

МОЕТО КРЕДО

А. Алексиев

ДКЦ „Александровска” – София

Нормалната душевност, или средностатистическата норма по Гаусовата крива, се извява като относително равновесие (хомеостаза) и синкразия на телесно-темпераментовото, характеровото и личностното развитие в психосоциалното жизнено пространство. Тук става дума за взаимозависимостите на тялото, душата и духът (по Аристотел).

Съвременният онтологичен модел (етиология, патогенеза, клинична картина и изход) е мултифакторен, биопсихосоциален. Специализираната диагностика на патологичните явления в медицината се разглежда и изследва поетапно, в различните фази на изява на „нещото”. Отделните биологични, психофизиологични и психосоциални фактори може да си разместват местата по важност – като водещи и второстепенни, но е важно да се съобразяват съвременен, адекватно и научноприложимо. Тази холистична концепция за развитие на човека в здраве и болест, в неговата относителната застоялост и в движение, във времето и пространството изисква специално в медицината адекватно обслужване на населението. Синкретизмът (съединение, обединение на уменията за справяне) е ключовата ориентация в реформирането на здравеопазването – организацията на бързата и неотложна помощ, а при подострата и хронифициращата се патология в интерната – синкретична и комплементарна соматотерапия, психотерапия и социотерапия. Това е именно адекватното съвременно медицинско обслужване на населението, което реално се налага да навлезе в здравеопазването, здравната каса, управлението на ресурсите и обучението на кадрите, в здравния мениджмънт и т.н. Там, където се достига до инвалидизация, нека се организират съвременни дневни центрове, в близост до местоживеенето, за синкретична терапия, рехабилитация и психопрофилактика – ерготерапия, кинезитерапия, клубова активност, граждански движения, тематизиран туризъм и т.н. Налага се да сме много чувствителни към дехуманизацията в нашата медицина и завръщането ни към хипократизма и световните съвременни медицински стандарти на „добрата практика”. Също така трябва да се борим с продължаващата стигматизация на

болните, особено с психосоциалната патология – еднакво и в медицината, и в обществото.

Съвременната медицина е холистична, интегративна, синкретична. Тя се обляга на системния подход в диагностиката и терапията, и на биопсихосоциалния модел на болестта. Разглежда научно и практически соматопсихичната, психосоматичната и психосоциалната проблематика и взаимозависимости. Най-напред и при всяко отделно заболяване се стремим да представяме традиционната диагностика и терапия, които предлагат модерната медицинска теория и практика. Разчитаме на технологичния напредък и научните открития в областта на биологията, психологията и социалните науки. Същевременно сме отворени и се обръщаме с нов интерес към алтернативните или природните методи за диагностика и терапия, в съгласие с предпочитаните от пациентите древни лечебни практики. Те също се основават на голям брой доказателства за благотворното им въздействие върху болния, особено когато са конгруентни с очакванията и predisпозициите на лекуващия лекар.

Най-доброто решение и операционно взаимодействие се взема при екипното сработване на терапевта с клиничния психолог, социалния работник и останалия медицински персонал. Следователно съвременната медицина е и традиционна, и алтернативна, тя е биопсихосоциална. Болният човек се диагностицира индивидуално и неповторимо, със структурните и функционалните нарушения на временното биохимично и психофизиологично равновесие на био-психосоциалната хомеостаза и хармония. Във връзка с това се обосновава и поэтапната спешна, неотложна, интензивна и синкретична терапия – соматотерапия, психотерапия и социотерапия. От друга страна – алтернативната медицина помага при историческото и натурфилософското разглеждане на човека в здраве и болест като равновесие или дисфункция на различните органи и системи, и на катексисната енергия, под ръководството на централната и на вегетативната нервна система. Това е хомеостаза психична (осъзнавана и контролирана, несъзнавана и полусъзнавана), хомеостаза емоционална, духовна и физикална.

Всички аспекти на живота (генетика плюс времеви и пространствени рефлекторни въздействия) са взаимно свързани и в психопатологията се разглеждат холистично, интегративно. Всяко дезадапционно разстройство е последствие на тежките

стресогенни и кризисни събития, които претоварват индивида и неговите адаптационни възможности. Може да се достигне до биологичен, психологичен и психосоциален стрес (H. Selye, 1976., L. Levi, 1972., R. Lazarus, 1966). Необходимо е да се използва богат арсенал от технологии за лечение и възстановяване на изгубеното равновесие – бързо стопиране на болестта, разрешаване на проблематиката, а впоследствие – третична психопрофилактика. Интервенциите трябва да са цялостни, комплексни, синкретични. В началото се мобилизират неспецифичните терапевтични фактори: вярата, надеждата, положителните очаквания. Поспециализираните интервенции изискват медикаментозна транквилизация, аблационни и катарзисни психотерапевтични методи, системна емотивна, бихевиорална и когнитивна психотерапия, клинично-психологичен анализ, екзистенциална и логотерапия, социотерапия, рехабилитация, ресоциализация и превенция.

Холизъмът и синкретизъмът са съвременна алтернатива на органокалистичния подход и механистичния локализационизъм в медицината от 19 и 20 век. Те са в основата на досегашните плодотворни резултати при научното и задълбочено разглеждане на биологичните, физиологичните и патологичните процеси. Тясната специализация обаче и аналитичният подход към отделните части на тялото и психиката на болния индивид води до парцелирана диагностика и съответно до едностранчива терапия. Изгубва се реалистичната представа за цялостното изучаване на страдащия човек и за неговите телесни, психични и психосоциални преживявания и медицината се дехуманизира. Така изоставяме с около 50-75 години от европейските и световните стандарти и забавяме реформата в здравеопазването. Съвременните алтернативи за разрешаването на проблематиката еднакво и в обучението по медицина, и в организацията на здравеопазването в нашата страна са свързани със застъпването именно на интегративната, холистична диагностика, на основата на биопсихосоциалния модел и със синкретизъм в терапията и профилактиката.

При цялостното изследване на болния (анамнеза–статус) използваме полустандартизиран план–програма, интервю–изследване. Това ни позволява да изготвим стратегията и тактиката на предлаганата диагностика и терапия – последователна, еластична, поэтапна, с ежедневна обратна

информация за настъпващата промяна в диагностично-лечебния процес.

Стандартите на лиезон-медицината (liaison-medicine) при холистичната диагностика и синкретичната терапия могат да се представят схематично така:

1.1. Инициална плацебо фаза „primum non nocere“: със стопираща оплакванията и симптоматиката комплементарна терапия – антитревожни медикаменти, антидепресанти, невroleптици в съответните транквилизиращи дози, антиеметични, противоболкови, противосърбежни и др.

1.2. Положително мобилизиране на неспецифичните терапевтични фактори – вярата, надеждата, положителните очаквания и упованията в терапевта и в институцията, където се лекува болният – „структуриране на очакванията“.

1.3. Информирано съгласие, „договоряване“ (compliance), свободен избор на терапевта, конфиденциалност (проблеми на медико-психологичната тайна и стигмата), уважение и ценене на времето на пациента и на лекаря, спазване на стандартите на добрата европейска и световна практика, индивидуално и/или групово лечение и т. н.

1.4. Предлагане на някои немедикаментозни психотерапевтични методи – отреагиращи и катарзни, хипносугестивни и т.н.

1.5. Психосоциални кризисни интервенции – психосоциално осигуряване, проблеми около инвалидизирането, третичната психопрофилактика и подобряването на life style и по-доброто качество на живот.

2.1. Специализирана психотерапия и социотерапия.

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

2.3. Психосоциални умения и третична психопрофилактика: тренировъчна терапия (change of attitudes), ролеви изпълнения (active learning) и др.

2.4. Организиране и предлагане на дневни и полустационарни организационни структури за интегративна и синкретична диагностика и терапия.

3.1. Третична психопрофилактика.

3.2. Групи за собствен опит.

3.3. Клубове на бивши пациенти.

3.4. Предбрачни, семейни и фамилни консултации и терапии.

3.5. Асоциации.

3.6. Граждански обединения и др.

И така – още от времето на Хипократ (460-377 г. пр. Хр.), 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 как да му се помогне (цит. по М. Апостолов). Началото е поставено в трудовете на Феликс Платер (1573-1614), Теофил Боне (1620-1689), Винченцо Киаруджи (1759-1820) и особено в знаменитата книга на Джовани Батиста Моргани (1682-1771), озаглавена “За местонахождението и причините на заболяванията” („De sedibus et causis morborum” , цит. по Н. Шипковенски).

Вече към средата на 19-и век, медицинската наука и практика бележат нови възможности и положителни резултати в развитието си. Измества се хуморалната патология от *circulus vitiosus*, към механистичния локализационизъм и органокалистичния подход. В това отношение учението и делото на Рудолф Вирхов (1821-1902) за „Клетъчната федерация” и „Целуларната патология” позволиха да се постигнат много успехи в диагностиката и терапията на болния. Този подход изследва много задълбочено и отчита водещата роля на биологичните фактори в синдромологията и нозологията, повече в интензивната медицина – в хирургията, хистопатологията и при окончателната диагностика.

В края на 19-и век и през първата половина на 20 в медицинската наука все още господства клетъчната и органна патология. Благодарение на огромните успехи в естествознанието и разпространения формално механистичен и органокалистичен модел на мислене, вниманието на медика се концентрира върху заболелия орган, а не върху болния човек. С тясната специализация и аналитичния подход към отделните части на организма се изгубва представата за цялостното изучаване на страдащия човек и за неговите психични преживявания и се дехуманизира медицината.

Основните неуспехи във вътрешната медицина и на 20-и век са свързани именно с органокалистичното мислене и с едностранчивото разглеждане предимно на биологичното и конституционалното при болния. Банална истина е, че животът

представлява „генетика и средови влияния“. Когато се надценява само биологичното, когато не се вземат под внимание психично личностните или психосоциалните фактори, или пък се разглеждат явленията едностранчиво само от една позиция – 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 постигаме *restitution ad integrum*, ние се лишаваме от сътрудничеството на здравата психика и на пациента – останалото здраво в болния човек, и оставаме на кръстопътя да не му помогнем оптимално и дори да го ятрогенизираме (сравни: Н. Шипковенски – „Ятрогения или освобождаваща психотерапия – кръстопът на всеки лекар“).

През втората половина на 20-и век все по-често се чувства и разбира нуждата от обединителни неокласически концепции в диагностиката и терапията, и във вторичната и третичната профилактика, включително *per eliminationem et ex jvantibus*. Новите, сътворявани по това време концепции, се явяват като мостове към изграждането на интегративна, холистична, синкретична медицина.

Най-напред трябва да подчертаем ролята на глъбинната, динамична психопатология на Зигмунд Фройд, Алфред Адлер, Мелани Клайн и др. Според З. Фройд (1856-1939) в етиологията и патогенезата на болестните процеси определена роля трябва да се отдава и на несъзнаваната и полусъзнаваната душевност. Нагонните и психологични потребности – *Id (То)* при биологичното си и психосоциално задоволяване влизат в интрапсихичен конфликт между *Аз'овите (Его)* и *Свръх-Аз'овите (Super Ego)* забрани и „спирачки“. 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 *Аз'а*. 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 изграждането на холистичната концепция в медицината голяма роля са изиграли Франц Александер и Хелан Фландърс Дъмбар. Те приемат механизмите на конверсията от психоанализата, но подчертават още ролята на пролонгираните негативни и репресиращи емоции от ранното детство – страховото и

очаквателното напрежение, неразтоварената агресия, фрустрацията, мъката...

Helen Flanders Dumbar, 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 К. Леонхард) – много зависима, търсеца признание и похвали, постоянно се сравнява с другите и се измъчва, садо-мазохистични, склонни към язвена болест. Някои незрели личностни профили не се съобразяват с другите, все някой им е виновен и имат т.нар. alexithimia. 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. Емоционалната интелигентност е особено необходима в ежедневната психотерапевтична практика и се постига по линията на собствения обучителен психоаналитичен тренинг.

F. Alexander и H. Dumbar съотнасят възгледите си предимно към възникването и протичането на т.нар. „Свещена седморка“: есенциалната хипертония, ревматоидния артрит, тиреотоксикозата, другите ендокринопатии, пептичната язва, улцерозния колит, бронхиалната астма и невродермита, но внушават 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 научнореалистична роля на психосоматичните, психобиологичните, психофизиологичните и психосоциалните фактори в патологията.

През първата половина на 20-и век шестват вече и психофизиологичните теории: И. П. Павлов, W. B. Cannon, B. F. Skinner, Д. Н. Узнадзе, J. Konorski, J. H. Masserman. Учението на Н. Selye за общия адаптационен синдром е също така обединителна връзка към съвременната обща теория в медицината. Психоимунологичните концепции на S. Wolfs, M. Friedman, R. Ader за ролята на “стрес-отговорите“, специално в психокardiологията и в

психоневроендокринологията, на J. W. Mason, R. S. Lazarus, L. Levi и A. Bandura – за психосоциалния стрес – всички те се привнасят в цялостното научно разглеждане на соматопсихичната и психосоматичната зависимост и в общата проблематика на liaison-медицината.

Към средата на XX в. в приложната клинична психология набират авторитет редица социокултурни и неоаналитични теории: на Karen Horney, H. Sullivan за ролята на междуличностните взаимоотношения в семейната психопатология, на H. Holmes и E. H. Rahe за ролята на жизнените събития в етиологията и патогенезата на функционалните заболявания. По-късно идват теориите на „систематистите“: L. Von Bertalanffy, групата от Palo Alto – P. Watzlawick, J. Beavin, D. Jackson, A. Meyer, G. Angel, H. Wein, за интегративния подход и биопсихосоциалния модел в медицината, на генетично, молекулярно и неврофизиологично ниво. Много обединителни за комплексния подход в медицината се оказаха възгледите на съвременните психосоматици – Z. J. Lipowski, за ролята на външните екологични, инфекциозни, средови и културални влияния, заедно с вътрешните генетични, телостроетни и конституционални фактори от фамилната анамнеза и от актуалната биопатогрфия на болния.

Всички тези теории (и още много други), както и резултатите от многото клиничномедицински, психологични и психосоциални изследвания, обосновават съвременния биопсихосоциален, интегративен и холистичен етиопатогенетичен модел в медицината.

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 нашата страна се повежда в посока на дислоцирането на медицинската услуга към общопрактикуващия лекар. Основният дебат 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. Тук именно, в полето на функционалната, подостра и хронифицираща се патология, в соматопсихичната и психосоматичната зависимост, в приложната клинична психология и в медицинската социология, тук е предизвикателството към чисто медикалния, медицинския модел в

организацията на здравеопазването и в медицинската практика – и в образованието, и в диагностиката, и в терапията, и в здравното осигуряване. Органолокалистичният подход на медицината на 19-и и 20-и век позволи големия напредък в търсенето на структурните изменения при болестите, но 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.

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, 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 неговата обкръжение. Всичко това следва да бъде диагностицирано и терапевтично, и психопрофилактично оползотворявано (за целите на третичната психопрофилактика). Съответно на тези разбирания, терапията основно трябва да бъде био-психосоциотропизмена. Ако продължаваме да подходдаме органолокалистично, парцелирано в теориите и практиките, и оттам в здравеопазването като цяло, ние неминуемо ще се сблъскаме с проблемите на западната медицина в общото здравеопазване от преди 50-75 год. Диагностиката и терапията “на парче“ и субспециализирането водят до: 1. Увеличаване на разходите в системата на общото здравеопазване, 2. Появата и зачестяването на ятрогенните заболявания. У нас няма цялостни изследвания как се злоупотребява с т.нар. „пътеки“ по линията на Здравната каса. През последните години ние кодираме, диагностицираме и лекуваме според правилата на Касата. Цялата здравна политика е меркантилно деформирана – превърнали сме се в бармани, които сервират последните шлагери на преборилите се фармацевтични фирми и заедно със Здравната каса учаваме повече в ятрогенизирането, отколкото в истинската холистична и синкретична терапия.

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: *Qui bene erogito bene diagnostic* – Който разпитва добре, добре диагностицира! В анамнезата търсим информационните стандарти за детството, семейството, училищния период, пубертета, биологичното, физиологичното, психологичното 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, „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 невербални комуникати, взаимните емоции, какво пречи или улеснява общуването, емпатията или „разминаването“ на пациента с терапевта. Един такъв модел на професионални интеракции ни позволява да разбираме дезадаптираните взаимоотношения на болния със семейството и другите 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. Очевидно са задължителни още 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, *per eliminationem*.

Така последователно и планирано достигае до клиничната и личностната диагноза, до индивидуализираната и диференцираната етиология и патогенеза и до възможностите,

уменията и мотивацията за сътрудничество и терапия. „Когато двама души се диагностицират и лекуват по един и същ начин, един от двамата се лекува неправилно!“ Този полустандартизиран модел ни позволява да изработим стратегията на терапията, която предлагаме – последователна, еластична, поетапна, с ежедневна „обратна информация“ (feedback) за настъпващите промени в диагностично-лечебния процес – диагностика и терапия.

Съдбата на болния и ефектът от предлаганото лечение до известна степен се решават още на първата среща с него. Още в началото на лечението бързо овладяваме засиления страхово-вегетативен и соматоформен дискомфорт – „стопираме болестта“. Най-често това правим с „антитревожните медикаменти“ и транквилизаторите. Тука широко се прилагат бензодиазепините в ампулна и таблетна форма: класическият Diazepam от 10 до към 60 mg дн., Tranxen, капс. по 5 и 10 mg, до 30-40 mg дн., Xanax (Алпразолам), табл. от 0.25 и 0.50, до към 3-4 mg дн., Rivotril от 0.5 и 2 mg, до 6 mg дневно, и др. Надеждите от тази група медикаменти се оправдаха 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 (серотонина, норадреналина и др.) в ЦНС и по този механизъм преодоляват депресивността. От тях дълго време се прилагат 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) са все още актуални и продължаваме да ги използваме. Новите селективни серотонинергични антидепресанти (SSRI) – Prozac, Fevarin, Coaxil, са предпочитани поради по-слабите нежелани ефекти, но пък се налага да се вземат по-дълго.

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

При медикаментозното овладяване на соматоформния и психосоматичен дискомфорт добре се съчетават психофармакът с бета-адреноблокери, агонистите на бета-адренорецепторите, антагонистите на Ca⁺⁺ канали, при сърдечно-съдовите заболявания, кардиопатофобната невроза, синдрома на Da Costa, началните форми на хипертоничната болест, синдрома на хроничната умора и др. И при другите психосоматични разстройства умело се съчетават психофармакологичните средства с местното, специфичното за психосоматозата лечение.

Следователно в инициалната фаза терапевтът се стреми бързо да овладее дискомфорта и да стопира най-мъчителната симптоматика с прицелни лекарства и комбинации.

В началната фаза терапевтът се договорира 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 подобрение, лекарствената терапия се редуцира. Преминава 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 се предразположат да отреагират мъката и страданието и дори насъбраните претенции към организацията на здравеопазването.

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. В този период индивидуалното „водене на случая“ се провежда по-рядко, напр. един път на 1-2 месеца, за период от около 6-12 месеца, а груповите занимания – групи за собствен опит,

клубове на бившите пациенти, асоциации, движения, лиги и др., се консолидират и може да продължат години напред. Организирано се създават също така центрове за брачни консултации, за семейностратегическа и партньорска терапия и т.н. При всички случаи обаче, в този краен етап на комплексната диагностична и терапевтична услуга, психохигиенните и психопрофилактичните начинания се планират – определен брой срещи за определен период от време.

Синкретизъм е ключовото послание за решаване на съдбоносните проблеми на индивида и партньорската двойка, в семейството и фамиленото обкръжение, в службата, в жизненото пространство и в общността.



Повече по темата във:

А. АЛЕКСИЕВ

**СИНКРЕТИЧНА ПСИХОТЕРАПИЯ
И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА**

БЛАГОЕВГРАД,

УИ „НЕОФИТ РИЛСКИ“, 2010