

**В ПОМОЩ НА ПРАКТИКАТА  
HELPING PRACTICE****ХОЛИСТИЧНАТА МЕДИЦИНА И СИНКРЕТИЧНАТА ТЕРАПИЯ –  
АЛТЕРНАТИВИ НА ПАРЦЕЛИРАНАТА ДИАГНОСТИКА  
И ЕДНОСТРАНЧИВАТА ТЕРАПИЯ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО У НАС****Доц. А. С. Алексиев***Медицински център "Александровска" - София*

Органолокалистичният подход в медицината, разглеждан исторически, е в основата на плодоносните резултати при научното изследване на биологичните, физиологичните и патологичните процеси. В резултат на тясната специализация и аналитичния подход към отделните части на организма обаче се достига до т. нар. парцелирана диагностика и свързаната с това едностранчива терапия. По този начин се изгубва представата за цялостното изучаване на страдащия човек и на неговите преживявания, което всъщност дехуманизира нашата медицина и спира реформата в здравеопазването у нас. Така се изоставя с около 50-70 години от европейските и световните стандарти и се забавя приобщаването ни към съвременната и добра клинична практика. Алтернативите за решаването на тази проблематика и в обучението по медицина, и в здравеопазването са свързани със застъпването на интегративната, холистична диагностика на основата на биопсихосоциалния модел и със синкретизма в терапията и профилактиката - соматотерапия (комплементарна фармакотерапия, интензивно хирургично лечение и физикална терапия), психотерапия и социотерапия.

При съвременното цялостно изследване на болния (анамнеза-статус) се използва най-често полустандартизиран план програма „интервю-изследване“. Това ни позволява да изготвим стратегията и тактиката на предлаганата диагностика и терапия - последователна, гъвкава, поетапна, с ежедневна обратна информация за настъпващата промяна в диагностично-лечебния процес.

Стандартите при синкретичната и комплементарната терапия в лиезон-медицината (liaison-medicine) могат да се представят схематично така:

– Инициална плацебо-терапевтична фаза на основата на *Primum non nocere* - спираща оплакванията и симптоматиката, комплементарна терапия с антитревожни медикаменти, антидепресанти, невролептици в по-малките транквилизиращи дози, антиеметични, противоболкови, противосърбежни и др. Уместно се съчетават с бета-адреноблокери, агонисти на бета-адренорецепторите, антагонисти на Ca<sup>++</sup> канали, напр. при сърдечно-съдовите заболявания и кардиопатогенната невроза, синдрома на DaCosta, началните форми на хипертоничната болест, исхемичната болест на сърцето и мозъка и т.н. И при другите заболявания е правилно съчетаването на психофармака с местното специфично за сомато- и психосоматозата лечение.

– Мобилизиране на неспецифичните терапевтични фактори - вярата, надеждата, положителните очаквания и упованията в терапевта, и в институцията, където се лекува болният, като се структурират съответно очакванията му.

– Информирано съгласие, договориране, комплайънс, свободен избор, конфиденциалност, уважение и ценене времето на пациента и на лекаря, спазване на стандартите на

добрата европейска и световна практика, индивидуална и/или групова психотерапия, профилактика, рехабилитация и ресоциализация.

- Предлагане на някои немедикаментозни психотерапевтични методи – отреагиращи и катарзни, хипносугестия и т.н.

- Психосоциални кризисни интервенции – психосоциално осигуряване, решаване на проблемите около инвалидизирането, социалното подпомагане, третичната психопрофилактика, програми за повлияване на стила и по-доброто качество на живот.

- Специализирана психотерапия и социотерапия:

- Индивидуални и групови insight-ориентирани техники и методи: клиничко-психологичен анализ на случилото се през деня и нощта, дискуссионни и невербални комуникации (релакс-терапия, музикотерапия, биоенергетика и др.).

- Психосоциални умения и третична психопрофилактика: тренировъчна терапия (промяна на нагласите), ролеви изпълнения (active learning) и др.

- Организиране и предлагане на дневни и полустационарни организационни структури за интегративна и синкретична диагностика и терапия a modo – Дневният стационар на МБАЛ „Александровска“ в София (1987-2005).

- Третична психопрофилактика.

- Групи за собствен опит.

- Клубове на бивши пациенти.

- Предбрачни, семейни и фамилни консултации и терапии.

- Асоциации.

- Граждански обединения и др.

Още от времето на Хипократ (460-377 г. пр. н.е.), Гален (131-210 г.) и Авицена (980-1037 г.) в медицината са създадени много етиологични и патогенетични теории. Едва през Възраждането се обособяват научните подходи в диагностицирането на болния човек и начините да му се помогне (цит. по М. Апостолов [2]). Началото е поставено в трудовете на Феликс Платер (1573-1614 г.), Теофил Боне (1620-1689 г.), Винченцо Киаруджи (1759-1820 г.), и особено в знаменитата книга на Джовани Батиста Моргани (1682-1771 г.), озаглавена "За местонахождението и причините на заболяванията" („De sedibus et causis morborum“) (цит. по Н. Шипковенски [6]).

Вече към средата на XIX в. медицинската наука и практика бележат нови възможности и положителни резултати в развитието си. Измества се хуморалната патология от *circulus vitiosus* към механистичния локализационизъм и органолокалистичния подход. В това отношение делото и учението на Рудолф Вирхов (1821-1902 г.) за „клетъчната федерация“ и „целуларната патология“ позволяват да се постигнат сериозни успехи в диагностиката и терапията на болния. Този подход изследва много задълбочено и отчита водещата роля на биологичните фактори в синдромологията и нозологията, още повече в интензивната медицина – в хирургията, хистопатологията и при окончателната диагностика. И сега продължават блясъкът и възходът на вирховианството с много известните вече плодотворни резултати при задълбоченото и аналитично разглеждане на биологичните, физиологичните и патологичните процеси [6].

В медицинската наука в края на XIX в. и през първата половина на XX в. все още господстват клетъчната и органната патология. Благодарение на огромните успехи в естествознанието и разпространения формално механистичен и органолокалистичен модел на мислене вниманието на медика се концентрира върху заболялия орган, а не върху болния човек. Тясната специализация и аналитичният подход към отделните части на организма засенчват представата за цялостното изучаване на страдащия човек и за неговите психични преживявания и дехуманизират медицината. Картезианският дуализъм тяло-душа продължава (Рене Декарт, 1596-1650 г.).

Основните неуспехи във вътрешната медицина на ХХ в. са свързани именно с органо-локалистичното мислене и с едностранчивото разглеждане предимно на биологичното и конституционалното при болния. Банална истина е, че животът е сбор от „генетика и средови влияния“. Когато биологичното се надценява, когато не се вземат под внимание психично-личностните или психо-социалните фактори, или пък явленията се разглеждат едностранчиво – тогава всъщност се възпира научният и адекватен подход за целите на диагностиката и терапията. От друга страна, особено при подострата и хроничната патология (а тя през последните столетия е водеща), където засега невинаги се постига *restitution ad integrum*, ние се лишаваме от сътрудничеството на здравата психика на пациента – на здравето в болния човек, и оставаме на кръстопътя да не му помогнем оптимално и дори да го ятрогенизираме [30].

През втората половина на ХХ в. все по-често се чувства и се разбира нуждата от обединителни неокласически концепции в диагностиката и терапията и във вторичната и третичната профилактика, включително *per eliminationem et ex jvantibus*. Сътворяваните по това време концепции стават мостове към изграждането на интегративна, холистична, синкретична медицина.

Най-напред трябва да се подчертае ролята на глъбинната, динамична психопатология на Зигмунд Фройд [17], Алфред Адлер [9], Мелани Клайн и др. Според З. Фройд (1856-1939 г.) в етиологията и патогенезата на болестните процеси определена роля трябва да се отдава на несъзнаваната и на полусъзнаваната душевност. Нагонните и психични потребности – То (Id) – при биологичното си и психосоциално задоволяване влизат в интрапсихичен конфликт между Аз'овите (Ego) и свръх-Аз'овите (Super Ego) забрани и спирачки – писаните и неписаните закони на етнокултурата и религията. Сблъсъчната енергия от конфликта предимно на несъзнавано равнище, или т.нар. катексис, се трансформира полезно и сублимира в личностна и психосоциална активност или в компромисни защитни механизми на Аза. Главният механизъм е конверсията, т.е. по пътя на автономната нервна система (симпатикус/парасимпатикус) потиснатата и изтласкана енергия се превръща в соматовегетативна и преживелищна симптоматика. При „пътуването на афекта“ се отчита ролята на *locus minoris resistentiae*, т.е. местата на най-малката съпротива и защита, т.нар. преживелищни комплекси от древногръцкия епос и етнокултурата – Едиповият комплекс, Електра комплексът, комплексът за малоценност (по Адлер), свръхкомпенсаторните нагласи и предиспозиции за психосоциално функциониране, „бягството в болестта“ и др.

При изграждането на холистичната концепция в медицината голяма роля са изиграли Франц Александер [10, 11] и Хелан Фландърс Дъмбар [15]. Те приемат механизмите на конверсията от психоанализата, но подчертават и ролята на пролонгираните негативни и репресиращи емоции от ранното детство – страховото и очаквателното напрежение, неразтоварената агресия, фрустрацията, мъката... (Ако мъката не се облекчи в плач и сълзи, може да накара другите органи да плачат, казва английският психиатър Модсли.) Болният не успява да разтовари агресивното и се „самоизяжда“ – продуцират се гастралгии, язвена болест на стомаха и дванадесетопръстника, *colitis ulcerosa spastica* и др. При хипертоничната болест, особено в невrogenния стадий, страдащият „разпъва кръвоносните си съдове в старт реакциите си за бягство или за нападение“. По отношение на астматично болния и особено при децата с бронхоспастична анамнеза – пациентите се задъхват в регресивния си копнеж да се завърнат към вътреутробното си съществуване, в констелациите на *over protective mother* и *expressed emotion* в домашната атмосфера. Етиологичната и патогенетичната схема при психосоматичните заболявания е ортодоксално психоаналитична: То (Id) иска много, и то веднага, свръх-Азът (Super Ego) не позволява, дори забранява, а Азът (Ego) предлага компромисните образувания на защитните психични механизми.

Helen Flanders Dumbar [15], също класик в психосоматичната медицина, подчертава ролята на психичния личностен профил като трайно предразположение към определено болестно състояние. Например психичният профил тип А при коронарната болест е неспокоен, очаквателно тревожен, конкурентен, с високо аспирационно ниво, постоянно се контролира, с напор за движение, нетърпелив, забързан, все не му стига времето. Другият личностен профил - типът Б, е също така акцентуирана личност (по Леонхард) - много зависима, търсеща признание и похвали, постоянно сравняваща се с другите и измъчваща се, „садо-мазо“, със склонност към язвена болест. Някои незрели личностни профили показват несъобразяване с другите и имат т.нар. alexithimia [32]. Те не са в състояние „да прочетат“ собствената си емоция и емоционалната нужда и потребност на другия човек (на болния също). Не е актуално да се съди за цялостното развитие на човека по когнитивната интелигентност - дали е умствено изоставащ, или е вече оглупяващ и деградиращ, а по емоционалната му интелигентност (по D. Goleman [19]) - дали може да разбира емоционално другия, за да му се притече на помощ, или е емоционално алекситимичен. Емоционалната интелигентност е особено необходима във всекидневната психотерапевтична практика и се постига по линията на собствения обучителен психоаналитичен тренинг.

Ф. Alexander и Н. Dumbar съотнасят възгледите си предимно при възникването и протичането на т.нар. свещена седморка: есенциалната хипертония, ревматоидния артрит, тиреотоксикозата, пептичната язва, улцерозния колит, бронхиалната астма и невродермита, но внушават за подобно диагностично мислене и при останалата патология. Така психосоматичната медицина се домогва до цялостна етиологична и патогенетична концепция за разбирането на човека в здраве и болест и за отчитане на адекватната и научно-реалистична роля на психосоматичните, психобиологичните, психофизиологичните и психосоциалните фактори в патологията [10, 15].

През първата половина на ХХ в. се разпространяват и психофизиологичните теории: И. П. Павлов [4], W. B. Cannon [14], В. F. Skinner [33], Д. Н. Узнадзе [5], J. Konorski [22], J. H. Masserman [27]. Учението на Н. Selye [31] за общия адаптационен синдром е също така обединителна връзка към съвременната обща теория в медицината. Психоимунологичните концепции на S. Wolf [37], M. Friedman [18], R. Ader [8] за ролята на стрес-отговорите, специално в психокардиологията и в психоневроендокринологията, на J. W. Mason [26], R. S. Lazarus [23], L. Levi [24] и A. Bandura [12] за психосоциалния стрес се включват в цялостното научно разглеждане на соматопсихичната и психосоматичната зависимост и в общата проблематика на liaison-медицината.

Към средата на двадесетото столетие в приложната клинична психология набират авторитет редица социокултурни и неопаналитични теории: на К. Horney [21] и Н. Sullivan [34] за ролята на междуличностните взаимоотношения в семейната психопатология и на Н. Holmes [20] и Е. Н. Rahe [29] за ролята на жизнените събития в етиологията и патогенезата на функционалните заболявания. По-късно идват теориите на „систематистите“: L. von Bertalanffy [13], групата от Пало Алто - P. Watzlawick, J. Beavin, D. Jackson [35], A. Meyer [28], G. Engel [16], Н. Wiener [36] - за интегративния подход и биопсихосоциалния модел в медицината на генетично, молекулярно и неврофизиологично ниво. Много обединителни за комплексния подход в медицината се оказват възгледите на съвременните психосоматици (Z. J. Lipowski [25]) за ролята на външните екологични, инфекциозни, средови и културни влияния, заедно с вътрешните генетични, телостроежни и конституционални фактори от фамилната анамнеза и от актуалната биопатография на болния.

Всички тези теории (и още много други), както и резултатите от многото клиникомедицински, психологични и психосоциални изследвания, обосновават съвременния биопсихосоциален, интегративен и холистичен етиопатогенетичен модел в медицината. Този синкретичен модел дава много повече и по-богати възможности да се отговори

професионално, а не ятрогенно, и много по-конкретно на въпросите от страна на болния, а и от страна на самите лекари: при кого и кога, индивидуално и диференцирано, при какъв симптомокомплекс и при каква изява и разгръщане на болестта какви диагностични и лечебни процедури и лекарствени средства трябва да се приложат за по-бърз и по-траен терапевтичен, рехабилитационен и профилактичен ефект.

Естествено възниква и въпросът, какви са предстоящите стратегически задачи в здравната реформа у нас - и в медицинското образование, и в специализирането, и в организацията на здравеопазването. Здравната реформа в страната се ориентира в посока на дислоцирането на медицинските грижи към общопрактикуващия лекар. Един от основните дебати е по отношение на известните минимални европейски и световни стандарти в диагностиката, терапията, рехабилитацията, ресоциализацията и профилактиката на значителния за съвременната цивилизация психосоматичен и соматопсихичен коморбидитет в *liaison*-медицината. Именно тук, в полето на функционалната, подостра и хронифицираща се патология, в соматопсихичната и психосоматичната зависимост, в приложната клинична психология и в медицинската социология, е предизвикателството към чисто, медицинския модел в организацията на здравеопазването и в медицинската практика - и в образованието, и в диагностиката, и в терапията, и в здравното осигуряване. Докато органокалистичният подход на медицината на XIX и XX в. позволи големия напредък в търсенето на структурните изменения при болестите, то в съвременната мултифакторна етиопатогенеза на синдромите и нозологичните единици този подход възпира развитието на медицинската наука и практика и не отговаря на съвременните научни постановки и реалности в биологията и медицината, в медицинската психология и в социалната медицина.

Съвременният модел в медицинската теория и практика е биопсихосоциалният. Биологичните, психично-личностните и психосоциалните фактори са значими и много важни при всички заболявания. При едни болестни разстройства и болестни единици са водещи или второстепенни едни фактори, при други си разменят местата, при трети са преципитиращи или съучастващи, отключващи или показващи скритите вътрешни и външни възможности на организма и човека, заедно с неговото обкръжение. Всичко това трябва да бъде диагностицирано и терапевтично и психопрофилактично оползотворявано (за целите на третичната психопрофилактика). Необходимо е категоричното отхвърляне на едностранчивата и „парцелирана“ диагностика само на органокалистичната патология, която не взема предвид останалото здраво в „тялото и душата“. Съответно на тези разбирания, терапията основно трябва да бъде биопсихосоциотропизмена, като се даде предимство на активната стопираща и операциона, медикаментозна и комплементарна терапия и принос - на синкретичната, интензивна и краткосрочна соматотерапия, психотерапия и социотерапия. И всичко това в условията на диагностично-консултативните центрове - амбулаторно и с предимство на дневните центрове и полустационарните звена, с ограничаване на болничното (и „хотелиерско“) обслужване - разбира се, там, където е възможно. Трябва да се даде предимство на деинституционализацията в медицината. Ако се продължава с органокалистичния подход - парцелиране в теориите и практиките и оттам в здравеопазването като цяло, неминуемо ще се проявяват проблемите на западната обща медицина от преди 50-75 години. Диагностиката и терапията „на парче“ и субспециализирането водят до: 1. Увеличаване на разходите в системата на общото здравеопазване; 2. Поява и зачестяване на ятрогенните заболявания. Напр. разходите в здравеопазването на САЩ през 1950 г. са 4% от общия брутен продукт. През 1970 г. разходите нарастват до 7%. Всеки 5-и болен, хоспитализиран за диагностика и терапия, е ятрогенизиран. Това означава, че 20% от тях са обслужвани и обгрижвани неадекватно. У нас няма цялостни изследвания как се злоупотребява с т.нар. „клинични пътеки“ по линията на Здравната каса. През последните години ние кодираме, диагностицираме и лекуваме според правилата на Касата. Цялата здравна политика е деформирана - много от

лекарите са се превърнали в „бармани“, които сервират последните шлагери на преборилите се фармацевтични фирми и заедно със Здравната каса участват повече в ятрогенизирането на пациентите, отколкото в истинската холистична и синкретична терапия.

В нашата медицинска практика, имаме предвид Дневния стационар към Психиатричната клиника на Александровската болница в София, ние се облягаме основно на холистичния, интегративен лиезон-модел и на екипното сработване между специалистите на консилиума, заедно с медицинския психолог, социалния работник, останалия персонал. Нашето диагностично и терапевтично кредо е биопсихосоциалната етиология и патогенеза. Събираме колкото се може повече информация за оплакванията, симптомите и страданието на болния, обстоятелствата на възникване на заболяването, досегашното протичане, актуалната ситуация, при която възниква болестта – „Който добре пита, добре диагностицира“! В анамнезата търсим информационните стандарти за детството, семейството, училищния период, пубертета, биологичното, физиологичното, психичното и психосоциалното развитие, моделите на общуване с другите хора в различни ситуации и т.н.

При цялостното клинично изследване (анамнеза, соматичен, неврологичен и психичен статус, лабораторна и инструментална диагностика, психологична експлорация, психодиагностика и др.), голямо значение се отдава и на самооценката на пациента: как възприема сам себе си, трудности и проблеми, причини, лични обяснения, последствия, принципи и идеали, стил на живеене, желаниа и мотивация за промяна на себе си и обкръжението, умения да се оспорва или подценява, повече информация за мимиката, жестовете, интонацията, за езика на органите и системите, повече информация за интеракционния диагностично-лечебен процес и взаимоотношенията лекар-болен.

Релацията пациент-терапевт се изследва много задълбочено – вегетативните и двигателните изяви, взаимоотношенията и взаимодействията, вербалните и невербалните комуникати, взаимните емоции, какво улеснява или пречи на общуването, емпатията или разминаването на пациента с терапевта. Такъв модел на професионални интеракции позволява да се разбират дезадаптираните взаимоотношения на болния със семейството и другите, но не чрез подозирането и отхвърлянето, а чрез потвърждаване на психогенния характер на преживяното, възприетото, усетеното и отреагираното от болния в истинския сблъсък с проблемите и конфликтните ситуации, с които той не може да се справи сам. Съществуват мирогледните основания да се парафразира една от древноюдейските молитви, оформяйки съвременната версия на терапевта: „И ми помогни, Господи, да не виждам в пациента симуланта! Не на ятрогенията! *Primum non nocere*“! Очевидно все така са задължителни рутинните лабораторни изследвания, специализираните изследвания на мозъка и другите органи и системи (електроенцефалографията, компютърната томография, ядрено-магнитният резонанс, доплеровите и ангиографските изследвания и много други апаратни и инструментални методи за изключване на структурната патология).

Така с повече информация за оплакванията, симптомите и страданието на болния, при цялостното изследване (анамнеза–статус) диагностично-лечебният процес се полустандартизира на основата на интервю-изследването. Още от пропедевтиката на Киркович се знае, че на болния трябва да се видят очите, езикът, щитовидната жлеза, да се аускултират сърцето и белият дроб, да се палпират коремът и черният дроб, да се видят глезените и вече в неврологичния и психичния статус, и в специализираните и субспециализираните статуси – останалите патологични отклонения според оплакванията на болния. Холистичният подход изисква да се чете и разбира езикът на органите и системите на цялото тяло и душевността на болния в покой или в движение, денем и нощем. (В нощния живот и в сънищата на човека експресията е по-богата и по-показателна!) В медицинската и в клиничната психология вече никой не подлага на съмнение полусъзнаваната и несъзнаваната душевност и активност на човека в здраве и болест – глъбинните и психоаналитичните школи на Узнадзе и Фройд, на неоаналитиците, на психосоматици-

те и на соматопсихиците, актуално привнасят холистичната и синкретичната ориентация в клиничната психология и в медицината.

Така последователно и планирано достигаме до клиничната и личностната диагноза, до индивидуализираната и диференцирана етиология и патогенеза и до възможностите, уменията и мотивацията за сътрудничество с пациента в терапията. „Когато двама души се диагностицират и лекуват по един и същи начин, един от двамата е лекуван неправилно!“ Този полустандартизиран модел ни позволява да изработим стратегията на лечението, което предлагаме – последователно, гъвкаво, поетапно, с ежедневна обратна информация (feedback) за настъпващите промени в диагностично-лечебния процес.

Терапевтичният подход и специализираните лечебни програми стартират с „Преди всичко не вреди!“. Още на първата си среща с болния лекарят се намира на кръстопътя да му помогне или да навреди, както пише световноизвестният български психиатър Никола Шипковенски [30] в своето капитално произведение „Ятрогения или освобождаваща психотерапия – кръстопът на всеки лекар“. Знае се, че съдбата на болния и ефектът от предлаганото лечение до известна степен се решават още на първата среща с него [1]. Още в началото на лечението е необходимо бързо овладяване на засиления страхово-вегетативен и соматоформен дискомфорт – стопиране на болестта. Най-често това става с антитревожните медикаменти и транквилизаторите. Широко се прилагат бензодиазепините: класическият Diazepam от 10 до 60 mg дн., Tranxen, капс. по 5 и 10 mg, до 30-40 mg дн., Xanax (алпразолам), табл. от 0.25 и 0.5 mg, до 3-4 mg дн., Rivotril от 0.5 и 2 mg, до 6 mg дн., и др. Надеждите по отношение на тази група медикаменти се оправдават частично, но главното разочарование е от бързо изграждащата се лекарствена зависимост.

В интегративната медицина широко се прилагат и антидепресантите. Тези медикаменти преодоляват дефицита на моноамините (серотонин, норадреналин и др.) в ЦНС и по този механизъм преодоляват депресивността. От тях дълго време са прилагани трицикличните антидепресанти (Imipramin, Amitriptylin, Clomipramin), но употребата им вече се ограничава поради нежеланите странични явления – повишаване на агрегацията, аритмогенни и антихолинергични ефекти и др. Четирицикличните антидепресанти (Ludomil, Mianserin) все още са актуални и продължават да се използват. Новите селективни серотонинергични антидепресанти (SSRI) – Prozac, Fevarin, Coaxil, са предпочитани поради по-слабите нежелани ефекти, но пък се налага да се вземат по-дълго време.

В психосоматичната медицина се прилагат и невролептици, но в по-малки дози – транквилизиращи, антиеметични, противоболкови, противосърбешни, различни литични коктейли с аналгетици (Chlorazin, Thioridazin, Droperidol, Haloperidol, Antiallerzin и др.).

При медикаментозното овладяване на соматоформния и психосоматичния дискомфорт добре се съчетават психофармакологичните средства с бета-адреноблокерите, агонистите на бета-адренорецепторите, антагонистите на Ca<sup>++</sup> канали – при сърдечно-съдовите заболявания, кардиопатогенната невроза, синдрома на Da Costa, началните форми на хипертонична болест, синдрома на хроничната умора и др. И при другите психосоматични разстройства умело се съчетават психофармакологичните средства с местното, специфично за психосоматозата лечение.

В инициалната фаза терапевтът се стреми бързо да овладее дискомфорта и да стопира най-мъчителната симптоматика (target symptoms) с прицелни лекарства и комбинации. Още от самото начало обаче е необходимо и мобилизирането на неспецифичните терапевтични фактори – вярата и надеждата, положителните очаквания и упованията в лекаря и в клиничния психолог, както и в институцията, където се лекува болният. Когато лекарят е убеден в добрата прогноза, той въздейства на пациента искрено и спонтанно с триадата на Бехтерев (внушение, убеждение, самовнушение) и с рационалната психотерапия на Дюбоа. Това е т.нар. placebo фаза в диагностиката и терапията. Проучванията на психосоматично ориентираните автори, както и нашите изследвания показат, че тези

психични личностни нагласи и предиспозиции на болния (attitudes) позволяват да бъдат психотерапевтично обработвани и манипулирани ("психотерапевтичен макиавелизъм") за целите на по-бързото включване на пациента в диагностично-лечебния процес (compliance).

В началната фаза терапевтът се ангажира да прилага своевременно и редица немедикаментозни отреагиращи и катарзни методи: техниките и методите за т.нар. разговорна психотерапия (С. Rogers, R. Taush), рационалната психотерапия по П. Дюбоа, освобождаващата психотерапия по Н. Шипковенски, спонтанното репродуциране по Н. Кръстников, сугестивните методи на Бернхайм, Шарко, Бабински, Бехтерев, Странски, Платонов, Кратохвил, кортико-динамичната декапсулация на К. Чолаков, метода на Телешевская с помощта на тиопенталов рауш, релаксиращите методи и много други.

В края на първата фаза и при вече настъпващото подобрене лекарствената терапия се редуцира. Премахва се към специализирани и стилизирани психотерапевтични методи: когнитивно-поведенческа психотерапия (А. Бек), тренингова десенситизация (Дж. Улпе) и др. При възрастните пациенти психотерапията се насочва към миналото („доброто старо време“), а при младите – към настоящето и бъдещето. Болните трябва да бъдат предразположени да отреагират мъката и страданието и дори насъбраните претенции към организацията на нашето здравеопазване – „Без катарзис няма облекчение“ (Аристотел).

През втората фаза се прилагат специализирани техники и методи за комплементарна терапия (pharmacotherapy-oriented psychotherapy), както и специализираните групови психотерапевтични програми за психотерапия и социотерапия (А. Алексиев и сътрудници от Дневния стационар на Университетската психиатрична клиника в Александровска болница – София [1]). Това е нашата специализирана, интегративна и холистична психотерапия и вторична и третична психопрофилактика. Целта е намирането на етиопатогенетичните механизми в симптомообразуването (insight-ориентирана технология), както и на активно обучение и трениране (active learning) на нови умения и стилове за подобряване на качеството на живот – реориентация в поведението.

Към края на синкретичната терапия пациентът се подготвя за поддържащо лечение и за третична психопрофилактика. Това е третата фаза на комплексната соматотерапия, психотерапия и социотерапия. През този период индивидуалното водене на случая (case management) се провежда по-рядко, напр. един път на 1-2 месеца, за период от около 6-12 месеца, а груповите занимания – чрез групи за собствен опит, клубове на бившите пациенти, асоциации, движения, лиги и др., се консолидират и може да продължат години наред. Организиран се и центрове за брачни консултации, за семейно-стратегическа и партньорска терапия и т.н. При всички случаи обаче в този краен етап на комплексната диагностична и терапевтична грижа, психохигиенните и психопрофилактичните начинания се планират – определен брой срещи за определен период от време.

### Библиография

1. Алексиев, А. С. Психодиагностични и психотерапевтични стандарти при невротичните и психосоматичните разстройства. – В: Медицинска мисъл, С., УБ „Александровска“, 2004, 223-228.
2. Апостолов, М. История на медицината. С., Мед. и физк., 1984.
3. Намора, Ф. Богове и демони в медицината. С., Мед. и физк., 1984, т. II, 51-63.
4. Павлов, И. П. Полное собрание сочинений. М., Изд. АН СССР, 1951-1952.
5. Узнадзе, Д. Н. Экспериментальные основы психологии установки. М., Тбилиси, 1961.
6. Шипковенски, Н. Основи на психопатологията. С., Мед. и физк., 1976.
7. Шипковенски, Н. Болести без болест. С., Мед. и физк., 1976.
8. Ader, R. Psychoneuroimmunology. New York, Academic Press, 1981.
9. Adler, A. Praxis und Theorie der Individual Psychologie. Munchen, Bergman, 1930.

10. Alexander, F. G. Psychosomatische Medizin. Berlin, De Gruyter, 1951.
11. Alexander, F. G. et S. T. Selesnick. The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present. New York, Harper and Row, 1966.
12. Bandura, A. et R. H. Walters. Adolescent Aggression. New York, Ronald Press, 1959.
13. Bertalanffy, L. von. General Systems Theory and Psychiatry. New York, Foundations, Development, Applications, 1973.
14. Cannon, W. B. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. New York, Appleton, 1915.
15. Dumbard, H. Flanders. Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships 1910-1933. New York, Columbia University Press, 1935.
16. Engel, G. L. Sudden and rapid death during psychological stress. – Am. Intern. Med., 74, 1971, 771.
17. Freud, S. Gesammelte Schriften. Bd I – XII. Leipzig – Wien – Zurich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925-1928.
18. Friedman, M.: Type A behavior: Its diagnosis, cardiovascular relation and the effect of its modification on recurrence of coronary artery disease. – Am. J. Cardiol., 64, 1989, № 6, 12C-19C.
19. Goleman, D. Inteligencja emocionalna. Poznan, Media rodzina, 1997.
20. Holmes, T. H. et H. G. Wolff. Live situation, emotion and back ache. – Psychosom. Med., 14, 1952, 18-33.
21. Horney, K. Les Voies Nouvelles de la Psychoanalyse. Paris, L'Arche, 1951.
22. Konorski, J. Integracyjna Działalność Mozgu. Warszawa, PWN, 1969.
23. Lazarus, R. S. Psychological Stress and Coping Process. New York, McGraw, 1966.
24. Levi, L. Emotions: Their Parameters and Measurement. New York, Raven Press, 1975.
25. Lipovski, Z. J. Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I, II, III, Current research. – Can. J. Psychiatry, 31, 1986, № 2, 8-14.
26. Mason, J. W. A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. – Psychosom. Med., 30, 1968, 577.
27. Masserman, J. H. Behaviour and Neurosis. Chicago, Chicago Press, 1946.
28. Meyer, A. Psychobiology: A Science of Men. II, Thomas, Springfield, 1958.
29. Rahe, R. H. Acute versus chronic post-traumatic stress disorders. – Integr. Psychol. Behav. Sci., 28, 1993, 46.
30. Schipkowski, N. Jatrogenie oder befreiende psychotherapie. Leipzig, Hirzel, 1965.
31. Selye, H. Stress in Health and Disease. Boston, McGraw-Hill, 1976.
32. Sifneos, P. Affect, emotional conflict and deficit: an overview. – Psychother. Psychosom., 56, 1991, № 3, 116-122.
33. Skinner, B. F. The Behaviour of Organisms. New York, Appleton-Century-Crofts, 1938.
34. Sullivan, H. Conceptions of Modern Psychiatry. Washington, The William Alanson White Psychiatry Foundation, 1947.
35. Watzlawick, P., J. H. Beavin et D. D. Jackson. Pragmatics of a Human Communication. New York – London, W. W. Norton and Company, 1967.
36. Wiener, H. Psychobiology and Human Disease. New York, Elsevier, 1977.
37. Wolf, S. et H. Wolf. Human Gastric Function., 2 ed., London, Oxford University Press, 1947.

✉ Адрес за кореспонденция:

Доц. Алекси С. Алексиев  
 МЦ "Александровска"  
 Ул. „Св. Г. Софийски“ № 1  
 1431 София  
 GSM 0888 77 08 25  
 E-mail: asalexiev@abv.bg

Статията е препечатка (с малки модификации) от сп. „МП – Неврология и психиатрия“ (39, 2008, № 3, 3-19) поради желанието на автора и на издателството тя да достигне до повече адресати от различни медицински специалности