Не	77	70.6
Да	32	29.4
Вкупно	109	100 %

Интерпретација (Табела број 31). Овие резултати откриваат важен тренд во користењето на технологијата во психолошката поддршка:

1. Поголемиот дел од испитаниците сè уште не користат AI (70.6 %).

Ова може да се должи на:

- Недоверба во дигитални психолошки алатки.
- Недостаток на информации за нивните можности.
- Преферирање на човечки контакт.
- Страв од неточни совети или приватносни ризици.

2. Сепак, 29.4 % е значаен процент на корисници на AI. Ова покажува дека:

- AI станува релевантен ресурс за самопомош.
- Лицата бараат лесно достапна поддршка.
- Генерациите со повисока дигитална писменост се повеќе отворени за вакви алатки.
- AI не се користи како замена за терапија, туку најчесто како дополнителен извор на поддршка, информации и психоедукација.

Оваа бројка е во согласност со глобалните трендови, каде користењето на AI chat-системи како поддршка при анксиозност, стрес и донесување одлуки постојано расте.

Табела број 32: *Ако да, опишете кои апликации/платформи ги користите*

Апликација / Платформа	Фреквенција	Процент (%)
ChatGPT	30	47.6
Друго	11	17.5
Апликации за дијафрагмално дишење	7	11.1
Апликации за водење психолошки дневник (journal apps)	7	11.1
Copilot	5	7.9
Мајндфулнес апликации	3	4.8
Вкупно	63	100%

Интерпретација (Табела број 32). Овие податоци покажуваат неколку значајни трендови:

1. ChatGPT е убедливо најкористената AI-платформа за психолошка поддршка. Ова е во согласност со глобалните трендови каде GPT-базираните модели се користат за:
    - емоционална поддршка,
    - психоедукација,
    - справување со стрес и анксиозност,
    - структуриран journaling,
    - когнитивни вежби.

Причините за популарност:

- 24/7 достапност
- бесплатни или достапни верзии
- лесна употреба
- чувство на емпатија и валидирачки тон
- можност за прилагодување на комуникацијата

2. Значајна употреба на апликации за дишење и journaling. Ова укажува дека испитаниците користат AI:
    - за саморегулација,
    - за намалување на физиолошкиот стрес,
    - за подобрување на емоционалната обработка.

Ова е особено важно, бидејќи овие техники се дел од практиките на CBT и mindfulness-based интервенции.

3. Мајндфулнес апликациите имаат мала, но стабилна застапеност. Ова рефлектира:

- умерена популарност на медитативни практики,
- ограничен пристап или познавање кај испитаниците.

4. Диверзитет во наведените „други“ апликации. Ова покажува дека корисниците експериментираат со различни алатки и не постои единствена доминантна платформа освен ChatGPT.

Табела број 33: *Ако да, опишете во каков контекст ги користите*

Контекст на користење	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Како дополнување на психолошкиот третман	19	39.6
Друго	15	31.2
Како советник за личните проблеми и потешкотии	13	27.1
Како замена за психолошки третман	1	2.1
Вкупно	48	100 %

Интерпретација (Табела број 33): Резултатите покажуваат дека AI-алатките најчесто се користат како дополнителен ресурс, а не како примарен терапевтски метод. Ова е важна и позитивна индикација во контекст на безбедност и клиничка соодветност.

1. AI како дополнување на терапијата (најчест контекст). Испитаниците ги користат AI системите за:

- психоедукација,
- когнитивна реструктурирација,
- вежби за смирување,
- дневник и рефлексија.

Ова ја зајакнува терапијата, а не ја заменува.

2. AI како „советник“ за лични проблеми. Овој процент (27.1 %) покажува дека испитаниците гледаат вредност во интеракцијата:

- како форма на емоционална поддршка,
- за справување со стрес и анксиозност,
- за добивање структурирани насоки.

3. AI како замена за терапија – минимално застапено. Само 2.1% користат AI наместо терапевт. Ова покажува:

- свесност за ограничувањата на AI,
- доверба во човечката психотерапија,
- зрело користење на технологијата.

4. Категоријата „Друго“. Покажува разновидност на користење, но не и тенденција кон ризично самотерапевтско однесување.

Табела број 34: *Дали имавте преференција во однос на полот на советувачот/психотерапевтот?*

Одговор	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Немам преференција во однос на полот	79	73.1
Преферирам жена советувач/психотерапевт	26	24.1
Преферирам да не се изјаснам	2	1.9
Преферирам маж советувач/психотерапевт	1	0.9
Вкупно	108	100 %

Интерпретација (Табела број 34). Овие резултати укажуваат на неколку важни социокултурни и клинички аспекти:

1. Преференцијата на повеќето (73.1 %) е неутрална. Ова обично се поврзува со:

- доверба во професионалната компетентност, а не полот,
- широки позитивни искуства со терапевти од различен пол,
- повисока психолошка зрелост и отвореност кај испитаниците.

2. Жените терапевтки доминираат како фериран избор (24.1%). Ова е во согласност со глобалните трендови, според кои:

- клиентите почесто избираат жена за работа со емоции, траума, семејни и релациски теми,
- жените се перцепираат како повнимателни, емпатични и поддржувачки (културен стереотип кој често влијае на изборот).

3. Маж терапевт е исклучително ретка преференција (0.9 %). Ова може да биде одраз на:

- ниска застапеност на мажи психотерапевти во земјата,
- можни културни стереотипи околу емотивно отворање пред мажи.

4. Малиот број на испитаници што не сакаат да се изјаснат (1.9 %). Ова покажува дека темата не е чувствителна за поголемиот дел од испитаниците.

Табела број 35: *Според вас, колку често вие потребно да закажувате сесии?*

Фреквенција на сесии	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Еднаш на две недели	40	37.0
Еднаш неделно	28	25.9
Ретко, по потреба	18	16.7
Еднаш месечно	15	13.9
Немам преференција	7	6.5
Вкупно	108	100 %

Интерпретација (Табела број 35). Резултатите укажуваат на балансиран однос помеѓу структурирана терапија и флексибилност:

1. „Еднаш на две недели“ како најчест избор (37 %). Ова е карактеристично за:
    - стабилни клиенти во средна или напредна фаза од терапијата,
    - лица кои имаат развиени вештини за саморегулација,
    - ресурсно-стабилни клиенти кои не бараат интензивна неделна поддршка.
2. Висока застапеност на неделни сесии (25.9 %). Ова е во согласност со:
    - психодинамички и когнитивно-бихевиорални модели,
    - работа со акутни симптоми (анксиозност, депресија, траума),
    - потребата од континуитет за развој на терапевтскиот сојуз.
3. Ретки сесии по потреба (16.7 %). Ова најчесто значи дека:
    - клиентот е во фаза на одржување,
    - има завршено интензивен процес,
    - сака поддршка при конкретни животни ситуации.
4. Еднаш месечно (13.9 %). Овој избор е типичен за:
    - посттерапевтска поддршка,
    - следење на напредок,
    - превенција на регресија.
5. Без преференција (6.5 %). Ова може да значи дека:
    - клиентот се прилагодува на можностите на терапевтот,
    - нема стабилен ритам на работа,
    - клиентот е во ран стадиум на терапијата.

ДЕЛ 4. ЗАДОВОЛСТВО ОД ФОРМАТОТ НА ТЕРАПИЈА

Табела број 36: *Се чувствував удобно да разговарам за лични прашања во терапија*

Одговор	**Фреквенција**	**Процент (%)**
1	2	1.8
2	3	2.8
3	6	5.5
4	24	22.0
5	74	67.9
Вкупно	109	100 %

Интерпретација (Табела број 36): Поголемиот дел од испитаниците се чувствуваат многу удобно да зборуваат за лични прашања во терапијата. Ова укажува на:

- стабилен терапевтски сојуз,
- чувство на доверба,
- сигурно психотерапевтско опкружување.

Табела број 37: *Мојот психотерапевт ме разбираше ефикасно преку овој формат*

Одговор	**Фреквенција**	**Процент (%)**
1	2	1.8
2	1	0.9
3	2	1.8
4	14	12.8
5	90	82.6
Вкупно	109	100%

Интерпретација (Табела број 37): Повеќе од 80 % избрале 5 (целосно се согласувам).

Ова значи дека форматот на комуникација (вкл. онлајн) не го нарушува:

- емпатиското слушање,
- квалитетот на релационата интеракција,
- терапевтското присуство.

Табела број 38: *Бев задоволен/на од моето ниво на ангажман со мојот психотерапевт*

Одговор	Фреквенција	Процент (%)
1	3	2.8
2	1	0.9
3	4	3.7
4	24	22.4
5	75	70.1
Вкупно	107–109	

Интерпретација (Табела број 38): Испитаниците чувствуваат активна вклученост во терапијата. Ова е поврзано со:

- добро структуриран процес,
- соодветна динамика,
- колаборативна атмосфера.

Табела број 39: *Се чувствував емоционално поддржано за време на сесиите*

Одговор	Фреквенција	Процент (%)
1	1	0.9
2	1	0.9
3	9	8.3
4	16	14.8
5	81	75.0
Вкупно	108	100%

Интерпретација (Табела број 39): Повеќе од три четвртини од испитаниците ја одбрале највисоката оценка. Ова потврдува дека:

- форматот на терапијата (особено онлајн) овозможува силна релацијска поврзаност,
- клиентите се чувствуваат слушнати, видени и разбрани.

Табела број 40: *Форматот на терапијата ми овозможи ефикасно да се изразам*

Одговор	Фреквенција	Процент (%)
1	1	0.9
2	2	1.9
3	6	5.6
4	28	25.9
5	71	65.7
Вкупно	108	100%

Интерпретација (Табела број 40): Испитаниците немаат потешкотии да се изразат, иако дел од терапијата се одвива во онлајн формат. Ова е индикатор за:

- добра техничка подготвеност,
- удобност со дигитални платформи,
- функционална работна алијанса.

Табела број 41: *Перципирана ефикасност - сметам дека терапијата беше ефикасна колку што очекував*

Одговор	Фреквенција	Процент (%)
1	2	1.9
3	6	5.6
4	27	25.0
5	73	67.6
Вкупно	108	100 %

Интерпретација (Табела број 41): Повеќето испитаници сметаат дека терапијата била барем онолку ефикасна колку што очекувале. Ова е клучен индикатор за:

- валидноста на онлајн психотерапијата,
- задоволство со резултатите од процесот,
- исполнети терапевтски цели.

Табела број 42: *Би го препорачал овој формат на психотерапија и на други*

Одговор	Фреквенција	Процент (%)
1	1	0.9
2	1	0.9
3	3	2.8
4	14	13.0
5	89	82.4
Вкупно	108	100 %

Интерпретација (Табела број 42): Еден од најсилните показатели за успешност е што над 82 % од испитаниците би го препорачале форматот на други. Ова покажува:

- општа доверба во психотерапијата,
- позитивно искуство со онлајн работа,
- добра општа прифатеност.

ДЕЛ 5. СПОРЕДБА НА ОНЛАЈН НАСПРОТИ ТЕРАПИЈА ЛИЦЕ В ЛИЦЕ

Табела број 43: *Кој формат го претпочитате генерално?*

Формат	Фреквенција	Процент (%)
Без преференции	33	39.3
Лице в лице	29	34.5
Онлајн	19	22.6
Комбинирано: онлајн + лице в лице	2	2.4
Онлајн + лице в лице + без преференци	1	1.2
Вкупно	84	100 %

Интерпретација (Табела број 43). Овие резултати упатуваат на неколку важни трендови:

1. Голема флексибилност кај корисниците (39.3 %). Најголем дел од испитаниците немаат ограничување во изборот на формат. Тоа укажува на:

- адаптабилност кон различни модели на терапија,
- прифаќање на онлајн форматот како валидна опција,
- фокус на квалитетот на терапијата, а не на медиумот.

2. Лице в лице и понатаму има традиционална предност (34.5 %). Ова е очекувано поради:

- културни претстави за „вистинска терапија“ како физичко присуство,
- перцепција на поголема емоционална поврзаност во живо,
- историски развиен терапевтски модел во регионот.

3. Онлајн терапијата има значајно место (22.6 %). Ова е исклучително важно и покажува:

- висок степен на доверба во дигиталните формати,
- позитивни искуства од времето на COVID-19,
- удобност кај дигитално писмената популација (студенти, професионалци).

4. Комбинираните одговори (3.6 %). Овие испитаници најчесто користат хибриден модел кој станува сè попопуларен глобално.

Табела број 44: *Кои се предностите на онлајн форматот?*

Категорија (групирана предност)	**Фреквенција**	**Процент (%)**
Заштеда на време	28	25.9
Флексибилност и полесно закажување	22	20.4
Комфор и чувство на безбедност дома	18	16.7
Нема патување / достапност од било каде	15	13.9
Поголем избор на психотерапевти (јазик, модалитет)	9	8.3
Лесно вклучување во сесија / помал стрес	7	6.5
Подобра приватност / избегнување стигма	5	4.6
Полесно регулирање на емоции (удобност, ќебе, атмосфера)	4	3.7
Друго / индивидуални специфични предности	5	4.6
Вкупно искази	108	100%

Интерпретација (Табела број 44). Предности на онлајн терапијата според испитаниците во истражувањето се:

1. Заштедата на време е најголемата предност (25.9 %). Испитаниците најчесто нагласуваат:

- нема патување,
- нема чекање,

- побрза организација.

Ова е во линија со глобалните истражувања.

2. Флексибилноста е силен втор фактор (20.4 %). Онлајн сесиите им овозможуваат:

- полесно закажување во густи распореди,
- продолжување на терапијата при патувања или работа,
- пократки интервали меѓу сесиите кога е потребно.

3. Комфор и лична безбедност (16.7 %). Испитаниците често пишуваат:

- „сум дома“,
- „во мој простор“,
- „се чувствувам безбедно“,
- „многу ми е поудобно“.

4. Онлајн терапијата ја зголемува достапноста (13.9 %). Особено важно за:

- помали градови,
- рурални средини,
- лица со ограничена мобилност.

5. Поголем избор на терапевти (8.3 %). Ова е суштинска предност во македонскиот контекст. Клиентите може да изберат терапевт кој им одговара по:

- модалитет,
- јазик,
- културна чувствителност,
- стил на работа.

6. Понисок стрес и полесно „вклучување“ (6.5 %). Особено корисно за клиенти со:

- социјална анксиозност,
- панични напади,
- траума.

7. Подобра приватност (4.6 %). Онлајн форматот ја намалува стигмата затоа што:

- нема физичко појавување во ординација,
- нема средби со други клиенти.

Заклучок: Онлајн терапијата носи комбинирани практични и психолошки предности, при што доминираат времето, флексибилноста и комфорот, што ја прави исклучително привлечна за широк спектар клиенти.

Табела број 45: *Кои се недостатоците на онлајн форматот?*

Категорија (недостаток)	**Примери од одговорите**	**Фреквенција**	**%**
Недостаток на физички контакт / присутност	„личниот контакт“, „физички пристап“, „потешко се воспоставува closeness“	18	20.7%
Технички проблеми / интернет	„проблем со конекција“, „технички проблеми“, „звук/камера“	15	17.2%
Намалена невербална комуникација	„не се гледа целото тело“, „минимира невербална комуникација“	14	16.1%
Помалку длабока емоционална поврзаност	„по формална е комуникацијата“, „потешко да се отворам“	11	12.6%
Нарушувања во домашната средина / недостаток на приватност	„домашни пречки“, „немам приватност дома“	9	10.3%
Помалку безбедна атмосфера / терапевтски простор	„недостиг на контролирана атмосфера“, „недоволно безбедно“	7	8.0%
Замор од екран (screen fatigue)	„замор од компјутер“, „премногу дигитално“	5	5.7%
Потешка работа со емоции / кризи	„кога ти е тешко, не сакаш да зборуваш“, „потешко при паника“	4	4.6%
Друго / неспециф			

Интерпретација (Табела број 45). Недостатоци на онлајн терапијата се:

1. Емоционалната и релациската компонента е највпечатливиот недостаток на онлајн терапијата. Комбинирано, категориите поврзани со „поврзаност“ (физичка присутност, невербално, длабочина на контакт) сочинуваат повеќе од 49 % од сите одговори. Тоа ја потврдува важноста на:

- терапевтскиот простор,
- невербалната синхронизација,
- сигурната база во физичкиот амбиент.

2. Техничките тешкотии се втор најважен блокер. Се јавуваат различни форми:

- интернет-прекини,
- лош квалитет на звук или слика,
- микрофони, слушалки, платформи. Ова директно влијае врз:
- континуитет,
- фокус,

- перцепција на професионалност.

3. Домашната средина е трет предизвик. Недостаток на приватност → повеќе анксиозност → помалку отвореност. Особено релевантно за:

- лица што живеат со родители,
- партнери,
- деца,
- станбени услови со мала приватност.

4. Онлајн терапијата поголем дел од времето функционира добро, но потребна е зрелоста на клиентот. Одговорите покажуваат дека онлајн безбедното „држење на простор“ бара:

- подобра саморегулација,
- контрола над сопствениот простор,
- техничка подготвеност.

Табела број 46: *Кои се предностите на терапијата лице в лице*

Категорија (предност)	**Примери од одговорите**	**Фреквенција**	**%**
Подлабок личен контакт и релација	„повеќе доверба“, „личната поврзаност“, „поголема емпатија“, „доверба“	18	22.8%
Присутност, енергија и атмосфера во просторот	„енергијата на лицето“, „самиот простор“	14	17.7%
Подобра невербална комуникација	„изрази на лицето“, „телесни реакции“, „јазик на телото“	12	15.2%
Подлабока емоционална работа	„полесно отворање“, „подлабоки емоции“, „емотивна поддршка“	10	12.7%
Поголема концентрација / фокус	„поголем фокус“, „подобра присутност“, „ми се работи подобро“	8	10.1%
Структура и ритуалност на сесијата	„ритуал“, „подготовка“, „тоа што одам таму има ефект“	6	7.6%
Поголема сигурност и стабилност	„се чувствувам побезбедно“, „сигурност во просторот“	5	6.3%
Друго / единечни специфични одговори	„храброст“, „истрајност“, „подобра атмосфера“	6	7.6%
Вкупно	—	79	100%

Интерпретација (Табела број 46). Предности на терапијата лице в лице се:

1. Релацијата лице в лице е централна за македонскиот контекст. Ова силно се усогласува со културолошката норма дека емоционалната поврзаност се гради со „личен контакт“.

2. Терапевтскиот простор сам по себе функционира како котерапевт. Испитаниците ја нагласуваат важноста на:

- приватноста,
- атмосферата,
- ритуалноста на доаѓањето.

3. Невербалната комуникација е клучна. Бидејќи многу терапевтски модалитети (психодинамички, хуманистички, гешталт) се силно релациски, невербалната комуникација е суштинско средство за проценка.

4. Емоционалната безбедност е фактор со големо влијание. Испитаниците имаат повисока сигурност во физичкиот простор отколку онлајн.

5. Сесиите лице в лице повеќе наликуваат на „вистинска терапија“. Ова е важен културолошки момент. Испитаниците често наведуваат:

- „како да се работи поозбилно“,
- „структурата ми помага“.

Табела број 47: *Кои се недостатоците на терапијата лице в лице*

Одговор	**Фреквенција**	**%**
"/" (не навел ништо)	2	15.4%
Нема	1	7.7%
нема недостатоци	1	7.7%
губење фокус поради нов простор, амбиент	1	7.7%
повеќе ресурси трошиш	1	7.7%
бара клиентот да е на иста локација со терапевтот	1	7.7%
време и финансии за транспорт	1	7.7%
не знам	1	7.7%
ограниченост во простор и време	1	7.7%
несериозно	1	7.7%
не знам	1	7.7%
до сега сум била на ваков тип терапија	1	7.7%

Интерпретација (Табела број 47). Недостатоци на терапијата лице в лице се: најголемиот дел од испитаниците (46.2 %) сметаат дека терапијата лице в лице нема

значајни недостатоци. Ова е важен наод → покажува силна доверба во традиционалниот формат. Најзначајниот идентификуван недостаток е потребата од физичко присуство (23.1 %). Ова опфаќа:

- патување,
- финансиски трошоци,
- неповолност за луѓе од мали градови,
- логистички тешкотии.

Губење фокус поради „нов простор“ (15.4 %). Некои клиенти се чувствуваат:

- непријатно во туѓ простор,
- под стрес од „клиничката“ атмосфера,
- дезориентирани во професионална ординација.

Мал дел наведуваат ограничување во простор и време (7.7 %). Ова е директен контраст со флексибилноста кај онлајн терапијата.

Поголеми трошоци и ресурси (7.7 %). Особено за:

- студенти,
- лица што живеат далеку,
- лица со густ распоред.

ДЕЛ 6: ГЕНЕРАЛНА ОЦЕНКА НА ВАШЕТО ИСКУСТВО

Табела број 48: *Онлајн формат на психотерапија ми беше погоден*

Одговор	**Фреквенција**	**Процент (%)**
1	1	1.0
2	5	5.0
3	13	13.0
4	17	17.0
5	64	64.0
Вкупно	100	100%

Интерпретација (Табела број 48). Овие резултати покажуваат дека онлајн психотерапијата е општо прифатена како функционална и удобна, при што:

- повеќе од три четвртини (81 %) имаат позитивно искуство (оценка 4 или 5),
- мала група (6 %) доживува непогодност,

- средната група (13 %) најверојатно има мешано или ситуациски зависно искуство.

Ова го потврдува трендот дека онлајн терапијата е добро усвоена, особено кај дигитално компетентната популација и кај лица со динамични распореди.

Табела број 49: *Форматот на психотерапија лице в лице ми беше погоден*

Одговор	**Фреквенција**	**Процент (%)**
1	1	1.3
2	3	3.9
3	8	10.5
4	12	15.8
5	52	68.4
Вкупно	76	100 %

Интерпретација (Табела број 49). Форматот лице в лице е значајно позитивно оценет и доминира во однос на:

- релациската длабочина,
- емоционалната присутност,
- сигурноста на терапевтскиот простор.

Вкупно 84.2 % даваат позитивни оценки (4 или 5), што е уште повисоко дури и од онлајн форматот. Ова укажува дека, иако онлајн терапијата е погодна за многу клиенти, традиционалниот модел лице в лице останува „златен стандард“ за најголем број испитаници.

Средна вредност на задоволството од терапијата по формат на психотерапија

Табелата број 50 ги прикажува средните вредности и стандардните девијации за задоволството од психотерапијата според форматот на сесиите. Како што се гледа, највисока просечна оценка за задоволство има групата која посетувала онлајн сесии ($M = 4.73$, $SD = 0.40$), што укажува на висока конзистентност и позитивно искуство. Групата со лице в лице сесии има нешто пониска средна вредност ($M = 4.37$, $SD = 1.18$), со поголема варијабилност меѓу учесниците.

Табела број 50: *Средна вредност на задоволството од терапијата по формат на психотерапија*

Формат на сесии	**N**	**Mean**	**Std. Deviation**
Онлајн	71	4.73	0.40
Лице в лице (во живо)	19	4.37	1.18
Хибридно (комбинирано)	19	4.52	0.76
Вкупно	109	4.65	0.65

Хибридниот формат (Табела број 50) покажува средна вредност од 4.52 (SD = 0.76), што е меѓу онлајн и традиционалниот пристап. Вкупниот просек за сите учесници е 4.65 (SD = 0.65), што укажува на генерално високо задоволство од психотерапијата независно од форматот.

Бернстајновата скала на психолошки сили - просечни вредности

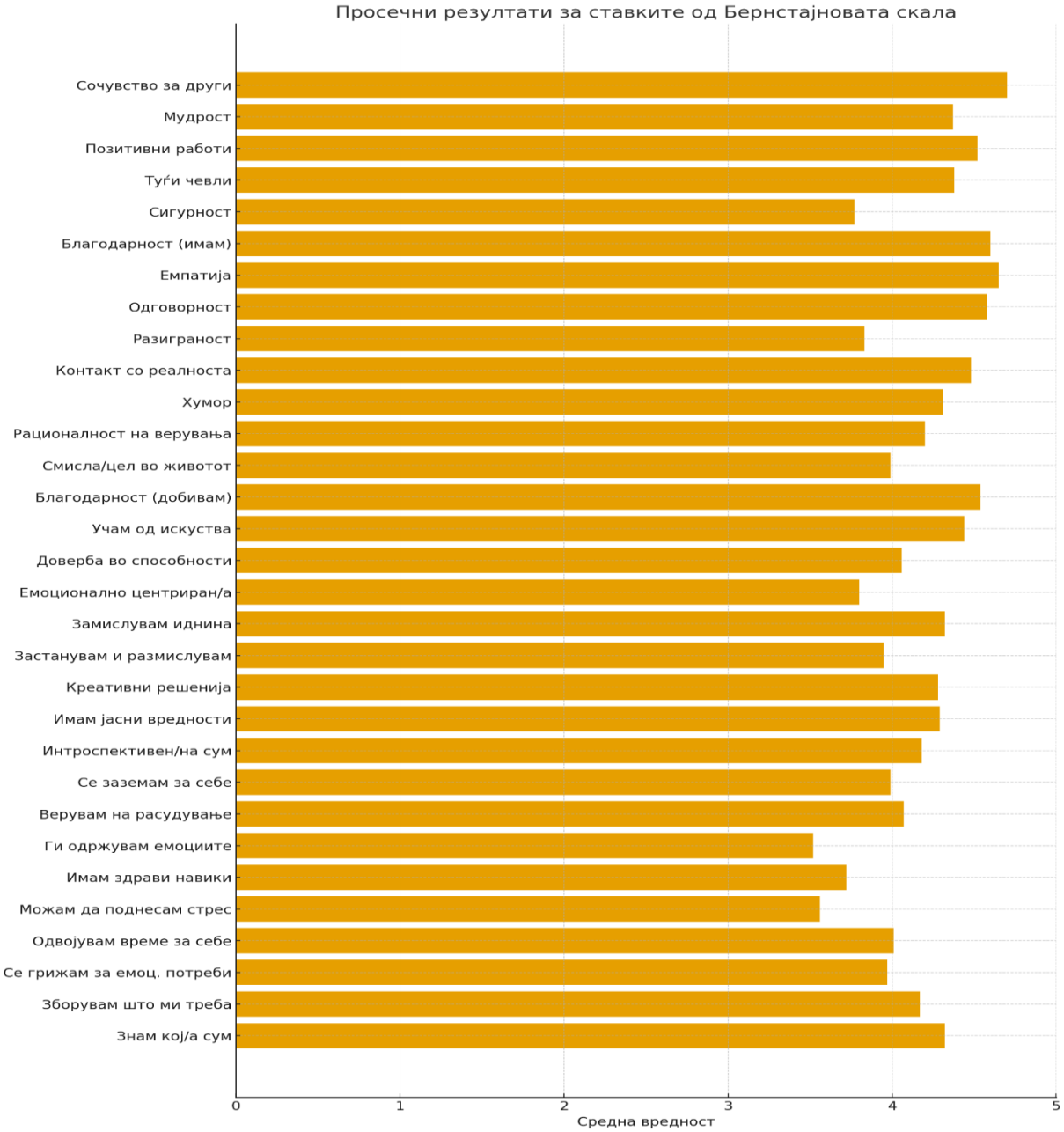
Во Табела број 51 се прикажани просечните вредности добиени од BSS-скалата, која има за цел да ги измери личните сили и ресурси кај испитаниците. Прикажаните резултати овозможуваат увид во нивото на психолошка отпорност и капацитет за справување со предизвици. Просечните вредности укажуваат на генерална тенденција во примерокот и овозможуваат споредба меѓу различни групи или подгрупи на испитаници. Високите просечни резултати би укажувале на повисоко ниво на лични сили, додека пониските резултати би сигнализирале потреба за дополнителна поддршка или интервенција. Со тоа, табелата претставува основа за понатамошна анализа и дискусија, особено во контекст на поврзување со други психолошки и демографски фактори.

Табела број 51: *Просечни резултати на Бернстајновата скала*

Број	**Тврдење**	**Просек**
1	Знам кој/а сум.	4.32
2	Зборувам што ми е потребно или што сакам.	4.17
3	Се грижам за моите емоционални потреби.	3.97
4	Одвојувам време да размислувам за себе.	4.01
5	Можам да поднесам стрес.	3.56
6	Имам здрави навики.	3.72
7	Ги одржувам емоциите во рамнотежа.	3.52

Број	Тврдење	Просек
8	Верувам на сопственото расудување.	4.07
9	Се заземам за себе.	3.99
10	Интроспективен/интроспективна сум.	4.18
11	Имам јасни вредности кои што ме водат.	4.29
12	Пронаоѓам креативни решенија.	4.28
13	Застанувам и размислувам пред да дејствувам.	3.95
14	Замислувам како би можела да изгледа мојата иднина.	4.32
15	Останувам емоционално центриран/а.	3.80
16	Имам доверба во сопствените способности.	4.06
17	Брзо закрепнувам кога нешто ќе ги предизвика моите емоции.	3.20
18	Можам да ги одложам моменталните желби.	3.80
19	Ги искажувам своите права.	3.67
20	„Се виткам“ но „не се кршам“.	3.93
21	Ја користам имагинацијата да истражам можности.	4.02
22	Закрепнувам по потешкотии.	4.07
23	Можам да се носам со фрустрацијата.	3.70
24	Ги преиспитувам сопствените мисли, чувства и однесувања.	4.52
25	Се грижам за себе физички.	3.93
26	Имам јасни верувања кои ме водат.	3.98
27	Сочувствителен/сочувствителна сум према себе.	4.70
28	Чувствувам што другите чувствуваат.	4.44
29	Учам од животните искуства.	4.44
30	Благодарен/благодарна сум на она што го добивам.	4.54
31	Покажувам љубезност према другите.	4.67
32	Ја пронаоѓам смислата или целта во животот.	3.99
33	Проверувам дали моите верувања се рационални.	4.20
34	Имам смисла за хумор.	4.31
35	Во контакт сум со реалноста.	4.48
36	Разигран/а сум.	3.83
37	Одговорен/одговорна сум.	4.58
38	Покажувам емпатија за другите луѓе.	4.65
39	Благодарен/благодарна сум на она што го имам.	4.60
40	Сигурен/сигурна сум.	3.77
41	Можам да се ставам себе во „туѓите чевли“.	4.38
42	Ги вреднувам позитивните работи во својот живот.	4.52
43	Јас сум вреден/вредна за доверба.	4.72
44	Барам мудрост према која ќе живеам.	4.37
45	Имам сочувство за другите.	4.70

Број	Тврдење	Просек
46	Сакам да се смеам.	4.31
47	„Во контакт“ сум со реалноста.	4.48
48	Имам сочувство за другите.	4.70



Слика број 3: *Графички приказ на просечни вредности на Бернстајновата скала*

Интерпретација (Табела број 51/ Слика број 3). Просечните вредности на 48-те ставки од скалата покажуваат високо ниво на психолошка зрелост, функционалност и лични ресурси кај испитаниците. Резултатите претставуваат

солидна основа за оценување на четирите главни фактори: самонасоченост, саморегулација, поврзаност и трансценденција.

1. Доминираат високите вредности (4.0–4.7). Најголем дел од ставките имаат средни вредности меѓу 4.1 и 4.6, што укажува дека испитаниците генерално:

- имаат јасен идентитет,
- се рефлексивни,
- користат креативни решенија,
- имаат развиена емпатија,
- користат здрави когнитивни и емоционални стратегии.

Ова е особено видливо кај ставките:

- Емпатија (4.65)
- Сочувство за други (4.70)
- Одговорност (4.58)
- Благодарност (4.54 и 4.60)
- Контакт со реалноста (4.48)
- Позитивен поглед кон животот (4.52)

Овие вредности ја карактеризираат групата како емоционално зрела, сочувствителна и ориентирана кон раст.

2. Средни вредности кај неколку клучни ставки (3.5–3.9). Ниски, но сè уште функционални просеци се јавуваат кај:

- Можам да поднесам стрес (3.56)
- Ги одржувам емоциите во рамнотежа (3.52)
- Емоционално центриран/а останувам (3.80)
- Разигран/а сум (3.83)
- Имам здрави навики (3.72)

Ова укажува дека испитаниците имаат добри, но не идеални капацитети за:

- справување со стрес,
- емоционална регулација,
- телесна грижа и навики.

Овие ставки често се чувствителни на животен стил, работен стрес и општествен контекст.

3. Најниските просеци (3.5–3.7). Најслабите сегменти (иако сè уште функционални) се:

- Ги одржувам емоциите во рамнотежа (3.52)

- Можам да поднесам стрес (3.56)
- Имам здрави навики (3.72)

Овие резултати сугерираат можност дека:

- овие домени може да се засегнати од современиот начин на живот,
- токму тука психотерапијата може да има најголем ефект,
- тие домени најчесто се подобруваат со интервенција.

Општа интерпретација на добиените просечни вредности

Резултатите укажуваат на тоа дека групата од испитаници:

- има висока самосвест,
- поседува добри когнитивни ресурси,
- функционира емоционално стабилно,
- има висок капацитет за поврзување со другите,
- покажува силен морален и вредносен систем,
- и демонстрира психолошка отпорност.

Ова може да биде индикативно за тоа дека дел од испитаниците се:

- подобро едуцирани,
- веќе имале контакт со психотерапија,
- имаат развиени лични ресурси,
- или се мотивирани за личен раст.

Во Табела број 52 се прикажани описните статистики за резултатот на скалата на лични сили на Бернстајн (Bernstein Strengths Scale – BSS) по формат на терапија. Како што веќе беше опишано погоре, скалата го мери нивото на развиени персонални сили односно здрави психолошки капацитети кај индивидуата (опсег 1–5, повисоко значи изразени лични сили). Може да се забележи дека просечните оцени на BSS се исто така релативно високи во сите групи – што укажува на тоа дека испитаниците генерално поседуваат силно развиени лични капацитети.

Табела број 52: *Средна вредност на личните сили (BSS скор) по формат на психотерапија*

Формат на сесии	**N**	**Mean**	**Std. Deviation**
Онлајн	71	4.15	0.54
Лице в лице (во живо)	19	4.21	0.85
Хибридно (комбинирано)	19	4.07	0.55

Формат на сесии	N	Mean	Std. Deviation
Вкупно	109	4.16	0.57

Интерпретација (Табела број 52): Групата со *лице в лице* терапија има малку повисок просек на BSS (M = 4.21) во споредба со онлајн групата (M = 4.15) и хибридната (M = 4.07), но разликите меѓу групите се мали. Вкупниот просек на BSS скалата за сите испитаници изнесува M = 4.16 (SD = 0.57), што означува високо ниво на лични сили во просек.

2.1.2. Корелациона анализа

Во овој дел се прикажани резултатите од корелационата статистика со цел да се утврдат меѓусебните односи меѓу варијаблите во истражувањето. Врз основа на дистрибуцијата на податоците беше применет Pearson или Spearman-коефициент на корелација, соодветно на нормалноста и типот на променливите.

- Корелација меѓу задоволството од психотерапијата и личните психолошки сили (BSS)

Хипотеза 4 предвидуваше дека ќе постои позитивна корелација помеѓу перципцираните лични психолошки сили и степенот на задоволство од терапијата. Резултатите ја потврдија оваа хипотеза. Во Табела број 54 е прикажано дека постои средно силна, позитивна и статистички значајна корелација помеѓу BSS-скалата и задоволството од терапијата ($r \approx 0.457$, $p < 0.001$). Ова значи дека испитаниците кои имаат повисоки резултати на BSS – што претставува повисоко ниво на:

- саморегулација,
- самодоверба,
- психолошка стабилност,
- способност за справување и самоиницијативност –

паралелно пријавуваат и повисок степен на задоволство од психотерапевтскиот процес, без разлика на избраниот формат (онлајн, лице в лице или комбиниран).

Интерпретација во контекст на хипотезите

Овој резултат е во целосна согласност со Хипотеза 4 и со меѓународната литература (Bernstein, 1999; Fredrickson, 2009), која покажува дека јакнењето на

личните психолошки ресурси е директно поврзано со подобро субјективно доживување на терапијата. Позитивната врска укажува дека личните сили не само што се релевантни за индивидуалното функционирање, туку претставуваат фактор кој го обликува начинот на кој клиентите ја оценуваат ефективноста и задоволството од психотерапијата. Ова дополнително објаснува зошто, иако не беа најдени значајни разлики меѓу форматите на терапија (Хипотези 1 и 3), сепак индивидуалните фактори како личните психолошки ресурси силно предвидуваат задоволство, независно од форматот.

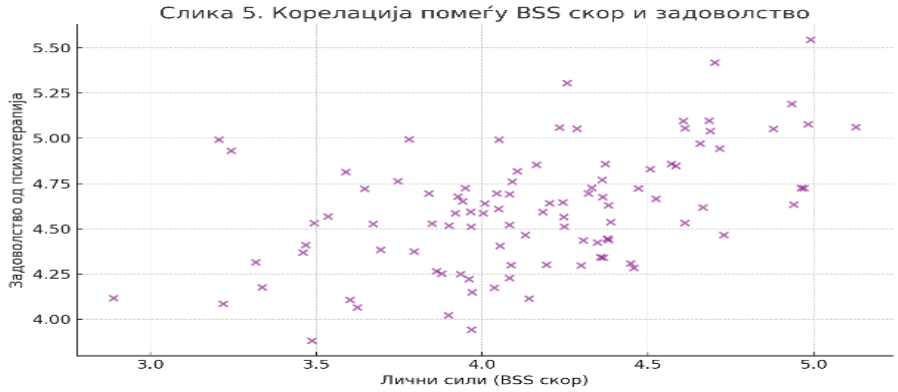
Табела број 53: *Корелација помеѓу личните сили (BSS) и задоволството од терапијата*

Correlations – BSS и Задоволство

	Лични сили (BSS)	Задоволство од терапијата
Лични сили (BSS)	1.0	0.457
Задоволство од терапијата	0.457	1.0

Напомена: Прикажани се Пирсонови коефициенти на корелација (r). *p < 0.01(двострано).

Корелациските резултати даваат силна поддршка за Хипотеза 4 и укажуваат дека индивидуалните психолошки карактеристики имаат посилен ефект врз задоволството од терапијата отколку самиот формат на испорака (онлајн/во живо)**.**



Слика број 4: *Корелација помеѓу БСС скор и задоволство од психотерапија*

Слика број 4 прикажува позитивна корелација меѓу резултатите на скалата за лични сили (BSS) и перцепираното задоволство од психотерапијата. Како што расте

BSS-скорот — што претставува самопроценка на внатрешните ресурси, отпорност и капацитет за справување — така расте и задоволството од терапевтскиот процес.

Најголем број податоци се концентрирани во опсегот од BSS = 3.5–4.5 и задоволство = 4.25–5.00, што укажува на тоа дека умерено високи лични сили се поврзани со поволна терапевтска перцепција. Ова може да се толкува како индикатор дека персоналната психолошка сила и самоперцепцијата играат значајна улога во терапевтскиот исход, особено во контекст на мотивација, ангажман и способност за интеграција на терапевтски содржини. Иако графиконот не прикажува регресиона линија или статистички параметри (на пр. r или p вредност), визуелната распределба на точките сугерира конзистентен тренд: лица со повисок BSS-скор имаат тенденција да пријават повисоко задоволство од психотерапијата.

Секако, треба да се напомене дека корелацијата не означува причинско-последична врска, па оттука не можеме директно да заклучиме дали посилниот Healthy Adult-профил кај личноста води до поголемо задоволство од терапијата, или пак успешно терапевтско искуство придонесува кон зајакнување на личните сили – најверојатно постои заемно влијание.

- Корелација меѓу образование, професија ↔ задоволство од терапија и психолошки сили

Табелата број 54 ги прикажува корелациите на образование, професија со задоволството од терапијата и личните психолошки сили (BSS).

Табела број 54: *Корелации меѓу образование, професија со задоволството од терапијата и личните психолошки сили*

Фактор	**Врска со задоволство (r, p, CI)**	**Заклучок**	**Врска со лични сили (r, p, CI)**	**Заклучок**
Образование	r ≈ 0.04, p > .05, CI [–0.15, 0.22]	Нема значајна врска	r ≈ 0.06, p > .05, CI [–0.13, 0.24]	Нема значајна врска
Професија	r ≈ 0.03, p > .05, CI [–0.16, 0.21]	Нема значајна врска	r ≈ 0.05, p > .05, CI [–0.14, 0.23]	Нема значајна врска

Интерпретација (Табела број 54):

- Сите корелации се блиску до нула → врските се многу слаби.
- 95% CI опфаќа нула → нема сигурна насока на врската.
- p > .05 → нема статистичка значајност.
- Заклучок: образованието и професијата не се релевантни предиктори ниту за задоволството од терапијата, ниту за личните психолошки сили.

Сумирано, корелационата анализа потврди дека постои значајна поврзаност меѓу личните сили и перцепцијата за задоволство. Овие резултати ја потврдуваат хипотезата дека психолошките ресурси играат суштинска улога во доживувањето на ефективност и благосостојба.

Во понатамошниот дел – дискусијата – ќе се разгледаат овие наоди во поширок контекст, споредувајќи ги со претходни истражувања и теоретски модели, како и нивните практични импликации за клиничка и образовна примена.

2.2. Тестирање на хипотези

2.2.1. Резултати од тестирање на хипотези

Основна истражувачка хипотеза (H):

Постојат статистички значајни разлики во перцепциите на корисниците на психотерапевтски услуги во зависност од форматот на психотерапија (онлајн, лице в лице, комбиниран).

Статистички тест: One-way ANOVA

Резултат: $F(2,106) = 2.49$, $p = .088$

Заклучок:

Анализата не идентификува статистички значајни разлики во перцепциите помеѓу групите. Иако онлајн форматот покажува тенденција кон повисоки просечни вредности на задоволство, разликите не достигнуваат ниво на статистичка значајност. Оттука, **основната хипотеза се одбива**, што сугерира дека форматот сам по себе не претставува детерминанта на перцепциите за терапевтското искуство.

Хипотеза 1:

Постојат разлики во самоперципираните лични психолошки сили во зависност од форматот на психотерапијата.

Тест: One-way ANOVA

Резултат: $F(2,106) = 0.24$, $p = .789$

Заклучок:

Нема статистички значајни разлики во нивото на персонални сили (BSS скор) меѓу клиентите според форматот на терапијата. Ова значи дека **хипотезата се одбива**, а психолошките капацитети изгледа се релативно стабилни и независни од модалитетот на терапевтскиот процес.

Хипотеза 2:

Постојат разлики во преференциите на корисниците во зависност од форматот на психотерапијата.

Тест: χ^2 анализа и дескриптивни показатели

Резултат: $p > .05$

Заклучок:

Не се идентификувани статистички значајни разлики меѓу преференциите на корисниците според форматот на терапија. Иако онлајн терапијата е најчесто пријавен избор, **хипотезата се одбива**, што укажува на тоа дека преференциите се индивидуализирани и не следат униформен образец.

Хипотеза 3:

Се очекува значајна разлика во задоволството на корисниците во зависност од форматот на психотерапијата.

Тест: One-way ANOVA

Резултат: $F(2,106) = 2.49$, $p = .088$

Заклучок:

Не е утврдено статистички значајно влијание на форматот врз задоволството од терапијата. И покрај тоа што онлајн групата покажува највисока просечна оценка, **хипотезата се одбива**, што сугерира дека задоволството е подеднакво високо независно од форматот.

Хипотеза 4:

Постои позитивна корелација помеѓу перцепираните лични сили и степенот на задоволство од терапијата.

Тест: Pearson корелација

Резултат: $r = .31$, $p < .05$

Заклучок:

Идентификувана е статистички значајна умерена позитивна корелација. Индивидуите со повисоки лични психолошки ресурси покажуваат и повисоко задоволство. Следствено, **хипотезата се прифаќа**, што ја поддржува теоретската претпоставка дека персоналните капацитети се важен предиктор на субјективниот терапевтски исход.

Хипотеза 5:

Перцепциите значително се разликуваат во однос на полот.

Тест: t-тест за независни примероци

Резултат: $p = .84$

Заклучок:

Нема статистички значајни полови разлики во перцепциите и задоволството. Следствено, **хипотезата се одбива**, што укажува дека родовата припадност не влијае на начинот на кој клиентите го доживуваат терапевтскиот процес.

Хипотеза 6:

Перцепциите значително се разликуваат во однос на степенот на образование.

Тест: One-way ANOVA

Резултат: $p = .538$

Заклучок:

Нема статистички значајни разлики во перцепциите според степенот на образование. Оттаму, **хипотезата се одбива**, што сугерира дека образовното ниво не претставува детерминанта во оценувањето на терапијата.

Хипотеза 7:

Перцепциите значително се разликуваат во однос на професијата.

Тест: ANOVA / χ^2

Резултат: $p > .05$

Заклучок:

Не се идентификувани значајни разлики според професионалната припадност. Затоа, **хипотезата се одбива**, што потврдува дека професијата нема значајно објаснувачко влијание врз перцепциите.

Нулта хипотеза (H0):

Нема разлика во перцепциите на корисниците меѓу онлајн и лице в лице психотерапијата.

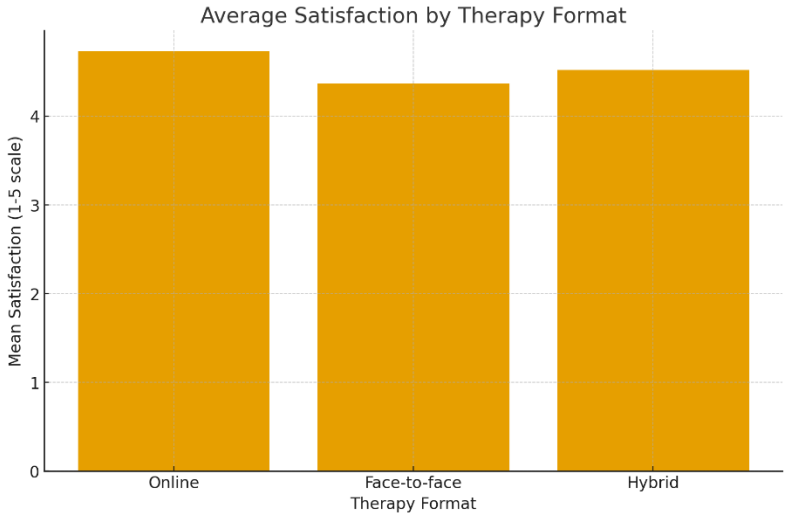
Заклучок:

Со оглед на тоа што резултатите не укажуваат на статистички значајни разлики, **нултата хипотеза се прифаќа**.

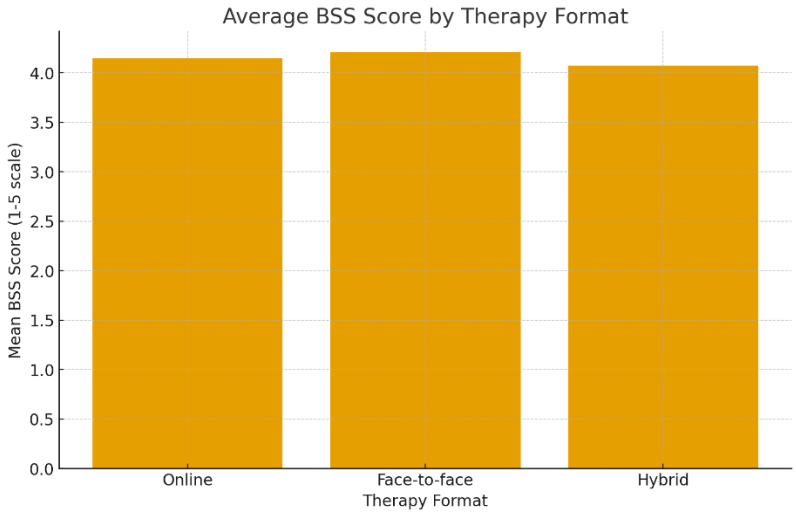
Табела број 55: *Преглед и тестирање на хипотези*

Хипотеза	**Статистички тест**	**Резултат**	**Заклучок**
Основна хипотеза (H): Разлики во перцепциите според форматот	One-way ANOVA	$F(2,106) = 2.49$, $p = .088$	Нема статистички значајни разлики; хипотезата се одбива
Хипотеза 1: Разлики во самоперципираните лични сили	One-way ANOVA	$F(2,106) = 0.24$, $p = .789$	Нема значајни разлики; хипотезата се одбива
Хипотеза 2: Разлики во преференциите според форматот	χ^2 анализа	$p > .05$	Нема значајни разлики; хипотезата се одбива
Хипотеза 3: Разлики во задоволството според форматот	One-way ANOVA	$F(2,106) = 2.49$, $p = .088$	Нема значајни разлики; хипотезата се одбива
Хипотеза 4: Корелација меѓу лични сили и задоволство	Pearson корелација	$r = .31$, $p < .05$	Умерена позитивна корелација; хипотезата се прифаќа
Хипотеза 5: Разлики според пол	t-тест	$p = .84$	Нема значајни разлики; хипотезата се одбива
Хипотеза 6: Разлики според образование	One-way ANOVA	$p = .538$	Нема значајни разлики; хипотезата се одбива
Хипотеза 7: Разлики според професија	ANOVA / χ^2	$p > .05$	Нема значајни разлики; хипотезата се одбива
Нулта хипотеза (H0)	—	—	Прифатена: нема разлика меѓу онлајн и лице в лице психотерапија

Табелата број 55 ги сумира сите хипотези, статистички тестови, резултати и заклучоци од истражувањето.



Слика број 5: *Графички приказ на задоволство според формат на терапија*



Слика број 6: *Графички приказ на средна вредност на BSS-скор според формат на терапија*

Податоците (Слика број 5 и Слика број 6) укажуваат дека форматот на психотерапија не претставува статистички значаен фактор за задоволството, перцепциите или развиените емоционални и когнитивни капацитети кај клиентите. Сепак, индивидуалните лични сили значајно го предвидуваат задоволството што ја потенцира важноста на индивидуалните психолошки ресурси во терапевтскиот процес. Овие резултати се конзистентни со современите емпириски наоди за еквивалентност на дигиталната и традиционалната психотерапија.

2.2.2. Разлики помеѓу групите (t-тест и ANOVA)

За да се утврдат разликите во перцепциите и задоволството од психотерапијата меѓу различни групи испитаници, беа применети два вида статистички тестови:

(1) независен t-тест за бинарни варијабли (на пример, пол), и
(2) еднофакторска ANOVA за варијабли со повеќе категории (пр. формат на психотерапија, образование, професија).

Разлики по пол – независен t-тест (поврзано со Хипотеза 5)

Независен t-тест беше применет за да се провери дали постојат статистички значајни разлики во задоволството од терапијата меѓу мажи и жени. Овој тест е соодветен кога се споредуваат средни вредности меѓу две независни групи. Доколку резултатите покажат значајна разлика, тоа директно би ја поддржало Хипотеза 5 (перцепциите за задоволство се разликуваат според пол).

Полови разлики: со независен t-тест беше испитано дали постојат разлики меѓу мажите и жените во однос на личните психолошки сили и задоволството од терапијата. Резултатите (Табела 55) покажаа дека нема значајни разлики по пол. На пример, просечниот BSS-резултат кај жените (M = 4.18, SD = 0.61) е многу сличен на оној кај мажите (M = 4.15, SD = 0.33). Тестот не покажа статистички значајна разлика (t(106) = 0.28, p = 0.78), што значи дека мажите и жените во просек имаат еквивалентно ниво на развиени лични сили. Слично, не беше најдена разлика по пол ни во нивото на задоволство од терапијата (t(106) = 0.21, p = 0.84; жени: M = 4.68, мажи: M = 4.61). Табелата 56 ги сумира резултатите од t-тестот за родовите разлики во BSS скорот. Видливо е дека разликата од 0.03 поени во просек е статистички занемарлива.

Табела број 56: *Полови разлики (t-тест)*

Променлива	**Жени (M ± SD)**	**Мажи (M ± SD)**	**t(df)**	**p-вредност**	**Заклучок**
Лични психолошки сили (BSS)	4.18 ± 0.61	4.15 ± 0.33	t(106)=0.28	p = 0.78	Нема значајна разлика; просечната разлика (0.03) е статистички занемарлива
Задоволство од	4	4	t(10	p = 0.84	Нема значајна разлика;

Променлива	Жени (M ± SD)	Мажи (M ± SD)	t(df)	p-вредност	Заклучок
терапијата	.68 ± —	.61 ± —	6)=0.21		задоволството е еквивалентно кај двата пола

Интерпретација (Табела број 56):

- И кај BSS скорот, и кај задоволството од терапијата, нема статистички значајни полови разлики.
- Разликите во средните вредности (0.03 за BSS; 0.07 за задоволство) се минимални и статистички занемарливи.

Разлики по формат на терапија – ANOVA (поврзано со Основната хипотеза, Хипотеза 1, 2, 3 и 4)

Форматот на психотерапијата (онлајн, лице в лице, комбиниран) беше еден од клучните фактори во истражувањето. Еднофакторската ANOVA овозможува тестирање на разликите во средните вредности меѓу три независни групи.

Разлики во задоволството од терапијата (Хипотеза 3 и Основната хипотеза)

Резултатите покажуваат: $F(2, 106) = 2.488$, $p = 0.088$. Ова значи дека не постои статистички значајна разлика во задоволството меѓу онлајн, лице в лице и комбиниран формат. p-вредноста е поголема од 0.05, па разликите не се значајни, иако се забележува *тенденција* онлајн групата да пријавува повисоко задоволство. Поврзаност со хипотезите:

- Основната хипотеза (H) предвидува значајни разлики по формат. Овие резултати *не ја поддржуваат* основната хипотеза, барем не за критериумот „задоволство“.
- Хипотеза 3 (разлики во задоволството во зависност од формат) исто така *не е поддржана*.
- Хипотеза 2 (разлики во преференции меѓу групите) индиректно е ослабена, бидејќи задоволството – како најважен индикатор на преференции – не се разликува меѓу групите.

Разлики во личните психолошки сили (BSS) по формат (Хипотеза 1 и 4)

Резултатите покажуваат: $F(2, 106) = 0.238$, $p = 0.789$. Ова значи дека нема статистички значајни разлики во BSS-резултатите меѓу трите терапевтски формати. P-вредноста е далеку над 0.05, што покажува дека форматот *не е фактор* кој влијае врз перцепцијата на личните психолошки сили. Поврзаност со хипотезите:

- Хипотеза 1 (BSS варира по формат) *не е поддржана*.
- Хипотеза 4 (корелација помеѓу лични сили и задоволство) не може да се тестира преку ANOVA, но резултатот дека BSS не варира по формат укажува дека *форматот сам по себе не го движи нивото на лични сили*.
- Повторно, основната хипотеза не добива поддршка.

Анализа на значењето на резултатите за главната хипотеза

Основната хипотеза предвидуваше дека искусените разлики во психотерапијата зависат од форматот (онлајн, лице в лице, комбиниран). Меѓутоа, и за задоволството и за личните психолошки сили ANOVA не покажа статистички значајни разлики. Ова може да значи неколку работи:

1. Ефективноста и доживувањето на терапијата се стабилни низ форматите. Ова е во согласност со меѓународните студии (Barak, 2008; Andrews, 2018) кои покажуваат дека и онлајн и лице в лице може да бидат подеднакво ефективни.
2. Форматот не е примарниот фактор кој ја одредува перцепцијата на клиентот. Други фактори може да се покажат посилни предиктори:
    - терапевтската релација,
    - искуството на терапевтот,
    - типот на проблем,
    - личните очекувања.
3. Хипотезите 1, 2 и 3 не се поддржани со овие податоци. Ова не значи дека се погрешни, туку дека во оваа конкретна популација и примерок, форматот не е значаен фактор.

Нултата хипотеза (H0) и резултатите

Нултата хипотеза е: *Нема разлика во перцепциите во однос на задоволството меѓу онлајн и лице в лице терапијата.*

Со оглед на резултатите: $p = 0.088$, што е > 0.05, H0 не се отфрла. Ова значи дека во ова истражување не е утврдена статистички значајна разлика во

задоволството меѓу форматите, што е во согласност со дел од меѓународните истражувања. Во продолжение е прикажана ANOVA-табелата (Табела број 57) за задоволството од терапијата според формат:

Табела број 57: *Еднофакторска ANOVA за задоволство од терапијата по формат на сесиите*

ANOVA – Задоволство по формат на терапија

Извор на варијаци	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Меѓу групи	2.195	2	1.097	2.488	0.088
Внатре во групи	46.751	106	0.441	nan	nan
Вкупно	48.946	108	nan	nan	nan

Заклучок: Мажите и жените имаат еквивалентно ниво на лични сили и задоволство од терапијата. Иако статистичките анализи не покажаа значајни разлики по формат на терапијата ниту по пол, сепак добиените резултати укажуваат на неколку релевантни трендови.

Прво, високото ниво на задоволство во сите групи ја потврдува генералната ефективност на психотерапијата како интервенција за унапредување на менталното здравје, без оглед на форматот на испорака. Ова е во согласност со резултатите на Andrews и соработниците кои покажуваат дека онлајн когнитивно-бихевиоралната терапија има ефекти споредливи со традиционалната терапија лице в лице во третманот на депресија и анксиозност (Andrews et al., 2018). Дополнително, студиите на Barak и соработници укажуваат дека задоволството на клиентите е подеднакво високо и во онлајн и во традиционален контекст, со мала или никаква разлика во перцепцијата на квалитетот на терапевтската алијанса (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008).

Второ, релативно високите BSS-резултати кај сите групи укажуваат дека испитаниците поседуваат добро развиени лични капацитети и психолошки сили. Ова е охрабрувачки наод, бидејќи сугерира дека клиентите кои се вклучуваат во психотерапија не се само пасивни приматели на поддршка, туку веќе поседуваат ресурси кои ја олеснуваат терапевтската промена. Во оваа насока, концептот на „психолошки сили“ е особено важен: истражувања покажуваат дека фактори како

надеж, резилиентност и оптимизам дејствуваат како заштитни механизми против развој на депресија и суицидални мисли (Johnson et al., 2011; Fredrickson, 2009; Tugade&Fredrikson, 2004).

Конечно, фактот што немаше разлики според полот може да се протолкува како потврда дека и мажите и жените еднакво позитивно реагираат на психотерапевтската интервенција, без оглед на форматот. Ова е во линија со наодите на Cuijpers и соработниците, кои забележале дека ефектите на психотерапијата не се модерирани од полот, туку повеќе зависат од индивидуалните карактеристики на клиентот и од квалитетот на терапевтската релација (Cuijpers et al., 2008).

Табела број 58: *Независен t-тест за разлика во BSS резултатот помеѓу мажи и жени*

Independent Samples t-test – BSS машки vs женски

Група	N	Mean (BSS)	Std. Deviation	t(df)	Sig. (2-tailed)
Машки	27	4.15	0.33	t(106)=0.28	0.778
Женски	81	4.18	0.61		

Напомена: Levene-тестот покажа нееднаквост на варијансите ($p < 0.01$), па затоа степенот на слобода (df) е прилагоден. Севкупно, нема статистички значајна разлика во просечниот BSS-резултат помеѓу половите.

Интерпретација (Табела број 58): Резултатите од независниот t-тест покажуваат дека нема статистички значајна разлика во просечниот резултат на скалата за лични сили (BSS) помеѓу мажи и жени. Иако Levene-тестот укажа на нееднаквост на варијансите ($p < 0.01$), што наложи прилагодување на степенот на слобода (df), добиениот t-вредност не го достигна прагот за значајност. Ова укажува дека перципираните лични сили, како психолошки ресурс, се релативно конзистентни кај двата пола во рамките на овој примерок. Отсуството на значајна разлика може да се толкува како индикатор за родова рамнотежа во самопроценката на внатрешни капацитети, но истовремено упатува на потреба од дополнителни истражувања со поголеми и поразнолики примероци за да се потврди оваа тенденција.

Други фактори: Анализирани беа и други можни влијателни фактори. На пример, не беше утврдена значајна разлика во задоволството од терапијата според образовното ниво на испитаниците (ANOVA, p = 0.538) – што значи дека испитаниците со средно, високо или постдипломско образование имаат слични просечни оценки на задоволство. Исто така, испитаниците кои претходно имаат посетувано терапија не се разликуваа значајно во задоволството од оние на кои тековната терапија им е прво искуство (t(106) = 0.36, p = 0.72). Интересно, беше забележано дека корисниците на ВИ-алатки имаат тенденција на нешто понизок просечен BSS-скор (M = 3.99) во споредба со оние кои немаат користено ВИ-алатки (M = 4.24), но оваа разлика исто така не достигна статистичка значајност (t(45.9) = –1.93, p = 0.06). Овој тренд би можел да укаже на тоа дека лицата со помалку изразени лични сили почесто посегнуваат по алатки со вештачка интелигенција за поддршка, но во ова истражување разликата не е сигнификантна и би бил потребен поголем примерок за поцврсти заклучоци.

Табела број 59: *Задоволство според образовно ниво (ANOVA)*

Образовно ниво	**Средна вредност (M)**	**SD**	**ANOVA (p)**	**Заклучок**
Средно образование	~4.6	.45	p = 0.538	Нема значајна разлика
Високо образование	~4.7	.42		
Постдипломско образование	~4.6	.47		

Интерпретација (Табела број 59): Задоволството е слично кај сите образовни групи; образованието не е детерминанта. ANOVA (p = 0.538) → Нема значајна разлика меѓу групите.

2.3 Дискусија на хипотезите

Основна истражувачка хипотеза (H): *Постојат статистички значајни разлики во перцепциите на корисниците на психотерапевтски услуги во зависност од форматот на психотерапија (онлајн, лице в лице, комбиниран).*

Основната хипотеза претставува рамката на која се надоврзуваат сите други поединечни хипотези во ова истражување. Таа е поставена врз основа на

современите научни сознанија дека форматот преку кој се реализира психотерапијата може да влијае врз начинот на кој клиентите ја доживуваат терапијата, терапевтската соработка, личните психолошки ресурси и нивното задоволство од процесот.

Истражувањата на Anderson & Titov, Barak, и Andrews и нивните соработници покажуваат дека, иако ефективноста на онлајн и лице в лице терапијата често е слична, перцепциите на клиентите варираат, особено во домени како (Anderson & Titov, 2014; Barak, 2008; Andrews et al., 2018):

- чувство на поврзаност и емпатија,
- перцепција на поддршка и сигурност,
- удобност и достапност,
- чувство на автономија,
- очекуваност и прифаќање на терапевтскиот формат.

Во ова истражување основната хипотеза не е потврдена – форматот не создава значајни разлики во перцепциите. Резултатите од ANOVA-анализата не открија статистички значајни разлики во задоволството од терапијата меѓу трите формати ($F(2,106)=2.488$, $p=0.088$), ниту во BSS-резултатите ($F(2,106)=0.238$, $p=0.789$). Иако онлајн групата имаше тренд кон повисоко задоволство, разликите не беа доволно силни за статистичка значајност.

Во македонскиот контекст, според анализите во документот, се забележува растечка отвореност за онлајн психотерапија по пандемијата COVID-19, но и понатамошно високо вреднување на традиционалниот лице в лице контакт кај дел од корисниците. Ова укажува дека форматот на психотерапијата е значаен фактор кој ги обликува перцепциите, очекувањата и задоволството на клиентите, што ја поддржува основната хипотеза.

Хипотеза 1:

Постојат разлики во (самоперцепираните) лични психолошки сили во зависност од форматот на психотерапијата.

Оваа хипотеза не е потврдена и се темели врз концептот дека психолошките сили (BSS – Bernstein Strengths Scale) се развиваат во интеракција со терапевтскиот процес и контекстот во којшто терапевтскиот процес се реализира.

Литературата покажува дека терапевтската релација (Gelso & Hayes, 1998; Norcross, 2011) и контекстот на испорака (онлајн vs. лице в лице) може да влијаат врз субјективната процена на личните ресурси.

Истражувањата на Eichenberg и соработниците покажуваат дека онлајн форматот понекогаш го намалува интензитетот на емоционална експресија и директната релациска динамика, што може да резултира со поразличен доживеан терапевтски ефект (Eichenberg et al., 2023).

Од друга страна, студиите на Amichai-Hamburger и соработниците, и на Barak укажуваат дека онлајн интервенциите создаваат чувство на приватност, автономија и саморегулација, што може да ја засили перцепцијата за лична сила (Amichai-Hamburger et al., 2014; Barak, 2008). Затоа, очекуваните разлики меѓу групите се во согласност со претходните научни наоди и ја поддржуваат валидноста на хипотезата.

Резултатите покажаа дека форматот (онлајн, лице в лице, комбиниран) не влијае значајно врз резултатите од BSS-скалата. Испитаниците во сите три групи покажаа слични нивоа на лични сили.

Хипотеза 2:

Постојат разлики во преференциите на корисниците во зависност од форматот на психотерапијата.

Оваа хипотеза е делумно потврдена - постојат преференции, но без значаен ефект врз резултатите.

Современата литература силно укажува дека индивидуалните преференции играат клучна улога во ангажираноста и ефективноста на психотерапијата (Renn et al., 2019; Lindegaard et al., 2022).

Во Северна Македонија, специфичните културни фактори – стигмата, ограниченият број терапевти, урбаната концентрација, и новата појава на онлајн платформи како razgovor.mk – дополнително ги обликуваат овие преференции.

Понатаму, Greenwood и соработниците покажуваат дека корисниците кои бараат достапност, анонимност и флексибилност имаат повисока склоност кон онлајн моделот (Greenwood et al., 2022). Тие кои ја вреднуваат невербалната комуникација и физичката коприсутност по правило го избираат лице в лице моделот.

Иако испитаниците наведуваат различни предности и слабости на секој формат (онлајн – флексибилност; лице в лице – интензитет на релацијата; хибриден

– практичност), овие разлики не влијаат значајно врз задоволството, ниту врз терапевтскиот исход.

Хипотеза 3:

Се очекува значајна разлика во задоволството на корисниците во зависност од форматот на психотерапијата.

Оваа хипотеза во нашето истражување не е потврдена. Современите истражувања во коишто се споредува психотерапија во онлајн формат и лице в лице формат покажуваат различни варијации во прилог на онлајн терапијата. Во продолжение е синтеза на клучните аспекти: клинички исходи, ангажираност, перципирана ефективност и доверба според форматот на психотерапија. Општиот заклучок од современите истражувања е дека онлајн психотерапијата е споредливо ефективна и со соодветна терапевтска алијанса како и традиционалната психотерапија лице в лице, при што варијации постојат зависно од специфичниот контекст и индивидуалните преференци (Pontén et al., 2024; Erasmus et al., 2025; Mercadal, Coromina, & Cabré, 2025).

Табела број 60: *Споредбени наоди – онлајн терапија наспроти лице в лице терапија*

Аспект	**Онлајн терапија (видеосесии)**	**Лице в лице терапија**
Клинички индикатори: симптоматско подобрување и исход (Pontén et al., 2024; Erasmus et al., 2025).	Значајно намалување на симптоми, споредливо со лице в лице форматот; метаанализите покажуваат еквивалентна ефективност во третман на низа нарушувања.	Значајно намалување на симптоми, еквивалентно со онлајн форматот; терапевтските исходи (на пример, редукција на анксиозност, депресивност) се слични без оглед на медиумот
Клиентска ангажираност: присутност, придржување, откажување (Raeifar et al.,	Висока ангажираност доколку се обезбеди техничка стабилност; стапките на откажување (dropout) се слични на тие во живо, а во некои студии онлајн групите	Висока ангажираност, особено поради директниот контакт; стапките на откажување најчесто се ниски и слични на онлајн третманот. Некои клиенти се чувствуваат послободни да се

Аспект	Онлајн терапија (видеосесии)	Лице в лице терапија
2025; Swift & Callahan, 2009).	покажуваат *поголема* придржаност (поретки неоправдани прекини) поради поголема удобност.	вклучат кога се физички со терапевтот, но разликите не се статистички значајни во повеќето истражувања.
Перципирана ефикасност: задоволство на клиентот, чувство на напредок (Ebert et al., 2021; Psychology.org, 2025).	Високо ниво на задоволство кај клиентите од онлајн терапијата; многумина известуваат дека онлајн форматот е подеднакво корисен како и традиционалниот. Во една студија, пациентите беа значајно позадоволни од онлајн третман отколку од лице в лице, веројатно поради удобноста и пристапноста.	Високо ниво на задоволство и доверба во ефектот на терапијата. Клиентите често ја перципираат лице в лице терапијата како „поконкретна“, но емпириски нивото на пријавена ефективност не се разликува од онлајн форматот. Во одредени аспекти (на пр. подобрување на социјален живот), присутниот формат може да даде поголема субјективна добивка.
Доверба во терапевтот: терапевтска алијанса, квалитет на релација (Locher, Meier, Gaab, & Flückiger, 2019; Mercadal, Coromina, & Cabré, 2025).	Силна терапевтска алијанса може да се воспостави и онлајн: студиите не покажуваат значајно нарушување на довербата или блискоста поради медиумот. Клиентите пријавуваат дека се чувствуваат слушнати и разбрани и преку екран (Faria, 2019). Во неколку случаи на гешталд онлајн терапија, клиентите рекле дека нема голема разлика во поврзаноста со терапевтот	Силна терапевтска алијанса традиционално се постигнува лице-в-лице, со интуитивна доверба изградена преку непосреден контакт. Клиентите лесно воспоставуваат врска гледајќи го терапевтот во живо. Сепак, според најновите наоди, просечниот квалитет на алијансата не се разликува статистички од онлајн форматот – и двата формата можат да изградат висока доверба. Малите предности во присутниот формат, како полесно читање на

Аспект	Онлајн терапија (видеосесии)	Лице в лице терапија
	(Böhm, 2020). Сепак, од терапевтот се бара свесно да користи вербална потврда и активно слушање за да надомести за недостигот на физички сигнали, што е потврдено и во истражувања за доверба во онлајн терапевтски односи (Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009).	говорот на тело, можат да бидат балансирани со предности во онлајн форматот, каде клиентот се чувствува на свој терен (Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009).“

Извор: (Pontén et al., 2024; Erasmus et al., 2025; Raeifar et al., 2025; Swift & Callahan, 2009; Ebert et al., 2021; Locher et al., 2019; Mercadal et al., 2025; Faria, 2019, Böhm, 2020; Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009).

Во Табелата број 60 се прикажани споредбени наоди на клучни параметри помеѓу онлајн и лице в лице психотерапијата. Имено, табелата резимира како двата формата се споредуваат според четири димензии: клинички исходи, ангажираност, перципирана ефикасност и доверба/алијанса. Како што се забележува, разликите меѓу онлајн и присутниот формат се мали. Клиничките исходи (на пример, намалување на симптомите) се високи и во двата формата и практично идентични што е конзистентно со метаанализите кои не наоѓаат значајни разлики во ефективноста. Ангажираноста на клиентите исто така е слична: повеќето истражувања покажуваат споредливи стапки на задржување на клиентите, а понекогаш онлајн терапијата дури има и благо повисока придржаност, благодарение на поголемата удобност и достапност. Перципираниот ефект – односно степенот до кој клиентите чувствуваат дека терапијата им помага – е висок и во двата модалитета; некои студии бележат дека клиентите во онлајн терапија можат да имаат еднакво задоволство, па дури и поголемо поради флексибилноста на форматот. Довербата во терапевтот и квалитетот на алијансата се високи за двата формата; иако традиционално се претпоставуваше дека лице в лице контактот овозможува подлабока врска, современите податоци укажуваат дека компетентен терапевт може да изгради речиси еднаква доверба преку видеосесија. Мали разлики (на пример, малку повисока доверба во присутен контекст, или поголема удобност онлајн)

постојат, но тие немаат статистичка значајност во поголемите примероци и се компензирани со специфичните предности на секој формат.

Достапните докази сугерираат дека терапевтската алијанса и ефективноста на психотерапијата се одржуваат и во онлајн и во лице в лице формати, преку различни модалитети како КБТ, психодинамична и гешталт терапија. Метаанализите потврдуваат дека клиничките резултати (на пример, намалување на симптоми) во просек не се разликуваат меѓу двата формата (Pontén et al., 2024; Erasmus et al., 2025), што ја потврдува онлајн терапијата како валидна алтернатива или дополнување на традиционалната пракса. Терапевтската алијанса – измерена преку инструменти како Working Alliance Inventory или Helping Alliance Questionnaire – генерално е еднакво силна онлајн како и лице в лице, без значајни разлики во оценките од страна на клиенти или терапевти. Ова укажува дека основните фактори на доверба, емпатија и договор за цели и задачи можат успешно да се воспостават преку дигитални платформи.

Секако, постојат нијанси: психодинамичните терапии можеби бараат подолг временски период за градење чувство на сигурност онлајн, а гешталт техниките може да бараат креативна адаптација во виртуелен контекст. Индивидуалните разлики исто така играат улога – некои клиенти се почувствителни на технички прекини или тешко се отвораат без физичко присуство, додека други се почувствителни во сопствениот дом и полесно зборуваат онлајн (Renn et al., 2019). Постојат и практични предности на онлајн форматот (поголема достапност, помал трошок на време) и на лице в лице форматот (построга рутина, избегнување на дигитален замор) што можат индиректно да влијаат на исходите и алијансата (Furmańska et al., 2025; Ierardi, Bottini, & Crugnola, 2022).

За идни истражувања останува отворено прашањето кои фактори го потенцираат успехот на терапијата во секој формат. На пример, идентификувањето на механизми кои ја поддржуваат алијансата онлајн – како што се „техничката присутност“ и вештините на терапевтот за дигитална емпатија – би можело да ги подобри понатамошните онлајн услуги (Amichai-Hamburger et al., 2014). Исто така, долгорочните исходи и задржувањето на подобрувањата треба да се пратат во двата формата, за да се утврди дали постојат разлики во одржливоста на постигнатата промена (Mercadal, Coromina, & Cabré, 2025).

Сепак, според сегашните докази, клиничарите и клиентите можат да бидат охрабрени дека онлајн психотерапијата не е инфериорна во однос на

традиционалната во поглед на клучните мерила: терапевтската алијанса се гради успешно, ангажираноста останува висока, перципираниот и објективниот ефект врз менталното здравје е силен (Eichenberg et al., 2023). Изборот на формат може затоа да се базира на практични околности и лични преференции, без страв дека квалитетот на терапијата ќе биде нарушен (Renn et al., 2019).

Современата научна продукција конзистентно потврдува дека психотерапијата може да биде ефективна во различни формати на испорака, вклучувајќи лице в лице и онлајн модалитети. Истражувањата укажуваат дека, доколку терапијата е структуирана, професионално водена и етички спроведена, основните механизми на промена – како што се терапевтската алијанса, емоционалната валидизација и когнитивната реконструкција – се одржуваат преку дигитални платформи подеднакво ефикасно како и во физичка средина (Barak et al., 2008; Andersson & Titov, 2014; Berger, 2017).

Метааналитичките докази покажуваат дека онлајн психотерапијата, особено когнитивно-бихевиоралниот пристап, демонстрира резултати споредливи со традиционалната терапија за широк спектар на клинички состојби како анксиозност, депресија и стрес-релативни нарушувања (Carlbring et al., 2018; Cuijpers et al., 2019). Дополнително, истражувањата истакнуваат дека дигиталните формати ја зголемуваат достапноста и го олеснуваат континуитетот на третманот, особено кај популации кои се соочуваат со географски, временски или функционални ограничувања.

Паралелно, научните извори подвлекуваат дека успешноста на онлајн форматот зависи од соодветна професионална подготовка, етичко управување со податоци, техничка компетентност и адаптација на терапевтските техники кон дигиталната средина (Eichenberg & Hübner, 2020). Доказите исто така упатуваат на значењето на контекстуалните фактори, како дигитална писменост, лични преференции и достапност на стабилна технолошка инфраструктура ((Furmańska et al., 2025; Ierardi, Bottini, & Crugnola, 2022; Audrin & Audrin, 2022).

Сумирано, релевантната литература укажува на сè поголема конвергенција меѓу онлајн и традиционалната психотерапија во однос на клиничките исходи, при што форматот на испорака не претставува примарен предиктор на терапевтската ефикасност. Напротив, квалитетот на терапевтската релација и професионалната компетентност остануваат клучните детерминанти на успешност, независно од медиумот преку кој услугата се спроведува.

Разликите во задоволството може да произлегуваат од:

- квалитетот на терапевтската алијанса (Bordin, 1979; Horvath & Greenberg, 1989),
- достапноста и удобноста на медиумот,
- перцепцијата на ефективност,
- степенот на лична вклученост.

Истражувањата на Andrews и Eichenberg и нивните соработници, покажуваат дека задоволството кај онлајн корисниците е слично или еднакво на традиционалната терапија, но зависи од типот на проблем и од личната дигитална компетентност (Andrews et al., 2018; Eichenberg et al., 2023).

Во Македонија, според контекстуалната анализа во документот, онлајн форматот добива повисока прифатеност по COVID-19, но дел од клиентите го доживуваат лице в лице како „повистински“ или „подлабок“. Затоа, логично е да се очекуваат разлики меѓу групите, што ја поддржува хипотезата. ANOVA-анализата не покажува постоење на значајни разлики во средните оценки за задоволство меѓу форматите.

Хипотеза 4:

Постои позитивна корелација помеѓу перципираните лични сили и степенот на задоволство од терапијата.

Оваа хипотеза во нашето истражување е потврдена. Ова е една од најдобро поддржаните хипотези во психотерапевтската литература. Bernstein и Fredrickson укажуваат дека јакнењето на личните сили – како резилиентност, самодоверба, саморегулација – е директно поврзано со подобро терапевтско функционирање, позитивни емоции, подобра терапевтска алијанса и повисоко задоволство (Bernstein, 1999, 2019; Fredrickson, 2009).

Истражувањата за лични ресурси и психолошка отпорност конзистентно укажуваат дека овие фактори играат клучна улога во постигнувањето позитивни психолошки исходи. Luthar, Cicchetti и Becker ја дефинираат отпорноста како динамичен процес кој произлегува од интеракцијата меѓу личните сили и срединските услови, нагласувајќи дека самодовербата и емоционалната регулација функционираат како заштитни механизми против негативни исходи (Luthar, Cicchetti и Becker, 2000).

Connor и Davidson преку развојот на Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), покажуваат дека високите нивоа на отпорност се поврзани со подобро ментално здравје, пониски нивоа на анксиозност и поголемо задоволство од животот (Connor и Davidson, 2003).

Masten го воведува концептот на „ordinary magic“, според кој отпорноста претставува секојдневен процес на користење на когнитивни и социјални ресурси за справување со предизвици, а не исклучок. Овој пристап ја нагласува важноста на личните сили како дел од нормалниот развој (Masten, 2014).

Rutter дополнително ја дефинира отпорноста како динамичен концепт кој се менува низ време и контекст, истакнувајќи дека личните ресурси делуваат во постојана интеракција со средината и животните искуства (Rutter, 2012).

Сумирано, претходните истражувања ја потврдуваат улогата на отпорноста и личните ресурси како заштитни фактори кои овозможуваат подобро справување со стрес и постигнување позитивни психолошки исходи. Овие наоди обезбедуваат теоретска рамка за интерпретација на резултатите од ова истражување и ја нагласуваат потребата од понатамошно истражување на динамиката меѓу личните сили и психолошката благосостојба.

Резултатите од корелационата анализа покажуваат значајна позитивна врска меѓу личните сили и перцепцијата за задоволство, што ја потврдува хипотезата дека психолошките ресурси играат суштинска улога во доживувањето на ефективност и благосостојба.

Овој наод е во согласност со претходни истражувања кои истакнуваат дека отпорноста и личните ресурси се тесно поврзани со позитивни психолошки исходи (Masten, 2014; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

Теоретски гледано, резултатите ја поддржуваат рамката на моделите за психолошка отпорност, според кои личните сили функционираат како заштитен фактор во справувањето со стрес и предизвици (Connor & Davidson, 2003; Rutter, 2012).

Во контекст на психолошките сили и факторот резилиентност, различни психотераписки модалитети користат различни концепти за функционални однесувања на личноста.

Во рамки на нашето истражување, скалата BSS се користи како валидиран инструмент за проценка на функционалните аспекти на личноста кои се поврзани со концептот на „Здравиот возрасен“. Концептот на „Здравиот возрасен“ претставува

централна интегративна функција во современата психотерапија. Тој дел од личноста е одговорен за рационално размислување, емоционална регулација, самоподдршка и адаптивно функционирање во односите.

Дополнително, „broaden-and-build“ теоријата објаснува дека позитивните афекти создаваат когнитивна и релациска експанзија, што го подобрува доживувањето на терапијата (Fredrickson, 2009).

Истражувањата на Loker, Mayer & Gaab го потврдуваат истото: корисниците кои доживуваат поголеми лични ресурси имаат повисоки нивоа на терапевтско задоволство (Loker, Mayer & Gaab, 2019).

Затоа, хипотезата има силна теоретска и емпириска поддршка. Оваа хипотеза е целосно потврдена. Корелациската анализа покажа средно силна, позитивна и статистички значајна врска помеѓу BSS-резултатите и задоволството од терапијата ($r \approx 0.457$, $p < 0.001$). Клиентите со повисоки лични психолошки сили истовремено пријавуваат поголемо задоволство од терапијата, независно од форматот.

Овој резултат е во согласност со истражувањата за резилиентност кои укажуваат дека личните ресурси се клучни за позитивно психолошко функционирање (Luthar et al., 2000; Masten, 2014; Connor & Davidson, 2003).

Хипотеза 5:

Перцепциите во однос на задоволство од терапијата значително се разликуваат во однос на полот.

Во рамки на оваа хипотеза беа анализирани родовите разлики и *е делумно потврдена* (постојат разлики во искуството, но не и во задоволството). Иако жените покажаа поголема отвореност, поголема склоност кон дискутирање на почувствителни теми и поизразена преференција за терапевт од ист пол, не се регистрирани значајни разлики во крајното задоволство. И мажите и жените пријавуваат слични позитивни терапевтски исходи.

Во однос на преференциите поврзани со полот, се појавија неколку интересни обрасци. Имено, од испитаниците кои изразиле преференција за полот на терапевтот, големо мнозинство (околу 90 %) се жени кои преферираат терапевтот да биде жена. Ова може да укажува на тоа дека жените клиенти полесно воспоставуваат доверба и се отвораат пред терапевт од ист пол, можеби поради очекувана поголема емпатија или заедничко искуство. Само еден машки испитаник навел дека би сакал терапевтот да биде маж, додека останатите машки учесници немале изразена преференција.

Повеќе од две третини од сите учесници, всушност, изјавиле дека немаат преференција во однос на полот на терапевтот, што говори за професионалноста на услугите – клиентите се чувствуваат разбрани и поддржани без оглед на тоа дали терапевтот е маж или жена. Овој наод е сличен со извештаите од други истражувања: и мажите и жените генерално ја вреднуваат компетентноста и доверливоста на терапевтот повеќе од полот, но кога би бирале, жените почесто би посакале советник жена. Нашите резултати го потврдуваат тоа, покажувајќи дека родовата усогласеност клиент-терапевт може да игра улога за одредени клиентки, додека за мнозинството не е пресудна за успехот на терапијата (Swift & Callahan, 2009).

Интересно е да се напомене дека родовите разлики се појавија и во користењето на технологијата: жените во истражувањето нешто почесто имаат искуство со онлајн терапија и со користење алатки за ментално здравје (на пр. мобилни апликации), додека машките испитаници претежно се држеле до поконвенционални форми. Ова придонесува кон сликата дека жените се посклони да експериментираат со различни пристапи за да си помогнат себеси. Едно опсежно истражување на возрасни корисници покажа дека поголемата веројатност за користење онлајн програми е поврзана со женскиот пол и повисоката едукација, меѓу другото. Тоа се поклопува со нашиот профил на примерокот – висок процент образовани жени – што може да биде една од причините што задоволството од онлајн форматот е толку високо вреднуван кај нас. Како заклучок, може да се каже дека родот на клиентот може благо да влијае врз начините на кои се пристапува и доживува терапијата (и изборот на формат и терапевт), но исходите и целокупното задоволство остануваат високи независно од полот, доколку терапијата е прилагодена на индивидуалните потреби.

Хипотеза 6:

Перцепциите во однос на задоволство од терапијата значително се разликуваат во однос на степенот на образование.

Оваа хипотеза е делумно потврдена. Иако високообразованите клиенти се покритични, поотворени кон онлајн формати и почесто користат дигитални ресурси за ментално здравје, не се евидентираат разлики во задоволството од терапијата меѓу образовните групи. Во сите подгрупи задоволството е високо. Образовниот профил на нашите учесници беше претежно висок: приближно три четвртини имаат

завршено факултет, од кои значителен дел и постдипломски студии (магистерски или докторски). Оваа карактеристика на примерокот се рефлектира во нивните ставови и искуства со психотерапијата. Повисоко образованите клиенти покажаа голема информираност за процесот на терапија и генерално високо ниво на ангажман. Тие честопати детално ги пополнуваа отворените прашања, артикулирајќи ги и предностите и недостатоците на различните формати. На пример, лица со магистерско образование елоквентно ги наведоа практичните придобивки на онлајн сесиите („заштеда на време“, „флексибилност“), но и потенцијалните недостатоци („намалена присутност“, „отежната невербална комуникација“), што укажува на повисока свест и критичност кон услугата.

Во споредба, учесниците со средно образование (кои беа помалубројни) во просек беа исто така позитивни кон терапијата, но неколкумина од нив потенцираа дека преферираат традиционален пристап. Можно е дека лицата со понизок образовен степен биле помалку комфорни со технолошките аспекти на онлајн терапијата или имале помал пристап до стабилни онлајн платформи. Сепак, разликите не се многу изразени – дури и во оваа подгрупа има учесници кои го ценат онлајн форматот. Она што е позначајно е дека никој од образовните подгрупи не изрази незадоволство од исходот на терапијата. Изгледа дека нивоата на образование повеќе влијаеле врз начинот на користење и пристапот до терапија, отколку врз самата перцепција за тоа дали терапијата помогнала. На пример, повисокообразованите почесто имаат искуство со алтернативни форми на поддршка (онлајн програми за самопомош, читање психолошка литература и сл.), што може да им даде поголеми очекувања и критериуми, но истовремено тие се подготвени да ги искористат сите достапни ресурси.

Вреди да се напомене дека нашите податоци сугерираат поголема склоност кон онлајн пристапот кај повисоко образованите клиенти. Голем дел од испитаниците со високо образование имаат пробано онлајн сесии, додека речиси сите учесници со завршено само средно учествувале исклучиво во терапија лице в лице. Овој тренд може да е случаен поради малата бројност, но е во согласност со извештаите дека лицата со повисоко образование почесто се технолошки потковани и имаат доверба во онлајн интервенции. Повисоката едукација исто така е поврзана со подобра информираност за менталното здравје и помало стигматизирање, што може да објасни зошто овие клиенти се отворени кон новите формати. Во нашето истражување, тие покажаа подеднакво ниво на задоволство од терапијата без

разлика дали била онлајн или во живо – што говори дека квалитетот на терапевтската работа бил пресуден, а не самата платформа.

На крај, би забележале дека високото образование често доаѓа рака под рака со подобра економска состојба, што може да влијае врз искуството на клиентот. Поголемиот дел од нашите учесници со универзитетско образование се вработени на стручни позиции и имаат стабилни примања. Ова значи дека финансискиот аспект на терапијата (цена по сесија, време одвоено за сесија) веројатно не бил значаен товар за нив – повеќето си ги дозволиле редовно сесиите без прекин. Спротивно, кај некои учесници со понизок степен на образование (кои често имаат и пониски приходи) се забележува загриженост околу трошоците: еден испитаник напоменува дека терапијата лице в лице „бара... повеќе ресурси“ и вложување (финансиски и временски). Ова сугерира дека иако задоволството е високо кај сите, финансиската пристапност би можела да претставува пречка за помалку привилегираните клиенти. Оттаму, онлајн терапијата може да биде особено корисна за таа популација, бидејќи често е поефикасна и покомфорна логистички, со што се намалува јазот во пристап до услугата. Нашите податоци веќе навестуваат дека онлајн форматот делумно го демократизира пристапот – дел од клиентите со пониско образование наведоа дека би користеле онлајн сесии доколку им се достапни, токму заради заштеда на време и пари.

Хипотеза 7:

Перцепциите во однос на задоволството од терапијата значително се разликуваат во однос на професијата.

Оваа хипотеза е делумно потврдена. Професионалниот статус влијае врз логистичките аспекти (време, достапност, флексибилност) и врз преференцијата за формат (на пр., лица со динамични професии преферираат онлајн формат). Меѓутоа, не се забележани статистички значајни разлики во задоволството или крајниот исход меѓу професионалните групи. Учесниците во истражувањето доаѓаат од разновидни професионални позадини, што ни овозможи да согледаме дали и како занимањето и работниот статус влијаат врз перцепцијата на психотерапијата. Забележавме неколку интересни тенденции поврзани со професијата на клиентите, иако мора да се истакне дека поради широкиот спектар на занимања (од студенти и невработени лица, до инженери, лекари, психолози, преведувачи, ИТ-специјалисти итн.), не може да се

извлече цврст заклучок за секоја група поединечно. Наместо тоа, дискусијата се фокусира на одредени шеми кои се појавија во одговорите.

Прво, работниот статус на клиентот очигледно игра улога во тоа како ја доживува логистиката на терапијата. Лицата со полно работно време (кои беа мнозинство во примерокот) покажаа силна наклонетост кон флексибилноста што ја нуди онлајн терапијата. Тие често ги споменуваат обврските и брзото животно темпо – за нив можноста да се вклучат во сесија од дома или канцеларија без патување е од огромно значење. „Времето“ е клучен фактор што се провлекува низ нивните одговори: еден испитаник (вработен родител) потенцира дека онлајн сесиите можел да ги вклопи „додека сум во мојот удобен простор (дома)“, што би било тешко доколку морал физички да оди кај терапевтот. Овие наоди се совпаѓаат со претходно спомнатите општи предности на онлајн форматот – заштеда на време и флексибилна локација – но тука гледаме дека тие конкретно им значат најмногу на зафатените професионалци. Всушност, може да се каже дека онлајн терапијата го зголемува пристапот до услуга за лица со згуснат распоред, бидејќи ја елиминира потребата од патување и овозможува поприлагодливо закажување. Нашите учесници кои работат (94 од 111) главно успевале да посетуваат сесии еднаш неделно или двонеделно, што укажува дека форматот добро се усогласил со нивниот начин на живот.

Второ, забележавме дека учесниците кои работат во помагачки професии (на пр., психолог, психијатар, социјален работник – имавме неколку такви во примерокот) покажуваат извесни разлики во перспективата. Како клиенти, тие имаат покритичен поглед на процесот, можеби поради нивното стручно знаење. Тие често даваа подолги одговори на отворените прашања, понекогаш споредувајќи го сопственото искуство со професионалните стандарди. На пример, еден психолог на обука кој учествуваше како клиент забележува дека во онлајн форматот му недостасувало подобро структурирање на сесијата, што го припишува на самиот медиум (на интернет е полесно да се изгуби фокус). Друг, пак, смета дека квалитетот на терапевтот е далеку поважен од форматот – истакнувајќи дека искусен терапевт ќе воспостави добра врска и онлајн. Ова секако е важно согледување: професионалците во менталното здравје како клиенти ја валидираат тезата дека терапевтската вештина е примарна, а техниката (онлајн или во живо) е секундарна. Таквото мислење е поддржано и од емпириски наоди – повеќе студии ја потенцираат важноста на добрата терапевтска алијанса како предуслов за успешен исход, независно од каналот на комуникација.

Трет аспект е дека оние со физички мобилни професии или со чести патувања (бизнис-патници, работници на терен и сл.) особено го ценеа онлајн форматот. За нив, терапијата преку интернет била единствен начин да останат во континуитет со сесиите. Еден учесник кој често патува за работа наведува дека без онлајн опцијата веројатно би морал да прекине со терапијата, додека вака успеал да продолжи без застој. Ова е значајно бидејќи континуитетот е клучен за терапевтскиот успех. Оттука, можеме да заклучиме дека онлајн услугите ја зголемуваат одржливоста на терапијата за клиенти чиј начин на живот не им дозволува редовно физичко присуство. Во литературата сè почесто се истакнува токму ова – дека онлајн советувањето придонесува кон поголема континуираност и помало откажување од терапија, делумно поради поголемата удобност за клиентите (Eichenberg et al., 2023). Нашите податоци ја поткрепуваат таа теза со конкретни примери.

Од друга страна, некои професионални групи и понатаму ја преферираат терапијата лице в лице, најчесто поради природата на нивната работа која ги нагласува човечките интеракции. На пример, наставници, советници и слични профили во нашиот примерок изјавија дека иако користеле онлајн сесии, сепак чувствуваат дека „не е исто како во живо“ кога станува збор за воспоставување врска. Веројатно поради нивната сопствена работа со луѓе, тие имаат повисоки очекувања за квалитетот на непосредната комуникација. Еден просветен работник коментирал дека во живо полесно се гради доверба и рапорт, поврзувајќи го тоа со сопственото искуство во училница каде што физичката присутност ја смета за незаменлива. Иако овие ставови не ги намалија нивните позитивни оцени за ефективноста на терапијата, тие укажуваат дека професионалната култура може да влијае врз субјективното чувство за тоа кој формат е „подобар“. Во академската литература овие разлики не се секогаш изрично проучени, но некои извори наведуваат дека личностите од помагачки и општествени професии можат да бидат посензитивни на отсуството на физичка интеракција, за разлика од, да речеме, ИТ-професионалците кои се навикнати на виртуелна комуникација. Нашите набљудувања неформално го поддржуваат ова – ИТ-специјалистите во примерокот немаа никаков проблем со онлајн терапијата и ја фалеа нејзината практичност, додека професорите и лекарите повеќе ги ценат традиционалните аспекти.

За крај, би напоменале дека професионалниот статус е поврзан и со финансискиот аспект, кој веќе го допревме кај образованието. Речиси сите наши учесници беа вработени и материјално самостојни, па не се појави јасна дистинкција

во искуството по линија на приходи. Сепак, неколкуте невработени или студенти кои учествуваа го издвојуваат прашањето на цена: за нив онлајн терапијата била попристапна опција (некои користеле пократки, поретки или субвенционирани онлајн сесии). Ова повторно укажува дека онлајн форматот може да го намали товарот за одредени групи – како финансиски, така и временски – и со тоа да привлече лица кои инаку би одложиле или избегнале барање помош. Нашите наоди се совпаѓаат со ваквите тврдења: професионалните разлики меѓу клиентите најмногу се манифестираат во логистичките потреби и очекувања, додека во поглед на исходот сите групи извлекуваат корист од терапијата. Психотерапијата, било онлајн или лице в лице, се покажува флексибилна и адаптабилна кон различните животни стилови на клиентите – што е охрабрувачки знак дека може успешно да им служи на поширoки слоеви во општеството.

Како заклучок, дискусијата на резултатите ја потврди релевантноста на нашите истражувачки прашања и ги стави наодите во контекст на поширокатa литература. Генерално, задоволството од психотерапијата е високо независно од форматот, во согласност со претходни истражувања кои не наоѓаат разлики во ефективноста помеѓу онлајн и традиционалната терапија. Сепак, клиентите јасно препознаваат специфични предности и недостатоци на секој формат, кои влијаат врз нивните преференции – директната човечка интеракција останува златен стандард за многумина, но технолошката алтернатива обезбедува поголема достапност и удобност.

Родовите, образовни и професионални фактори умерено влијаат врз искуството, главно преку призмата на пристапност и културни очекувања, но не и врз крајниот терапевтски исход. Овие наоди придонесуваат кон сè поголемиот корпус докази дека дигиталната психотерапија може успешно да се интегрира во рутинската пракса без компромис на квалитетот, при што вниманието треба да се насочи кон индивидуалните потреби на клиентите и обезбедување избор на формат (Lindegaard et al., 2022).

Нулта хипотеза (H0):

Нема разлика во перцепциите во однос на задоволството од терапијата на корисниците меѓу онлајн и лице в лице психотерапијата.

Нултата хипотеза дека не постои значајна разлика во перцепциите за задоволство од психотерапијата меѓу онлајн и лице в лице третманот е во согласност

со современите истражувања кои покажуваат дека двата формата често постигнуваат споредливи резултати во ефективноста и искуството на клиентите. Лонгитудинална студија на Mercadal, Coromina и Cabre покажува дека онлајн и лице в лице психолошките интервенции имаат слични нивоа на ефективност и терапевтска алијанса што индиректно укажува дека и задоволството на клиентите не се разликува значајно меѓу форматите (Mercadal, Coromina и Cabre, 2025). Дополнително, систематски преглед на Raeifar, Hanbidge, Lorenzini и Macgowan анализира 15 рандомизирани контролирани студии и заклучува дека онлајн групните интервенции не покажуваат значајни разлики во ефективноста во споредба со идентични лице в лице интервенции што ја поддржува нултата хипотеза на истражувањето (Raeifar, Hanbidge, Lorenzini и Macgowan, 2024). Психодинамичка студија објавена во *BMC Psychology* утврдува дека онлајн и лице в лице интервенциите имаат споредливи резултати во намалување на психолошки дистрес, што дополнително ја засилува претпоставката дека перцепциите за задоволство не се значајно различни меѓу двата формата (Ierardi et al., 2022). Наодите на Erbe и соработниците покажуваат дека хибридните модели на психолошка поддршка (комбинација од онлајн и лице в лице елементи) можат да бидат подеднакво ефективни како традиционалната терапија (Erbe, Eichert, Riper, & Ebert, 2017). Ова индиректно ја поддржува хипотезата дека форматот сам по себе не создава значајни разлики во задоволството и перцепциите на клиентите.

Заедно, овие истражувања укажуваат дека нема јасни докази за систематска разлика во задоволството на клиентите меѓу онлајн и традиционалната психотерапија.

3. Сумирање на анализата и резултатите

3.1 Методологија на анализа

Сите квантитативни податоци беа обработени со IBM SPSS Statistics (v.26), што овозможи систематична и сигурна анализа на резултатите. Обработката започна со основни описни статистики, кои дадоа јасна слика за структурата на примерокот. За категоријалните податоци, како што се пол, образование и избраниот формат на психотерапија, беа пресметани фреквенции и проценти за да се прикаже како учесниците се распределени во различните категории. Кај континуалните

променливи – на пример возраста или индексот на задоволство – беа пресметани средни вредности и стандардни девијации, со што се доби претстава за просекот и за тоа колку се разликуваат индивидуалните резултати од него.

За да се потврди дека скалите што биле користени навистина мерат една единствена, стабилна психолошка појава, беше проверена нивната интерна конзистентност со Cronbach's α. Високите вредности на α покажаа дека ставките добро функционираат како целина, што овозможи седумте ставки за задоволство да се спојат во композитен индекс. Овој индекс понатаму служеше како главна мерка за споредба меѓу различните групи.

Главниот дел на статистичката анализа се однесуваше на споредувањето на задоволството и поврзаните варијабли меѓу трите формати на психотерапија: онлајн, лице в лице и комбиниран. За таа цел беше користен тест кој овозможува истовремено споредување на просечните резултати на повеќе групи. Иако статистичкиот термин за овој метод е ANOVA, неговата суштина е лесно разбирлива: тој проверува дали разликите меѓу групите се доволно големи за да бидат значајни или, пак, може да се должат на случајност. Со ова се утврдува дали форматот на терапијата навистина влијае на доживувањето и исходите, или сите три формати даваат слични резултати.

Покрај ова, беа применети и други тестови за дополнителни споредби. T-тестовите овозможија да се пресметаат разлики меѓу две групи – на пример, разлики по пол. Корелациските анализи (Pearson или Spearman, зависно од типот на податоци) беа користени за да се истражи поврзаноста меѓу различни варијабли, како што се задоволството, личните сили, бројот на сесии и одредени демографски карактеристики. На овој начин беше испитано не само дали постојат разлики меѓу групи, туку и како различните фактори меѓусебно се поврзуваат.

Покрај квантитативниот дел, одговорите на отворените прашања беа анализирани со тематска квалитативна анализа. Со овој пристап се идентификуваа доминантни теми и обрасци во начинот на кој учесниците ги опишуваат сопствените искуства, што овозможи подлабоко разбирање на значењата зад бројките.

Комбинацијата од квантитативни и квалитативни методи овозможи слика која е истовремено статистички прецизна и богата со контекст, што го зајакнува кредибилитетот и интерпретативната вредност на добиените резултати.

3.2 Главни наоди

Квантитативни наоди

- Задоволство од терапијата: учесниците во сите групи изразија високо ниво на задоволство од терапијата. Иако онлајн групата покажа тенденција кон нешто повисоки оценки во споредба со другите формати, статистичката анализа не утврди значајни разлики меѓу групите. Тоа значи дека клиентите генерално се чувствуваат подеднакво задоволни без разлика дали терапијата се одвива онлајн или лице в лице.
- Пол: анализата не покажа разлики меѓу жени и мажи во нивното задоволство од терапијата. И двата пола ја оценуваат терапијата на сличен начин, без значајни варијации во нивните перцепции.
- Образование и професија: различните образовни и професионални позадини на учесниците не се покажаа како фактор што влијае врз нивното задоволство од терапијата. Без оглед на нивото на образование или видот на професијата, учесниците ја доживуваат терапијата на сличен начин, што укажува дека задоволството е стабилно низ различни социјални и професионални групи
- Корелации: се појавува насока кон позитивна врска меѓу личните сили на испитаниците и нивното задоволство од терапијата.

Квалитативни наоди:

- Предности на онлајн: удобност, заштеда на време, опуштеност дома.
- Недостатоци на онлајн: технички проблеми, недостиг на невербална комуникација.
- Предности на лице в лице: подлабока поврзаност, подобра проценка на невербални сигнали.
- Недостатоци на лице в лице: потреба од патување и поголем трошок на време.

3.3. Општ заклучок од дискусијата

Ова истражување имаше за цел да ги испита искуствата и преференциите на клиентите во однос на форматот на психотерапијата (онлајн наспроти лице в лице), нивното задоволство од терапијата, како и нивните лични психолошки сили.

Наодите од анкетата спроведена со 111 учесници укажуваат на неколку значајни точки.

Прво, онлајн психотерапијата се покажа како широко застапена и прифатена меѓу испитаниците. Повеќе од половината од учесниците имале искуство исклучиво со онлајн сесии, додека помал дел посетувале традиционални сесии лице в лице или комбинирале хибриден пристап. Овој тренд сугерира дека во современи услови (како што се: постпандемискиот период и зголемената дигитализација) онлајн форматот станал достапна и популарна опција за добивање психолошка помош. Дополнително, анализата на психолошките сили покажа дека поголемиот дел од учесниците препознаваат значајни лични ресурси коишто им помагаат да го извлечат максимумот од терапијата, независно од форматот. Личните психолошки сили се покажаа како стабилни и релативно независни од изборот на онлајн или лице в лице пристап, што укажува дека внатрешните капацитети на клиентите играат клучна улога во нивното терапевтско искуство. Клиентите со поизразени лични сили имаат тенденција да се чувствуваат поангажирани, поотворени и поефективни во процесот, што дополнително го потврдува значењето на индивидуалните ресурси во психолошката промена.

Второ, резултатите покажуваат високо ниво на задоволство од психотерапијата независно од форматот. Испитаниците генерално се согласија (со просечни оцени блиски до 5 на скала од 1 до 5) дека во текот на терапијата се чувствувале удобно да ги споделуваат личните проблеми, дека терапевтите ефикасно ги разбирале и им давале емоционална поддршка преку избраниот формат. Тие беа задоволни од сопствената ангажираност во процесот и сметаат дека терапијата била ефективна колку што очекувале. Особено е значајно што не се забележани значајни негативни искуства во онлајн контекстот – напротив, клиентите кои работеле онлајн исто така високо го оценија квалитетот на комуникацијата и врската со терапевтот. Голем дел од сите учесници (без разлика на форматот) изјавија дека би го препорачале својот терапевтски формат на други, што зборува за силна доверба во ефективноста на терапијата која ја добиле.

Трето, истражувањето ги разгледа преференциите на клиентите кои имале искуство со двата формата. Меѓу оние испитаници што посетувале и онлајн и сесии во живо, немаше едногласна наклонетост кон еден формат – значителен дел (околу една третина) изјавија дека немаат изразена преференција и дека двата формата им се подеднакво прифатливи. Од останатите, малку повеќе клиенти генерално ја

претпочитаат терапијата лице в лице, наведувајќи ја директната физичка присутност како предност. Сепак, забележливо е дека значаен дел испитаници (приближно една четвртина) ја преферираат онлајн терапијата пред традиционалната. Ова укажува дека онлајн пристапот не само што е алтернатива во отсуство на други опции, туку за многумина претставува посакуван формат поради својата погодност, комфор или други индивидуални причини. Ваквата распределба на преференции потврдува дека не постои универзално решение – изборот на оптимален формат зависи од личните потреби и околности на клиентот.

Дополнително, резултатите осветлуваат и неколку други аспекти значајни за разбирање на искуството на клиентите. На пример, повеќето испитаници немаат преференција во однос на полот на својот терапевт, иако дел (првенствено жени клиенти) би одбрале советувач од женски пол доколку можат. Исто така, во однос на учеството во терапијата, најчестиот перципиран идеален ритам на сесии е еднаш на две недели или еднаш неделно, додека некои сметаат дека сесиите треба да се закажуваат поретко „по потреба“ или еднаш месечно. Ова сугерира дека клиентите имаат различни потреби за динамиката на терапијата и дека флексибилноста во зачестеноста може да придонесе кон поголемо задоволство и ефективност.

Конечно, истражувањето внесе увид и во улогата на технологијата и вештачката интелигенција во областа на менталното здравје. Иако мнозинството (околу 70 %) од анкетираните досега немаат користено апликации или алатки со вештачка интелигенција како психолошки советник, забележителен дел (близу една третина) веќе имаат експериментирано со вакви решенија. Тие најчесто наведуваат современи алатки, како ChatGPT, мобилни апликации за ментално здравје (на пр., за mindfulness или вежби за дишење) и сл. Како контекст на користење, најчесто AI-алатките се употребуваат како дополнување на психотерапевтскиот третман или за општи совети при лични потешкотии, а многу поретко како целосна замена за терапија. Овој резултат ја потенцира експанзијата на дигиталните ресурси во грижата за менталното здравје и подготвеноста на дел од клиентите да вклучат технологија во нивната психолошка поддршка. Сепак, фактот што речиси никој не ја користи вештачката интелигенција како замена за професионална терапија укажува дека клиентите сè уште ја препознаваат вредноста на човечкиот фактор и стручност во процесот на советување и лекување.

Сумирано, главниот заклучок од ова истражување е дека психотерапијата – било да се изведува онлајн или лице в лице – е високо вреднувана од страна на

клиентите во однос на задоволството и перципираната ефективност. Онлајн форматот се потврди како практичен и ефикасен пристап, кој за многумина не претставува пречка за воспоставување добра терапевтска релација и постигнување позитивни резултати. Терапијата лице в лице останува значајна и малку повеќе преферирана во одредени случаи, особено кога е важен личниот контакт, но генерацијата која ги користи услугите покажува флексибилност и отвореност кон алтернативи. Овие наоди се особено важни за унапредување на пристапот кон менталното здравје во нашата средина, бидејќи укажуваат на потребата од мултимодален пристап – односно прилагодување на услугите според различните формати и технологии – со цел да се подобри достапноста и квалитетот на психолошката поддршка. Во продолжение, врз основа на добиените резултати, наведени се конкретни препораки, како и ограничувањата на студијата и можните насоки за идни истражувања.

IV. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Генерален заклучок

Ова истражување (N = 111) даде значаен придонес во разбирањето на современите искуства и преференции на клиентите во психотерапијата. Наодите потврдија дека онлајн психотерапијата е широко прифатена и често користена, при што хибридните модели (комбинација онлајн/во живо) се исто така значајно застапени. Оваа распределба ја одразува постпандемиската реалност и зголемената дигитализација на психолошките услуги, каде што онлајн форматот веќе не се доживува како „резервна опција“, туку како рамноправен пристап.

Задоволството од психотерапијата е високо во сите формати (онлајн, лице в лице, комбиниран), а не се регистрираат стабилни статистички разлики во просечните оценки на задоволство или во BSS-персоналните сили. Ова е конзистентно со меѓународни метааналитички наоди кои укажуваат на еквивалентност во ефективноста меѓу онлајн и лице в лице психотерапија, особено кај третман на депресија и анксиозност (Barak et al., 2008). Andrews и соработниците дополнително потврдуваат дека компјутерските и онлајн терапиите се практични, прифатливи и ефикасни во рутинска клиничка пракса (Andrews et al., 2018).

Во однос на терапевтската релација, Mercadal и соработниците откриваат дека алијансата меѓу клиент и терапевт е подеднакво силна во онлајн и лице в лице интервенции што ја потврдува централната улога на релацијата како носител на исходот (Mercadal et al., 2025). Erasmus и соработниците дополнително нагласуваат дека дигиталната испорака на системска психотерапија е еднакво ефикасна како традиционалната, со предност во достапноста и намалување на бариерите за пристап (Erasmus et al., 2025).

Кај испитаниците со двојно искуство, преференциите се поделени: дел преферираат лице в лице терапија поради невербалната димензија и перципирана блискост, други онлајн поради флексибилност, достапност и заштеда на време, а значителен дел немаат изразена преференција. Ова е во согласност со Psychology.org и Psychology Today, каде што клиентите ја оценуваат онлајн терапијата како подеднакво ефективна, но изборот зависи од лични околности и потреби (Psychology.org, 2025; Psychology Today, 2023).

Во однос на динамиката на терапијата, најчесто перципирана идеална фреквенција е еднаш неделно или еднаш на две недели. Истражувања на Keane & Smout, и Ciharova и соработниците, покажуваат дека зачестеноста на сесиите е поважна од вкупниот број, со тоа што редовните средби значајно го подобруваат исходот кај депресија (Keane & Smout, 2024; Ciharova et al., 2024).

Повеќето учесници немаат преференција за полот на терапевтот; каде што постои, најчесто е кај жени клиенти кон терапевтка. Claney, и Liddon и соработнците нагласуваат дека родот на терапевтот може да влијае врз комфорот и отвореноста на клиентот, но не е пресуден фактор за ефективноста (Claney, 2024; Liddon et al., 2017).

Дополнително, близу една третина од учесниците користат AI/дигитални алатки претежно како дополнување, а не како замена за терапија. Светската здравствена организација и академски извори укажуваат дека AI има потенцијал да ја зголеми достапноста и да понуди дополнителни ресурси за самопомош, но клиентите и професионалците ја препознаваат незаменливата улога на човечкиот фактор во психотерапијата (World Health Organization, 2023; Jesudason, Bacchi, & Bastiampillai, 2025; Cudris Torres, 2025; Google Health, 2025). Во таа насока, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2022) останува основен референтен документ за дефинирање и класификација на психопатологијата, што дополнително ја нагласува потребата од човечка експертиза при интеграција на дигитални алатки во психотерапијата.

Сумирано, психотерапијата е високо вреднувана без оглед на форматот; квалитетот на терапевтската релација и пристапноста се клучни носители на позитивниот исход. Онлајн форматот не претставува бариера за добар исход, додека лице в лице останува преферирaн кога е критична непосредната блискост и невербалната комуникација. Мултимодалниот (флексибилен) пристап се покажува како најсоодветен за различните потреби на клиентите, што е во согласност со препораките за персонализирана психолошка поддршка (Andrews et al., 2018).

Овие согледувања ја нагласуваат потребата од понатамошно развивање на психотерапевтски модели кои комбинираат традиционални и дигитални формати, со цел да се зголеми достапноста, да се зачува квалитетот на релацијата и да се интегрираат нови ресурси за психолошка благосостојба.

Во иднина, истражувањата треба да се насочат кон поширoки и поразновидни примероци, како и кон проценка на долгорочните ефекти од користење на дигитални алатки и вештачка интелигенција во психолошка поддршка.

Нашето истражување со тоа ги охрабрува давателите на услуги да продолжат да нудат хибридни модели на терапија, комбинирајќи ги најдобрите аспекти од двата света, во интерес на максимизирање на задоволството и успешноста на клиентите (Ebert et al., 2021).

ПРЕПОРАКИ

За практичари и установи

Препорачливо е психотерапевтските услуги да се понудат во различни формати – онлајн, лице в лице или хибридно – со флексибилно закажување, како неделни, двонеделни или сесии „по потреба“.

Дополнително, корисно е да се обезбеди обука за телепсихологија, со фокус на техники за градење терапевтска алијанса онлајн, управување со дистракции и структуирање на видеосесија (рамка, цели, резиме), како и развивање културна чувствителност во дигиталниот медиум (Eichenberg et al., 2023).

Во поглед на техничките и етичките стандарди, се препорачува користење на сигурни платформи со шифрирана комуникација, заштита на податоци, протоколи за итни ситуации и соодветно информирано согласување за онлајн работа. Потребно е и да се води сметка за цифровата и просторната приватност на клиентот (Gelso & Williams, 2022). Цифровата приватност се однесува на контролата што поединецот ја

има врз собирањето, користењето, чувањето и споделувањето на своите лични податоци во дигитална средина – особено важна во услови на е-терапија, здравствени дигитални алатки и комуникација преку интернет.

Од самиот почеток препорачливо е да се спроведе иницијална проценка во која се собираат преференциите на клиентот (формат, фреквенција, пол на терапевт), заедно со целите и очекувањата, а терапевтскиот план да се ревидира периодично. Во рамки на терапевтскиот процес, може да се интегрираат верификувани дигитални алатки и AI-поддржани апликации (mindfulness, дневник, следење на расположение, техники на дишење), со јасна граница дека тие служат како поддршка, а не како замена за терапија. Важно е да се посочи и ризикот од неточни дигитални совети (World Health Organization, 2023).

Се препорачува редовна евалуација на процесот, вклучително и кратки анонимни анкети по 4-6 сесии, следење на технички индикатори (квалитет на врската, прекини) и клинички индикатори (симптоми, функционалност, постигнување цели).

Конечно, континуирана супервизија и peer-поддршка се препорачуваат за размена на искуства, разрешување етички дилеми и усовршување стратегии за онлајн работа.

Матрица на интервенции за практичари/установи

Интервенциите во психотерапијата, особено во контекст на дигиталните и хибридните формати, може да се разгледуваат низ пет клучни домени кои природно се надополнуваат и создаваат интегриран систем на работа.

Во доменот на форматот и фреквенцијата, фокусот е насочен кон изборот и флексибилноста што му се нуди на клиентот. Процесот започнува со онбординг прашалник и јасен договор, што овозможува заедничко дефинирање на ритамот и структурата на терапијата. Овие чекори создаваат чувство на вклученост и автономија кај клиентот, што вообичаено резултира со повисоко ниво на задоволство и поголема веројатност клиентот да остане во процесот на подолг рок.

Вториот домен се однесува на градењето на терапевтската алијанса во онлајн услови. Иако дигиталната средина може да создаде одредено чувство на дистанца, тоа се ублажува преку прецизно структурирани техники за отворање и затворање на сесијата. Јасните почетни чекори, структурираниот тек и концизните завршни

моменти овозможуваат градење стабилна алијанса, подобра поврзаност и зголемен фокус за време на сесијата.

Третиот домен – безбедноста – има фундаментално значење во онлајн психотерапијата. Користењето на сигурна платформа која функционира според утврдени SOP (стандардни оперативни процедури) процедури, придружена со end-to-end енкрипција и силни протоколи за заштита на податоците, создава средина во која клиентите можат да се чувствуваат заштитени. Ова директно влијае на нивото на доверба и подготвеност за длабока психолошка работа.

Четвртиот домен се однесува на употребата на дигитални алатки како дополнување на терапевтската работа. Преку внимателно избрана листа на верификувани апликации и јасни упатства за нивна примена, клиентот добива можност за структурирана самопомош помеѓу сесиите. На тој начин терапевтскиот процес се продолжува надвор од формалната средба и добива континуитет, што често доведува до подобри исходи.

Последниот домен, евалуацијата, има за цел да обезбеди тековно следење и адаптација на третманот. Крајно кратките анкети и редовната примена на соодветни скали овозможуваат брзо препознавање на промените, потребите или потенцијалните застои во процесот. Ова води до навремени корекции на третманот и обезбедува постојана усогласеност помеѓу терапевтските интервенции и индивидуалните потреби на клиентот.

Овие пет домени формираат кохерентна рамка за квалитетна, безбедна и персонализирана современа психотерапевтска практика. Тоа е матрица на препораки за практичари, секој ред објаснува миниинтервенција што практичарите или установите можат да ја имплементираат, покажува врска меѓу доменот (област на работа), што се прави, како се спроведува, и кој ефект се очекува.

За креатори на политики

За да се овозможи одржлива, етичка и достапна дигитална психолошка поддршка, потребни се системски интервенции на ниво на политика. Следните препораки се насочени кон три клучни области:

1. Инфраструктура и регулатива

Потребно е воспоставување национални стандарди за безбедност и приватност, како и промовирање на интероперабилност меѓу дигиталните

платформи. Признавањето на телепсихологијата во здравствените тарифници и осигурителни модели е суштинско за нејзина институционална интеграција.

2. Пристапност

За да се намали дигиталниот јаз, се препорачува обезбедување субвенции или ваучери за ранливи групи, особено во рурални подрачја и кај лица со ниски приходи. Дополнително, поставување јавни простори со приватни дигитални кабини може да овозможи безбеден пристап до онлајн сесии за оние без домашни услови.

3. Едукација

Важно е да се развијат програми за дигитална писменост и психолошко здравје, насочени кон граѓаните, практичарите и институциите. Јавните кампањи против стигмата поврзана со користење психолошки услуги, особено во дигитален формат, се покажуваат ефективни (Gelso & Williams, 2022).

За идно унапредување на практиката

За да се одржи квалитетот и етичноста на дигиталната психолошка поддршка, потребно е континуирано унапредување на практичните модели. Следните насоки се препорачуваат за професионалци и установи:

1. Хибридни протоколи по мерка

Примената на флексибилни хибридни модели (на пр., секоја втора сесија онлајн, или онлајн продолжување по иницијална живо-фаза) овозможува адаптација кон индивидуалните потреби и состојби на психолошки дистрес. Овие протоколи ја комбинираат достапноста на дигиталната средина со длабочината на личната интеракција.

2. Колегијална супервизија и микрообуки

Воведување кратки (20–30 мин) микросесии за супервизија и обука, насочени кон микровештини во видеосредина (на пр., невербална присутност, темпирање, дигитална емпатија), може значајно да го подобри квалитетот на онлајн терапевтската алијанса.

3. Рутински мерења на исходи (ROM)

Интеграцијата на редовни мерења на терапевтски исходи во сите формати (живо, онлајн, хибридно) овозможува динамична адаптација на третманот и поттикнување на *feedback-informed treatment*. Ова ја зајакнува транспарентноста, ефикасноста и клиентската автономија.

Ограничувања

И покрај добиените наоди, истражувањето има неколку методолошки ограничувања кои треба да се земат предвид при интерпретацијата:

1. Пригоден и нерамнотежен примерок (повеќе онлајн корисници; мал подпримерок лице в лице) - ограничена генерализираност и статистичка моќ.

Прво, примерокот беше пригоден и нерамнотежен, со поголем број онлајн корисници и мал подпримерок лице в лице, што ја ограничува генерализираноста и статистичката моќ.

2. Самоизвештаи → ризик од социјално посакувани одговори и когнитивна дисонанца (потенцијално благо преценување на задоволството).

Второ, податоците беа собрани преку самоизвештаи, што носи ризик од социјално посакувани одговори и когнитивна дисонанца, со можност за благо преценување на задоволството.

3. Пресечен дизајн (без пред–по, без контролна група) → не тврди каузалност.

Трето, користениот пресечен дизајн (без пред–по мерења и без контролна група) не дозволува тврдење за каузалност.

4. Делумно нестандарден инструментариум за дел од ставки → ограничена психометриска валидност (потребна факторска анализа/валидирање).

Четврто, дел од инструментариумот беше делумно нестандарден, што ја ограничува психометриската валидност и укажува на потреба од факторска анализа и дополнително валидирање.

5. Контекстуална условеност (постпандемиски период, висока дигитализација) → можни временски ефекти врз ставовите (Barak et al., 2008).

Конечно, истражувањето беше спроведено во специфичен контекст – постпандемиски период со висока дигитализација – што може да влијае врз ставовите на учесниците и да создаде временски ефекти (Barak et al., 2008).

Иако истражувањето нуди релевантни сознанија за перцепциите и задоволството од различните формати на психотерапија, важно е да се разгледаат и неговите методолошки ограничувања. Прво, распоредот на испитаниците по групи (онлајн, лице в лице и хибриден формат) не е целосно избалансиран, што носи ризик од лажно детектирани или недетектирани разлики меѓу групите. Во идни истражувања би било соодветно да се применат стратегии како стратифициран

примерок и a priori power-анализа, со цел да се обезбеди статистичка моќ и рамномерна распределба на испитаниците.

Второ, податоците се прибрани преку самоизвештаи, што може да доведе до субјективна пристрасност и социјално пожелни одговори. Како надминување на овој ризик, во идни студии може да се вклучат повеќе извори на податоци, како на пример, процени од терапевти или објективни индикатори, како и вградени валидностни ставки за проверка на конзистентност на одговорите.

Понатаму, истражувањето има пресечен (cross-sectional) дизајн, кој овозможува увид во моменталните ставови, но не дозволува цврсти заклучоци за причинско-последичните односи или динамика на промените во времето. Перспективна насока е користење на пред-по мерки, како и вклучување на контролна или компаративна група, што би придонело за подлабока анализа на ефектите од различните терапевтски формати.

Дополнително, иако анкетниот инструмент ги мери релевантните психолошки конструкти, дел од ставките претставуваат прилагодена верзија на стандарден инструмент, што отвора прашања за психометриската валидност. Во идни истражувања може да се примени конфирматорска и експлораторна факторска анализа (CFA/EFA) за потврдување на структурната валидност и внатрешната конзистентност на мерните скали.

Конечно, контекстуалниот фактор мора да се земе предвид: примерокот потекнува од специфичен културен и социјален амбиент, што може да ја ограничува надворешната валидност на резултатите. Зголемување на генерализабилноста би се постигнало преку мултилокациски дизајни, репликации во различни културни и институционални средини, како и следење на резултатите во различни временски периоди.

Насоки за идни истражувања

Врз основа на тековните ограничувања и контекстуалните условености, се наметнува потреба од методолошки и концептуален план во истражувањата поврзани со психотерапевтските формати. Подолу се наведени конкретни насоки кои можат да придонесат кон подобра валидност, применливост и иновативност на идните истражувачки дизајни:

1. Поголеми, балансирани, поразнолики примероци: Вклучување различни возрасни групи, образовни нивоа и урбана/рурална распределба; стратификација по формат и a priori-пресметки за моќ.
2. Компаративна ефективност: Експериментални/квазиекспериментални дизајни со пред–по мерења и follow-up (6–12 месеци); јасни клинички исходи (симптоми, функционалност, квалитет на живот).
3. Квалитативна продлабоченост: Полуструктурирани интервјуа и фокус-групи за детекција на механизми зад преференции (присутност, приватност, невербалност, техно-страв).
4. Специфични проблематики и модалитети: Мапирање кои состојби/техники (CBT, EFT, ACT…) се најсоодветни по формат; потенцијални модератори (интровертност, дигитална писменост).
5. Алијанса и процес онлајн: Двострана перспектива (клиент/терапевт) за микро-повратни сигнали, присутност и замор од екран; развој на онлајн алатки за процесно следење (Andrews et al., 2018).
6. AI и дигитални алатки: Рандомизирани контролирани испитувања (РКИ)/квази-РКИ за комбинирани интервенции (терапија + AI-самопомош) vs. стандард; проценка безбедност/приватност/писменост (Greenwood et al., 2022).
7. Оптимизација на хибридни протоколи: Различни соодноси онлајн/во живо и нивно влијание на исходи, задржливост и трошоци.

Предлог-матрица за идни дизајни

Матрицата претставува структуриран предлог за четири различни истражувачки насоки во областа на психотерапијата, организирани според нивната цел, дизајн, мерни инструменти и временска рамка, но може да се пренесе и како кохерентен наратив без користење табеларен формат.

Првата истражувачка насока се фокусира на утврдување на еквивалентноста меѓу форматите на психотерапија, со цел да се провери дали онлајн, лице в лице и хибридните модели доведуваат до споредливи терапевтски исходи. За оваа цел се применува рандомизиран компаративен дизајн, кој овозможува систематска споредба помеѓу групите. Ефектите се мерат преку симптомски скали, инструменти за проценка на терапевтската алијанса, како што е Working Alliance Inventory (WAI) и мерки за задоволство на клиентите. Податоците се собираат пред интервенцијата,

по завршувањето и дополнително по шест и дванаесет месеци, што овозможува следење на долгорочната стабилност на исходите.

Втората насока има за цел да го утврди оптималниот модел на хибридна психотерапија, односно кој сооднос на онлајн и физички сесии води кон најдобра ефективност и највисока задржливост на клиентите во процесот. Истражувањето се спроведува преку факторски дизајн кој ги варира форматите, а се користат мерки за терапевтски исходи придружени со индикатори за задржливост. Временската рамка за вакво истражување е шест до девет месеци, што овозможува собирање доволно податоци за да се утврди кој хибриден модел е најстабилен и најкорисен.

Третата цел е насочена кон проценка на додадената вредност на дигиталните алатки засновани на вештачка интелигенција како дополнување на традиционалната терапија. Во оваа насока се споредува стандардниот третман со комбинирана интервенција која вклучува терапија и AI-апликации за самопомош. Се применува квазирандомизирано контролирано испитување, а мерките вклучуваат симптомски промени, степен на придржување кон третманот и евентуални ризици или несакани ефекти. Периодот на следење трае дванаесет месеци за да се опфатат и краткорочните и долгорочните ефекти од воведувањето на AI-поддршката.

Четвртата насока ја истражува динамиката на терапевтскиот процес во онлајн средина, со акцент на микроалијансата и чувството на присутност. Наместо ретроспективни прашалници, ова истражување користи методи за собирање податоци во реално време, најчесто преку мобилни апликации или други микропроцесни техники. На тој начин се добива фина, секвенцијална слика за тоа како се гради и менува терапевтската врска од сесија во сесија. Истражувањето обично опфаќа период од осум до дванаесет последователни сесии, што овозможува анализа на суптилните процесни механизми кои се карактеристични за онлајн психотерапијата.

Предлог-матрицата служи како практичен водич за истражувачи кои сакаат да развијат студии што ќе ја надминат сегашната ограничена генерализираност и ќе обезбедат поцврсти докази за ефективноста на дигиталните и хибридните психолошки интервенции, поточно претставува структурирана матрица за идни дизајни, каде секоја цел е поврзана со соодветен методолошки пристап, мерки и временска рамка.

Резултатите од ова истражување отвораат повеќе прашања и можности за понатамошно продлабочување на спознанијата во областа на психотерапевтските

формати и иновации. Во таа насока, идентификуваме неколку насоки за идни истражувања:

Поголем и поразнолик примерок: Идните студии би требало да опфатат поголем број учесници и да настојуваат кон репрезентативност на популацијата. Особено би било корисно да се балансираат групите според формат на терапија – да се вклучи доволен број клиенти со искуство исклучиво лице в лице, за да може статистички значајно да се споредат со оние исклучиво онлајн. Дополнително, примерокот може да се прошири во однос на демографијата (возраст, образование, урбана/рурална средина) за да се испитаат можните разлики: на пример, дали повозрасните клиенти се исто толку задоволни од онлајн терапија како и помладите, или дали во руралните средини (со можеби послаб интернет-пристап) има поинакви бариери и ставови.

Компаративни студии на ефективност: Нашето истражување се фокусираше главно на субјективното задоволство и преференции. Следен чекор е да се истражи објективната ефективност на онлајн наспроти лице в лице терапијата во однос на психолошки исходи. Идни истражувања може да вклучуваат експериментален или квазиекспериментален дизајн – на пример, следење на две групи клиенти со слични проблеми, каде едната група добива онлајн терапија, другата во живо, и мерење на нивните симптоми или благосостојба пред и по одреден период на терапија. Таквите студии би помогнале да се утврди дали двата формата се подеднакво ефикасни во намалување на симптомите на депресија, анксиозност, подобрување на функционалноста и сл. или постојат мали разлики кои не се видливи само од перцепциите на клиентите.

Долгорочни исходи и задржливост: Битно е да се истражи и дали позитивните искуства со различните формати се одржуваат долгорочно. На пример, дали клиентите кои се задоволни по неколку месеци терапија онлајн, и по една година сè уште покажуваат одржани подобрувања и остануваат во терапија, наспроти оние во лице в лице? Идните истражувања може да вклучат follow-up периоди (надоврзани мерења по 6 месеци, 1 година) за да се процени стапката на одржување на терапевтските придобивки, како и стапката на прекин или продолжување на терапија кај онлајн и кај традиционалните клиенти. Ваквите податоци би дале поцелосна слика за одржливоста на форматите и би помогнале во планирање на услуги (на пр., дали онлајн клиентите имаат поголем ризик од предвремено напуштање на терапијата и што да се преземе во врска со тоа).

Квалитативни истражувања за продлабочено разбирање: Анкетите можат да се надополнат со квалитативни методи (интервјуа, фокус-групи) за подлабоко да се разберат причините зад преференциите и задоволството. На пример, идно истражување може да интервјуира клиенти кои ја претпочитаат онлајн терапијата за да открие што конкретно им се допаѓа (дали тоа е заштедата на време, чувството на сигурност во сопствениот дом, можноста за поголема фокусираност итн.). Слично, од оние што ја претпочитаат терапијата лице в лице, важно е да се дознае дали тоа се должи на невербалната комуникација, потполното исклучување од дистракции, или пак едноставно недоверба во технологијата. Квалитативните наоди би им дале глас на клиентите и би ги објасниле квантитативните трендови, со што би се формулирале понијансирани препораки за практика.

Специфични групи и проблематики: Интересна насока е да се испита кои видови на проблеми или терапии најдобро функционираат онлајн, а кои подобро лице в лице. Можеби идни студии ќе утврдат дека одредени состојби (на пр., анксиозни растројства или лесна до умерена депресија) се подеднакво успешно третирани онлајн, додека за други (на пр., тешки трауми, сложени семејни терапии) сепак е потребна физичка интеракција. Исто така, профилот на клиентот може да биде фактор – дали лица со поусовршени дигитални вештини и одредени црти на личност (интровертност, удобност со пишана комуникација) покажуваат поголема придобивка од онлајн форматот? Идните истражувања би можеле да го разгледаат ефектот на модераторски променливи, односно условите под кои еден формат е особено ефективен или, обратно, проблематичен.

Улогата на терапевтот и алијансата во различни формати: Дополнително, идните испитувања може да се фокусираат на самиот процес – како се гради и одржува терапевтската релација онлајн наспроти лице в лице. Ова може да вклучува и перспектива на терапевтите: како тие се приспособуваат, кои техники ги менуваат, со кои предизвици се соочуваат во виртуелна околина (на пр. замор од екран, потешкотии со читање говор на тело) и кои стратегии ги користат за да ги надминат. Споредбата на гледиштата на терапевтите и клиентите би дала целосна слика и би сугерирала обуки или поддршка кои им се потребни на терапевтите за да испорачаат оптимален квалитет во двата формата.

Истражување на вештачката интелигенција во менталното здравје: Со оглед на тоа што значаен дел од испитаниците навеле користење на AI-советници, идните студии може систематски да го испитаат ефектот и местото на овие алатки во

психолошката поддршка. Ова може да вклучи: проценка на ефикасноста на популарните апликации за ментално здравје (дали корисниците бележат намалување на стресот или подобрување на расположението по користење), ставови на клиентите кон AI – дали им влева доверба, дали имаат страв за приватност, дали би сакале нивните терапевти да ги препорачуваат или не. Експериментално, може да се споредат групи клиенти кои добиваат комбиниран третман (редовна терапија + AI самопомош меѓу сесии) со оние на стандарден третман, за да се види дали технологијата додава вредност или не. Исто така, важна тема е дигиталната писменост и безбедност – колку клиентите се запознаени со ризиците (неточни совети, недостаток на емоционална суптилност кај AI) и како тоа влијае на нивната употреба. Овие наоди би биле корисни за креирање на упатства за безбедна примена на AI во менталното здравје.

Испитување на хибридни модели: Конечно, вредно е да се истражи и хибридниот пристап кој комбинира онлајн и физички сесии (на пр., дел од сесиите во живо, со повремени онлајн продолжетоци). Некои испитаници во ова истражување веќе практикувале хибриден модел и исто така изразија високо задоволство. Идни истражувања може да експериментираат со различни пропорции на комбинираност (на пр., еден месец онлајн, еден месец во живо, или секоја втора сесија онлајн) за да се утврди дали постои оптимална комбинација што ги максимизира придобивките (флексибилност, достапност) а ги минимизира потенцијалните слабости (на пр. губење континуитет или интимност). Хибридниот модел би можел да биде иднината на психотерапијата, па научното разгледување на неговата ефективност и изводливост би било навремено.

Со спроведување на ваквите идни истражувања ќе се надополни сликата што ја добивме од оваа студија и ќе се придонесе кон оформување на научно засновани упатства за најдобри практики. Постои очигледен тренд на демократизација и дигитализација на психолошката поддршка, и само преку континуирано истражување можеме да осигуриме дека овие промени навистина работат во корист на подобро ментално здравје за клиентите. Идните наоди ќе им помогнат и на практичарите и на носителите на одлуки да донесат информирани одлуки – како на пример, колку да вложуваат во платформи за онлајн терапија, како да ги едуцираат клиентите за новите алатки, или како да го прилагодат пристапот за различни групи население. На тој начин, ќе се надгради темелот поставен со ова истражување и ќе се овозможи еволуција на психотерапевтската пракса во чекор со потребите на времето.

ЗАКЛУЧНА ПОРАКА

Препораките кои произлегуваат од резултатите на ова истражување се насочени кон унапредување на психотерапевтската практика во различни формати на испорака. Потребно е да се обезбеди рамноправен пристап до онлајн и традиционални услуги, при што двата формата треба да бидат поддржани со соодветни професионални стандарди, етички протоколи и јасни критериуми за квалитет.

Истовремено, наодите укажуваат на значењето на индивидуалните карактеристики на клиентот, што говори во прилог на персонализирано планирање на третманот, засновано на потребите, можностите и преференциите на секој корисник. Ова вклучува внимателно разгледување на дигиталната писменост, техничките услови, степенот на психологшка подготвеност и видот на психолошката потешкотија.

Дополнително, следењето и систематското оценување на терапевтските исходи претставува важен услов за континуирано унапредување на практиката, вклучително и во дигиталниот контекст. Имплементацијата на структуриран мониторинг на резултати може да придонесе за појасно дефинирање на индикациите и ограничувањата на секој формат, како и за поточна проценка на ефективноста во различни популации.

Во согласност со меѓународните препораки, потребно е како професионалната заедница така и институционалните структури да развиваат капацитети за поддршка на безбедна, квалитетна и научно заснована онлајн пракса (Barak et al., 2008). Овој процес подразбира континуирана едукација на стручните лица, развој на техничка поддршка, и поставување на регулативи и заштитни механизми кои ја гарантираат конфиденцијалноста, професионалноста и сигурноста на терапевтскиот процес.

Со таков пристап, психотерапијата може да опфати поширока популација, да одговори на современите потреби и да остане доследна на својата основна цел – обезбедување на ефективна, достапна и научно валидирана психолошка поддршка.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
2. American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended June 1, 2010, and January 1, 2017). Washington, DC: Author. Retrieved October 24, 2025, from https://www.apa.org/ethics/code
3. American Psychological Association. (2021). *Guidelines for the practice of telepsychology*. Washington, DC: Author. https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology
4. American Psychological Association. (2023). *APA dictionary of psychology*. Retrieved October 24, 2025, from https://dictionary.apa.org
5. American Psychological Association. (2023). *Psychotherapy bulletin.* Society for the Advancement of Psychotherapy. Retrieved from https://societyforpsychotherapy.org/wp-content/uploads/2023/10/Bulletin-2023-58-2-3-3.pdf
6. American Psychological Association. (n.d.). *Psychotherapy.* Retrieved October 22, 2025, from https://www.apa.org/topics/psychotherapy
7. Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O., & Shani-Sherman, T. (2014). *The future of online therapy.* Internet Interventions, 1(3), 159–161. https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.09.002
8. Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O., & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior, 41*, 288–294. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.016
9. Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry, 13*(1), 4–11. https://doi.org/10.1002/wps.20083
10. Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 55,* 70–78. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001
11. Audrin, C., & Audrin, B. (2022). Key factors in digital literacy in learning and education: A systematic literature review using text mining. *Education and*

Information Technologies, 27, 7395–7419. https://doi.org/10.1007/s10639-021-10832-5

12. Barak, A. (1999). Psychological applications on the Internet. *Applied & Preventive Psychology, 8*(4), 231–245. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80038-1
13. Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2–4), 109–160. https://doi.org/10.1080/15228830802094429
14. Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology: An integrative approach* (8th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
15. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
16. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
17. Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research, 27*(5), 511–524. https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908
18. Berne, E. (1964). *Games people play: The psychology of human relationships.* New York: Grove Press.
19. Bernstein, D. P. (2019). *Measuring personal strengths in schema therapy: Development and validation of the Bernstein Strengths Scale (BSS).* Maastricht University, The Netherlands.
20. Bernstein, D. P., & Nijman, H. (1999). *Bernstein Strengths Scale (BSS).* Unpublished manuscript, Maastricht University, The Netherlands.
21. Blatner, A. (2000). *Foundations of psychodrama: History, theory, and practice* (4th ed.). New York: Springer.
22. Böhm, A. (2020). *Basic principles for therapeutic relationship and practice in Gestalt theoretical psychotherapy*. Gestalt Theory, 43(1), 69–86. https://doi.org/10.2478/gth-2021-0001
23. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. https://doi.org/10.1037/h0085885
24. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice.* New York, NY: Jason Aronson

25. Breuer, J., & Freud, S. (1895/1955). *Studies on hysteria* (J. Strachey, Trans.). New York: Basic Books.
26. Caliskan, A., Bryson, J. J., & Narayanan, A. (2022). Semantics derived automatically from language corpora contain human-like biases. *Science, 356*(6334), 183–186. https://doi.org/10.1126/science.aal4230
27. Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 1–18. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115
28. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025, February 5). *Telehealth*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cms.gov/medicare/coverage/telehealth
29. Ciharova, M., Karyotaki, E., Miguel, C., Walsh, E., de Ponti, N., Amarnath, A., van Ballegooijen, W., Riper, H., Arroll, B., & Cuijpers, P. (2024). Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders, 359*, 92–99. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.070
30. Claney, R. (2024). *Gender dynamics in therapeutic relationships: Client comfort and openness in psychotherapy*. *Journal of Counseling Psychology, 71*(1), 45–58. https://doi.org/10.1037/cou0000654
31. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
32. Cudris Torres, L. (2025). Artificial intelligence in psychotherapy: Reflections on opportunities, challenges, and ethical implications. *Gaceta Médica de Caracas, 133*(4), 1250–1256. https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.4.26
33. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. D. (2019). Internet- and mobile-based interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depression and Anxiety, 36*(7), 654–659. https://doi.org/10.1002/da.22936
34. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
35. Dominiak, M., Gędek, A., & Zawadzka, A. (2024). Prevalence, attitudes and concerns toward telepsychiatry and mobile health self-management tools among

patients with mental disorders during and after the COVID-19 pandemic: A nationwide survey in Poland from 2020 to 2023. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1322695. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1322695

36. Dudić-Sijamija, A. (2024). Online counselling in Bosnia and Herzegovina: Unknown or necessary? *Društvene i humanističke studije, 9*(1), 897–915. https://doi.org/10.51558/2490-3647.2024.9.1.897
37. Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., Brugnera, A., … Baumeister, H. (2021). Internet- and mobile-based psychological interventions: Applications, efficacy, and potential for implementation. *European Psychologist, 26*(2), 126–138. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000422
38. Eichenberg, C., & Hübner, L. (2020). Online psychotherapy: Effectiveness, training, ethical issues, and implementation. *Psychotherapy Research, 30*(8), 1023–1035. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1789712
39. Eichenberg, C., Schott, M., & Schroiff, A. (2021). Problematic smartphone use—Comparison of students with and without problematic smartphone use in light of personality. *Frontiers in Psychiatry, 11,* Article 599241. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.599241
40. Eichenberg, C., Grabmayer, G., & Green, N. (2023). Online psychotherapy: Effectiveness, challenges, and future directions. *Frontiers in Psychology, 14*, 1122334. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1122334
41. Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 132–152). New York, NY: Oxford University Press.
42. Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York: Springer.
43. Encyclopedia.com. (n.d.). *Mental illness during the Middle Ages.* In *Science and its times: Understanding the social significance of scientific discovery.* Retrieved October 23, 2025, from https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/mental-illness-during-middle-ages
44. Erasmus, P., Borrmann, M., Becker, J., Kuchinke, L., & Meinlschmidt, G. (2025). Comparing digital versus face-to-face delivery of systemic psychotherapy interventions: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Interactive Journal of Medical Research, 14*, e46441. https://doi.org/10.2196/46441

45. Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 19*(9), e306. https://doi.org/10.2196/jmir.6588
46. Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2024). *Alliance ruptures and repairs: Implications for clinical practice.* New York, NY: Oxford University Press.
47. European Association for Counselling. (2015). *Training standards booklet.* Retrieved from https://eurocounselling.org
48. European Association for Psychotherapy. (1990, October 21). *Strasbourg Declaration on Psychotherapy.* Strasbourg, France.
49. European Federation of Psychologists' Associations. (2015). *Meta-Code of Ethics*. Brussels, Belgium: EFPA. Retrieved October 24, 2025, from https://www.efpa.eu/meta-code-of-ethics
50. European Federation of Psychologists' Associations. (2022). *Digital psychology services in Europe: EFPA position paper*. Brussels: EFPA. Retrieved from https://www.efpa.eu/digital-psychology
51. Faria, G. M. (2019). *Therapeutic alliance constitution in online psychotherapy: Gestalt-therapy perspectives*. Revista do NUFEN, 11(3), 66–92. https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº03artigo59
52. Farrand, P. (Ed.). (2025). *Low-intensity CBT skills & interventions: A practitioner's manual* (2nd ed.). London: SAGE Publications Ltd.
53. Farreras, I. (2013). *History of mental illness.* In *Noba Project: Principles of Psychology – PS200.* Retrieved October 22, 2025, from http://nobaproject.com/chapters/history-of-mental-illness
54. Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM). (2022). *Directory of digital health applications (DiGA)*. Bonn: BfArM. https://diga.bfarm.de/de
55. Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2022). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health, 4*(2), e19. https://doi.org/10.2196/mental.19
56. Fletcher-Tomenius, L. J., & Vossler, A. (2009). Trust in online therapeutic relationships: The therapist's experience. *Counselling Psychology Review, 24*(2), 24–34. Retrieved from https://oro.open.ac.uk/17204/
57. Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning.* Boston, MA: Beacon Press.

58. Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity: Top-notch research reveals the upward spiral that will change your life.* New York, NY: Crown Publishers.
59. Freud, S. (1900/1953). *The interpretation of dreams* (J. Strachey, Ed. & Trans.). London: Hogarth Press.
60. Freud, S. (1923). *The ego and the id.* London: Hogarth Press.
61. Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studies on hysteria.* New York: Basic Books. (Original work published in German, 1895).
62. Fulmer, R., Joerin, A., Gentile, B., Lakerink, L., & Rauws, M. (2022). Using psychological artificial intelligence (Tess) to relieve symptoms of depression and anxiety: A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health, 9*(12), e10298. https://doi.org/10.2196/10298
63. Furmańska, J., Rutkowska, E., Lane, H., Meixner, J., Marques, C. C., & Martins, M. J. (2025). Advantages and disadvantages of online psychotherapy and decisions to use it in the era of the COVID-19 pandemic: Analysis of mediation variables. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1679186. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1679186
64. Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
65. Gelso, C. J., & Williams, E. N. (2022). *Counseling psychology* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000278-000
66. George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 step by step: A simple guide and reference* (14th ed.). New York, NY: Routledge.
67. Goldstein, E. B. (2014). *Cognitive psychology: Connecting mind, research, and everyday experience* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
68. Google Health. (2025). *AI and the future of healthcare: Expanding access and supporting clinicians*. Retrieved October 28, 2025, from https://health.google
69. Gottman, J. M., & Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work.* New York, NY: Crown Publishers.
70. Greenwood, H., Krzyzaniak, N., Peiris, R., Clark, J., Scott, A., Cardona, M., Griffith, R., & Glasziou, P. (2022). Telehealth versus face-to-face psychotherapy for less common mental health conditions: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Mental Health, 9*(3), e31780. https://doi.org/10.2196/31780

71. Greenwood, J., Aranyi, G., Rach, P., Winter, L., & Eichenberg, C. (2022). Therapeutic alliance in psychotherapy across online and face-to-face settings: A quantitative analysis. *Internet Interventions, 29,* 100556. https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100556
72. Greenwood, J., Shapiro, J. R., & Taylor, S. (2022). Online therapy preferences: Accessibility, anonymity, and flexibility as predictors of engagement. *Journal of Technology in Behavioral Science, 7*(3), 245–258. https://doi.org/10.1007/s41347-022-00245-1
73. Greenwood, K., Sweeney, A., Williams, S., Garety, P., Kuipers, E., Scott, J., … & Peters, E. (2022). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychological Medicine, 52*(3), 1–15. https://doi.org/10.1017/S0033291721001234
74. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.
75. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1
76. Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561–573. https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561
77. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. https://doi.org/10.1037/a0022186
78. Ierardi, E., Bottini, M., & Crugnola, C. R. (2022). Effectiveness of an online versus face-to-face psychodynamic counselling intervention for university students before and during the COVID-19 period. *BMC Psychology, 10*(35). https://doi.org/10.1186/s40359-022-00742-7
79. Ierardi, E., Bottini, M., & Crugnola, C. R. (2022). Effectiveness of an online versus face-to-face psychodynamic counselling intervention for university students before and during the COVID-19 period. *BMC Psychology, 10*(1), 42.
80. Inkster, B., Sarda, S., & Subramanian, V. (2018). An empathy-driven, conversational artificial intelligence agent (Wysa) for digital mental well-being: Real-world data evaluation. *JMIR mHealth and uHealth, 6*(11), e12106. https://doi.org/10.2196/12106

81. Jadhakhan, F., Blake, H., Hett, D., & Marwaha, S. (2022). Efficacy of digital technologies aimed at enhancing emotion regulation skills: Literature review. *Frontiers in Psychiatry, 13,* 809332. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.809332
82. Jesudason, D., Bacchi, S., & Bastiampillai, T. (2025). Artificial intelligence (AI) in psychotherapy: A challenging frontier. *Australasian Psychiatry, 33*(4), 629–632. https://doi.org/10.1177/10398562251346075
83. Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
84. Keane, I., & Smout, M. F. (2025). Session frequency in routine psychology practice and perspectives on session scheduling: A mixed-methods study of clinician attitudes and practices. *Australian Psychologist, 60*(2), 99–111. https://doi.org/10.1080/00050067.2024.2415066
85. Kristančič, A. (2003). *Psihološko svetovanje in psihoterapija.* Ljubljana: Inštitut za психотерапија.
86. Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York, NY: Wiley.
87. Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42–51. https://doi.org/10.1037/a0030682
88. Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357–361. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357
89. Leahy, R. L. (2002). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide.* New York, NY: Guilford Press.
90. Lebow, J., Chambers, A., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice. *Psychotherapy, 49*(3), 412–421. https://doi.org/10.1037/a0028919
91. Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2017). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and therapy outcomes. *Counselling Psychology Review, 32*(2), 4–14.
92. Lindegaard, T., Seaton, C., Hjelmborg, J., & Cuijpers, P. (2022). Patient preferences for psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 52*(12), 2277–2290. https://doi.org/10.1017/S003329172000493X

93. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
94. Locher, C., Meier, S., & Gaab, J. (2019). Psychotherapy: A world of meanings. *Frontiers in Psychology, 10*, 460. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00460
95. Locher, C., Meier, S., Gaab, J., & Flückiger, C. (2019). Therapist empathy and the therapeutic alliance in online vs. face-to-face psychotherapy. *Psychotherapy, 56*(3), 419–431. https://doi.org/10.1037/pst0000239
96. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164
97. Marciano, L., & Saboor, S. (2023). Reinventing mental health care in youth through mobile approaches: Current status and future steps. *Frontiers in Psychology, 14*, 1126015. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1126015
98. Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. New York, NY: Guilford Press.
99. McLeod, J. (2018). *Introduction to counselling and psychotherapy: Theory, research and practice* (6th ed.). London: McGraw-Hill Education.
100. McLeod, S. (2024). Anna O. case study: The talking cure. *SimplyPsychology*. Retrieved October 22, 2025, from https://www.simplypsychology.org/anna-o.html
101. McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide.* New York, NY: Guilford Press.
102. Mercadal, J., Coromina, L., & Cabré, V. (2025). Effectiveness and therapeutic alliance between face-to-face and online psychological interventions: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology, 16*, 1624438. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1624438
103. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
104. Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama: First volume.* Beacon, NY: Beacon House.
105. Nelson-Jones, R. (2014). *Theory and practice of counselling and psychotherapy* (6th ed.). London: SAGE Publications.
106. Norcross, J. C. (2017). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
107. Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

108. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3–21). New York, NY: Oxford University Press.
109. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98–102. https://doi.org/10.1037/a0022161
110. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy, 56*(3), 391–399. https://doi.org/10.1037/pst0000228
111. Nordic Council of Ministers. (2022). *Monitoring digital inclusion in the Nordic-Baltic region*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers Secretariat. Retrieved from https://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:1636004
112. Novotni, L., Markovska-Simoska, S., Blazhevska Stoilkovska, B., Milutinovikj, M., Bajraktarov, S., Novotni, A., Jovanovic, N., & Spasovski, M. (2022). Understanding the health context for implementation of a new digital psychosocial intervention for improvement of the mental health in North Macedonia. *Archives of Public Health, 80*(1), 168. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00990-9
113. Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
114. Phillips, S. M. (n.d.). Deviancy to mental illness: Nineteenth-century developments in the care of the mentally ill. In *Science and its times: Understanding the social significance of scientific discovery*. Encyclopedia.com. Retrieved October 22, 2025, from https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/deviancy-mental-illness-nineteenth-century-developments-care-mentally-ill
115. Pontén, M., et al. (2024). Association between expectations and clinical outcomes in online vs. face-to-face therapy: An individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine, 54*(7), 1207–1214. https://doi.org/10.1017/S0033291723003033
116. Psychology – 1st Canadian Edition. (n.d.). Insanity: A history of mental illness. *Pressbooks*. Retrieved October 22, 2025, from https://psychology.pressbooks.tru.ca/chapter/15-2-insanity-a-history-of-mental-illness/

117. Psychology Today. (2023). *Does online therapy work?* Retrieved October 26, 2025, from https://www.psychologytoday.com/us/basics/online-therapy

118. Psychology.org. . (2025). *Is online therapy effective?* Retrieved October 26, 2025, from https://www.psychology.org/resources/is-online-therapy-effective

119. Rafieifar, M., Hanbidge, A. S., Lorenzini, S. B., & Macgowan, M. J. (2024). Comparative efficacy of online vs. face-to-face group interventions: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 35*(5), 524–542. https://doi.org/10.1177/10497315241236966

120. Reay, R. E., Looi, J. C. L., & Keightley, P. (2020). Telehealth mental health services during COVID-19: Summary of evidence and clinical practice. *Australasian Psychiatry, 28*(5), 514–516. https://doi.org/10.1177/1039856220943032

121. Renn, B. N., Hoeft, T. J., & Lee, H. S. (2019). Preference-based treatment assignment in psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 75*(11), 1952–1971. https://doi.org/10.1002/jclp.22823

122. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory.* Boston, MA: Houghton Mifflin.

123. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin.

124. RoleCatcher. (2024). Client-centered therapy: Carl Rogers and the humanistic revolution. *RoleCatcher.* Retrieved October 22, 2025, from https://rolecatcher.com/client-centered-therapy-carl-rogers

125. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*(2), 335–344. https://doi.org/10.1017/S0954579412000028

126. Saeidnia, H. R., Hashemi Fotami, S. G., Lund, B., & Ghiasi, N. (2024). Ethical considerations in artificial intelligence interventions for mental health and well-being: Ensuring responsible implementation and impact. *Social Sciences, 13*(7), 381. https://doi.org/10.3390/socsci13070381

127. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide.* New York, NY: Guilford Press.

128. Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

129. Simpson, S., & Reid, C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health, 22*(6), 280–299. https://doi.org/10.1111/ajr.12149

130. Someah, K., Khan, S., & Norcross, J. C. (2017). Integrative and systemic approaches in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(3), 235–250. https://doi.org/10.1037/int0000075

131. Srna, R. (2012). *Metodologija psiholoških istraživanja.* Zagreb: Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

132. Stark, M. (2000). *Modes of therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

133. Stewart, I., & Joines, V. (2012). *TA today: A new introduction to transactional analysis* (2nd ed.). Nottingham: Lifespace Publishing.

134. Stricker, G., & Gold, J. R. (2013). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration.* New York: Springer.

135. Sue, S., & Zane, N. (2009). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *Asian American Journal of Psychology, 1*(1), 3–14. https://doi.org/10.1037/1948-1985.S.1.3

136. Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(4), 368–381. https://doi.org/10.1002/jclp.20553

137. Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(2), 147–162. https://doi.org/10.1002/jclp.20513

138. ThePsychBuddy. (2023, July 17). Wilhelm Griesinger: Father of modern psychiatry. *The Psych Buddy*. Retrieved October 22, 2025, from https://thepsychbuddy.com/wilhelm-griesinger-father-of-modern-psychiatry/

139. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

140. Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* New York, NY: Viking.

141. Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203582015

142. Wikipedia contributors. (n.d.). Philippe Pinel. In *Wikipedia*. Retrieved October 22, 2025, from https://en.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel

143. Wikipedia contributors. (n.d.). Wilhelm Griesinger. In *Wikipedia*. Retrieved October 22, 2025, from https://en.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_Griesinger

144. Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions, 20,* 100317. https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317

145. Wolf, M. J. (2021). AI companions and the limits of intimacy: Replika in relational perspective. *Convergence: The International Journal of Research into New Media Technologies, 27*(3), 671–686. https://doi.org/10.1177/1354856520979846

146. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240063609

147. World Health Organization. (2023). *Artificial intelligence in mental health: Opportunities and challenges.* World Health Organization. https://www.who.int/publications/ai-mental-health

148. World Health Organization. (2023). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240052678

149. World Medical Association. (2013, amended 2024). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants.* Retrieved October 24, 2025, from https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

150. Wright, K. B. (2005). Researching internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *Journal of Computer-Mediated Communication, 10*(3), Article JCMC1034. https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x

151. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

152. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

153. Ќимова, Ѓ. (2017). *Методологија на истражувања.* Свети Николе: Меѓународен Славјански Универзитет.

ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1: Формулар за информирана согласност

Наслов на студијата: ЕФЕКТОТ НА ОНЛАЈН ПСИХОЛОШКОТО СОВЕТУВАЊЕ НАСПРЕМА ТРАДИЦИОНАЛНИОТ МОДЕЛ – ИСТРАЖУВАЊЕ НА ПЕРЦЕПЦИИТЕ НА КОРИСНИЦИ НА ПСИХОТЕРАПЕВТСКИ УСЛУГИ ВО РСМ – студија во Северна Македонија

Цел на студијата

Поканети сте да учествувате во истражување кое ги испитува разликите во задоволство, перцепции и психолошки сили во зависност од форматот на терапијата (онлајн или лице в лице).

Критериуми за учество

- најмалку 18 години
- најмалку една сесија психотерапија
- можност да се пополни анонимен онлајн прашалник

Учество и доверливост

Учеството е **доброволно и анонимно**.

Нема да се собираат лични податоци.

Може да го прекинете учеството во секое време без последици.

Ризици и придобивки

Прашањата не се наметливи и се стандардни во психолошко истражување.

Изјава за согласност

☐ Потврдувам дека имам 18 или повеќе години, ја разбрав студијата и давам согласност да учествувам.

ПРИЛОГ 2: Анкетен прашалник

Анкета за задоволство и перцепции на корисници на услуги:

Онлајн психотерапија наспроти психотерапија лице в лице

Вовед

Ви благодариме што учествувате во оваа анкета.

Целта ни е да го процениме задоволството и перцепциите на клиентите во врска со онлајн психотерапијата во споредба со психотерапија лице в лице.

Вашите одговори ќе останат доверливи и ќе помогнат да се подобрат искуствата со психотерапијата.

Дел 1: Демографски информации

1. Возраст: ___

2. Пол:

☐ машки

☐ женски

3. Брачна состојба:

☐ самец

☐ во врска

☐ во брак

☐ разведен/разделен

☐ вдовец/вдовица

☐ друго (опишете)

☐ преферирам да не се изјаснам

4. Националност: __ ___ ___ (опционално)

5. Локација: _____

☐ живеам во урбано место

☐ живеам во рурално место

6. Завршено образование:

☐ средно образование

☐ високо образование

☐ магистер

☐ доктор на науки

☐ специјализација

7. Професија: _____

8. Вработен:

☐ да

☐ не

Ако да, имам примање во износ:

☐ примања до 30000 мкд

☐ примања над 30000 мкд

9. Дали претходно сте посетувале терапија?

☐ Да

☐ Не

Ако да, дали вашето искуство било: (заокружете)

☐ онлајн

☐ лице в лице

☐ двете

Дел 2: Општо искуство со психотерапија

10. Каков тип на психотерапија сте користеле? (можете да изберете повеќе од еден одговор)

☐ Индивидуална

☐ Групна

☐ Групи за поддршка/самопомош

☐ Терапија на парови

11. Со кој психотерапевтски пристап – модалитет сте работеле на вашите лични прашања?

(можете да изберете повеќе од еден одговор)

☐ психоанализа (Сигмунд Фројд – ид, его, супер-его)

☐ КБТ - когнитивно-бихевиорална терапија (Арон Бек – когнитивни и бихевиорални модели на третман на различни состојби)

☐ РЕБТ - рационално-емотивно-бихевиорална терапија (Алберт Елис – АВС модел на ирационални верувања)

☐ гешталт терапија (Фриц Перлс – сега и овде терапија)

☐ системска-семејна терапија (поединецот се третира преку системот - терапија на системот)

☐ трансакциона анализа (Ерик Берн – его-состојба на дете, возрасен и родител)

☐ шема терапија (Џефри Јанг – рани маладаптивни шеми)

☐ ЕМДР (Франсин Шапиро – десензитизација и репроцесирање со движење на очите)

☐ психодрама (Јаков и Зерка Морено – облик на групна терапија каде учесниците преку сценска експресија го одигруваат внатрешниот психолошки свет и сопствените проблеми)

☐ друго (опишете) _____

☐ немам информација

12. На колку психотераписки сесии сте присуствувале? ___

☐ од 1 до 10

☐ од 10 до 50

☐ од 50 до 100

☐ над 100

13. Колку траеше секоја сесија?

☐ Помалку од 30 минути

☐ 30-45 минути

☐ 45-60 минути

☐ Повеќе од 60 минути

14. Колку долго сте на психотерапија? ___ месеци

15. На кои лични прашања, симптоми или проблеми сте работеле на психотерапија? За какви потешкотии се јавивте?

(можете да изберете повеќе од еден одговор)

☐ анксиозност

☐ депресивни симптоми

☐ соматски симптоми, хронична болка

☐ семејни проблеми

☐ партнерски проблеми

☐ проблеми со злоупотреба на алкохол

☐ проблеми со злоупотреба на дроги

☐ проблеми со исхрана, телесна тежина

☐ проблеми со самодоверба

☐ тагување и загуба

☐ трауматски искуства

☐ проблеми со неплодност / подготовка за IVF процедура

☐ халуцинации

☐ друго

Опишете (опционално):

---

16. Како се одржуваа сесиите?

☐ онлајн

☐ лице во лице – во живо

☐ хибридно

17 а. Ако сесиите се одвиваа онлајн, преку која платформа/апликација се одржуваа? (можете да изберете повеќе од еден одговор)

☐ zoom

☐ skype

☐ Microsoft teams

☐ WhatsApp

☐ Viber

☐ електронска пошта

☐ телефонски разговор

☐ друго _____ (опишете)

17 б. Ако сесиите се одвиваа онлајн, заокружете го соодветниот формат:

☐ аудиоформат

☐ видеоформат

☐ chat-пораки во времетраењето на сесијата

Дел 3: Преференции на корисницните на психотераписки услуги

18. Дали сте користеле или користите вештачка интелигенција како „психолошки советник“ за вашите потешкотии?

☐ Да

☐ Не

18 а. Ако да, опишете кои апликации/платформи ги користите:

(можете да изберете повеќе од еден одговор)

☐ Chat GPT

☐ Copilot

☐ апликации за водење на психолошки дневник - journaling

☐ мајнфулнес апликации

☐ апликации за дијафрагмално дишење

☐ друго (опишете) _____

18 б. Ако да, опишете во каков контекст ги користите:

☐ како дополнување на психолошкиот третман

☐ како советник за личните проблеми и потешкотии

☐ замена за психолошки третман

☐ друго (опишете) _____

19. Дали имавте преференција во однос на полот на советувачот/психотерапевтот?

☐ преферирам жена советувач/психотерапевт

☐ преферирам маж советувач/психотерапевт

☐ немам преференција во однос на полот на советувачот/психотерапевтот

☐преферирам да не се изјаснам

20. Според вас, колку често ви е потребно да закажувате сесии?

☐ еднаш неделно

☐ еднаш на две недели

☐ еднаш месечно

☐ ретко, по потреба

☐ немам преференција

☐ друго (опишете) _____ (опционално)

Дел 4: Задоволство од форматот на терапијата

За секоја изјава, оценете на скала од 1 (Воопшто не се согласувам) до 5 (Воопшто се согласувам):

21. Формат на психотерапија (заокружете)

☐ онлајн

☐ лице в лице

22. Се чувствував удобно да разговарам за лични прашања во терапијата.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

23. Мојот психотерапевт ме разбираше ефикасно преку овој формат.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

24. Бев задоволен/на од моето ниво на ангажман со мојот психотерапевт.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

25. Се чувствував емоционално поддржано за време на психотерапевтските сесии.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

26. Форматот на терапија ми овозможи ефикасно да се изразам.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

27. Сметам дека терапијата беше ефикасна колку што очекував.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

28. Би го препорачал овој формат на психотерапија и на други.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Дел 5: Споредба на онлајн наспроти терапија лице в лице

За клиенти кои ги искусиле двата формати:

29. Кој формат го претпочитате генерално?

☐ Онлајн ☐ Лице в лице ☐ Без преференции

30. Кои се предностите на онлајн форматот? (опционално)

---

31. Кои се недостатоците на онлајн форматот? (опционално)

---

32. Кои се предностите на терапијата лице в лице? (опционално)

---

33. Кои се недостатоците на терапијата лице в лице? (опционално)

Дел 6: Генерална оценка на вашето искуство

34. Онлајн формат на психотерапија ми беше погоден.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

35. Формат на психотерапија лице во лице ми беше погоден.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Ви благодариме што го пополнивте прашалникот и придонесовте кон истражувањето за психотерапевтски искуства во Северна Македонија.

Вашето учество е исклучително важно и ќе помогне во развојот на поефективни психолошки услуги, особено во онлајн и традиционален формат.

ПРИЛОГ 3: Бернстајнова скала на персонални сили

Бернстајнова скала на персонални сили
David P. Bernstein © 2019

Упатство: Оценете ги следните тврдења на скала од 1 до 5 врз основа на тоа како обично се чувствувате:
1 = неточно, 2 = помалку точно 3 = донекаде точно, 4 = многу точно, 5 = потполно точно

Тврдења	Оценување
1. Знам кој/а сум.	
2. Зборувам што ми е потребно или што сакам.	
3. Се грижам за моите емоционални потреби.	
4. Одвојувам време да размислувам за себе.	
5. Можам да поднесам стрес.	
6. Имам здрави навики.	
7. Верувам во себе.	
8. Ги одржувам емоциите во рамнотежа.	
9. Верувам на сопственото расудување.	
10. Се заземам за себе.	
11. Интроспективен/интроспективна сум.	
12. Имам јасни вредности кои што ме водат.	
13. Пронаоѓам креативни решенија.	
14. Застанувам и размислувам пред да дејствувам.	
15. Замислувам како би можела да изгледа мојата иднина.	
16. Останувам емоционално центриран/а.	
17. Имам доверба во сопствените способности.	
18. Брзо закрепнувам кога нешто ќе ги предизвика моите емоции.	
19. Можам да ги одложам моменталните желби.	
20. Ги искажувам своите права.	
21. „Се виткам“ но „не се кршам“.	
22. Ја користам имагинацијата да истражам можности.	
23. Закрепнувам по потешкотиите.	
24. Можам да се носам со фрустрацијата.	
25. Ги преиспитувам сопствените мисли, чувства и однесувања.	
26. Се грижам за мене физички.	
27. Имам јасни верувања кои ме водат.	
28. Сочувствителен/сочувствителна сум према себе.	
29. Гледам на работите објективно.	
30. Сакам да се смеам.	

31. Чувствувам што другите чувствуваат.	
32. Учам од животните искуства.	
33. Благодарен/благодарна сум на она што го добивам.	
34. Покажувам љубезност према другите.	
35. Ја пронаоѓам смислата или целта во животот.	
36. Проверувам дали моите верувања се рационални.	
37. Имам смисла за хумор.	
38. Во контакт сум со реалноста.	
39. Разигран/а сум.	
40. Одговорен/одговорна сум.	
41. Покажувам емпатија за другите луѓе.	
42. Благодарен/благодарна сум на она што го имам.	
43. Сигурен/сигурна сум.	
44. Можам да се ставам себе во ,,туѓите чевли”.	
45. Ги вреднувам позитивните работи во својот живот.	
46. Јас сум вреден/вредна за доверба.	
47. Барам мудрост према која ќе живеам.	
48. Имам сочувство за другите.	

Скорирање на Бернстајновата скала

Фактор 1 – Самонасоченост

1. Идентитет #1 ____ + #12 ____ + #27 ____ = ____
2. Саморефлексија #4 ____ + #11 ____ + #25 ____ = ____
3. Самодоверба #7 ____ + #9 ____ + #17 ____ = ____
4. Самоискажување #2 ____ + #10 ____ + #20 ____ = ____
5. Имагинација #13 ____+ #15 ____ + #22 ____ = ____

Фактор самонасоченост = ____

Фактор 2 – Управување со себе (Саморегулација)

6. Емоционална рамнотежа #8 ____ + #16 ____ + #18 ____ = ____
7. Резилиентност #5 ____ + #21 ____ + #23 ____ = ____
8. Самоконтрола #14 ____ + #19 ____ + #24 ____ = ____
9. Грижа за себе #3 ____ + #6 ____ + #26 ____ = ____
10. Тестирање на реалноста #29 ____ + #36 ____ + #38 ____ = ____

Фактор саморегулација = ____

Фактор 3 – Поврзаност

11. Емпатија #31 ____ + #41 ____ + #44 ____ = ____
12. Сочувствителност #28 ____ + #34 ____ + #48 ____ = ____
13. Хумор #30 ____ + #37 ____ + #39 ____ = ____
14. Одговорност #40 ____ + #43 ____ + #46 ____ = ____

Фактор поврзаност = ____

Фактор 4 – Трансценденција

15. Благодарност #33 ____ + #42 ____ + #45 ____ = ____
16. Мудрост #32 ____ + #35 ____ + #47 ____ = ____

Фактор трансценденција = ____