

**ХОЛИСТИЧНА МЕДИЦИНА И СИНЕРГИЧНА ТЕРАПИЯ,
РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА**

А. Алексиев, С. Алексиев и Ц. Алексиев

Нашето верую и принципни убеждения в медицинската онтология са свързани с биологичната, психологичната и психосоциалната идентификация с нашите предци, родителите.

Нашият живот възниква на основата на генетичния код на нашите създатели и праотци, плюс безусловното и условно-рефлекторно кондициониране (рефлексията). Индивидуалното и неповторимото във всеки един от нас се решава още във времето на зачатието. От това дали зрялата и щастлива брачна двойка ще създаде биологични, психологични и психосоциални благоприятни условия за задоволяване на потребностите – собствени и на бъдещата рожба, от това ще зависи развитието на индивида и идентитета с първообразците. Кондиционирането пък ще определя съзнателното, полусъзнаваното и несъзнаваното контролиране на катексисната, положителна енергия (синергията). Господ Бог и Родителите, когато са ни сътворявали, са вдъхнали пусковата енергия за около 100 години. Но са ни „казали“ („В началото бе словото“): Да внимаваме! Да нямаме тежки житейски стресогенни и кризисни ситуации (live events). „Да“ на временната хомеостаза и хармонията отвътре и отвън и „Не“ на дезадаптацията и патологията. Греховното морално-деонтологично и антизаконово поведение ни води към бездната, праведното поведение, по законите на Европейското и Световното право – към нашата Голгота и извисяване, „напред и нагоре“ [1, 2, 3, 4].

Нормалното тяло, психика и дух (Светата триада Троица на Аристотел), или среднестатистическата норма по Гаусовата крива, се изявява като относително равновесие (хемеостаза) и синкронизация на телесно-температурното, характеровото и личностното развитие в психосоциалното жизнено пространство. Тук става дума за взаимозависимостите на тялото, психиката и духа [1, 5].

Онтологичният модел в медицината (етиология, патогенеза, клинична картина и изход) е мултифакторен, биопсихосоциален. Специализираната диагностика на патологичните явления 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 – водещи и второстепенни фактори, но е важно да се съобразяват съвременно, адекватно и научноприложимо („медицина, основана на доказателства“). Тази холистична концепция за развитието на човека в здраве и болест, в неговата относителна застоялост и в движение, във времето и пространството изисква специално – адекватно, обслужване на болния. Синкретизмус и синергия (съединение, обединение на уменията за справяне) е ключовата ориентация в реформирането на нашето здравеопазване – 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. 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, тематизирана туристика и т.н. Налага се да сме много чувствителни към де-хуманизацията 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. Ние радеем и отстояваме Декларацията за „свещените права на човека“ на Бенджамин Франклин и Томас Джеферсън – правото за живот, правото за свободен избор и правото за щастие. Никой няма право да отнема живота на другия човек, нито своя. „Не на евтаназията!“ Всеки има право на свободен избор, без психопатологични разстройства при вземането на решения. Всеки има право да жадува за по-дълъг и щастлив живот. Нека развиваме личностните си нагласи и диспозиции, за да се задържим на повърхността на живота и да се развиваме към добро-

тата и най-добрите образци на поведение на нашите отци и предци, и да тачим родовата памет.

Ние сме убедени, че ще настъпи времето, когато ще реформираме хаоса и безредието в общественото развитие на нашата Родина. В специализираните организационни структури на управление на човешките ресурси ще се реализира биопсихосоциалният подход, включително и в медицинската теория и практика и в обучението на медицинските кадри. Така ще достигнем непосредствено и по човешки до страдащия и дезадаптиран индивид, и съответно на холистичната диагностика – до научнообоснованата и адекватна терапия, рехабилитация, ресоциализация и третична психопрофилактика („evidence based medicine“) [1].

Съвременната медицина е холистична, интегративна, синкретична, синергична. 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. 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 на 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. Някои от тях също се основават на голям брой доказателства за благотворното им въздействие върху болния, особено когато са конгруентни с очакванията и предиспозициите на лекуващия лекар (А. S. Alexiev [9]). 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 медицина. Болният човек се диагностицира индивидуално и неповторимо, със структурните и функционалните нарушения на временното биохимично и психофизиологично равновесие на биопсихосоциалната хомеостаза. 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 истори-

ческото 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 (ЦНС и ВНС). 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 – рефлексията) са взаимно свързани в медицината и специално в психопатологията, се разглеждат холистично, интегративно, цялостно. Всяко дезадапционно разстройство е последствие на тежките стресогенни и кризисни събития (live events), 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 спиране на болестта, разрешаване на проблематиката, а впоследствие – третична психопрофилактика. Интервенциите трябва да са цялостни, комплексни, синергични. В началото се мобилизират неспецифичните терапевтични фактори: вярата, надеждата, положителните очаквания. По-специализираните интервенции изискват медикаментозна транквилизация, аблационни и катарзисни психотерапевтични методи, системна емотивна, бихейвиорална и когнитивна психотерапия, клинично-психологична анализа, екзистенциална и логотерапия, социотерапия, рехабилитация, ресоциализация и превенция [1, 6, 7, 9].

Органолокалистичният подход в медицината е 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 водят до парцелираната диагностика и съответно до едностранчивата терапия. Изгубва се реалистичната представа за цялостното изучаване на страдащия човек и за неговите телесни, психологични и психосоциални преживявания и се дехуманизира медицината. Така изоставяме с около 50-75 години от европейските и световните стандарти и забавяме реформата в здравеопазването.

Съвременните алтернативи за решаването на проблематиката в обучението по медицина и в здравеопазването на населението в нашата страна са свързани със застъпването на интегративната, холистична диагностика, на основата на биопсихосоциалния модел и със синкретизма в терапията и профилактиката – соматотерапия (комплементарна фармакотерапия, хирургично лечение и физикална терапия), психотерапия и социотерапия.

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, гъвкава, поетапна, с ежедневна обратна информация за настъпващата промяна в диагностично-лечебния процес [1].

Стандартите на лиезон-медицината (*liaison-medicine*) при холистичната диагностика и синергичната 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, невролептици в съответните транквилизиращи дози, антиеметични, противоболкови, противосърбежни и др. Уместно е съчетаването с бета-адреноблокери, агонисти на бета-адренорецепторите, антагонистите на Ca⁺⁺ канали, напр. при сърдечно-съдовите заболявания, кардиопатофобната невроза, синдрома на Da Costa, началните форми на хипертоничната болест, исхемичната болест на сърцето (ИБС) и мозъка (ИБМ). При другите заболявания, също така е уместно да се съчетават психофармакът с местното специфично за соматозата и психосоматозата лечение.

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, 6].

1.3. Информирано съгласие, договориране (*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: клиничко-психологична анализа 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 – напр. Дневния стационар на МБАЛ – Александровска. (През 2005 г., за голямо съжаление, Стационарът беше закрит.)

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 пр.Хр.), Гален (131-210) и Авицена (980-1037), 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 [5]. 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).

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 органолокалистичния

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. 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.

В края на 19-и век и през първата половина на 20-ото столетие в медицинската наука все още господства 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. При 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. Картезианският дуализъм „тяло-душа“ продължава (Рене Декарт, 1596-1650).

Основните неуспехи във вътрешната медицина на 20-и век са свързани именно с органолокалистичното 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 психологично 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 *restitutio ad integrum*, ние се лишаваме от сътрудничеството на здравата психика на пациента – останалото здраво в болния човек, и оставаме на кръстопътя да не му помогнем оптимално, а и дори да го ятрогенизираме (сравни: Н. Шипковенски – „Ятрогения или освобождаваща психотерапия – кръстопът на всеки лекар“ [9]).

През втората половина на 20-ия 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 juvantibus*. Новите, сътворявани по това време концепции служат като мостове към изграждането на интегративна, холистична, синкретична медицина и психопатология.

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” – 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 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 „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 – Едиповия комплекс, Електра комплекса, комплекса за малостойност, свръхкомпенсаторните нагласи и предрасположения за психосоциално функциониране, „бягството в болестта“ и др. [1].

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 („Ако мъката не се облекчи в плач и сълзи, може да накара другите органи да плачат“ – казва английският психиатър Хенри Модсли). Болният не успява „да разтовари агресивното и се самоизяжда“ (продуцира гастралгии, язвена болест на стомаха и

дванадесетопръстника, colitis ulcerosa spastica и др.). При хипертоничната болест, особено в неврогенния 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 overprotective mother и expressed emotion в домашната атмосфера. Етиологичната и патогенетичната схема при психосоматичните заболявания е ортодоксално психоаналитична: Id (То) „много иска, и то веднага“, Сврѡх-Аз'ѡт (Super-Ego'то) не позволява, дори забранява, а Аз'ѡт (Ego'то) предлага компромисните образувания на „защитните психологични механизми“.

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, или – по Екзюпери: Малкият принц – и като помисли, рече: Вървиш ли право пред себе си, доникъде няма да стигнеш!). Другият личностен профил – Типът Б, е също така акцентуирана личност (по Леонхард) – много зависима, търсеца признание и похвали, постоянно се сравнява с другите и се измъчва, „садо-мазо“, със склонност към язвена болест. Един от нашите колеги и приятели, доц. д-р Христо Тодоров Димитров – Тинко, слепият, но най-окат психиатър и психотерапевт, казваше: „Сравнителният метод ще самоизяде Човечеството!“ „Не ме е яд на Вуте, че има Ауди; яд ме е, че аз нямам!“. Някои незрели личностни профили не се съобразяват с другите, все си го изкарват на тях, 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 – дали е умствено изоставащ, или е вече оглупяващ и деградиращ, а по емоционалната интелигентност – дали може да разбира емоционално другия, за да му се притече на помощ, или е емоционално алекситимичен. Емоционалната интелигентност е особено необходи-

ма в ежедневната психотерапевтична практика и се постига по линията на собствения обучителен психоаналитичен тренинг.

F. Alexander и H. 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 научнореалистична роля на психосоматичните, психо-биологичните, 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 H. 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 психокардиологията и в психоневроендокринологията, на J. W. Mason, R. S. Lazarus, L. Levi и A. Vandura за психосоциалния стрес – всички те се привнасят в цялостното научно разглеждане на соматопсихичната и психосоматичната зависимост и в общата проблематика на *liaison-medicinата* [6, 7, 8].

Към средата на двадесетото столетие, в приложната клинична психология набират авторитет редица социокултурни и неоаналитични теории: на Karen Horney, H. Sullivan за ролята на междуличностните взаимоотношения в семейната психопатология и на H. Holmes и Er. H. Rahe за ролята на жизнените събития (life events) в етиологията и патогенезата на функционалните заболявания. По-късно идват теориите на „систематистите“: L. von Bertalanffy, групата от Palo Alto – P. Watzlawik, J. Beavin, D. Jackson, A. Meyer, G. Angel, H. Weiner – за интегративния подход и биопсихосоциалния модел в медицината, на генетично, молекулярно и неврофизиологично ниво. Много обединителни за комплексния подход в медицината се оказаха възгледите на съвременните психосоматици за ролята на външните екологични, инфекциозни, средови и културни влияния, заедно с вътрешните

генетични, телостроежни и конституционални фактори от фамилната анамнеза и от актуалната биопатогRAFия на болния [6, 7].

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. Този синкретичен модел дава много повече и по-богати възможности да отговорим професионално, а не ятрогенно!, и много по-конкретно на многото въпроси и запитвания от страна на болния, а и от страна на самите нас: при кого и кога, индивидуално и диференцирано, при какъв симптомокомплекс и при каква изява и разгръщане на болестта какви диагностични и лечебни процедури и лекарствени средства трябва да приложим в медицинската обслуга за по-бърз и по-траен терапевтичен, рехабилитационен и профилактичен ефект.

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 обслуга към общопрактикуващия лекар. Един от основните дебати е по отношение на известните минимални европейски и световни стандарти в диагностиката, терапията, рехабилитацията, ресоциализацията и в профилактиката на значителния за съвременната цивилизация психосоматичен и соматопсихичен коморбидитет в 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. Докато органокалистичният подход на медицината на 19-ия и 20-ия век 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 [1].

Съвременният модел в медицинската теория и практика е биопсихосоциалният модел. 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 неговото обкръжение. Всичко това следва да бъде диагностицирано и терапевтично и психопрофилактично оползотворявано (за целите на третичната психопрофилактика). „Не“ на едностранчивата и „парцелирана“ диагностика само на органолокалистичната патология, но без обхващане и на останалото здраво тяло и душа; съответно на тези разбирания, терапията основно трябва да бъде биопсихосоциотропизмена. „Да“ на активната стопираща и операционална, медикаментозна и комплементарна терапия и обслуга – на синкретичната, интензивна и краткосрочна – соматотерапия, психотерапия и социотерапия. И всичко това, при условията на диагностично-консултативните центрове – амбулаторно и с предимство на дневните центрове и полустационарните звена, с ограничаване на болничната (и „хотелиерска“) обслуга, разбира се, там, където е индицирана. „Да“ на деинституционализацията в медицината. Ако продължаваме да подходяме 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 отпреди 50-75 години. Диагностиката и терапията „на парче“ и субспециализирането водят до: 1. Увеличаването на разходите в системата на общото здравеопазване, и 2. Появата и зачестяването на ятрогенните заболявания (от *jatros* – лечител), парадоксално, но е факт! За пример – разходите в здравеопазването на САЩ през 1950 г. са били 4% от общия брутен продукт. През 1970 г. разходите нарастват до 7%. Всеки 5-и хоспитализиран болен за диагностика и терапия е бил ятрогенизиран. Това означава, че 20% от тях са били обслужвани и обгрижвани неадекватно. 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 – какъв професионализъм! Цялата здравна политика е меркантилно деформи-

рана – превърнали сме се в бармани, които сервират последните шлагери на преборилите се фармацевтични фирми, и заедно със Здравната каса участваме повече в ятрогенизирането, отколкото в истинската холистична и синкренична терапия. Какво се опитваме да правим *pro domo sua*?

В нашата медицинска практика, 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. 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, начин на живеене (life style), 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 невербалните 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 другит, не чрез подозирането и отхвърлянето, а чрез потвърждаване на психогенния характер на преживяното, възприетото, усетеното и отреагираното от болния, в истинския сблъсък с проб-

лемите и конфликтните ситуации, с които той не може да се справи сам. Тук имаме миогледните основания да парафразираме една от съвременните модификации на древноюдейските молитви на терапевта: И ми помогни, Господи, да не виждам в пациента симуланта... Да не го ятрогенизирам!... Primum non nocere!... Ние сме професионалисти, а не морализатори! [7]. Очевидно са задължителни още рутинните лабораторни изследвания, специализираните изследвания на мозъка и другите органи и системи (електроенцефалографията, компютърната аксиална томография, ядрено-магнитния резонанс, доплеровите и ангиографските изследвания и много други апаратни и инструментални изследвания) за изключване на структурната патология, *per eliminationem*.

Така с повече информация за оплакванията, симптомите и страданието на болния (*Qui bene interrogat bene diagnoscit* – Който разпитва добре, добре диагностицира!), при цялостното изследване (анамнеза-статус), полустандартизираме диагностично-лечебния процес на основата на план-програма, интервю-изследване. 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 разстройства, според оплакванията на пациента. Холистичният подход изисква да се чете и разбира езикът на органите и системите на цялото тяло и душевността на болния в застоялост 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 активност на човека в здраве и болест (глъбинните и психоаналитичните школи на Узнадзе и Фройд, на неоаналитиците, на психосоматиците 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 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 – комплексна, комплементарна, синкретична (индивидуална, диференцирана, персонална медицина).

Още на първата си среща с болния, лекарят се намира на кръстопътя да му помогне или да навреди, както написа световно-известният български психиатър Никола Шипковенски [8] в своето капитално произведение „Ятрогения или освобождаваща психотерапия – кръстопът на всеки лекар“. Ние знаем, че 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 правим това с антитревожните медикаменти и транквилизаторите. Тук широко се прилагат бензодиазепините: 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 (Clonarex) 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 (drug addiction).

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 (Ludiomil, Mianserin) са все още актуални и продължаваме да ги използваме. Новите селективни серотонинергични антидепресанти – 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, само че в по-малките дози – транквилизиращи, антиеметични,

противоболкови, противосърбежни, различни литични коктейли с аналгетици – Chlorazin, Thioridazin, Droperidol, Haloperidol, Antiallerzin и др.

При медикаментозното овладяване на соматоформния и психосоматичния дискомфорт добре се съчетават психофармакът с бета-адреноблокерите, 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, специфично за психосоматозата лечение.

Следователно, 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 се заемаме и с мобилизирането на неспецифичните терапевтични фактори – вярата и надеждата, положителните очаквания и упованията в лекаря и в клиничния психолог, и в институцията, където се лекува болният. Когато сме убедени в добрата прогноза, ние го дообработваме искрено и спонтанно с триадата на Бехтерев (внушение, убеждение, самовнушение) и с рационалната психотерапия на Дюбоа: „Дето е текла бистра вода, пак ще потече!“. Това е т.нар. placebo-фаза в диагностиката и терапията. Проучванията на психосоматично ориентирани автори, нашите изследвания – също, показва, 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 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, кортикодинамичната декапсулация на К. Чолаков, метода на Телешевская с помощта на тиопенталов рауш, релаксиращите методи и много дру-

ги: „Заедно с подобряване в състоянието, житейските ситуации и взаимоотношенията с околните, оплакванията все повече намаляват, чувствате се все по-добре и по-добре, днес сте по-добре от вчера, утре ще бъдете по-добре от днес...” [1].

В края на първата фаза и при вече настъпващото подобрене, 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 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 Александровската болница в София). 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 подобрене на качеството на живот – реориентация в поведението [1].

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“ (case management) се провежда по-нарядко, 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. Организиран се също така 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 услуга, психохигиенните и психоп-

рофилактичните начинания се планират – определен брой срещи за определен период от време [1, 11].

Post scriptum

Синкретизъм е ключовото послание за решаване на съдбоносните проблеми на индивида и партньорската двойка, в семейството и фамилното обкръжение, в службата, в жизненото пространство и в общността. Когато разрушителната враждебност и вероломност ни нападат, дружното обединяване прави силата за отблъскването на стресорите и воюването!

И дано не виждаме в страдащия и болния човек симуланта и аграванта. Когато го срещнем, да се поспрем с допълнително професионално внимание и емпатия – да му дадем вяра, надежда и упования за оцеляване и дори позитивно развитие напред. Да обединим останалите негови здрави ресурси с нашия холистичен и синкретичен професионализъм и да му помогнем с ненасилие при общуването.

Библиография

1. Алексиев, А. С. Синкретична психотерапия и психопрофилактика. Благоевград, Университетско издателство „Неофит Рилски“, 2010.
2. Алексиев, А. С. Моето кредо. – Неврол. Психиатр., **43**, 2012, № 1, 40-51.
3. Алексиев, А., С. Алексиев и Ц. Алексиев. Интегративна рехабилитация и ресоциализация при хората с ментални увреждания. – Неврол. Психиатр., 2010, **41**, № 2, 22-38.
4. Алексиев, А., С. Алексиев и Ц. Алексиев. Психологичната експлорация при инициалното интервю. – Неврол. Психиатр., **43**, 2012, № 2, 3-14.
5. Апостолов, М. Измерения на българската медицина. София, Тангра ТанНаРа ИК, 2001.
6. Иванов, В. Практическа психосоматична медицина. С, „Знание“, 1999.
7. Цонев, Ц. и И. Нацов. Психиатрия и психосоматична медицина. София, Горекс Прес, 2002.
8. Шипковенски, Н. Освобождаваща психотерапия. – В: Психотерапия. Под ред. на Хр. Христозов. С., Мед. и физк., 2002, с. 134-138.
9. Alexiev, A. Oczekiwania a przebieg i wyniki leczenia pacjentow z zaburzeniami nerwicowymi. – Psychoterapia, 1975, № 4, 3-10.
10. Atanassov, A. et al. Objectives and trends of Bulgarian psychotherapy. – Am. J. Social. Psychiatry, **7**, 1987, № 4, 206-209.
11. Jones, M. The Therapeutic Community: a New Treatment Method in Psychiatry. New York, Basic Books, 1953.