

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

ВЪВЕДЕНИЕ

(18.10.1994 г.)

I. С какво се характеризира **съвременната психиатрия**?

1. Психиатрията е много активна терапевтична дисциплина от 50-те години насам. Настъпва *промяна в сферата на психиатрията*: В края на 30-те години се появява лечението с електрошок, през 50-те години са открити мощни успокоителни медикаменти, а след това - антидепресантите. Т.е., промяната, която настъпва *през 50-те години* фиксира прелома в съвременната психиатрия.

2. Появата на *психоанализата* е онзи фактор, който до голяма степен променя психиатричното мислене и тласка психиатрията в нова посока. Посочените два елемента (биологичното лечение и психоанализата) водят до едно следствие:

3. Прилагане на *психиатрията в общността*. В миналото психиатричните клиники са се намирали извън града. В настоящия момент този вид болници ("лудници") не съществуват. Съвременната психиатрия е дейност, която се "прави" в общността и включва служби, които дават възможност на личността да посещава консултация, терапия, като живее у дома си. Т.е. лечението се провежда в контекста на обичайния живот на човека, избягва се абсолютната изолация на болните. Психиатричните клиники в техния предишен вид са закрити в Италия през 60-те години (този период се характеризира с отстъпление от консерватизма - движение на хипитата и др.), появяват се т.нар. извънболнични заведения. Този пример маркира новата психиатрична идеология - за интеграция на психичноболния в обществото.

Все пак психиатрията е една репресивна дейност (въпреки хуманността на съвременната психиатрия) и крие рискове от злоупотреби. Така че, за да се прилага тази практика коректно, се предполага наличието на много висок морал у терапевта и на подходящи условия за провеждането на лечението. Съвременната психиатрия се опитва да работи в общността. От психиатричния речник са отпаднали компрометираните понятия, работи се с друг словесен апарат.

Между психопатология и психиатрия има разлика. Психопатологията е част от психиатрията и е по-теоретично ориентирана. Изучават се патологични психични явления. Психиатрията е медицинска дисциплина, която лекува на базата на психопатологията. Съвременната психиатрия е по-терапевтична.

II. Големите имена в психиатрията:

1. В края на XVIII в. Френската революция обуславя прелом в разбиранията за устройството на обществото. В този период за пръв път в Европа се назначава лекар, който да оглави психиатрично заведение. Това е **Филип Пинел** (Philippe Pinel, 1745-1826), известен в историята на психиатрията със снемането на веригите от болните и превръщането на полузатворническите убежища в болници. Психично разстроените се признават официално за болни.

2. Ученик и приемник на делото на Ф.Пинел е **Е.Ескирол** (E. Esquirol, 1772-1840). В своето знаменито съчинение "Върху халюцинациите при душевно болните" той за пръв път разграничава илюзиите от халюцинациите. Пръв описва различни индивидуални характеристики на душевната болест. Особено големи са заслугите му за издигане на клиничното мислене на психиатъра.

3. Бързо развитие на психиатричната мисъл се наблюдава и в Германия. Сред учение, работещи в тази област, особено се откроява **Емил Крепелин** (E. Kraepelin, 1856-1926), *основоположник на съвременната научна психиатрия*. В началото на XX в. Крепелин подема идеите на К.Калбаум и ги довежда до край. За да се говори за болестна единица, според Калбаум са необходими 4 критерия: 1) Психична симптоматика; 2) Телесни симптоми; 3) Протичане; 4) Изход. От него заимства термина "болестна единица". Главната му заслуга се състои в разпространението на нозологичния принцип. Клинико-нозологичното направление приема схващането, според което съществуват отделни, самостоятелни, обособени психични заболявания, наречани още болестни единици. Учението за болестите и тяхното обособяване се нарича нозология (от гр. нозос - болест, и логос - учение). Наченки на първите описания на някои по-важни психопатологични състояния се намират у Ф.Пинел, Е.Ескирол и др. по отношение на повече патологични състояния. Към четирите критерия на Калбаум той прибавя още два - етиология и патологоанатомия. Днес някои изследователи добавят още един критерий - лечението на определена болест; освен това на мястото на телесната и психична симптоматика се приема единен критерий - клиничната картина, но се приема, че тези шест критерия са достатъчни за разграничаването на болестите една от друга. Счита се, че най-голямата *заслуга на Е.Крепелин са обособените от него две нови най-широко разпространени ендегенни психози*:

- **dementia praecox** (деменция прекокс, букв. "ранно оглупяване"). Под това наименование в 1857 г. френският психиатър Б.Морел е описал простата форма на шизофренията, а през 1898 г. Крепелин, въз основа на прогностичен критерий, в същия термин обособил четири форми на шизофрения. Но това название не е много подходящо, тъй като шизофренията не води задължително до деградация на личността, а и последната не се изразява в оглупяване.

- **манийно-депресивна психоза** (1896): ендегенно психично-заболяване, характеризиращо се с последователно редуване на болестни прояви на възбуда или потиснатост.

Крепелин задълбочено проучва още неврозите, разстройствата на личността, олигофрениите, интоксикационните и инфекциозните психози. В продължение на 43 години Крепелин постоянно изменя своята класификация на психичните болести, която първоначално обхваща 17 единици.

4. Швейцарският психиатър **Ойген Блойлер** (Eugen Bleuler, 1857-1939) през 1911 г. предлага заболяването, описано от Крепелин в термина "деменция прекокс", да бъде наречено "**шизофрения**" (гр. schizophrenia - букв. "разкъсана душа"). По това време към психиатричните болести е включена и епилепсията, но днес това добавяне е отречено. (Забележка: невролозите се интересуват от органичните увреждания на нервната система, а психиатрите - от неорганични разстройства.)

III. В психиатрията съществуват три **направления** (парадигми):

1. **Биологично (генетично)** направление, понякога то се нарича конституционално-наследствено или биологично-генетично. На наследствеността се определя водеща роля при психичните разстройства. Представители: Хипократ (460-375 г.пр.н.е.); Ф.Пинел, който през 1809 г. пише за "наследствено умопобъркване"; Е.Ескирол е аргументирал наблюденията си за наследствеността на психичните болести с конкретни цифрови данни; Б.Морел (1809-1872), френски психиатър, придава първостепенна роля на наследствените механизми и мотивира своето схващане за израждане на човешкия род, според което болестните отклонения прогресивно нарастват в потомството, като разглежда наследствеността не статично, а динамично; лайпцигският невролог П.Мъобиус през 1892 г. за пръв път въвежда понятията "екзогения" и "ендогения", за да разграничи външните от вътрешните причини на психозите. И др. Големият тласък идва от появата на фармакологичните препарати т.е. става ясно, че има психични разстройства, които се влияят фармакологични препарати - норадреналина, серотонина, допамина. Ясно е, че при мозъчните структури има повреди на ниво рецептори и пренасяне. На депресията влияе серотонина, на шизофренията допамина, на настроението, агресивността, възбудата влияят гамааминомаслената киселина и ацетилхолина. Много са важни: неокортекса и по-специално челния дял на мозъка - при повреда - апатия, аболия (безволие, нежелание за прогнозиране на действия); лимбичната система - емоции и памет - при увреда - епилепсия, хипосексуалност (намалена сексуалност); ретикуларната формация отговаря за съня и бодърстването - при увреда не може да се контролира степента на бодрост и релаксация. От медикаменти се повлияват също така и различни тежки психози (възбудите, депресиите, тревожните състояния не са психози). Важно е обаче да се знае, че липсват цялостни причинно-следствени връзки между причините и заболяването, а се наблюдават само корелации между различните фактори.

2. **Психоаналитично** направление с основоположник Зигмунд Фройд. Шарко пръв използва психологични методи за премахване на симптоми. Фройд разработва идеята за йерархичния принцип на развитие на психиката (Id, Ego, Superego), обръща внимание на детството и на травматизма. Прилага схващането за историческото развитие на психиатричните явления - всяко явление има причинно-следствена връзка с миналото. Психоанализата променя цялата концепция за болестта. Представители: Маргарет Малер, Мелани Клайн (вж. впр. 5 - V); Карен Хорни (Karen Horney). Името ѝ се произнася и като "Керин", защото е емигрирала в САЩ и е известна като американска психиатърка, но все пак е от германски произход. Развива теорията за вътрешната конфликтност на личността; индивидуалната психология на Алфред Адлер постулира, че комплексът на непълноценност има корени в ранното детство; според Хари С. Съливан (Harry Stack Sullivan, американски психиатър) решаваща роля за развитието на човешката душевност имат интерперсоналните отношения; Ерих Фром говори за хуманистичната природа на човека. И др. Упадък на психоанализата започва от прекаленото интересване от контекста.

3. **Системното** направление създател - Бейтън) обяснява възникването на психичните болести с разстройването на една система от отношения (например, дисфункция на отношенията в семейството). Психичната болест възниква, когато човек се намира в патогенна система от отношения. Според системния подход лечението се изразява във фамилна (системна) терапия. Системният модел излиза от причинно-следствената връзка и се доближава до интеракционния модел.

Трите направления в никакъв случай не са противостоящи едно на друго. Те са само различни обяснения на един феномен.

Въпрос 1. ПОВЕДЕНИЕ НА БОЛЕДУВАНЕ

(25.10.1994 г.)

I. Въпросът се отнася до това как хората боледуват. Идеята за болестта е една схема, абстракция.

Всяка болест по същество е един стрес (от англ. stress - напрежение). Термин, използван за обозначаване на широк кръг състояния на човека, възникващи в отговор на разнообразни необичайни или патологични, екстремални дразнители (стресори) и проявяващи се с адаптационен синдром. Терминът за пръв път е въведен в патологията от канадския учен от австрийски произход Ханс Селие в 1936 г. Според вида на стресора и характера на влиянието му се наблюдават различни видове стрес, като най-общата класификация е: физиологичен стрес и психологичен стрес. Последният се дели на *информационен* (възниква в ситуации на информационно претоварване) и *емоционален* стрес (появява се в ситуации на заплахата, опасност и др.). Различните форми на стрес (импулсивна, задръжна, генерализирана) водят до изменение в протичането на психичните процеси, емоционални сризове, трансформация на мотивационната структура на дейността, нарушения на двигателното и речевото поведение. Стресът може да окаже както положително (мобилизиращо), така и отрицателно влияние върху дейността (дистрес).

Кои са **психологичните фази на стреса**?

1-ва фаза - шокова реакция;

2-ра фаза - на отричането (отричайки факти от реалността, човек защитава своя Аз). Човек е застрашен да "застане" на една от фазите (основно - на втората) при преработка на стреса. Това се проявява предимно в мислите (такива хора не изразяват страданието). Външният израз на скръб и страх е влизане в третата фаза;

3-та фаза - на страданието (осмисляне на събитието, предизвикало стреса). Фаза на "наводнението" - ако се "застане" на тази фаза, се получава хронична депресия, човек става неефективен;

4-та фаза - на психологическото преработване на събитието, довело до стреса (фазата се обозначава с термина "working through"). Съвземане чрез интеграцията на събитието.

5-та фаза - на дистанцирането (на истинското справяне със стреса).

II. Всяка биологична заплахата за интегритета на тялото ни е нещо много силно въздействащо, ние сме уязвими от външните фактори, които засягат тялото ни. Когато човек е болен, пред него стоят два възможни варианта на действие: да се справи сам или да се остави в ръцете на лекаря. Професията на лекаря винаги предполага идеята за контрол върху здравето на пациента, което представлява голяма отговорност. В съвременния свят човешкото здраве не е само в ръцете на лекаря. В **отношенията лекар-пациент** и двете страни имат право на избор. Въпреки, че в позицията лекуващ-лекуван има нещо от отношенията родител-дете, само когато пациентът е в кома, отношенията му с лекаря са като на дете (кърмаче) и родител. Във всички други случаи пациентът има право на избор! В отношенията с пациента лекарят трябва да подходи

като възрастен към възрастен, т.е. по-ефективно е отношението на партньорство между възрастни, които взаимно споделят отговорността си. Тук много важно условие за успех е уменията на специалиста да убеждава - да убеди пациента, че той сам е автор на своята съдба. Лекарят трябва да се "договаря" с пациента си (например, при опит за самоубийство възможните подходи са: затваряне в психиатрична болница, медикаментозно лечение, договаряне). Пациентът трябва да се "научи" да боледува - това значи лекарят да не се държи като голям експерт, а да покаже на болния, че решаването на проблема до голяма степен е в неговите ръце. Умението да се "върне" отговорността в ръцете на пациента е изключително важно - да му се обясни, че той е автор на съдбата си и никой професионалист няма да го замества в тази му роля. *Трябва да се работи не със самите проблеми, а с уменията на хората да се справят с тях.*

В тази връзка трябва да уточним **два различни термина:**

1. **Психологическа защита на Аз-а.** Това е специална регулативна система за стабилизация на личността, насочена към отстраняване или снижаване до минимум на чувството на тревога, свързано с осъзнаването на конфликт. Функцията на психологическата защита е "ограждането" на съзнанието от негативните, травмиращи преживявания. В широк смисъл този термин се използва за обозначаване на всяко поведение, отстраняващо психологически дискомфорт.

2. **Механизми за справяне.** Психологическата защита, разбирана в тесен смисъл, води до специфична промяна в съдържанието на съзнанието като резултат от функциите на редица защитни механизми: потискане, отричане, проекция, идентификация, регресия, изолация, рационализация, конверсия и др.

И двете понятия *имат една и съща задача* - служат за по-добрата адаптация и за подобряване на начините за справяне с действителността. *Разликата е в тяхната осъзнатост.* Психологическата защита на Аз-а е неосъзнат процес, който ни предпазва от вътрешни и външни "опасности". Механизмите за справяне са осъзнати - това са нашите стратегии за оцеляване (целта е ясна и определена), за справяне с травмиращите ситуации.

Психологическата защита е необходимо условие за формиране на адекватно **чувство за психологическа защитеност** - относително устойчиво положително емоционално преживяване и осъзнаване от индивида на възможностите за удовлетворяване на своите основни потребности и за осигуряване на собствените права във всяка, дори и неблагоприятна ситуация, чиито обстоятелства могат да блокират или затруднят реализацията им. Емпиричните гаранции на феномена "психологическа защитеност" са чувството за принадлежност към групата, адекватната самооценка, реалистичната степен на привързаност, склонността към надситуативна активност, адекватната атрибуция на отговорността, отсъствието на повишена тревожност, неврози, страхове и др.

До голяма степен справянето с проблем е характерно и специфично за всеки отделен човек. Целта на лечението е да се помогне на пациента максимално да снизи психологичните загуби. Психоанализата работи предимно с психологичните защити на Аз-а, а психиатрията - с механизмите за справяне. Начините за справяне със стреса зависят от някои особености. Изучавайки предишни начини за справяне с проблеми, семейната среда и др., се научава много за традиционните механизми за справяне на конкретния човек. Трябва да се разбере доколко човек е готов да партнира на лекаря си. Справянето с един проблем може да бъде адаптивно, малкоадаптивно или неадаптивно.

Когато човек боледува, той казва "Аз имам проблем", като с това признава своята неспособност да се справи с него, т.е. проблемите на човека са неговите неудачи при справянето с нещо.

В психиатрията са изучени специфичните отношения, които Фройд нарича "**трансфер**" и "**контратрансфер**" - взаимоотношения, в които освен видимите страни на общуването, възниква и неосъзнат пренос на чувства. Например, във всяка терапевтична ситуация, когато има "договор" между лекаря и пациента, от пациента към неговия лекар започва пренос на чувства:

- най-често чувствата са *агресивни*. Лекарят-професионалист трябва да приеме тази агресия като прожектирана върху екран и да не я отнася лично към себе си.

- друг вид чувства са *любовните*.

Не бива да се забравя, че има и контратрансфер на чувства, т.е. всеки психиатър, психолог, лекар, когато е в терапевтични отношения с пациента си, е в състояние да изпитва подобни чувства спрямо него - рискува да се влюби в него или да прояви агресивност.

Животът ни е поредица от травматични събития. Всеки, който иска да стане терапевт, трябва да се справи със собствената си история, т.е. трябва да "чиракуваме" с години, за да разберем къде са слабите ни места. В противен случай рискуваме да бъдем пристрастни в положителна или отрицателна насока спрямо своите пациенти. А терапевтът трябва винаги да бъде истински неутрален.

Следователно, **основните правила** (наложени от професионалиста!) **в отношенията с пациента са:**

* **Правило на партньорството** (а не авторитарност).

* **Правило на неутралност** (а не близост).

Или: защо не трябва да пием кафе с пациента си? Защото това връща терапията назад. Нещата трябва да се решават само в кабинета на специалиста. А кафето е крачка към интимността, която ни лишава от неутралност. При първата среща е важен въпросът не толкова какъв е проблемът на пациента, а какво очаква той от терапевта.

Въпрос 2. ПСИХИАТРИЧНА КЛАСИФИКАЦИЯ

(8.11.1994 г.)

I. Психопатологията (Букв. - наука за болестите на психиката) е наука за разнообразните прояви (симптоми и синдроми) на разстройствата и аномалиите на психичната дейност, техните закономерности на възникване, динамиката и изменението им под влияние на различните фактори на средата и особеностите на личността.

Психопатологията представлява съставна част на по-обширната наука психиатрия (Букв. - лечение на психиката).

В общата психопатология се изучават разстройствата на възприятията и представите, емоциите, мисленето, интелекта, паметта, съзнанието, влеченията, инстинктите и др. В специалната психопатология се разглеждат отделни психични заболявания, напр. шизофрения, афективни психози, епилепсия, органични психични разстройства, невротични разстройства, разстройства на личността и др.

Признаците за заболяване са обективно установими прояви, за отчитането на които лекарят не се нуждае от сътрудничеството на пациента (напр. цвят на кожата, ширина на зениците и др). Следващото ниво на информация са съобщените от страна на пациента оплаквания (симптоми), за които лекарят разчита на сътрудничеството на пациента.

Всяко психично разстройство има своя определена клинична картина, която се състои от редица болестни прояви. **Психичният симптом** (От гр. symptoma - случка, белег, признак) е най-малката градивна единица на психичната болест. Той е "знак" не на обособена болест, а за нарушена функция. Симптомът не може да се разделя на по-малки съставни части, но въпреки това е сложно образувание. За неговото изграждане понякога е необходимо разстройството на широк кръг от психични сфери или дори на цялата психична дейност. Присъщи са му сложни механизми на възникване, изява, протичане, преобразуване и завършек. Разграничават се функционални и органични, първични и вторични, местни и общи, субективни и обективни, соматични, неврологични и психични и т.н. симптоми. В психиатрията се отделят още позитивни симптоми, които са израз на отслабване, усиляване или възбуда на определени психични функции, напр. халюцинации и налудности. При негативните симптоми е налице известно отпадане на определени психични функции, като понижаване на енергетичния потенциал, трайна промяна на личността, емоционално опустошение с необратимо отслабване на паметта и интелекта, довеждащо до начална или дълбока деменция (От лат. de и mentis - букв. вън от разума, обезумяване, лудост; в съвременната психиатрия означава оглуляване (упадък на умствено-паметовата дейност, настъпил след предшестващо нормално или болестно интелектуално развитие на личността). Към психичните симптоми се включват и различните форми на безсъние, раздразнителност, промените в емоциите, настроението, паметта, интелекта, мисленето и т.н. Отделни психични симптоми са илюзиите, халюцинациите, налудността, натрапливостите, импулсивните прояви и пр.

По правило не се наблюдават самостоятелни и изолирани един от друг симптоми. Те винаги **възникват в определени закономерни съчетания, образувачи комплекси, означавани като синдроми** (от гр. syndromos - струпуване, стечение; стичащ се, сблъскващ се. Определено съчетание на признаци (симптоми) от което и да е явление, обединени от единен механизъм на възникване). Синдромът е по-високостоящо интегрирано цяло или единство. Обикновено синдромите са полисимптомни, но съществуват и моносимптомни. В сложния комплекс от симптоми един от тях може да бъде водещ, образуващ ядрото и даващ названието на синдрома. В зависимост от своята характеристика синдромите биват: функционални и органични, преходни или трайни (при стабилна картина се говори за "състояние").

За идентификация на **психично разстройство** са необходими познания освен за симптоми, признаци и синдроми, но и допълнителни знания - данни за наследствеността, за вероятния ход на състоянието на даден синдром, за възможните усложнения, за методите на лечение и т.н.

Най-високата форма на концептуализация е понятието **"болест" в тесен смисъл** - предполага познанието на всички важни елементи от причините за дадено състояние и на промените, които то предизвиква; как тези промени се трансформират в оплаквания (симптоми), вероятният им ход, повлияване и т.н. Въпросът е доколко психичните болести са от същия порядък като соматичните (телесните) заболявания. Всяка болест има характерна клинична картина (закономерно съчетание на симптоми и синдроми) с присъщи за нея възникване (известни или неизвестни причини), протичане, изход (пълно възстановяване, оздравяване с дефект, хронифициране, смърт), соматичен и неврологичен статус, лечение и патологоанатомия.

II. Цели на психиатричната класификация:

1. Въвеждане и установяване на един общовалиден стандартизиран език (терминология), с който да се обозначават всички психични болести.

2. Контрол върху психичните разстройства.

3. Обяснение (и прогнозиране) на психичните разстройства.

Тези цели са свързани с надеждността и валидността на класификацията.

Надеждността се отнася до поставянето на една и съща диагноза (оценяване на едни и същи случаи) от различни психиатри, т.е. измерва се чрез съгласието между експертите.

Валидността показва степента, в която една класификация изпълнява целите, които си е поставила. Има 4 вида валидност:

- **видима:** основава се на съгласието между експертите, че едно описание на дадено разстройство е добро;

- **описателна:** също представлява съгласие между експерти по отношение описанието на разстройствата, но освен това внася (придава) тежест на различни симптоми. В идеалния случай наличието на един симптом говори за наличие или отсъствие на заболяване.

Горните валидности са свързани с първата цел на класификацията.

- **предиктивна (прогностична):** извеждане на определен вид прогнози от поставената диагноза (свързана е с втората цел);

- **конструктивна:** изграждане на цялостна теория за психиатричното разстройство с всички данни и факти за това разстройство и с неговото обяснение.

III. Възможни източници за разминаване (несъответствие) при поставяне на диагноза:

1. Наличие на различна информация. За да се избегне тази грешка, психиатрите заучават един стандартен кръг от въпроси, които задължително да задават на пациента.

2. Различно тълкуване на една и съща информация. Избягва се чрез стандартите в обучението.

3. Използване на различни критерии за поставяне на диагноза. Противояррка - въвеждане на психиатрична класификация на болестите.

Основно се използва **Международната класификация на болестите - X ревизия (МКБ-10)**, както и **Американската класификация на болестите - 4 вариант**.

Обща характеристика на класификациите: използват феноменологичния (описателния) подход, почти всички разстройства са дефинирани на базата на клиничните им характеристики и на произхода и продължителността им във времето, т.е. те са атеоретични класификации, без прилежаща теория и единна рамка, в която да са вместили различните разстройства. Използва се т.нар. операционален критерий - ако са налице определени симптоми, то следователно се касае за определено разстройство. Почти всички единици са на ниво синдроми и разстройства, а не на болести.

Американската класификация изрично предвижда 5 измерения (оси) за оценяване на пациента:

- психични разстройства (болести) в тесен смисъл на думата - шизофрения, депресия и т.н.;
- психични разстройства, които са по-скоро трайни характеристики на личността, трайни психични нарушения - умствено изоставане, диагнози от кръга на минали разстройства. Напр. хистрионната личност е трайна характеристика, а не болестно състояние;
- телесни болести. Тук присъства идеята, че психичните болести много често могат да бъдат обяснени или повлияни от соматичните;
- психосоциални стресове: събития или обстоятелства, за които се предполага, че поставят сериозни изисквания пред адаптацията на субекта. Напр. крайните събития - раждане, развод, заболяване, или социалните стресове - инвалидност, живот под социалния минимум и др.;
- ниво на социалното функциониране - доколко добре човек изпълнява различните социални роли, които се очакват от него.

Десетата ревизия на МКБ, както и предходните разпределя разстройствата в отделни глави (означавани с букви от латинската азбука). Глава "F" е предназначена за психичните разстройства. Тя обхваща десет раздела, всеки от които съдържа от няколко до десет подразделения и техни варианти. Заглавия на десетте раздела:

- F 00-09** Органични, вкл. симптоматични психични разстройства;
- F 10-19** Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества;
- F 20-29** Шизофрени, шизотипни състояния и налудни разстройства;
- F 30-39** Афективни разстройства;
- F 40-49** Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства;
- F 50-59** Психологични нарушения, свързани с психични или поведенчески фактори;
- F 60-69** Абнормност на личността и поведението при възрастни;
- F 70-79** Умствена изостаналост;
- F 80-89** Разстройства на психологичното развитие;
- F 90-99** Поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството.

Въпрос 3. ПСИХИАТРИЧНО ИНТЕРВЮ.

(15.11.1994)

I. Най-важният метод в психиатрията е интервюто.

Информацията, с която трябва да се сдобие терапевта от **първото интервю** е следната:

а) *социодемографски данни* (възраст, пол и др.) - обслужват статистиката, документирането на случая; изграждат представата за интервюирания. Тези данни служат на лекаря за съотнасяне към всички други данни.

б) *повод за насочване* - кои са били факторите, които са накарали пациента точно в този момент да потърси помощ ("защо точно този човек идва точно с тези симптоми точно сега"), кой го насочва и защо (напр. ако той идва с майка си - дали тя е инициаторът на посещението, зависим ли е той от нея, тя ли държи да знае диагнозата и т.н.).

в) *история на сегашния епизод на боледуване*. Често не може точно да се каже докога пациентът е бил здрав, но общо взето има два периода - на здраве и на болест. В историята се включват следните компоненти:

- какви са симптомите и оплакванията на човека;

- какви обстоятелства са свързани с появата, засилването (отслабването) на симптомите - психиатърът се стреми да свърже във времето обстоятелствата, които влияят върху симптомите.

- какви опити за справяне (лечение на тези симптоми) е използвал човекът.

г) *предишни епизоди на боледуване*, лечение и др., изобщо на съществуващи проблеми (ако има такива).

д) *анамнеза* (в тесния смисъл на думата). Има две части:

- наследствена обремененост (дали има такава в рода на пациента): данни за предисторията на индивида.

- лична и социална анамнеза. Отнася се до съществените факти от биографията на индивида. В медицината биографията започва от зачеването на човека - дали е желано дете, кое дете по ред е в семейството, дали бременността е била изненадваща, дали майката е имала трудна бременност, тежко ли е родила и т.н. Описват се всички важни и критични моменти в развитието - кой е гледал детето, ходило ли е в детска ясла, детска градина, плачело ли е много, успех и поведение в училище, приятели, казарма, антисоциални прояви, какъв сексуален опит има и др.

е) може да се смене и *статусът* (сегашното състояние). Той бива: соматичен (Соматичен статус - телесно изследване.) Последователно се проверяват общият вид на болния, охранеността и състоянието на телесните системи и органи (кръвно налягане, пулс, сърдечна дейност, състояние на белите дробове, устата, гърлото, коремните органи, половата система, крайниците и др.), неврологичен (Неврологичен статус - проследява се състоянието на повърхностната и дълбоката сетивност, зрението, слуха, вкуса, мириса, активните и пасивните движения, мускулния тонус, координацията, рефлексите (зенични, надкостни, сухожилни, коремни и др.), вегетативните функции и др.) и психичен (Психичен статус - подробно и всеотрасно изследване на психичното състояние, осъществявано чрез разговор с болния, наблюдение на поведението му и психологично изследване. Изказванията и реакциите на болния да се вписват точно и в пряка реч, да не се преразказват мислите му). Често соматичният и неврологичният статус се пропускат, взимат се само ако психиатърът прецени, че има нужда.

Първото интервю обикновено отнема 40-50 мин.

II. Освен този аспект на интервюто (съдържанието), има и друг аспект - **ПРОЦЕС на интервюто**.

Изхожда се от гледната точка, че интервюто е форма на комуникация на двама души, размяна на интеракции и послания между участващите, които не винаги се покриват със съдържателната страна. В рамките на психиатричното интервю се предполага, че психиатърът е наясно с процесуалния аспект на комуникацията и знае отговорите на въпросите защо говори точно по този начин и точно в този момент.

РАЗВИТИЕ НА ИНТЕРВЮТО КАТО ПРОЦЕС (5 фази):

1. Въвеждане в интервюто.

Пациентът винаги има куп незададени въпроси. Задачата е да им се отговори, за да може пациентът по-свободно да говори за проблемите си. Не бива да се отговаря пряко (напр. дали терапията ще помогне и т.н.). В тези 1-2 мин. информационна част лекарят кани пациента в кабинета, представя се, казва на пациента какво го очаква и колко дълго ще продължи то. Преценява се външният вид на пациента.

2. Отваряне на интервюто.

Оставя се пациентът да говори (5-10 мин.). Тази част започва с отворен въпрос ("От какво се оплаквате?"; психиатрите често питат и "Какво ви води насам?"). Докато слуша:

А. Психиатърът трябва да си даде сметка какви са очакванията на пациента:

а) съзнателни очаквания на пациента: иска да знае дали има или няма съществена болест ("луд" ли е или не), ще му дадат ли хапчета и т.н. Създавайки си представа за съзнателните очаквания на пациента, психиатърът трябва да си даде сметка към коя група принадлежи той: дали иска биологично обяснение за болестта си или търси психологическо обяснение за всичко, което му се случва. Това е важно, защото човешкото обяснение за света е трудно променимо и поради тази причина интервюиращият рядко се опитва да смени тази дефиниция у пациента си.

б) несъзнателни потребности на пациента: въртят се около няколко въпроса - може да има необходимост от уважение, от контрол върху ситуацията. На този вид потребности (и въпроси) интервюиращият отговаря чрез цялостното си поведение.

Б. Психиатърът трябва да си изгради хипотези за психичното състояние на пациента. Започва да мисли за възможна диагноза - какво психично разстройство е налице в случая. Следи внимателно и за белези на съпротива (такива нагласи и поведение на пациента, които са насочени срещу терапевтичните цели, срещу въпросите) - тогава вероятно основният проблем е в съпротивата.

В. Психиатърът се пита какъв тип интервю го очаква. Идеалният вариант е когато психиатърът пита и получава обстоятелствени отговори. Най-често обаче се получават отклонения: разпиляно интервю (многословен пациент, който скача от тема на тема); друг тип проблемно интервю е затвореното (пациентът говори много малко, гледа нанякъде и т.н., обикновено трябва да му бъдат задавани повече отворени въпроси). Интервюиращият трябва навреме да вземе мерки, за да си свърши работата в срок.

Г. Психиатърът трябва да си отговори дали се налага рязка промяна в интервюто - дали на практика се налага то да се прекъсне (основания за прекъсване има при непосредствена заплаха за единия от двамата участници - напр., ако пациента е много емоционално възбуден и има оръжие).

3. Същинско интервю.

На базата на оценката от втората част психиатърът решава кои са важните области, които трябва да се покрият. Тук психиатърът отново е активен и подрежда нещата по важност (по приоритет), защото в едно интервю никога не могат да се открият всички области. Така ще може накрая да извлече достатъчна и съдържателна информация (Задаваните въпроси биват в следните 5 основни групи: 1) директни, сугестиращи отговора ("Къде Ви боли?"), или т.нар "отворен въпрос" ("От какво се оплаквате?"); 2) пасивно сугестиращи ("Нали не сте разположен?") или т.нар. прости затворени въпроси; 3) алтернативни ("Как се чувствате - като болен или като здрав?"); 4) активно-парадоксални сугестивни ("Нали никога досега не сте бил психично разстроен?"); 5) относително неутрални ("Какво бихте желали да споделите с мен като лекар?").

4. Затваряне на интервюто.

Трае няколко минути. Активен е пак терапевтът. Психиатърът се стреми да даде отговори (пряко или косвено) на най-важните въпроси на пациента ("Луд ли съм?", "Безнадежден ли е моят случай?", "Как да се оправя?" и др.). Крайната цел на интервюиращия е да "спечели" пациента и той да дойде отново - иначе тази среща е провал.

5. Излизане от интервюто.

Съвсем кратко. Маркира, че двамата участници напускат досегашните си роли на терапевт и пациент (клиент). Подаване на палтото на пациента и сбогуване. Това бележи края на взаимоотношенията, които до този момент са били от професионална позиция, а вече са от комплементарна (букв. допълнителна) позиция. Така двамата участници в комуникацията отново стават обикновени хора и ако терапевтът срещне пациента си на улицата, той не бива да го пита за симптомите му.

Въпрос 4. ФОРМУЛИРОВКА ПО СЛУЧАЯ.

(29.11.1994)

I. Когато психиатърът оценява даден случай, в главата му протичат два типа процеси:

1. Търси общите черти, типичното в случая - по какво този пациент прилича на други пациенти. Вследствие на този процес психиатърът редуцира, класифицира преживяванията на пациента в определени категории и така се "раждат" симптомите, синдромите, диагнозите. Този тип мислене е характерно за т.нар "твърди" науки (химия, биология, физика и др.). Първият тип процеси са НОМОТЕТИЧНИ. Крайният продукт от този процес е ДИАГНОЗАТА.

2. Вторият тип процеси са насочени към откриване на уникалните черти на пациента, специфичните му белези, по какво неговото заболяване се отличава от заболяването на други пациенти. Този тип мислене е по-характерно за науки като антропологията и т.н. Процесите се наричат ИДИОГРАФСКИ (идиографични). Крайният продукт е ФОРМУЛИРОВКАТА ПО СЛУЧАЯ.

II. Когато се изработва формулировката по случая, психиатърът си задава три взаимосвързани въпроса: **Защо точно този пациент, точно в този момент от живота си се разболява от точно тази болест?**

III. Каква е структурата на формулировката?

Тя представлява синтез на разбирането на психиатъра за пациента, който е пред него, представено в кратък и смислов вид под формата на разказ за пациента с няколко основни точки:

1. Социално-демографски данни.

2. Описание на болестта (съществени характеристики и обстоятелствата на възникване). Включва се диагнозата (както и диференциалната диагноза - т.е. другите вероятностни диагнози) и нейното основание.

3. Фактори, свързани с болестта (разстройството).

4. План за лечение (изследвания, ако са необходими).

5. Прогноза.

Формулировката по случая е хипотетично съждение (хипотеза), което психиатърът представя. Прогнозата е ключов момент и се основава на данните от предишните четири точки и по същество е проверка на формулировката. Формулировката по случая обикновено се прави след края на първото интервю (след приключване на оценката) и е в рамките на 1-2 стр. (7-8 мин.).

IV. Факторите, свързани с болестта могат да се разглеждат по два начина:

1. Според това, на какво ниво действат те:

- а) биологично ниво (напр. атрофия на мозъка);
- б) психологично ниво;
- в) социално ниво.

2. От друга страна, могат да бъдат разделени според **вида** им:

а) *предразполагащи* фактори - правят човека склонен да се разболе от една определена болест, а не от друга;

б) *провокиращи* фактори - "отключват" заболяването (отговарят на въпроса "Защо точно в този момент?");

в) *поддържащи* фактори - "поддържат" болестта. Особено важно е да се отчитат при хронични заболявания. Тези фактори правят болестта "полезна" за индивида. Напр. сериозният брачен конфликт на родителите може да играе роля на поддържащ фактор за болестта на детето, защото измества фокуса на вниманието от конфликта.

г) *протективни* (англ. protective), предпазващи фактори - правят пациента по-устойчив и по-малко уязвим и му помагат да се справи с болестта.

Психиатрията се опитва да покаже ролята на всички видове фактори.

Карл Ясперс (K. Jaspers, 1883-1969), преди да стане философ, е бил психиатър ("Обща психопатология", 1913). Той въвежда две понятия, важни за схващането на това, на какво ниво действа формулировката - **ОБЪСНЕНИЕ** и **РАЗБИРАНЕ**. Казва, че едно явление може да бъде обяснено чрез строги причинно-следствени, логически връзки, чрез използването на статистически и математически методи, т.е. да бъде доказано с помощта на твърди данни. Следователно, обяснението е свързано с редуциране на понятията от по-сложни към по-прости нива (напр. от психологично към биологично ниво). От друга страна, при явленията от областта на психологията много неща могат да се направят чрез разбиране, а не чрез обяснение (напр. как от едно явление се преминава, произлиза друго, как любовта се превръща в омраза). Разбирането не почива на твърди, строги данни, нито се опира на статистиката. Напр. един жест с юмрук може да бъде обяснен като физиологичен процес. Същевременно, смисълът му може да бъде разбран само в контекста на ситуацията.

Формулировката по случая е свързана именно с разбирането, със смисъла на явленията, а не с обяснението. Формулировката е свързана и с процесното ниво - разбиране на това защо се появява съпротивата и кога.

Формулировката по случая **винаги е теоретично пристрастна**, винаги принадлежи към някаква теоретична схема за обяснение на психичното разстройство **и зависи от избора на психиатъра**. Напр. може да се избере изцяло биологичен или психодинамичен подход, с ориентация към когнитивна терапия или към бихейвиоризма, или да е свързана със системния подход, избран от фамилен терапевт.

За разлика от диагнозата, която е атеоретична, формулировката изисква теоретична рамка, в която да бъдат поставени фактите и където да се направи прогнозата. Следователно, един и същи случай може да има различни формулировки, в зависимост от психиатрите, при които попада.

V. ПРОБЛЕМНА ДЕФИНИЦИЯ (дефиниране на проблеми).

Добре е, когато оценката по случая завърши с дефиниция (назоваване) на проблема, с която ще се работи в рамките на терапията. Дефиницията на проблема **назовава конкретната промяна, която трябва да настъпи** (напр. "лоша" дефиниция е "лекуване на депресия"; трябва да се занимаваме с проблемите на интерперсоналните контакти или с търсене на начини човека да се справи с мислите за непълноценност или да се научи да предсказва влошаването на настроението си).

Дефинирането на проблема прави пациента активен участник в лечението (разбира проблема си) и, следователно, то трябва да бъде **на достъпен за пациента език**. В много голяма част от случаите дефинирането на проблема е съвместно, психиатърът и пациентът заедно уточняват, дефинират проблема, по който ще работят. В терапията оценката трябва да приключи с изглаждане на разминаванията - и психиатърът, и пациентът трябва взаимно да се нагаждат към разбиранията си.

Проблемите, в зависимост от вида им, могат да попаднат в три големи области:

1. Научна област - отговорът на проблема се крие в знанията за нещата (напр. поставянето на вярна диагноза). Често обучението на психолозите протича изключително в тази област, но не винаги отговорът е в знанията.

2. Етичен кръг от въпроси - за професионалната тайна, роднините и др.

3. Технологични проблеми - как да се направи нещо.

Въпрос 5. ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗСТРОЙСТВА. ТРАУРНА РЕАКЦИЯ.

(22.11.1994 - *Общопсихологично за стреса и механизмите на защита*)

1. Стресът като понятие има мощна **биологична страна**, описана от Ханс Селие. Тя имплицира идеята, че една система е натоварена до степен, която ако се надвиши съвсем малко, ако настъпи още по-голямо натоварване, то системата ще се разпадне (равновесие "на ръба"). Стресът има изключително общомедицинско значение.

Основните му характеристики са биологични. Един организъм, който е в състояние на стрес, има определени изисквания към своите регулации, а регулациите се осъществяват преди всичко на ниво ендокринна система (повишено ниво на arousal, възбуда). Т.е. стресът води до повишаване нивото на бодрост и е свързан с отделяне на определени хормони (адреналин и др.), което води до промяна в мускулната, храносмилателната системи.

II. Какво става с организъм, който е в състояние на стрес? Психологичните отговори са универсални. Типично е отделянето на адреналин. Основната емоция, съпровождаща стреса, е СТРАХ, съпътстван от блокиране на всички защитни сили (олицетворение на състоянието на стрес е една уплашена котка с настръхнала козина, разширени зеници и т.н. признаци).

Първият отговор спрямо стреса е възникването на психично напрежение, т.е. първата реакция е т.нар. "аларма". Следва моментът на избор - "борба" или "бягство". Едва след това се появява **страхът**.

III. Психологически причини за появата на стрес.

Нашите очаквания се различават от това, което се случва в действителност. Всички състояния, при които очакванията ни не съвпадат с онова, което става на практика са стресови. Т.е. **разминаването, несъвпадението между очакванията и реалността** води до стрес. Стресови са всички събития, които поставят човека в състояние на изненада (не само неблагоприятни събития, напр. болест, но и позитивни събития, сюрпризиращи личността) и като техен отговор се отключва целият механизъм на физиологични отговори. Стресът засяга всички нива на човешкия организъм. Даваме ли си сметка колко често сме в състояние на стрес?

Нашето ежедневие е низ от стресови състояния. Затова умението на индивида да се справя със стреса, неговата психична устойчивост спрямо стрес са много важни. Обществото непрекъснато продуцира стресове за личността, но справянето със стреса зависи от индивидуалните характеристики на личността.

Какво става когато компенсаторните механизми поддадат? Човек може да се разболе. Но повечето от психичните болести нямат пряка връзка със стресиращи събития - *стресът е звено от веригата, но не и причина*. Причината за психичните заболявания е много по-сложна.

IV. Психични отговори на стрес.

Тежкия стрес (напр. след установяване на тежка хронична болест - диабет) е психологична загуба (в случая от този момент индивидът престава да бъде здрав). Настъпва поредица от състояния за психологическа адаптация на индивида към събитието (Виж въпрос 1 от лекциите). **Адаптацията** протича в няколко фази:

1. *Фаза на протест*. Хората се ядосват ("Защо точно на мен се случи?!"). Индивидът може да "застине" на тази фаза, при което се развиват състояния, подобни на паническите с изход в психологическото изчерпване.

2. *Фаза на отричане* (естествена защита на човека). Настъпва дистанциране от проблема. Ако човек застине на тази фаза, възможно е да развие трайна депресия (не тъга!), изразена на нивото на дезинтересованост към себе си и околния свят - *депресия на оттегляне от света*. Здравословният отговор е преминаването към третата фаза.

3. *Фаза на нахлуване* (интрузия). Нахлуват много силни чувства (за разлика от втората фаза, където има липса, блокаж на чувствата, вцепеност). Ако застине на тази фаза, човек рискува да се потопи в *депресия със скръб и плач*, съществува риск от самоубийство. Тази депресия може да се прояви в пристрастяване към алкохол, наркотици, медикаменти. Много често проблемът на тези хора е свързан с някакъв неразрешен "траур", неефективно разрешена фаза на нахлуване, някъде в своето минало те не са преживели ефективно тежка психологическа загуба. Ефективното разрешаване на загубата предполага преминаване в четвъртата фаза.

4. *Фаза на преработване*. Стресовото събитие се преработва чрез ясното конфронтиране на проблема (здравият човек, доскоро бил безчувствен и депресиран, в един момент започва психологически да преработва загубата). Но ако човек се "закотви" на тази фаза, се получава състояние на *"ЖИВЕЕНЕ В ТРАУР"*, на неразрешена травма. Такива хора смятат, че ако забравят травмата ще извършат предателство. Това състояние се нарича **ПОСТ-ТРАВМАТИЧНО СТРЕСОВО РАЗСТРОЙСТВО** на личността (PTSD - post-traumatic stress disorder). Може да продължи месеци, години, през целия живот (типичен пример са жертвите на малтретиране, концлагеристи и др.). Характеризира се със следните **особености**:

- а) притъпена емоционалност (загуба на живостта на емоцията, на емпатията), безчувственост;
- б) паметови промени (flashback-спомени) - внезапно нахлуване на травмиращия обект (събитие) в мисълта;
- в) такова нахлуване на травмата е типично и в сънищата на индивида. Понякога има и чувство за вина, че е оцелял и др.

Обикновено отстрани тези хора изглеждат емоционално хладни, а всъщност те са емоционално вцепенени. В някои случаи вдовството (траурът) е израз на PTSD (обаче има и "весели вдовици").

5. Фаза на откъсване от травмиращото събитие.

Тези фази описват психологическия отговор на всеки стрес, когато изискванията надхвърлят нашите възможности. Фазите обрисуват и реакцията на скръб (3-та фаза) и реакцията на траур (4-та фаза). Тези реакции са диагностицирани категорично в психиатрията. **Те са универсалните механизми за справяне, когато е налице травматично събитие**, психологическа загуба. Човек изпада в това състояние винаги, когато загуби нещо, което е значимо за него. Загубата автоматично отключва тази поредица. Задължително е преминаването през всички фази. Неотиването докрай води до блокажи (застиване) със съответните последици. Колко време трае този процес? Ако приемем, че загубата е достатъчно тежка (напр. загуба на близък човек), той **трябва да трае най-много ЕДНА ГОДИНА**. След този срок индивидът трябва да е влязъл в състоянието на оттегляне от травмиращото събитие. Когато т.нар. "траур" (4-та фаза) е неразрешен, се стига до психологични или психиатрични проблеми.

Най-често психологически проблеми имат хората, останали във втора фаза (отричане). Когато ги интервюираме се оказва, че в миналото имат някаква травма, загуба, които за забравени (капсулирани), но водят до психологичен проблем. Те са изтласкали травмиращото събитие и живеят така, като че ли то не се е случило. Хора, които имат склонност да реагират депресивно, са имали тежки загуби и не са успели да минат през всички фази.

Всеки неразрешен "траур" продуцира психологични или психиатрични симптоми. По-често зад дадена симптоматика се крие непреживяване на някаква травма (а не преживяването ѝ), а това е по-опасно. Отстраняването, непреживяването на траура не е правилно действие. По-добре е да се плаче, да се излее мъката.

Много често децата се "щадят" като се отстраняват от травмиращи събития (или чрез лъжа). Това е по-опасно от съвместната преработка на травмата, от споделянето. По-добре е детето да участва в проявите на тъга, да излее емоциите си. В противен случай траурната реакция

остава незавършена, нерешена и по-късно може да даде отражения. Например, депресивното състояние при възрастен индивид може да се дължи на загуба на важни хора през детството, която не е преживяна.

V. Идеята за психичния травматизъм е универсална. Почти всяка психопатология може да бъде обяснена с идеята за загубата. За психологическата загуба пишат още З.Фройд и М.Клайн. Това е универсален механизъм, чрез който хората могат да развият психиатрични симптоми. Развитието на афективността, например, започва в много ранните етапи от развитието на човека. В този период се коренят и начините за справяне. Устойчивостта на фрустрация, справянето с психологически загуби зависят от мощността на индивидуалните характеристики, развивани в първите месеци след раждането. Травматизмът в ранното детство до голяма степен обуславя устойчивостта в по-зряла възраст.

1. Теория на **Мелани Клайн** (Melanie Klein, 1882-1960, австрийска психоаналитичка).

Мелани Клайн смята, че в първите месеци (2-3 месец) след раждането бебето се намира в т.нар. параноидна фаза на развитие на афективността - то е обърнато към себе си, има представата за общност между него и майка му, не се интересува от външния свят. Когато се появи интересът към външната реалност, първоначално детето схваща света само като добър или само като лош. Фазата е наречена параноидна, защото майката се възприема или като добра, или като лоша (като два образа). Ако в тази фаза настъпи тежка фрустрационна атака, тежък психически травматизъм (напр. отделяне от майката, схващане от детето като изчезване на майката), то се развива дефективност в афективността. Такива хора по-късно имат дефицит на възможността за справяне със събитията в живота (със стреса). Около 8-9 месечна възраст детето интегрира добрата и лошата майка в един образ, в един и същи човек. Това е първата психологическа загуба, която човек преживява в своето развитие. Според Мелани Клайн това, че бебето трябва да направи това усилие, води до депресивно състояние. Начинът, по който човек се отнася в тази възраст към първите обекти определя по-нататъшното му развитие на държанието към другите.

2. Последовател на Мелани Клайн е **Джон Боулби** (J.Bowlby) - (някои произведения: "Maternal Care and Mental Health", 1952; статия "Processes of Mourning" в списание "Психоанализа", 1961. Англ. mourning - скръб, траур). Прави изследвания за това, какво става с хората, когато загубят нещо скъпо за тях, провежда и изследвания върху деца. Известен е с **изследването на три основни феномена: привързаността** (attachment); **раздялата** (separation); фазите на **загубата и траура**. Интересува се от това как децата развиват реакция на скръб (траур). Стига до извода, че ако майката сама гледа детето си, то се развива много по-добре емоционално и с това доказва, че отглеждането в детска ясла не е полезно за детето.

Джон Боулби е много известен учен. Работи през 50-те години, като за изследванията си е субсидиран от Световната здравна организация (със седалище в Женева). Радетел за освобождаването на майките от служебни задължения, за да могат да гледат децата си (до 3 години!), а не да ги дават в обществени институции. Защото дете, което е било предимно с майка си през ранното детство, има големи шансове да развие по-успешна афективност и адекватни начини за справяне с психологическите загуби в зряла възраст.

3. **Маргарет Малер** (Margaret Mahler). Нейните възгледи са до известна степен отречени, но тя въвежда една добра терминология. Говори за т.нар. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ и СЕПАРАЦИЯ (separation-individuation) за обозначаване на детското чувство за неговата отделна идентичност, отделеност и различна от майката индивидуалност. В теорията на М.Малер, този процес следва след симбиотичната фаза, където взаимосвързаността между майката и детето е доминираща. Т.е., подобно на М.Клайн, М.Малер смята, че бебетата до 8-9 месечна възраст имат преживяване за единство с майката. Към 8-ия месец започва да се появява чувството на разделеност, съпроводено с т.нар. реакция на страх от непознати. Проявата на тази реакция говори за правилно развиваща се фаза на индивидуализация и сепарация у това дете. Фазата приключва около третата година. М.Малер смята, че нашите ресурси за индивидуализация и сепарация се мобилизират и актуализират при всяка житейска криза. Те се поставят под съмнение в различни етапи от живота (напр. в юношеството) и са израз на готовността на субекта да се справя с външния свят.

Тези трима автори маркират нещо много важно - как в най-ранното ни детство се трасира пътят, по който по-късно ще се преодоляват стресовите от външния свят, психологичните загуби.

Траурната реакция много прилича на депресията - скърбящият човек изглежда като депресиран. Но **разликата** е в това, че при траурната реакция винаги има ясно определена психологическа загуба (травма), която е значима за личността и е адекватна на траурната реакция. При депресията наличието на такава травма не е задължително (Заб.: една депресия може да бъде психиатричен или психологичен проблем - зависи от диагностицирането ѝ). Освен това, една от основните характеристики на депресивното състояние е понижена самооценка, чувството за малоценност, докато при траурната реакция човек запазва чувството си за себестойност. Тази разлика е много важна в терапевтично отношение - при реакция на траур терапевтът помага на пациента да "извърви" пропуснатите фази (да говори за травмата, да оживява спомените си, защото страдайки пациентът оздравява и загубва симптомите на траурната реакция).

Въпрос 6. ПСИХОЗА. ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ.

(13.12.1994)

I. Модел на Фройд за структурата на личността.

1. Топологичен (дълбинен) модел (представен в началото на века):

- безсъзнателно ниво - източник на инстинктивния заряд на мотивационната енергия;
- предсъзнателно ниво - съдържа психични явления, които без особено напрежение могат да бъдат осъзнати от субекта;
- съзнателно ниво - не е пасивно отражение на това, което става в сферата на безсъзнателното, а се намира в непрекъснат конфликт с него, предизвикан от необходимостта да се потискат сексуалните влечения.

Първоначално тази схема се е прилагала за обяснение на клинични факти, а после е пренесена върху някои обикновени прояви на психичния живот - грешки на езика, шеги, грешки при писане, забравяне и др. Предполагало се е, че либидото се промъква покрай "цензурата" на съзнанието и търси обходни пътища, изразено чрез привидно неутрални и случайни форми, но имащи за личността смисъл на значим символ и симптом.

2. Структурен модел на личността, съдържащ три взаимосвързани компонента (в началото на 20-те години):

а) То (Id);

б) Аз (Ego);

в) Свърх-Аз (Superego). (Според Фройд То и Свърх-Аз са локализиращи в слоя на безсъзнателното).

Чрез този модел Фройд застава против теориите, които отъждествяват личността с нейното съзнание и самосъзнание или с психофизиологическите ѝ особености.

Ядрото на теорията на Фройд е представата за извечна тайна война между скритите в дълбините на индивида безсъзнателни психични сили (главното от които е сексуалното влечение - либидо) и необходимостта да се живее (и оцелее) във враждебна към този индивид социална среда.

Психичните процеси и явления Фройд разглежда от три основни гледни точки: топологична, динамична и икономическа. Топологичната разгледахме по-горе. Едно уточнение: структурният модел е естествено продължение на първоначалната топологична система, но НЕ СЕ ПОКРИВА С НЕГО. Динамичното разглеждане на душевните процеси е предполагало изучаването им като форма на проявление на определени (обикновени скрити от съзнанието) целенасочени влечения, тенденции и т.н., както и от гледна точка на преходите от една подсистема на душевната структура към друга. "Икономическото" разглеждане е означавало анализ на психичните процеси от гл.т. на енергетичното им осигуряване (в частност, енергията на либидото).

"То" (не е несъзнавано) - съдържа психичните представители (модели) на инстинктите, влеченията, нагоните и т.н. (сексуални или агресивни), които се стремят към незабавно удовлетворяване, независимо от отношението на субекта към външната реалност.

"Аз" (това не е съзнанието!) - служи за приспособяване към тази реалност, възприема информацията от околния свят и от състоянието на организма, съхранява я в паметта и регулира ответните реакции на индивида според интересите на неговото самосъхранение. Т.е. "Аз" е т.нар. "действащата част" от личността и включва защитни механизми на несъзнателно ниво. Отговорно е за когнитивните функции, контрола и прогнозата на ситуациите, сетивата; осигурява "плуването" на личността в обществото (емоциите, възприятията, моториката и т.н.).

"Свърх-Аз" - включва усвоените от личността (предимно безсъзнателно в процеса на възпитание) морални стандарти, забрани и поощрения. Възниквайки чрез механизма на идентификация на детето с възрастните, Свърх-Аз се проявява под формата на съвест и може да предизвика чувства на страх или вина.

Доколкото изискванията към Аз-а от страна на То, Свърх-Аз и външната реалност са несъвместими, той неизбежно е в ситуация на конфликт. Тя създава непоносимо напрежение, от което индивидът се спасява чрез защитни механизми - изтласкване, рационализация, сублимация, регресия и др.

Когато детето се роди, то не прави разлика между вътрешния и външния свят. Чрез фрустрациите то разбира, че има неща отвътре, които са му подвластни и които може да управлява и такива, които идват от външния свят и не са му подвластни. Една от функциите на Аз-а е отчитането на реалността. Постепенно детето се научава да прави разлика между желания и възможности за реализирането им, между телесна и емоционална болка, между минало, сегашно и бъдеще време. Мисленето се развива от по-примитивно (нарцисизъм и мистика) към по-зряло.

Важна роля при формирането на мотивацията Фройд приписва на детството, което като че ли еднозначно определя характера и нагласите на възрастния. В този смисъл, задачата на психотерапията е в това да се "извадят" травмиращите преживявания и личността да се освободи от тях по пътя на катарзиса - осъзнаването на потиснатите влечения, разбирането на причините за невротичните симптоми. За целта се използват анализ на сънищата, метод на "свободните асоциации" и др.

Кога процесът на усвояване на разликата между вътрешен и външен свят е завършен? Около 6-годишна възраст (но и никога, защото собствените емоции винаги привнасят известна пристрастност при възприемането на света).

II. ПСИХОЗАТА - (дълбоко нарушение на психиката, психично заболяване в тесен смисъл на думата; качествена промяна на психичната дейност, изразяваща се в изопачено отразяване на действителността и неадекватно поведение; обикновено се проявява чрез речева и двигателна възбуда или обратно с психомоторна скованост, с налудни идеи, халюцинации, разстройство на съзнанието и др.) е състояние, чийто кардинален белег е дълбок регрес в способността на личността да разграничи външния от вътрешния свят, да отчита реалността.

ВИДОВЕ психози:

- органични (причинени от болест, травми, отравяне);
- функционални (без физиологична причина).

III. ОСНОВНИ СИМПТОМИ при психозата:

1. Налудности (налудни идеи) - погрешни съждения или умозаклучения, които не съответстват на действителността и не се коригират от данните на опита или по пътя на логиката.

От налудностите се изключват различни вярвания, които причисляват човека към една или друга религиозна група. Налудността е "самотно", идиосинкретично явление, специфично за всеки отделен човек. Важна характеристика на налудностите е тяхната неразколебимост - те не се поддават на логически аргументи или обръкване.

Налудните идеи се класифицират по различни критерии (напр. първични и вторични, периодични и постоянни и др.), но голямо практическо значение има разделянето им според тяхното съдържание:

а) *параноидни налудности* (с налудна убеденост за външно неблагоприятно въздействие). (Свързани с тях са и кверулантните налудности, лат. *quegulus* - оплакващ се, роптаещ, упорита борба на личността за утвърждаване и отстояване на болестните си убеждения и права чрез писане на жалби, възражения и пр.):

- за преследване: налудна убеденост на болния, че е преследван от близки или непознати хора, от лични врагове, от терористични организации и др. (за да се защити, много често от преследван става преследвач). Наблюдава се при шизофрения и други психози с параноиден синдром.

- за отношение (сензитивна налудност): човек се усеща по един или друг начин в центъра на събитията (на Вселената). Има чувството, че хората го гледат по-особено, че разговорът прекъсва, когато той влезе, защото говорят за него, че си правят знаци зад гърба му. Налудна

убеденост, че хората около него имат отрицателно предубедено отношение, че пренебрегват интересите му. Друг вариант на тази налудност: болният има усещане, че предмети и ситуации са подредени с някаква цел специално за него и ги тълкува.

- ревностова: налудна убеденост за измяна или опит за измяна от страна на близко лице (най-вече на брачен партньор). Наблюдава се при параноя, алкохолни психози и др.

б) налудност за самообвинение (вина):

проявява се в приписване на самия себе си на въображаеми или действителни, но преувеличени простъпки и престъпления. Болният се изживява като виновен спрямо близките си, колектива, обществото, човечеството. Самообвиняват се в егоизъм, аморални действия, извършване на тежки престъпления. Тази налудност е най-честата съставка на депресивния синдром.

в) хипохондрични налудности:

налудна убеденост за наличие на тежко (често неизлечимо) заболяване, водещо до смърт или унищожавашо човешкото достойнство (рак, сифилис, СПИН и др.), при пълна липса на обективни факти. Никакви лекарски прегледи и изследвания не могат да разубедят болния.

г) мегаломанна налудност (налудност за величие):

налудно надценяване на собствените физически, психични и материални възможности. Тук влизат и налудните идеи за откривателство, реформаторство (специална мисия) и знатен произход.

2. Халюцинации (според съответното сетиво).

Субективни образи, които за съзнанието на преживяващия имат качествата на обективна действителност; сетивни измами, при които болните възприемат предмети и явления без наличие на непосредствен външен дразнител (за разлика от илюзиите). Халюцинациите наподобяват напълно възприятата и затова болните са категорично убедени в съществуването им.

3. Разкъсано мислене.

Характеризира се с правилно граматично изградени изречения, но в тях и/или помежду тях няма логична връзка, т.е. налице е грубо нарушение на логическата структура на речта. Среща се при шизофренията и е характерен неин симптом.

4. Психомоторна (двигателна) възбуда.

Извършване на множество хаотични действия. На пръв поглед тази възбуда не се влияе от средата и ситуацията. Плаши околните.

5. Ступор (психомоторна скованост, вцепененост).

Липса на реакция спрямо стимули и дразнители, идващи отвън. Болният може с часове да остане в една поза (понякога много неудобна).

IV. Как тези феномени са свързани с ежедневието?

A. През 60-те години **Фишер** прави опити с доброволци, които приемат халюциногени. Въз основа на опитите Фишер смята, че **всяко преживяване съдържа два компонента**:

1. *Определено (от подкориято) ниво на arousal (възбуда), което върви заедно с:*

2. *Определена корова интерпретация (определен символ).*

В зависимост от нивото на араузул човек има достъп до една част от смислите, свързани с това ниво. В този план не може да се говори за съзнателно и безсъзнателно, а за различни нива на съзнание.

Фишер дава **примери**:

- *сънуването.* Сънищата много често се забравят при събуждане, защото при съня има едно ниво на араузул, а в будно състояние - друго ниво.

- *пияното състояние* (напр. пияният богаташ от "Светлините на града" на Чаплин); и др.

Фишер смята, че изводите му важат за всички преживявания - променяйки нивото на араузул, човек има достъп до една или друга част от опита си.

Поезията, например, е свързана с уменията на творците да намират такива общи символи, които са в състояние да приведат читателя в определено ниво на араузул. Изхожда се от предпоставката, че определен символ предизвиква определено емоционално състояние.

Психиатрични примери:

- *т.нар. flashback* (флеш-бек): внезапни оживявания на спомени, равностилни на действителността (Ейдетизмът е способност за много живо въображение!). Става неволево и обикновено под въздействието на силни емоции (травми от психологическа гл.т. - война, лагер, наркомани) в сходни ситуации. Предполага се, че някакъв стимул може да предизвика емоционално състояние, подобно на това в първоначалната ситуация. И тогава човек почти напълно губи връзка (или има невярна представа) за реалността.

- *т.нар. Deja vu* (дежа-вю, букв. вече видяно (виждани за първи път лица, събития, обстановка и пр. се възприемат като познати. Обикновено е израз на умора, а при патологични състояния е проява на налудно тълкуване на възприятата, напр. при шизофрения, епилепсия, сенилни психози и др.) и *Jamais vu* (жаме-вю, букв. никога невидяно - (психично разстройство, при което добре познати предмети, лица и обстановка при ясно съзнание се възприемат като че ли видяни за пръв път. Може да се срещне преходно у психично здрави лица при тежка преумора или психична свръхнапрегнатост. По-често се наблюдава при неврози, епилепсия и някои психози). Според Фишер тези два феномена са свързани с нарушената връзка между нивото на араузул и коровата му интерпретация. При "вече видяното" се предизвиква познато емоционално състояние, а при "никога невидяно" има чисто възприятие на ситуацията, но няма араузул.

Всички идеи на Фишер произлизат от опитите му.

Той твърди, че **човек може да променя нивото си на араузул** - под въздействие на различни вещества, в рамките на творческата дейност, поради заболяване, чрез специални методики за релаксация, чрез медитация, религиозен екстаз и др. Обикновено човек функционира на едно обичайно ниво на Аз-съзнание, в което способността му да отчита реалността е нормална и му осигурява нормално функциониране. Но това състояние може да бъде променено (в различна степен), при което колкото повече се променя нивото на араузул, толкова повече човек е завладян от вътрешния си свят (въображението си).

Фишер наблюдава, че под въздействието на халюциногени човек става все по-малко готов да проверява дали това, което възприема е реално или не. Когато човек вземе решение да провери халюцинациите си, те изчезват. Постепенно индивидът се отказва да извършва такива проверки.

На "върха" на наркотичните преживявания халюцинациите стават все по-стереотипни (обща за отделните хора), универсализират се. Фишер предполага, че тези халюцинации вече са по-близко до биологията, до невронната активност на човека (известно е, че само 30 % от зрителната информация идва от ретината, останалите 70 % са регистрации на промени в обичайната невронна активност).

Б. Опит за психологично разбиране на параноидните налудности.

Първият елемент от тези налудности е, че **индивидът се чувства застрашен** (по някаква причина) **от действителна или въображаема заплаха** (най-често е смесица между двете). Тогава той е склонен да търси потвърждение на предположението, че съществува такава заплаха от заобикалящата го действителност. При което: той нерядко чрез самото си търсене предизвиква враждебни реакции; става все по-изолиран от околните, поради което му става много трудно да си проверява предположенията (високо ниво на тревожност); започва трескаво да търси обяснение за тази изолираност. В един момент е възможно човек да намери обяснение и ако това обяснение е налудно, то бележи момента на възникване на параноидната налудност.

Много важен елемент е този, че **човек е изолиран** - в изолация по-трудно се разбира кое е фантазно и кое реално, особено ако индивидът има склонност да регресира. В такъв момент човек много лесно става психотичен и намира един или друг вид налудно обяснение. **Веднъж появило се, налудното обяснение се укрепва (подкрепя) чрез всеки следващ факт.** При това, ако някой каже на индивида с налудност, че не е прав, той бива причислен към групата на "враговете".

Това обяснение се подкрепя от следните факти:

* пребиваването в чужда страна (чужда среда, езикова бариера, липса на приятели) е рисков период заради елемента на изолация - човек по-лесно става психотичен;

* лошо чуващите по-често имат параноидни обяснения за света (отново поради изолацията).

В образуването на параноидните налудности участва МЕХАНИЗЪТ НА ПРОЕКЦИЯ (проектиране на собствената лошотия върху другите). Този (защитен) механизъм участва активно при враждуване, войни, политически кампании и др.

Налудностите не могат да се премахнат чрез разяснение, а чрез постепенно въвеждане в реалността! В никакъв случай терапевтът да не се съгласява с налудностите!

Въпрос 7. ОРГАНИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА. ДЕМЕНЦИИ. (F-0 в МКБ-10)

(6.12.1994)

(Разстройствата прагматично са разделени на:

1. Органични (високостоящи в йерархията) - за тях се предполага, че има заболяване на мозъка, което води до психично разстройство и което е достатъчно да обясни възникването на отклонения от нормата.
2. Функционални психози - не се откриват промени в мозъка, обясняващи симптомите и синдромите.
3. Различни видове непсихотични разстройства (те са голяма група).
4. Личностови разстройства.

I. ПРИЧИНИ за органичните разстройства са различни болести, които могат да засегнат целия организъм и вторично да нарушат функциите на мозъка (и, следователно, психичните функции) - интоксикации, тумори в черепната кухина, нарушения в ендокринната система, различни видове травми и др.

СИМПТОМИТЕ, с които се проявяват органичните разстройства са най-различни. Те могат да уподобят всяко друго психично разстройство.

Органичните разстройства могат да **се групират според 2 критерия**:

1. *Според характера на психологическите нарушения*, т.е. дали става дума за генерализирани нарушения на психологичните функции, засягащи когнитивната сфера, поведението и др., или пък за специфични нарушения на някои когнитивни функции (памят, възприятие, емоции, сетивно възприемане на света и т.н.). Специфичните разстройства, напр. на паметта или настроението, са значително по-редки.

2. *Според протичането им* разстройствата биват:

- а) остри - протичат с бързо развитие или водят до смърт;
- б) хронични - нямат бърза еволюция.

От тази гледна точка най-честите органични разстройства са ДЕМЕНЦИЯТА (хроничен мозъчен синдром) и ДЕЛИРЪТ (остър мозъчен синдром). И двете разстройства са генерализирани мозъчни разстройства, но се различават по своята продължителност. Делирът е кратковременно състояние (часове, дни). Делирът и деменцията най-често се проявяват в старческа възраст и проблемите им се преплитат с проблемите на стареенето. Психичните функции на възрастния човек се нарушават - отслабват всички когнитивни процеси, чертите на характера се изострят, период на регрес, ригидност, спривавост, сетивата отслабват, излиза се от активната среда, прекъсване на връзките с другите хора, много от връстниците умират, загуба на социални връзки, на средства - променя се начинът на живот и човек става все по-зависим от другите.

II. ОЦЕНКА НА ОРГАНИЧНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА:

Тя винаги изисква био-психо-социален подход:

- трябва да се оцени дали има болести, които могат да влошават психологичното състояние на човека, защото дори тривиални инфекции при възрастните могат да надхвърлят способностите им за адаптация. За съжаление този анализ често се пропуска.

- да се преценят лекарствата, които взема лицето. При възрастните хора страничните ефекти са много по-силни, отколкото в зряла възраст и понякога подпомагат нарушаването на психичните функции. Обикновената тактика е да се спре взимането на всички лекарства, освен жизнено необходимите.

- предварително да се оценят качествата на сетивата, защото когато слухът и зрението страдат, лесно се губи ориентация и е възможна появата на илюзии.

- преценка на обстоятелствата (събития), довели до разстройството. При възрастните хора стресовите и промените в средата се приемат по-трудно и адаптацията е затруднена. Нерядко деменция се открива точно при такава промяна (напр. ако възрастният отиде на непознат курорт, може да престане да се ориентира).

- да се има предвид, че постъпването в болница често води до крайна дезориентация.

- да се прецени дали няма психологическа реакция (тревожност и депресивност) спрямо събития и факти от околната среда. Когато такива фактори се наслоят върху други, те водят до психични разстройства.

Важно е оценката да включва анализиранието на всички изброени фактори, защото органичните разстройства обикновено са съчетание на някои от факторите (обстоятелствата).

III. ЛЕЧЕНИЕ НА ОРГАНИЧНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА (2 вида):

1. *Етиологично* - насочено е към причините за заболяването. При ясни причини следва директно действие върху тях за отстраняването им. Напр., ако човек има ендокринно заболяване водещо до психична травма, то да се приложи хормонално лечение с което ще се отстрани и травматата. Често, обаче, факторите са няколко и, ако е възможно, се работи върху всички.

2. *Симптоматично* - лекуват се симптомите. Т.е. ако човек е объркан, се лекува неговата обърканост - в краен случай с лекарства. Ако е объркан, но без психомоторна възбуда, трябва да се лекува с възможно най-много стимули от средата (да не остава на тъмно, да има календар, часовник, радио и др.).

IV. КЛИНИЧНА КАРТИНА НА ДЕМЕНЦИЯТА (От лат. de и mens, mentis. Букв. вън от разума, обезумяване, лудост. В съвременната психиатрия означава оглувяване - упадък на умствено-памятовата дейност, настъпил след предшестващо нормално или болестно интелектуално развитие на личността).

Деменцията е хронично генерализирано органично разстройство, което засяга различни висши корови функции. На първо място страда паметта и хората взимат различни мерки - записват си предстоящите задачи и др. Има затруднения при използването на понятия при говор, страда способността за абстрактно мислене, ориентацията за време и пространство, нарушени са вниманието и концентрацията, страда способността за разбиране на смисъла на ситуацията, както и преценката за необходимите действия в дадена ситуация (планът за действие). Нарушават се математическите способности. Първо е засегната ориентацията за време (коя година, месец или ден е в момента; пациентът не помни кога е роден) и за място (не помни как да се прибере в къщи). При нарушена географска ориентация, деменцията е в по-напреднал стадий.

Когато се прави оценка на деменцията, трябва да сме сигурни, че пациентът е в ясно съзнание, т.е. че няма делир!

Много често деменцията е съпроводена и от други характеристики: страда емоционалният контрол на човека (лесно се смее, разплаква, избухва), както и социалното му поведение (не се съобразява с нормите на приличие). Има промени в мотивацията, интересите и инициативите му. В началните етапи на деменция могат да настъпят промени в характера, изразени в усилване на обичайните му характеристики - от упорит и настойчив става инат; от притеснен става непрекъснато тревожен (напр. за здравето си и др.). Има различни болести, чиято основна проява са симптомите на деменция.

V. Най-често се срещат **два ВИДА прояви** на деменция:

1. Алцхаймерова деменция (т.е. от алцхаймеров тип). (Болестта на А.А. Alzheimer (немски лекар, 1864-1915) е прогресиращ дистрофичен мозъчен процес, който хистологично е много сходен с измененията при старческата деменция. Освен с дълбок интелектуален и паметов упадък се характеризира и с наличие на неврологични огнищни симптоми (афазия, апраксия, агнозия).

При този тип има характерни промени в мозъка, водещи до нарушение във функциите на човека, които могат да бъдат открити при аутопсията. Сега се знае, че този тип деменция може да се развие във всяка възраст и колкото по-рано е началото ѝ, толкова по-злокачествено протича (преди 65 години - пресенилно начало; след 65 години - сенилно начало). В крайна сметка води до смърт. Човек губи всички свои психични способности. Целият организъм страда от това, че мозъкът не може да осъществява контролиращите си функции върху биологичното състояние на човека. В по-злокачествените форми на този тип деменция относително рано в клиничната картина се появяват афазия (афазия - разстройство на речта, характеризиращо се с пълна или частична загуба на способността да се разбира чуждата реч (сензорна) или да се изразяват с думи собствените мисли (моторна) при липса на увреждане на артикулационния апарат и слуха и апраксия (апраксия - загуба на способността да се извършват целенасочени действия при запазена двигателна, вкл. и координационна способност).

Ходът на Алцхаймеровата деменция е постепенен, няма резки скокове и промени в симптомите.

2. Съдова (мултиинфарктна, предимно корова) **деменция**, т.е. деменция при мозъчно-съдова болест.

Съдовото слабоумие най-често е атеросклеротично. Дължи се на промени, настъпващи в стените на кръвоносните съдове и оттам - на недоброто "хранене" на мозъчните клетки. **Има стъпаловиден ход** (многократни по-леки мозъчни инфаркти - "инсулти"). Появяват се огнищни неврологични симптоми (според засегнатите мозъчни отдели). Обикновено след мозъчен инсулт вида на пораженията в мозъчната кора може да предскаже нарушенията в психичните функции. Тази деменция **протича по-доброкачествено от Алцхаймеровата, личността по-често е относително запазена за по-дълго време.**

За поставяне на такава диагноза освен когнитивните нарушения са важни и придружаващите разстройства - повишено кръвно налягане, преходни помрачения на съзнанието емоционална лабилност с депресивни изживявания.

Има и съдова деменция (предимно подкорова), причинена от исхемични поражения на бялото вещество на мозъчните полукълба. И др.

Когато става дума за диагностициране на деменция, трябва **да се изключат две неща:**

- т.нар. обратима деменция (около 10 % от случаите). Слабо нарушени когнитивни функции, чиито причини могат да бъдат открити и лекувани.

- дали не става дума за депресия, защото при някои възрастни хора двете разстройства си приличат.

VI. Лечение при деменция.

Диагнозата "деменция" означава, че има хронична болест, която постепенно (с различна скорост) се влошава. Следователно:

1. Трябва да се планират продължителни грижи за хронично болния, но при съобразяване с възможностите на грижещите се, за да не бъде в техен ущърб). Непосилно е за един човек да поеме такава задача (може да получи психични проблеми). Когато се планира лечението, трябва да се открият всички възможни източници (роднини, социална помощ) за подкрепа от заобикалящата среда.

2. Семейството на пациента се нуждае от подкрепа по две линии:

а) съвети и напътствия за грижите, които трябва да полагат за болния;

б) в емоционален план - да се преодолее срамът, гневът, вината (ако има такива).

3. Трябва да се предвидят възможностите за рехабилитация на болния (занимания в рамките на способностите му в момента), за да се поддържат все още действащите функции. Така човек по-трудно се предава духом, чувства се все още включен в живота по някакъв смислен начин - това е в пряка връзка със самооценката му (ниската самооценка води до задълбочаване на психичното нарушение).

4. Да се предвиди ниво на адекватен надзор над пациента в зависимост от тежестта на болестта (да не се загуби, да не запали къщата и др.).

5. Трябва да се следи редовно телесното му здраве (промените му могат да доведат до промени в психичното състояние).

При повечето деменции има наследствен компонент (генетична предопределеност), особено при болестта на Алцхаймер (смята се, че при нея може да се отдели генът на болестта). Тук става въпрос за вероятност, а не за сигурност за влиянието на наследствеността.

*VII. ЕПИЛЕПСИЯ. (Това заболяване не влиза в конспекта) С две думи:

Органично разстройство. Хроничен мозъчен синдром. Характеризира се с различни по вид, но повтарящи се гърчове (пристъпи), които се дължат на абнормно (силно и синхронно) разреждане на групи от мозъчни неврони. Засягат най-често двигателни и сетивни функции. Около 2/3 от случаите на епилепсия са с неизяснени причини. В останалите случаи възникването на епилепсията се обяснява с наличието на различни болести и травми, употреба на алкохол. Със случаите на епилепсия обикновено се занимават невролозите. По-голямата част от епилептиците нямат психиатрични проблеми, с изключение на епилепсия, засягаща темпоралния (слепоочния) дял на мозъка. Най-често проблемите са свързани с личностови промени (прекалена избухливост, трудна смяна на асоциативните потоци, темите).

Друг проблем при епилепсията са депресията и психозите (налудности, халюцинации). Въпросът е дали психозата е свързана с припадъците или настъпва независимо от тях (лечението е различно!).

Лечение. Основно - медикаментозно. Лекарствата се пият дълги години и предотвратяват припадъците. При психосоциалното лечение първият проблем е свързан с приемането от родителите (защото в повечето случаи епилепсията се проявява в детска възраст) на диагнозата и обясненията за нея. Друг проблем е свръхпротективността на родителите спрямо детето, особено по време на юношеството (понякога юношите са склонни да прекъснат лечението си и тогава разбират, че са различни от другите хора).

Въпрос 8. ОРГАНИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА. ДЕЛИР.

(6.12.1994)

Виж т. I, II и III от въпрос 7.

I. Клинична картина на ДЕЛИР.

Делирът (букв. обезумяване, полудяване, лудост.) е остър мозъчен синдром. Краткотрайна екзогенна психоза от инфекциозен, интоксикационен, съдов, неопластичен или мозъчнотравматичен произход.

Първият белег е нарушеното, замъглено съзнание. Индивидът няма добра ориентация за ситуацията, в която се намира. Нарушено е вниманието и способността за концентрация. Не може да има делир, ако човек е в ясно съзнание! Дезориентацията е в различна степен, възможно е да не е очевидна. Характерен белег за състоянието е, че замъглеността на съзнанието се засилва във вечерните и нощните часове (когато има по-малко стимули от средата). Налице са възприятни нарушения (илюзии, халюцинации, страхови афекти, налудни идеи). Заб.: при органичните разстройства доминират определено зрителните измами.

Страда способността на човека да има адекватна интелектуална продуктивност. Мисленето е разпокъсано (разхвърляна реч). Речникът на болния понякога е неразбираем за другите. Страда и паметта (паметови "измами").

Често е нарушен цикълът сън-бодърстване. Пациентите са неспокойни, неспокойствието се засилва нощем. Възможно е да имат силно изразени афекти - най-често тревожност. Може да имат страх от преследване и да предприемат атаки с цел самозащита.

Обикновено делирът идва и преминава. Ако продължи по-дълго (от няколко часа) има животозастрашаващо въздействие. Изисква спешни медицински мерки за овладяването му, защото страда соматиката на човека (напр. сърцето) и може да доведе до нарушаване на физиологичните функции (пневмония, сърдечна недостатъчност). Това заболяване коренно променя състоянието на целия организъм и не е само психично разстройство.

Избистрянето на съзнанието възвръща ориентацията за място, време и социална среда и дава възможност за критично отношение към психотичните изживявания по време на делира. По правило след отзвучаване на делира е налице частична амнезия за преживяното.

Въпрос 9. ЗАВИСИМОСТ ОТ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА. (F-1)

(13.03.1995)

I. Психичните и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества е изключително голяма група от твърде различни разстройства. **Общото**, което ги обединява е тяхната обусловеност от използване на едно или друго упойващо, сънотворно, стимулиращо или друго вещество, предизвикващо удоволствени преживявания. Сходството помежду им се състои и в по-бавно или сравнително бързо засилване на желанието за повторна консумация. Тази потребност в част от случаите се превръща в необходимост. Налице е не само привикване, но и пристрастяване към веществото. Отнемането или спирането му предизвиква т.нар. тъканен глад, т.е. нарастване на

потребността от тях и поява на психичен и телесен дискомфорт. Тъй като въздействат върху цялостната психична дейност се обозначават като психоактивни вещества.

Най-голямо разпространение след тютюнопушенето има алкохолната зависимост (хроничен алкохолизъм). *Формирането на влечение или пристрастяване, което бива obsесивно (натрапливо) и компулсивно (принудително) вече представлява патологично състояние.* Всички тези вещества, използвани случайно или нарочно във високи дози обуславят следните психични и телесни нарушения:

1. Остра интоксикация (отравяне). Настъпва при прием на значителни количества психоактивно вещество, които надхвърлят индивидуалната поносимост (толерантност). Протича с груби промени в соматичните, психичните и поведенчески реакции и функции. Изявява се непосредствено след приема на токсични дози.

2. *Вредна употреба.* Злоупотребата имплицира идеята, че приеманото вещество е вредно за здравето.

3. Синдром на зависимост. Формираната патологична пристрастеност към психоактивно вещество следва да се диагностицира при наличието на строго определени **критерии**:

а) силно желание или влечение (субективна нужда от употреба на веществото), което може да достигне до непреодолима необходимост или принуда.

б) поява на абстинентно състояние след пълно или частично спиране на съответното вещество. Характеризира се с психични, вегетативно-соматични и неврологични разстройства. Абстиненцията, освен като критерий за синдрома на зависимост, може да бъде определена и като диагноза.

в) прибягване до психоактивното вещество, за да се смекчат или преодолеят неприятните абстинентни симптоми (напр. една биричка сутрин за прекратяване на тремора и за оправяне на махмурлука).

г) постепенно повишаване на поносимостта (толерантността) към веществото. Това ясно изпъква при морфинизма. При алкохолно болните обикновено се наблюдава интолерантност ("не носи" пиене).

д) през късните етапи на изявена интензивна зависимост постепенно се ограничават начините на злоупотребата, репертоарът се стеснява (напр. алкохоликът бърза да се напие "без мезе" и предпочита да е сам).

е) интересите все повече се ограничават и преустановяват, вниманието е насочено към задоволяване на потребността от психоактивното вещество.

ж) интензивната злоупотреба продължава, въпреки осъзнатите неблагоприятни последици - чернодробна цироза, загуба на работа, липса на пари, нетрудоспособност, невротични и депресивни разстройства и др.

з) след продължително въздържание дори и еднократната употреба на даденото вещество възобновява предходната зависимост.

4. Психотични състояния. По правило протичат с ясно съзнание или с най-лека степен на замъгленост, но никога не се наблюдава обърканост. Клиничната картина на състоянията се изгражда с разстройства на всички сфери на психичния живот.

Всеки опит за отказване от психоактивното вещество остава неуспешен, защото синдромът на зависимост се оказва по-силен от желанието на пациента. Болният е в състояние на безволие (хипобулия - намаление на желанията и подбудите към дейност, вялост, бездеятелност). Привикването към един препарат лесно се разширява към сходните на него (политоксикомания).

При злоупотребата с алкохол може да се прояви и амнестичен синдром. Увредена е фиксационната памет (не могат да се запомнят нови събития).

Степента на зависимост не е пряко свързана с наличните проблеми. Затова трябва да се имат предвид две измерения - степента на зависимост и проблемите, възникнали във връзка с употребата на това психоактивно вещество (напр. тревожност, депресия). При зависимостта от психоактивни вещества има много висок риск от самоубийство, психотични състояния, соматични проблеми. Друга група проблеми са социалните - в семейството, на работното място, проблеми с полицията и т.н.

II. ОСНОВНИ ГРУПИ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА: (Обща класификация на психоактивните вещества: 1) депресанти - алкохол; транквилизатори; барбитурати; наркотици - морфин (получава се от маковото растение) и кодеин (аналгетици), хероин (преработен морфин). 2) стимуланти - амфетамини и кокаин (от храст Кока). 3) халюциногенни - LSD₂₅ (синтетично) и марихуана (хашиш, индийски коноп).

1. Сънотворни (барбитурати) и седативни (успокояващи) средства. Седативните се делят на дневни (транквилизатори) и "нощни" (на барбитурална основа).

а) *бензодиазепини* (транквилизатори, дневни слаби успокоителни) - диазепам, елениум, реланиум, рудотел, лексотан и др. Успокояват, намаляват напрежението, потискат страха и подобряват настроението.

Лекарства с потенциал за пристрастяване. Бензодиазепините действат успокояващо, като по много сложен начин засилват дейността на рецепторите на гамааминомаслената киселина, която има предимно задържащо действие върху нервната дейност (за разлика от адреналина, допамина и серотонина, които предават възбудните импулси; ацетилхолин и норадреналин предизвикват и възбудни и задръжни импулси). Освен това, бензодиазепините имат и свои собствени рецептори в мозъка (2 вида), с което се обяснява мощното им въздействие върху психиката на човека.

Препоръчва се лечението с тези медикаменти да е с намалена продължителност.

Абстинентни симптоми: тревожност, безпокойство, безсъние, сънуване на кошмари, възможни са дереализационни симптоми (усещане за промененост на околния свят - напр. с много ярки цветове), гърчове или припадъци, психотична картина (психоза с налудности и халюцинации).

Зависимостта от бензодиазепини много прилича на алкохолната зависимост. Понякога е налице комбинирана зависимост от алкохол и бензодиазепини, която може да е с летален изход (вследствие отравяне).

б) *барбитурати* (сънотворни, мощни успокоителни) - фенобарбитал (луминал), тардил, хексадорм калциум, хлоразин, флуперин и др.

Създават зависимост, чиято абстиненция се характеризира с неврологични симптоми (тремор на ръцете, нарушена артикулация, прилошаване, гърчове). Отравянето с барбитурати е много опасно. Барбитуратите нямат специфични рецептори, действието им е чрез т.нар. хлорни канали, пропускащи хлорни йони, поради което цялостно потискат централната нервна система.

* в) психоаналептици (антидепресанти) - амитриптилин, психофорин, инсидон.

Отравянията с бензодиазепини и барбитурати изискват спешни медицински мерки.

2. Психостимуланти (амфетамини, кофеин, кокаин, лидокаин; психостимулант е и пирамам, т.е. ноотропил).

Първоначално усилват физическата и менталната активност. Амфетамините (синтетични стимулатори) действат незабавно и усилват дейността на ЦНС, увеличават се подвижността, повишава се енергията, потиска се апетита, появява се еуфория.

Абстинентни симптоми: дисфория (болестна потиснатост на настроението - тъга, гняв, яд, злоба, раздразнителност, подозрителност, враждебност), депресия, амфетаминова психоза (налудност за преследване, загуба на контакт с действителността, агресивност). Висок суициден риск. Често предизвикват навик да се употребяват "запойно" (докато се издържи). Възможен летален изход.

3. Опиоиди (морфин и кодеин - аналгетици, хероин - преработен морфин, един от най-употребяваните и с най-тежки последици наркотик), производни на морфина и синтетични наркотици (демерол, метадон, лидол).

При относително лека абстиненция: тревожност, безсъние, мрачно настроение, физиологични прояви (обилна секреция от носа и очите, неудържимо прозяване, разширени зеници, учестен пулс, повишено кръвно налягане).

Тежка абстиненция: дълбоки мускулни и ставни болки, усещане за топли и студени вълни, настръхване ("гъша кожа"), повръщане, стомашно разстройство, коремни болки. Промяна на настроението, ментална неяснота (замъгленост, "отстраненост"), за сметка на освободеността и доброто самочувствие при първоначалното приемане. Съществува "медикаментозна толерантност", бързо привикване и зависимост. Краен резултат - пълна деструкция на личността.

4. Канабиноиди (производни на *cannabis indica* - индийски коноп, от които най-голямо е търсенето и използването на *марихуаната*, наричана *хашиш*). Халюциногенно вещество.

Първоначално предизвиква еуфория, повишена чувствителност, нарушение на възприятието за време, увеличаване обема на вниманието. Марихуаната увеличават емоционалната тенденция у личността - релаксираната личност може да преживее позитивно, силно въздействие, докато депресираната личност преживява отрицателни емоции под въздействието на това вещество.

Дали тези вещества могат да предизвикат психоза? Да, у индивиди с предишно психично разстройство или с предразположение към такова.

5. Халюциногенни вещества (*LSD* - диетиламид на лизергиновата киселина, синтетично вещество; мескалин).

През 50-те и 60-те години са по-често употребявани (особено в САЩ), отколкото сега. Променят възприятието, мисленето, емоциите. Не се предпочитат, поради непредсказуемостта на ефектите.

6. Летливи разтворители (съдържащи толуен и ацетон).

Злоупотребата с тях е приоритет на по-ниските социални слоеве (най-често деца в условия на депривация). Първоначално предизвикват еуфория, чувство за неуязвимост, съчетани с фъфлещ, неясен говор, промени в яснотата на съзнанието. Увреждане на лигавиците на носа и устата и обриви на тези места. Смъртността е значителна - от директно токсично действие на разтворителите, от задушаване, аритмия.

На практика АМФЕТАМИНИТЕ, КОКАИНЪТ, ХАШИШЪТ, ХАЛЮЦИНОГЕНИТЕ и ЛЕПИЛАТА **не причиняват физическа зависимост, но злоупотребата им (особено в съчетание с барбитурати или опиати) причинява абнормни психични състояния и може да отключи психотично заболяване!**

III. ЛЕЧЕНИЕ на злоупотребата с психоактивни вещества.

Лечението е много продължително. В голям процент от случаите има рецидиви.

Първата стъпка в лечението е спиране на употребата на веществото (на практика лечението започва след спирането на употребата, а не приключва с него). В някои случаи спирането изисква определени технологии, осигуряващи неговата ефективност - при силна зависимост се налага спиране в клинична обстановка, както е важно пациентът да няма изразени абстинентни симптоми и усложнения (делир, припадъци, неприятни болки). Прилагат се схеми за приемане на лекарства, компенсиращи недостига на веществото и осигуряващи кратки срокове за достигане на състоянието на неупотреба (след около 1-2 седмици).

Втората стъпка е изработването на по-нататъшна програма за лечение, чийто *основен компонент е психотерапията* с две цели:

- подкрепяща функция по отношение на личността (насърчаване на мотивацията за неупотреба, заздравявайки защитните механизми и механизмите за справяне);
- изследване на конфликтите в личността, които са били обслужвани от употребата на веществото ("прозрение" за мотивите за употреба);
- нередко цел на психотерапията е и рехабилитацията, възстановяването на определени умения, ново практикуване на занемарени социални роли.

ОСНОВНИ УМЕНИЯ на психотерапевта при лечението:

1. Трябва да се избягва предписването на различни лекарства, които могат да създадат зависимост.
2. Да не се започва с лечението на проблем (напр. депресивно състояние), който е следствие от злоупотребата, трябва да се изясни първопричината.
3. Да се избягва ангажирането в психотерапия на клиент, продължаващ да злоупотребява с психоактивни вещества.
4. Ангажиране на психотерапевта със случая по подходящ начин, а не като "спасител на окаяния грешник".
5. Умение да се планират рецидивите на злоупотребата (не като се насърчават, а като се подготвя клиента за тях в практически аспект).
6. Умение да се планират близки, прости, достижими цели (човек трябва да вижда пред себе си някаква обозрима цел).
7. Почти винаги планът на лечение включва семейството, най-близкото обкръжение - привличането на семейството за решаване на проблема повишава шанса за успешното му приключване.
8. Психотерапевтът трябва да знае кои други професионалисти работят в тази област, какви заведения и служби съществуват, каква помощ може да се потърси във всеки един момент от лечението.

Въпрос 10. ЗАВИСИМОСТ ОТ АЛКОХОЛ.

(6.03.1995)

I. Броят на алкохолно болните сред населението трудно се определя. Много от тях скриват заболяването си, а други не го осъзнават и не се приемат за болни. Неговата честота се определя на около 10-20 на хиляда души. От друга страна, зависимостта не винаги се разграничава от случайното (битово) пиянство, от опасната и вредната употреба. Съотношението на мъжете към жените с алкохолна болест е около 6:1, но напоследък женският алкохолизъм сравнително бързо нараства. В малки количества алкохолът най-често активира жизнените и психичните процеси, а в значителни - нерядко обуславя неспокойствие или възбуда, която сравнително често довежда до словесна или физическа агресия. Консумацията на прекомерни количества може да причини ограничение на активността, сънливост, заспиване и кома.

За определянето на един човек като *алкохолик* най-общо се прилагат два модела - морален и медицински. Идеята, че алкохолизъмът не е "лошо поведение", а "болест" е в основата на медицинския модел (появил се през 60-те години). Появата на този модел вероятно се обуславя от факта, че след II св.война консумацията на алкохол рязко се увеличава (само във Франция тя намалява). Един от начините да се определи нарастването на алкохолизма е по количеството на изпития алкохол (в световен мащаб), а другият - по честотата на чернодробната цироза.

Йелинек (учен от чешки произход) изучава много подробно алкохолните проблеми, предимно началните фази и дава определения на "зависимост от алкохол" и "алкохолно болен". Идеи на Йелинек:

- някои хора са особено раними, ако бъдат определени като "алкохолно зависими";
- ексцесивното пиене минава през различни стадии: от един стадий нататък човек не може да се контролира;
- алкохолната злоупотреба може да доведе както до телесни, така и до душевни (психични) разстройства.

Общият извод е, че ако човек пие големи количества, той неизбежно ще се разболее от алкохолизъм.

Алкохолната интоксикация се означава като **просто (обикновено) алкохолно опиване** - залитаща походка, размазан говор и отчетливи промени в настроението (дисфория или еуфория). То има различен облик в зависимост от структурата на личността.

Усложненото алкохолно опиване е нетипично просто алкохолно опиянение. Изявява се с тревога, неспокойствие, трансформиращо се понякога в необузdana възбуда. Съзнанието се стеснява (има и хора, които винаги при напиване не са в съзнание, но това е патологична форма на мозъчна реакция). Враждебността нараства до словесна или физическа агресия (бруталност).

При **патологичното алкохолно опиване** след незначителна алкохолна консумация се разгръща психотично поведение (налудности, халюцинации, илюзорно възприемане на действителността).

Много редки, но срещати се са алкохолната деменция и халюциноза.

Най-чести са **случаите на депресия** сред злоупотребяващите с алкохол. Тя бива три типа: пряк депресорен ефект на алкохола водещ до депресивно настроение, подобряващо се при въздържание; социалните проблеми, предизвикани от алкохолната злоупотреба могат да доведат до депресия; депресията, дължаща се на други причини, може да се облекчи временно от алкохол - така започва злоупотребата, водеща до влошаване на депресията. Депресията може да доведе до опити за самоубийство (половината от мъжете с опити за самоубийство са с алкохолна зависимост) - суицидният риск е много голям.

Така или иначе, изследванията за разпространението на алкохолизма никога не са репрезентативни поради по-горе казаните причини.

Доколко едно общество е толерантно и пермисивно (от англ. permissive - позволяващ, разрешаващ) към употребата на алкохол? Това зависи от много фактори. Общо взето българското общество е доста толерантно към пиенето. Но има и някои правила ("етикет") в това отношение - напр. на международен конгрес изпиването на повече от една чаша уиски е проява на лош вкус и "посрамва" индивида.

II. Зависимост от алкохол и свързани с алкохола дисфункции.

1. Синдром на зависимост.

Понятието зависимост има три съставки:

а) субективно осъзнаване на непреодолима необходимост (обсесия) или принуда (компулсия) за пиене. След първата глътка желанието за по-нататъшно приемане на алкохол се разбира от пациента като ирационално - той му се противопоставя, но все пак пие още (принуда - "без една чаша може, но само с една не може").

б) повишена толерантност към алкохола (един от най-ярките показатели за алкохолизъм, както и особено ясно изпъква при морфинизма) - консумиране на големи количества алкохол без опиване, което повишава самоувереността на пациента, но е и показател за начало на зависимост.

в) абстинентни симптоми при рязко спадане на нивото на алкохола в кръвта на пациент, приемал продължително време големи количества (т.е. след пълно или частично спиране на алкохола) - тремор на ръцете ("утринен шейк"), гадене, изпотяване, ажитираност (възбуждение, неспокойствие), които се облекчават от прием на алкохол. По-тежките абстинентни симптоми са илюзии, чувство за застрашеност и неотчетливи слухови халюцинации. Могат да се появят генерализирани епилептични припадъци, а след около 48 часа да се развие алкохолен делир (delirium tremens). Той е най-честата алкохолна психоза. Характеризира се със страхова напрегнатост, алопсихична дезориентираност, масивно халюциниране (предимно зрително) и масивно треперене. Обикновено халюцинациите са безцветни (в черно или сиво), силно подвижни, множествени, с малки размери, лесно модифициращи се (въшки, мишки, паяци, жаби, змии и др.). Налудните идеи са за преследване и ревност, по-рядко за величие. По правило протича с повишена температура, често се усложнява от пневмония, трае няколко дни (3-5) и в 1-2 % завършва със смърт. При благоприятен изход завършва със сън. Смятало се е, че алкохолен делир може да настъпи в средата на 40-те години от живота, но сега тази граница рязко спада и е около 15-16 години.

Обикновено пиенето е един от начините за справяне със стреса ("домашен транквилизатор"). Много хора започват да пият, за да намалят своята тревожност и за да улеснят интерперсоналните си отношения.

2. Дисфункциите, свързани с алкохола са (не е задължително да се знаят подробно!):

а) телесни - чернодробна цироза, хепатит, хроничен панкреатит, пептична язва, исхемична болест на сърцето, мозъчносъдови инциденти, периферна невропатия и др. Често се усложняват от лошо хранене и общо влошеното телесно здраве.

б) психични - депресия, тревожност, алкохолна халюциноза, суициден риск;

* паметово разстройство (при остра алкохолна интоксикация) - корсаков синдром или алкохолна деменция. Често срещано паметово нарушение и признак за начален хроничен алкохолизъм е т.нар. алкохолен палимпсест (от гр. - отново изтрит; пергамент или друг материал, от който може да се изтрие запис; папирус с липсващи елементи). Загуба на спомена за отделни събития, станали по време на запиване, при възможност за възпроизвеждане на последователността на събитията.

в) социални - брачни и служебни проблеми, проблеми с полицията (скитничество, нарушения на обществения ред и др.).

3. *Фактори*, поради които човек от контролиращ пиенето си става алкохолик:

а) генетични (биологични) - алкохолизъмът сред родителите на алкохолици е 2.5 пъти по-често явление, отколкото в общата популация. Това не е последица от влиянието на средата, защото осиновени и израстнали в други семейства деца на алкохолици са предразположени към развитие на алкохолизъм (неоправдан от средата). В този смисъл са провеждани изследвания в Дания и Швеция. От друга страна зависи и от националността - японците имат по-малко ензими за разграждане на алкохола, отколкото европейците. При много тежкия алкохолизъм, генетичното предаване става по-скоро от баща на син.

б) психологични - деца, отличаващи се с импулсивност, агресивност и хиперактивност, по-често стават алкохолици в зряла възраст. Лица с агорафобия, социални фобии, тревожност и др. са склонни да прибегват към алкохол. Облекчаването на напрежението и дистреса чрез пиене може да се разглежда и като подкрепление в поведенчески аспект. Ако се повтаря често, пиенето се превръща в самоподдържащо се навик. Трудностите, породени от него (вкл. абстиненцията), увеличават тревожността, а тя отново може да се облекчи с алкохол и т.н. - порочният кръг на увеличаващата се консумация ("Защо пиеш? За да забравя. Какво да забравиш? Че пия.").

в) социални:

- някои професии са рискови (моряци, бармани, журналисти, търговски пътници, естрадни изпълнители, директори на фирми, лекари). По правило лекарите (вкл. психолози) са много трудни пациенти, особено по отношение на зависимост от психоактивни вещества. Достъп до евтин и безплатен алкохол, силен натиск на колегите, отдалеченост от дома, липса на надзор в работата и др.

- социокултурни фактори. Всред мюсюлмани и мормони има забрана за приемане на алкохол, предписания срещу напиване при евреите и др. Има и култури, където пиенето се отъждествява с мъжественост (нали се сещате как е в България?!).

- лесен достъп до алкохол (при намаляване на цената на алкохола се увеличава консумацията му).

III. Откриване на свързани с алкохола дисфункции.

1. *Кога се подозира наличие на проблем:*

- когато е налице характерно соматично разстройство;
- когато пациентът изглежда уклончив и неясен при описание на оплакванията;
- когато професията му е рискова;
- когато член от семейството има проблеми, свързани с алкохола;
- когато изследванията показват патология, евентуално дължаща се на злоупотребата с алкохол.

2. При всяко от тези обстоятелства са полезни *улавящи въпроси*, известни като **CAGE** (от началните букви на английската ключова дума във всеки въпрос):

а) Мислили ли сте някога, че трябва да НАМАЛИТЕ (cut) пиенето?

б) ДОСАЖДАТ (раздразняват, annoyed) ли ви околните, като критикуват вашето пиене?

в) Чувствали ли сте се някога зле или ВИНОВЕН (guilty) заради пиенето си?

г) Случвало ли ви се е някога СУТРИН най-напред да изпиете някакво ПИТИЕ (eye-opener), за да подкрепите нервите си или да се отървете от махмурлук?

Ако има положителен отговор на най-малко два (които и да са) от тези въпроси, вероятността за наличие на алкохолен проблем е 45 % и се налага снемане на цялостна алкохолна анамнеза. Вероятността за липса на проблем при 0 или 1 положителен отговор е 97 %.

IV. Възможности за терапевтична интервенция.

A. "Борят" се два модела на лечение:

1. Окончателно спиране - при тежки проблеми с алкохола или при рецидиви след предишни периоди на въздържание.
2. Създаване на контрол върху пиенето у пациента.

B. *Лечението* може да се проведе в три насоки:

1. Телесно - медикаментозно лечение на абстинентните симптоми (диазепам или хлорметиазол в продължение на една седмица). Обикновено депресията се подобрява в процеса на дезинтоксикация. И др.

2. Психологично - подкрепяща психотерапия (особено за лека степен на злоупотреба); дневник за алкохолна консумация (ежедневно). Насърчаване и подпомагане от страна на близък под ръководството на лекаря, особено при силно желание за пиене.

3. Социално - включване на семейството в лечебния процес; стимулиране на дейности, заместващи срещите в кръчмата; при по-тежки случаи - хоспитализация в психиатрично или специализирано неврологично отделение; групова терапия; дружества "анонимни алкохолици" и др.

Въпрос 11. АФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА. ДЕПРЕСИЯ.

(3.01.1995, 10.01.1995)

1. Разстройствата на настроението (количествено или качествено променени емоции) са най-честата психична патология. Тревожност, депресивност и приповдигнатост на настроението са елементи от клинично значими синдроми, макар че само първите два са чести в общата медицинска практика (съчетанията да синдромите тревожност и депресия). Повечето пациенти с изразени депресивни симптоми имат и такива на тревожност, но не и обратно. Поради това депресивните разстройства са в известен смисъл по-диференцирана форма на психично разстройство.

Афективните разстройства се характеризират с два основни типа промени:

1. Депресивни състояния.

2. Манийни състояния.

Протичат фазово с пълно или почти пълно възстановяване в интервалите (интермисии), т.е. те са **преходни**. По-чести са у жените. В мозъка не се установяват макро- и микроскопски патологоанатомични находки. Афективните разстройства са периодични - появяват се (за около 2-3 месеца до година) и отминават и като че ли човек се оправя, но след време отново настъпва афективно разстройство.

Афективните разстройства се делят на две големи групи:

- **монополярни**. Само депресивни състояния - периодичната депресия се среща най-често (почти всички хора изпадат от време-навреме в подобни състояния). Много рядко се срещат пациенти само с манийни състояния (само в 4 % от случаите). Средната продължителност на депресивните епизоди е 3, а на манийните - 4 месеца.

- **биполярни** (редуване на депресивна и маниакална фаза или фази, със или без "светли периоди").

Депресивните и манийните състояния са известни от най-дълбока древност. Е.Крепелин, въз основа на изследвания, ги обединява в самостоятелна нозологична единица.

Афективното състояние на човек винаги се колебае. Ако при разстройството на емоциите афектите са повишени се говори за мания, а ако са понижени - за депресия. Когато манията и депресията се редуват при един и същи индивид, природата на това състояние е от групата на ендогенните психози (психози, обусловени от ендогенни причини, за чието възникване основна роля играе наследственото предразположение - шизофрения, циклофрения, епилепсия). Депресивните състояния са по-разпространени от манийните.

II. Най-честата форма на депресия, наблюдавана в медицинската практика се описва като **ДЕПРЕСИВНО РАЗСТРОЙСТВО**.

A. Депресивното състояние има три основни и **задължителни симптома**, различни по изразеност:

1. Дистимия - болестна потиснатост на настроението (а не хипотимия!, която букв. е намалена емоционалност, разновидност на настроението у здрави хора), при която са налице чувства на тъга или на страх. Анхедония - липса на удоволствие от живота.

2. Хипобулия - намалена до изчезваща (абулия) двигателна активност, болестно намаление на волята, характеризира се с намаление на желанията и подбудите към дейност, с вялост.

3. Брадипсихия - забавен мисловен поток.

Трите симптома образуват т.нар. *меланхолен синдром*.

Ядро на депресивността е един симптом наречен "**анестезия долороза психика**" - психична болезнена анестезия, преживяване за мъчителна безчувственост спрямо близки хора. Болните преживяват болезнено тази отчужденост и хладност, страдат от това, че нямат чувства към близките. С влошаване на депресивното състояние афектът върви в посока към тази болезнена безчувственост. Все пак степента на засягане на емоциите е важен, но не основен симптом - депресията в най-голяма степен е чувство за безпомощност и липса на активност.

Важен елемент от депресията е и "**чувството за вина**" от това, че индивидът не може да се справя със задълженията си (чувство за вина напр. у ученика, който не ходи с месеци на училище; у студента, който тръгва за лекции, но или не отива, или стои само един час; у съпругата, която се справя със служебната, но не и с домашната работа и т.н.).

Напоследък към тези симптоми се добавя още една триада (много типични за съвременния човек, който чрез различни "хитрости" прикрива депресията си):

- преживяване за **безпомощност**;
- преживяване за **безнадеждност**;
- преживяване за **безперспективност**.

Когато към тези симптоми се прибави и **понижена самооценка** (под влияние на преобладаващите емоции, в резултат на налудни идеи, интелектуално снижение и др.), тогава картината на депресивното разстройство е пълна (и можем да я "хванем" доста рано) (при маниакалните състояния самооценката е повишена). При реакцията на траур, например, самооценката не страда.

Продължителността и комбинацията между тези симптоми определя депресията като лека, средна или тежка (наричана от някои автори меланхолия). При особено тежка депресия се съобщават още два симптома: **депресивни налудности** (най-често за вина; хипохондрични; за порочност; за обезцененост с различни форми - че е обеднял, че е болен или че вече е умрял) и **суицидни опити**.

B. С риск да се повторим, ще обобщим симптомите при депресивно разстройство в 4 рубрики:

- **невро-вегетативни симптоми**. Напр. при тежка депресия - нарушения на апетита, теллото, съня, либидото (обикновено има хипосексуалност, намалено либидо, по-силно изразено сутрин), енергетичното ниво (нешастна самовглъбеност в собствения дискомфорт) и позата (главоболие, болки в кръста). Понякога има ранно сутрешно събуждане и дневни колебания в настроението, което е най-лошо сутрин.

- **емоционални промени**. Анхедонията в ранните стадии на депресия (пациентът забелязва, че вече не изпитва удоволствие от живота) може да предшества изживяването на тъга и нещастие. Чувството за хумор често се губи - пациентът разпознава шегата, но не я намира за смешна. Постепенно настроението се понижава до печал и мъка. Миналото предлага само спомени за неуспехи и погрешни решения, от настоящето се възприемат само мрачните страни, а бъдещето е заплашително и безнадеждно. Мъката често се придружава с изблици на плач, а някои пациенти искат да заплачат, но не могат. Чувството, че не си струва да се живее предизвиква обмисляне на начини за самоубийство. Чувството на привързаност често е редуцирано, а религиозната вяра може да е загубена.

- **когнитивни промени**. Неприязън към себе си, променена самооценка за себе си, самообвинения, налудни идеи за отношение, религиозните имат налудни идеи за порочност или грях Трудно се взимат решения поради неувереност или субективно затруднение в мисленето. При тежките форми - идеи за виновност и обезценяване. Суицидни мисли.

- **мотивационни промени**. Понижена енергия; умора; апатия и неспособност за концентрация вследствие потиснатото настроение, отбягват се отговорност и трудни задачи; намалената работоспособност често усилва изживяванията за безполезност. Често за такива пациенти се казва, че са зависими, защото предпочитат да бъдат водени от други.

Възможно е да са налице *симптоми на тревожност, безпокойство и ажитация*.

Както и при тревожните състояния, разграничителната линия между нормата и депресията е условна. Широко използван **критерий за диагноза** е депресивното настроение да е изразено и относително постоянно, при което най-малко 4 от следващите 8 симптома да са били налице ежедневно през последните две седмици:

- намален/повишен апетит със загуба/наддаване на тегло;
- безсъние/хиперсомния (патологична сънливост);
- агитация/психомоторна забавеност;
- загуба на интереси или удоволствие от обичайните дейности;
- загуба на енергия (безсилие);
- изживявания за безполезност, вина и самообвинения;
- нарушена концентрация, забавено мислене, нерешителност;
- суицидни мисли/суициден опит.

Симптомите се комбинират в различна степен у всеки човек. Те се срещат и в различни пропорции. Това е много важно да се знае във връзка с лечението на депресивното състояние.

Депресията може да се сбърка с начална деменция (или с някое органично мозъчно заболяване, напр. тумор засегнал челните дялове).

III. МАСКИ на депресията. Напоследък все по-често се срещат болни, при които надделяват телесни и вегетативни симптоми, докато психичните остават на заден план, а и болните нерядко ги пропускат. Тези депресивни състояния се наричат скрита, маскирана (ларвирана) депресия. Те трябва да се разграничават добре от невротичните реакции. Принадлежността им към депресивните състояния идва от периодичността и сезонността им. Започват постепенно и траят дълго. Настроението е мрачно. Склонност към хипохондрични оплаквания (бронхиална астма, спастичен колит, импотентност или фригидност, гръдна жаба или пък неясна телесна болест). Т.е. тази депресия се проявява предимно с разнообразни сомато-вегетативни разстройства (упорито главоболие или мъчителни усещания в различни части на тялото). Освен периодичните телесни оплаквания, "маски" на депресия могат да бъдат периодичните запои, промискуитетите (безразборни връзки), периодичната намалена активност, както и някои хулигански прояви.

IV. ВИДОВЕ депресия (много от тях са варианти на депресивния синдром, а не обособени форми на депресията):

1. Проста - най-наситена с афективни разстройства. Отсъстват изразени налудности. Изразява се само в тъжно настроение.
 2. С налудни идеи - освен изразените афективни разстройства има и налудни идеи (за вина, за обедняване и материална разруха; хипохондрични). Нихилистична депресия (синдром на Котар - изказват се мисли за нефункциониране на жизнено важни органи и системи).
 3. Витална - болните не са в състояние да определят дали се касае за душевна мъка или физическа болка (като че ли "камък е паднал на сърцето им"), чувстват, че се задушават и др.
 4. Астенна - разстройства на психомоториката (забавеност и оскъдност на всички движения).
 5. Ажитирана - засилване на двигателната дейност. Болните са неспокойни, охкат, пъшкат, "чупят" ръце. Видът им е тревожен и уплашен.
 6. Страхова - изживяване на силен страх, който нерядко е неопределен.
 7. Дисфорична - доминиране на лошо настроение със злоба и отмъстителност към обкръжаващите.
 8. Ананкастна (натраплива и обесивна) - различни натрапливост и разнообразни фобии (натрапливи страхове).
- И др.

Въпрос 12. АФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА. БИПОЛЯРНО АФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО.

1. Биполярното афективно разстройство се нарича още **манийно-депресивна психоза**. При това заболяване болните обикновено имат депресивни епизоди, често психотични по интензивност, но от време-навреме развиват и епизоди на психотична възбуда, тежките степени на които се наричат МАНИЯ, а по-леките хипомания. Т.е. *"мания" се нарича маниакалната фаза на биполярното афективно разстройство*.

МАНИЙНИТЕ СЪСТОЯНИЯ най-често възникват у болни, които вече са прекарвали едно или повече депресивни разстройства. По-рядко се наблюдават в рамките на шизофренни или други психози. Водеща е афективната симптоматика (противоположна на депресивната), няма видими патологични изменения в мозъка на болелите. Манийните синдроми се включват в групата на афективните психози (манийното състояние, бидейки психотично, често налага постъпване на пациента в болница). Интервалите между отделните пристъпи не са ремисии (като при шизофренията), а интермисии (светли периоди).

A. И тук **основните симптоми** могат условно да се подредят в три групи:

- 1. Хипертимия** (повишено настроение - от еуфория до ликуване).
- 2. Хипербулия** (психомоторна оживеност или възбуда).
- 3. Ускорен мисловен поток** ("летеж на идеите").

Обикновено пациентите са весели, разговорливи, активни. Но други не изглеждат така щастливи - някои са по-скоро раздразнителни, дори гневни. Тук също може да има дневни колебания в настроението, с кратки епизоди на потиснато настроение. Повишеното настроение е част от беззадръжността, която засяга социалното, сексуалното и финансовото поведение на пациента. Повишената активност обхваща двигателното поведение, речта и апетита, а нуждата от сън е намалена. При по-леките степени на повишена активност пациентът може наистина да върши много дейности, но поради непрекъснатата им смяна най-често създава хаос около себе си. Мисленето е ускорено, а речта - бърза. Чести са скачанията от тема на тема, играта на думи и др. Апетитът е повишен, а храненето - без мярка и маниери. В крайни случаи пациентът е прекалено възбуден, за да може изобщо да се храни или спи.

Пациентите са уверени, че имат някаква специална мисия (грандиозни, мегаломанни идеи; налудност за величие), често напускат добрата си работа или постоянния партньор. Налудоподобните идеи са в съответствие с настроението - ако преобладават раздразнителност и мнителност, те могат да са персекуторни (преследване, следене); а при еуфория - експанзивни и мегаломанни. Могат да се появят и халюцинации, също в

съответствие с доминиращото настроение (халюцинаторните гласове дават съвети или говорят на пациента за особените му възможности и др.). Тези симптоми са краткотрайни - най-често за часове, рядко за дни.

Психотичните изживявания са многобройни и варират в зависимост от разстройството на настроението. Самокритичността почти винаги е снижена. Отхвърляне на необходимостта от лечение (обаче околните рядко се съмняват в необходимостта от лечение).

Манийно болният често е заразяващо весел и успява да привлече вниманието на околните върху себе си, без това да му е цел. Той е много активен, закачлив и сексуално провокативен. На един ранен етап от заболяването това е симпатично и приемливо за околните и близките ("развива дейност"). Лошото е, че поради тези причини манийното състояние се диагностицира сравнително късно - когато болният направи груби (до вулгарни) и нетактични изказвания в общуването, когато изнесе и продаде имуществото и пропилее парите за скъпи и ненужни вещи, когато се отнесе арогантно с шефа си, когато започне да приема неуместни сексуални предложения и т.н. С две думи - докато направи "гаф". В очите на околните той става друг човек и изведнъж разбират, че с него става нещо. Обаче е изключително трудно да бъде накаран или убеден да потърси лекарска помощ и да влезе в болница, за да не върши социално неприемливи неща - пациентът смята, че нищо му няма, **ТОЙ СЕ ЧУВСТВА ЩАСТЛИВ**, силен, безапелационно прав.

Както депресията, така и манията ескалира (до ГНЯВ) и се превръща в ад за околните. Пациентът е пълен със сили за реализирането на този гняв, изпитва манийна възбуда (изключително мощен афект) и е готов да разкъса всеки, който го ограничава или му противостои. Непрекъснато предизвиква конфликтни ситуации и търси хора, с които да се скара или да се сбие. Тежката мания е много трудно овладяема. Маниите трудно се поддават на лечение с медикаменти. Хубавото е (ако изобщо има за какво да се радваме в случая), че човек не остава в това състояние завинаги (както и при депресията). Манийните състояния могат да протичат с различна степен на изразеност - хипомания (леко увредено състояние - оптимистично-радостно настроение, повишено самочувствие) и мания, която по-често е гневна, а по-рядко е объркана (вследствие на прекалено ускорен мисловен поток).

Б. Мания (маниакално състояние) се **диагностицира** при поне едноседмичен период на приповдигнато или раздразнително настроение и при наличие на най-малко 3 от следващите 7 симптома:

1. Повишена двигателна активност и неспокойствие.
2. Речев напор.
3. Субективно ускорен мисловен поток.
4. Повишена самооценка или грандиозни идеи.
5. Намалена потребност от сън.
6. Абнормна отвлекаемост.
7. Беззадръжно поведение.

В. Освен класическите състояния на депресия и мания, съществуват множество **вариации** и обединяване.

Споменахме, че **депресията** може да се сбърка с деменция или др. органично заболяване. Вторични депресии се наблюдават при системни заболявания или при злоупотреба напр. с алкохол или наркотици, както и при ендокринни заболявания (микседем, тиреотоксикоза), при инфекциозни заболявания (вирусен хепатит, грип) и др. Депресивни симптоми се срещат в над 50 % от случаите на скръб по починал близък, но, както казахме, без понижена самооценка (чувство за вина към починалия се среща в 1/3 от случаите). Изразени депресивни симптоми могат да се срещнат и при шизофренно болни. И др.

Общо взето **манията** е диагноза, която лесно се разпознава. Но манийният синдром не винаги говори за биполарна афективна психоза, защото той може да се предизвика и от медикаменти (напр. стероиди, L-DOPA и др.); да се срещне при метаболитни нарушения (напр. бъбречна недостатъчност) или да последва мозъчни заболявания (тумори или енцефалит). Манийни симптоми могат да се появят и в хода на шизофренно заболяване и разграничаването понякога е трудно (ако шизофренните симптоми възникват само по време на приповдигнато настроение и двигателна възбуда, то пациентът е по-скоро маниен). И др.

Ако още не е станало ясно: по въпроса за **БИПОЛЯРНОТО АФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО** (синоними: маниакално-депресивна психоза, циклофрения). трябва да се говори за депресия и мания и за тяхното редуване. Това е ендогенно психично заболяване (обусловено от това, че манията е предизвикана от ендогенни причини, докато депресията може да се дължи и на външни). Между фазите има светли периоди на пълно възстановяване на психичната дейност - интермисии. Мания се нарича маниакалната фаза на маниакално-депресивната психоза. От маниакално-депресивна психоза боледува около 0,5-1 % от населението. Жените боледуват по-често от мъжете. Обикновено циклофренията настъпва през второто и третото десетилетие от живота на човека. В ранната възраст са по-характерни маниакалните фази, а в по-късната - депресивните (меланхолните). Освен типичните депресивни и маниакални фази се наблюдават (рядко) и циклофренни пристъпи (едновременно са налице маниакални и депресивни прояви) - говори се за смесена фаза.

Маниакално-депресивната психоза **протича по три различни начина**:

- периодичен (редуват се един и същи вид фази);
- цикличен (редуват се двата вида фази, разделени от "светли периоди");
- алтернатен (фазите се редуват непосредствено една след друга).

Прогноза: благоприятна относно оздравяването след отделната фаза и неблагоприятна относно повтарянето на фазите.

И при двата вида разстройство се **СПИ МНОГО МАЛКО** (разстройство на биотонуса), но при депресивното състояние пациентът не може да спи и страда от това (не му е добре и като че ли се състарява), докато при манийното - спи само 2-3 часа и е "кукуряк" (чувства се много добре и като че ли се подмладява). Да се знаят основните симптоми и на двете състояния!

II. ЕТИОЛОГИЯ на депресивните и манийните състояния.

Има различни хипотези за причините за тези разстройства. Групи **фактори**:

1. Биологични. Биохимични изследвания (с еднояйчни близнаци и осиновени деца) показват, че съществува наследствена предразположеност към афективни разстройства - ако човек има близък роднина с афективно разстройство, той рискува 2-3 пъти повече от цялата популация също да се разболе. О наследяването е закономерно, но не фатално.

2. Психосоциални.

3. Характерно-личностови.

III. ХИПОТЕЗИ за патогенезата на депресията и манията.

1. *Биохимична.* Депресията и манията представляват разстройства на хормоналната активност на мозъка.

Неврохимия на депресията. С дексаметазонов супресивен тест на урината се наблюдава намаляването на някои вещества. Според моноаминната теория депресивните заболявания се дължат на функционални нарушения в централните норадреналин и/или 5-хидрокситриптаминосъдържащи неврони. Тази теория е основана на действието на медикаменти: резерпинът, който изчерпва централните моноаминни депа, причинява депресия; докато препарати, повишаващи централните моноаминни нива, облекчават депресивните симптоми. Т.е. при депресията е налице разстройство на моноаминовата мозъчна обмяна на синаптично ниво, което се проявява в организма с намаляване на кортизоловите съставки. Има съобщения за намалена концентрация на 5-хидрокситриптамин в мозъка при самоубийства (с подозрения за депресивно заболяване).

2. *Хипотеза на Бек* (Aaron Temkin Beck, р.1921, американски психиатър), "бащата" на когнитивната терапия. Според него първичното разстройство не е в емоциите, а в мисленето. Човек е тъжен, защото мисленето му е устроено така, че в него има известно разстройство. Бек създава скала (Beck Depression Inventory) за определяне на депресивността. Психотерапията е основана върху промяна на мисленето.

3. *Психоаналитична.* При някои пациенти се откриват ранни тежки загуби, които като че ли предопределят разстройствата (особено когато травмиращите събития се повтарят). При терапията трябва да се обърне внимание на ранното развитие, защото там почти винаги се открива психичен травматизъм. Привърженици на хипотезата: Фройд, Мелани Клайн, Карл Абрахам.

Когнитивната и психоаналитичната хипотези не обясняват точно защо човек се разболява, но дават ориентири, които са валидни при полеките депресивни състояния. При тежка депресия тези хипотези като че ли не са на преден план.

IV. ЛЕЧЕНИЕТО на афективните разстройства до голяма степен зависи от тежестта им.

1. *Лечение на ДЕПРЕСИЯ:* с антидепресанти (открити през 1957 год.) - психофорин, нортриптилин, амитриптилин, емовит, инсидон. Антидепресантите не действат на здрави хора.

Антидепресантите се делят на 2 големи групи:

- действащи при депресия, където водещи симптоми са тъга, потиснатост, неактивност, угнетеност (напр.психофорин);
- действащи на хора с тревожен синдром (напр.амитриптилин).

В даването на лекарства има и голям психологичен елемент. Те са "на мода". Повечето депресии отзвучават благодарение на комбинацията от антидепресанти и доброта (от страна на терапевта).

Лечение на депресия с електрошок, когато: пациентът има депресивен ступор (не се движи); отказва да приема нещо (нищо) през устата - храна, лекарства; депресията продължава твърде дълго; има суицидни опити. Обикновено депресивните пациенти се самоубиват, когато оздравяват, когато придобият малко сили, за да го направят. Т.е. те се подобряват по отношение на активността, но не и на преживяванията. Тежката депресия е изключително мъчително преживяване за пациента и всяко средство, което я скъсява, е добре дошло.

Не бива да се прави примитивно противопоставяне на биологичното и психо-социалното, когато става въпрос за лечение - понякога има области, където се налага използването на лекарства.

ЛИТИЕВА ПРОФИЛАКТИКА на повторението (важи и за биполярните разстройства). Използване на литиеви соли (по време на "светлите периоди") за предотвратяването на нови фази. Соли на лития увеличават интермисиите, намаляват интензитета на симптоматиката и скъсяват срока на боледуване. Профилактика не може да се прави с антидепресанти - ако човек продължи да ги взима и след достигане на индивидуалната норма (след като излезе от фазата), той може да изпадне в маниакално състояние (същото важи и за взимането на невролептици). Когато афективното разстройство продължи 3-4 и повече месеца, то пациентът не е само биологично, а и психо-социално болен (със силно влияние от средата).

2. *Лечение на МАНИЯ:* с невролептици - халоперидол, хлорпромазин.

Пациентите в маниакално състояние имат голяма поносимост към лекарства, необходими са им големи дози. Обикновено електроконвулсивна терапия не е наложителна, но тя може да помогне в случаите на резистентност към лекарствата. Често се налага хоспитализация. Да не се забравя, че по време на манията е повишен рискът от развитие на депресия (докато пациентът е все още активен и без задръжки, могат да се наблюдават краткотрайни епизоди на потиснатост).

Биполярните заболявания имат тенденция към зачестяване на епизодите и увеличаване на продължителността им. Литиевите соли са добра профилактика. Има и пациенти, които без прилагането на литиеви соли се възстановяват напълно след маниен или депресивен епизод и никога не развиват рецидив. Затова е добре литиева профилактика да се прилага, когато е установена повторимост на фазите.

Във втората част от въпросите съм се ограничила предимно в рамките на лекциите, с изключение на някои необходими уточнения. За повече информация виж посочената допълнителна литература.

Въпрос 13. ШИЗОФРЕНИЯ И ДРУГИ ПСИХОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА.

(20.12.1994)

I. За шизофренията...

1. Описанието на шизофренията е свързано с името на **Емил Крепелин** (виж Въведение, т.II.3.). Той въвежда нозологичния принцип в психиатрията. Многобройните психотични синдроми разделя в две големи групи: маниакално-депресивни психози и деменция прекокс. Въвежда идеята, че протичането на психичните разстройства се различава при двете обособени групи. При маниакално-депресивните психози симптомите

идват и си отиват, а човек запазва психичните си функции между отделните кризи. При групата на деменция прекокс хода на заболяването върви към постоянно влошаване. Така Крепелин внася ред в "хаоса" на психозите.

2. Друго важно име при изучаването на шизофренията е **Ойген Блойлер** (виж Въведение, т. II.4.). Той дава предложение описаното от Крепелин заболяване в термините на деменция прекокс да бъде наречено "шизофрения" (шизофрения - букв. "разцепена, разкъсана душа"). Основната ѝ характеристика е "разцепването" на редица психични функции. > и предлага описание на клиничната картина на шизофренията, с която да се обяснят наблюдаваните симптоми. Според него в шизофренията има **две групи симптоми**:

а) *фундаментални симптоми* (четирите А - та).

Винаги са налице и могат да се открият във всеки момент. Понякога могат да са много дискретни и незабележими, което затруднява откриването им дори и от опитен психиатър.

- Асоциациите на човека: основният симптом е "халтавост" на асоциациите (те са недобре скачени помежду си). Налице е връзка между едната и другата мисъл, но тази връзка изглежда като извадена, вън от контекста. В разгърнатия си вариант това води до разкъсано мислене - мисълта няма ясен контекст в предходна мисъл.

- Амбивалентността: едновременност на две противоположни неща (чувства, импулси, мисли). По принцип амбивалентността е част от ежедневието на всеки човек, но психично здравият човек винаги избира доминиращата тенденция. При шизофренията амбивалентността води до блокиране на психичната дейност и е налице невъзможност за взимане на решения.

- Афектите, афективната сфера: основният симптом тук е "притъпяният" афект. В леките си варианти се изразява в липса на обичайната емоционална оцветеност на човека (напр. при интервюто не реагира на смяната на темата, не се променя мимиката и др.). В крайния вариант има пълна липса на флукутации в емоционалния фон на човека.

- Аутизмът: склонността на човека да живее във вътрешния си свят, да се "изключи" от действителността около себе си, от социалните дейности.

Фундаменталните симптоми имат **изключително ниска надеждност** (доколко поставящите диагнозата се съгласяват помежду си с формулировката ѝ) - това е и **основният дефект** на концепцията на Блойлер.

На базата на тези фундаментални симптоми, в психичната организация на човека е възможно в момент на стрес да възникнат и други, допълнителни.

б) *допълнителни симптоми*, които не са задължителни, но именно те стряскат околните: налудности, халюцинации, психомоторна възбуда и т.н. С разделянето на симптомите на фундаментални и допълнителни, Блойлер пояснява, че при наличие на фундаменталните симптоми, при определени обстоятелства човек може да развие тази допълнителна психотична симптоматика.

3. По-нататъшното развитие в теорията за шизофренията е свързано с името на **Курт Шнайдер** (K.Schneider). Той въвежда т.нар. **"симптоми от първи ранг"** (различни от фундаменталните симптоми на Блойлер), които нямат теоретична основа, но са от първостепенно значение за диагностиката на шизофренията. Наличието им до голяма степен говори за шизофрения, а и са лесно установими симптоми. Когато тези симптоми са налице, е почти сигурно, че става въпрос за шизофрения, но не и обратното - може да има шизофрения без наличието на тези симптоми.

- Налудно настроение (първична налудност за отношение): състояние, в което човек изведнъж започва да усеща, че във въздуха около него, в ситуацията има някакъв скрит (особен) смисъл. Съпровожда се с чувството, че ще направи важно, уникално прозрение за заобикалящите го събития - т.е. ситуацията вече не е тривиална, а специална. След налудното настроение много често идва налудно озарение.

- Чувство за загуба на авторството над собствения психичен живот: индивидът усеща в главата си чувства, мисли, желаниа, пориви, които сякаш не са негови. Движи се като робот, защото се усеща като движен от чужда сила, като изпълнител на чужда воля.

- Чувство за "прозрачност": на индивидът му се струва, че е прозрачен за околния свят, че психичният му живот няма предишната конфиденциалност, че другите могат да прочетат мислите му, защото те се излъчват ("звучене" на собствените мисли).

- Коментиращи халюцинации: индивидът чува гласове (понякога провежда диалог), коментиращи действията и мислите му. Коментарите често са с негативен тон и са в 3 л.ед.ч.(симптоми от втори ранг на Шнайдер - признаци на шизофрения, имащи второстепенно или относително значение за диагностиката на болестта: напр. много видове халюцинации и налудности, афективни нарушения, обърканост и др).

Тези симптоми са белег на нарушения на границата между Аз-а и средата - когато вече не е ясно кое е вътрешно и кое е външно.

II. Названието "шизофрения" е термин за описание на синдром от абнормни явления, които се установяват в анамнезата и психичния статус. В съвременните психиатрични класификации критериите за шизофрения в голямата си част почиват върху симптомите от първи ранг на Шнайдер. Много учени смятат, че е полезно в клиничната картина на шизофренията да се направи разделение на симптомите (абнормните явления) на следните две групи:

1. *Позитивни симптоми* (внезапно се появяват психотични симптоми, които човек не е имал дотогава).

Дезинтегративни налудности: редуциран контакт с реалността, разстройства в притежаването на мислите, феномен на пасивност (управляван от други сили), преживяване за отнемане на мисли. Халюцинации. Хлабава връзка между понятията. Налудни възприятия. Разстроен контрол върху емоциите (изблици на гняв или смях без адекватен повод). Тези симптоми са характеристика на т.нар. "шизофрения тип 1" и се влошават при свръхактивация (over-arousal). Реагират добре на лечение с невролептици.

2. *Негативни симптоми* (трайно обедняване и опростяване на психичната дейност).

Обедняване на речта. Забавяне на мисленето и движенията. Емоционално изравняване. Хипобулия (намаляващи или липса на интереси или подтици към дейност), водеща до социално оттегляне (затваряне в себе си). Тази симптоматика преобладава при т.нар. "шизофрения тип 2". Негативните симптоми се задълбочават при липса на стимулация от обкръжението. По-слабо се повлияват от терапия.

III. **ВИДОВЕ шизофрения.**(Според протичането шизофренията бива: рекурентна (периодична - шизофрения, протичаща във вид на пристъпи разделени от ремисии. Най-често така протича кататонната форма); непрекъсната (започва постепенно, без видим повод, процесът напредва

безспирно без ремисии. Може да се развие след хебефренна, параноидна или параноична симптоматика); пристъпно-прогредиентна (междинен вариант с белези и от двата вида). От психиатрична гледна точка (според клиничните форми) има три важни вида шизофрения:

1. Параноидната форма на шизофрения е най-честа (около 60-70 %) Доминиращи в клиничната картина са параноидните налудности (за преследване, отношение, въздействие и унищожение, по-рядко за ревност, величие и др.) и симптомите от I ранг на Шнайдер. Понякога започва с параноичен синдром (съчетание на стройно изградена налудна система с налудна обстоятелственост на мисленето, жива емоционалност и повишена двигателна активност.), който преминава в параноичен, халюцинаторно-параноичен и парафренен (съчетание на систематизирани фантастични налудни идеи, най-често за преследване и величие, със слухови халюцинации, психичен автоматизъм). Последният понякога завършва с кататония. С хронифицирането на болестта налудностите постепенно избледняват, стават откъслечни и не се отразяват съществено върху поведението на болните. Наблюдава се относително недълбока личностова промяна и пациентът може да е в състояние да живее самостоятелно.

2. Кататонна форма на шизофрения. (Кататония: парабулично разстройство на волята, изразяващо се в две противоположни състояния - възбуда и ступор). Водещи са промените във волевото и двигателното функциониране на човека. Клиничната картина се проявява с:

а) кататонна възбуда (хиперкинеза) - изразява се в неосмислен стремеж към движение (за разлика от стремежа към действие при маниакалната хипербулия), липсват цел и борба на мотиви. Проявява се с маниерност, неадекватни мимика и емоционалност, причудливи некоординирани движения, мисловни и възприятно-представни разстройства и др.; Или с:

б) кататонен ступор (хипокинеза) - разстройство на психомоториката, изразяващо се в тежка скованост до пълна обездвиженост. Болният частично или напълно е неподвижен, скован, "замръзнал" в една поза и с безизразна лицева мимика. Негови прояви са негативизъм (активен и пасивен), мутизмът (отказ от говорене), каталепсията и др.

Често противоположните прояви се редуват, а понякога елементи от тях могат да се наблюдават в едно и също време.

Започва обикновено във второто или третото десетилетие от живота.

3. Хебефренна шизофрения (от гр. hebe - младост и rhen - ум, разум.) - шизофрения, настъпваща в юношеската и младата възраст (най-често във второто десетилетие) и проявяваща се предимно с промени в поведението, което става нелепо, причудливо, гротескно; болните са маниерни, глуповато закачливи и досадни, често гримасничат, настроението им е повишено до еуфория със склонност към неразбираема духовитост. Дезорганизирано поведение. Много изразени симптоми са разкъсаното мислене и емоционалното изравняване (липса на нормална модулация на настроението).

IV. Протичане на шизофренията.

В наши дни кататонната и хебефренната шизофрения се срещат все по-рядко, отколкото в началото на века. Пожизненият риск от шизофрено заболяване е 1 %. Обичайното начало на шизофренията е на прехода между юношеството и зрялата възраст. Мъжете и жените боледуват еднакво често, но шизофренията при мъжете обикновено започва няколко години по-рано и ходът ѝ е по-неблагоприятен.

Шизофренията се смята за заболяване с характерно хронично протичане, което води до прогресираща инвалидизация. Изключение прави острата шизофрения с позитивни симптоми (тип 1), при която пациентът може да се възстанови напълно. Най-обща данни за изхода от шизофрения:

При 10 % от болните настъпва бърз и траен упадък. 30 % са с леки, но повтарящи се симптоми. 35 % изглеждат "излекувани" за дълги периоди от време, но имат рецидиви. 20 % са "излекувани", със стабилизирано състояние.

V. ЕТИОЛОГИЯ на шизофренията.

1. Генетични причини. Несъмнено, генетичният набор играе роля във възникването на шизофренията. Ако един от родителите (или брат, сестра) е шизофреник пожизненият риск скача на 12-14 %, а ако и двамата родители са шизофреници, то рискът е около 25 % (изследвания с двуййчни, еднояйчни близнаци; с осиновени деца). Ако единият еднояйчен близък е болен от шизофрения, то вероятността и другия да се разболее е около 50-60 %. Но гените не определят изцяло дали човек ще се разболее от шизофрения. Много съвременни изследвания сочат, че при шизофрения има анатомо-физиологични абнормности в мозъка и неговото функциониране, виновни за шизофренията - открити при около 30 % от шизофрениците.

2. Фактори на средата.

В момента е почти сигурно доказано, че прекарана перинатална травма (родови усложнения), свързана с недостиг на кислород (разширен размер на вентрикулите), увеличава риска от шизофрено заболяване, но само ако човек има генетична предразположеност. Други изследвания са свързани с опитите да се открие невро-дефект в перинаталното развитие на мозъка, настъпващ около 6-ия месец от бременността.

3. Психологични теории.

Хората, които могат да се разболеят от шизофрения се различават по отношение податливостта си към различните влияния от средата - те не са в състояние да преработват информацията по същия начин, както го правят другите хора (не образуват лесно гещалти, не възприемат цялостно ситуацията, не интегрират сетивната информация). Това говори за наличие на патологично реагиране от страна на някои мозъчни системи (лимбичната), водещо до абнормни нива на арауъл. При шизофрениците е установено абнормно състояние на активация (арауъл), което се свързва с поведението на затваряне в себе си и оттегляне от социално общуване. Това е вероятно поради неспособността на болния да подреди заливащо го количество противоречиви стимули. Защото всеки човек, за да се самосъхрани, трябва да структурира ситуацията по начин, който му позволява да отсее част от стимулите (важните от маловажните). В противен случай настъпва когнитивна дезорганизация и се стига до налудни настроения. Намаляване на активацията се постига чрез лекарствена терапия.

VI. ЛЕЧЕНИЕ на шизофренията.

Днес стремежът е към кратки хоспитализации за остри епизоди на болестта, които се последват от поддържаща терапия във от болницата. Лечението до голяма степен се определя от формата, стадия и водещия психопатологичен синдром.

1. Лекарствена терапия.

В острата фаза на шизофрения приложението на невролептици започва в дози, които трябва да потиснат психотичните изяви и придружаващите нарушения в поведението и афектите. Но невролептиците действат върху позитивната симптоматика (шизофрения от I тип), ако доминират негативните симптоми ползата от тях е много съмнителна. При остри заболявания, протичащи с вътрешна напрегнатост, страх, неспокойствие и психомоторна възбуда се използва халоперидол. За по-бързо намаляване на възбудата и преодоляване на агресивността халоперидолът и мажептилът се комбинират със заглушаващи невролептици, какъвто е хлорпромазинът. Уместна и ефективна е комбинацията на посочените невролептици с диазепам. При по-неблагоприятно протичаща шизофрения, както и при резистентни случаи, се провежда лечение с лепонекс.

Невролептиците и депо-препаратите се използват за т.нар. поддържащо лечение, за предотвратяване на рецидивни психотични епизоди. Всички бързодействащи и с депо ефект невролептици често се съпровождат с т.нар. невролептичен синдром, протичащ най-често с явления на паркинсонизъм, затова успоредно се взема някой от коректорите (напр. паркизан).

Електрошоковата терапия е особено ефективна при някои от видовете шизофрения (общо 6-12 сеанса по 2-3 пъти седмично).

2. Психосоциална терапия.

а) ресоциализация. Средата, в която човек живее, емоционалният климат в семейството е изключително важен фактор при шизофренните заболявания. Ако пациентът е живял в среда с високо ниво на критичност спрямо него, ако е бил подложен на глобална критика, отправена не към отделните му постъпки, а към личността му като цяло, то това е добра основа за създаване на емоционално напрежение и изблик на силни емоции (раздразнителност, гняв). В такива семейства не се зачитат границите между отделните членове на семейството - личните решения са предмет на обсъждане от околните. Когато тези характеристики са налице (високо ниво на емоционална експресия в семейството), тогава е много вероятно пациент от такова семейство да има чести рецидиви. Поради това съществуват профилактични програми с просветни елементи, целящи промяна на климата в семейството. Очаква се, че вследствие променения стил на живот в семейството ще се снижи вероятността от поява на нови шизофрени пристъпи.

б) рехабилитация - поддържане на оптимално (не максимално!) ниво на трудова заетост и социална активност на болния.

в) психотерапия.

VI. Има ДРУГИ ПСИХОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА (които не са шизофрения). Едно от тях е:

1. Налудно разстройство (преди се е наричало параноя) (Нарича се още "параноидна психоза". Протича с персекуторни налудности, но без други данни за шизофрения. Налудните идеи могат да оформят сложна и логично разработена система, която не засяга останалите сфери на личността. Специфични примери за този синдром са болестната ревност и еротоманията). Водещ симптом е една налудност или системата от налудности, обединени от една обща тема (за отношение - мислят, че другите хора ги смятат напр. за хомосексуалисти; за откривателство; ревностова; сексуална, вкл. и еротична).

При налудното разстройство няма симптоми от I ранг на Шнайдер, няма негативни симптоми. Обикновено е налице задоволително социално функциониране.

Това разстройство се среща много по-рядко от шизофренията и обикновено не се установява фамиленост (генетично предаване). Във възникването на този вид разстройство лежат много от причините за възникване на параноидните налудности.

ЛЕЧЕНИЕ: Най-важният въпрос е свързан с трудностите при изграждането на терапевтичния съюз, защото хората с налудно разстройство в голяма степен използват механизма на проекция и са склонни да откриват злонамереност у околните, вкл. и у терапевта. Нерядко тези хора функционират на добро ниво и налудностите не им създават голям дискомфорт (страдание), а именно той мотивира човека за лечение. На болните трудно може да им се обясни, че трябва да вземат мерки за здравето си. Ако все пак пациентът се мотивира за лечение, целта на терапията не е "излекуване", премахване на налудностите, а е по-скоро насочена към това как човека да живее с налудностите си така, че те да не му пречат.

Обикновено това разстройство е много трайно и постоянно, цикличност има по-скоро в проблемите, които то създава.

Извадка от МКБ-10, рубрика F 2 "Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства":

F 20 ШИЗОФРЕНИЯ

F 20.0 Параноидна шизофрения.

F 20.1 Хебефрenna шизофрения

F 20.2 Кататонна шизофрения

F 20.3 Недиференцирана шизофрения

F 20.4 Постшизофрenna депресия и т.н. до 20.9

F 21 ШИЗОТИПНО РАЗСТРОЙСТВО

F 22 ПЕРСИСТИРАЩИ НАЛУДНИ РАЗСТРОЙСТВА

F 21.0 Налудно разстройство

F 23 ОСТРИ И ПРЕХОДНИ ПСИХОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

F 24 ИНДУЦИРАНО НАЛУДНО РАЗСТРОЙСТВО

F 25 ШИЗОАФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА

F 28 ДРУГИ НЕОРГАНИЧНИ ПСИХОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Въпрос 14. РАЗСТРОЙСТВА СВЪРЗАНИ С ТРЕВОЖНОСТ (фобии, паническо разстройство, генерализирана тревожност).

(20.03.1995)

I. "Тревожност" е афективно състояние на очакване на някакво неприятно събитие, на преживяване на напрежение и страх, съответно опасение от същото.

Тревожността много прилича на страха. Обикновено тези два термина се различават по това дали има реално съществуваща опасност или няма. Страхът има определени, конкретни причини. Отговор на човека и при двете състояния е "борба или бягство".

Едната група симптоми за тревожност се отнася до телесните функции на човека (свързани с вегетативната нервна система - болки в корема, в гърдите, гадене, повръщане, виене на свят, чести позиви за уриниране и др.).

Другата група симптоми е свързана с психични прояви - опасения, предчувствия, очаквания.

Тревожността е "сигнално" състояние - съобщава за някакъв вид опасност и прави човека по-подготвен да я посрещне.

Кое отличава ТРЕВОЖНОСТТА КАТО БОЛЕСТНО СЪСТОЯНИЕ (т.е. кога тревожността е нормална и кога става патологична, кога става синдром)?

Тревожността се превръща в патологична, когато силата ѝ е такава, че блокира човешките действия, преминала е прага на нормалното.

Тревожността е неприятно състояние и различните хора се справят с нея по различен начин (танцуват, тичат, пушат, слушат музика). Тревожността има **ВТОРИЧНО ПОДКРЕПЯЩ ХАРАКТЕР**, когато човек избира един или друг начин за справяне (напр. ако човек слуша Моцарт винаги, когато е тревожен, то спадането на тревожността му от тази музика подкрепя начините за справяне).

Тревожността може да бъде и предупреждение за опасност, която идва и от вътрешния, и от външния свят (фрустрацията включва и външната ситуация). Когато възникне вътрешна опасност (когато в съзнанието нахлуят несъзнавани елементи), се появява една тревожност, която психоанализата нарича "сигнална". В резултат от нея се включват защитните механизми на Аз-а, които се стремят да я премахнат. В ежедневието ни съществуване това става непрекъснато.

Но когато защитните механизми на Аз-а се "провалят", то забраненият импулс се проявява под друга форма - като симптом. Симптомът е компромис (междина форма) между забраната и защитните механизми на Аз-а. Един от тези симптоми е тревожността (това е психодинамично обяснение).

Обобщение: тревожността бива два вида: сигнална и симптомна!

II. РАЗСТРОЙСТВА, при които ТРЕВОЖНОСТТА Е ЦЕНТРАЛЕН СИМПТОМ.

Първият въпрос, който трябва да си зададем, когато е налице тревожност като симптом, е дали разстройството е органично (увреждания на ЦНС). Това е първото, което трябва да се изключи.

Вторият въпрос се отнася до това, дали става дума за тревожност, която се проявява само при определени обстоятелства (ситуации или обекти). Ако е така, то става дума за **ФОБИЯ**. В класификацията има три вида фобии:

1. **Агорафобия** - невротичен страх от преминаване през открити широки места. Хора с агорафобия избягват да се движат сами навън, рядко напускат пределите на дома си.. Страхът от открити пространства намалява, когато болният се придружава от близък. Агорафобията може да бъде тежко инвалидизиращо състояние, ограничаващо всички кръгове на дейност на човека. Агорафобия се диагностицира при наличие на силен страх в описаните ситуации (отдалеченост от дома и други ситуации, които е трудно да бъдат бързо напуснати), придружен от прогресиращо ограничаване на обичайните дейности до степен на пълно господство на страха и отбягващото поведение над живота на пациента.

2. **Социални фобии** (свързани със струпването на много хора). Тревожността се проявява в различни социални ситуации. Има хора, които не могат да говорят пред публика, не смеят да говорят по телефона, страх ги е да се хранят на публично място, да пътуват в пълен с хора асансьор, да пишат пред хора и т.н.

3. **Специфични фобии**. Отнасят се до специфични обекти или ситуации: страх от различни видове животни, пух и перушина; от насекоми; от вода; от височина; от тесни и затворени пространства (клаустрофобия); от гръмотевици; от кръв и инжекции и т.н.

Фобиите са повтарящи се ирационални страхове с непреодолимо желание за отбягване на обектите и ситуациите. Разстройството би следвало да причинява значителен дистрес, а страхът да се схваща от пациента като ексцесивен (прекомерен) и неоснователен.

Третият въпрос, който трябва да си зададем, ако тревожността не е свързана с органични причини или само с определени обстоятелства, е дали тревожността не е **СЪСТОЯНИЕ**, което сега се нарича **ПРИСТЪПИ НА ПАНИКА**. Изразяват се със силна тревожност и са ограничени във времето - настъпват изведнъж и са краткотрайни (5-20 мин.). Налице са бурно изразени прояви от страна на вегетативната нервна система (тремор, изпотяване, горещи/студени вълни), обикновено съпътствани от силен страх на мисловно ниво, че човек всеки момент може да изгуби контрол над себе си и да извърши незнайно какво, дори да умре. Пристъпите на паника са бурни епизоди на тревожност (редуваци се), които протичат много драматично и се изживяват от пациента по същия начин. Паническо разстройство може да се диагностицира само ако пациентът описва повтарящи се панически пристъпи и ако не удовлетворява критериите за друго тревожно състояние или депресия.

Четвъртият въпрос, който трябва да си зададем (ако не става дума и за пристъпи на паника), е дали не се касае за **ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ТРЕВОЖНОСТ** (нарича се още "страхова невроза"). Възниква главно у лица със слаб тип висша нервна дейност. Човек се чувства тревожен през по-голямата част от времето, но тревожността му няма силно изразени пристъпи. Налице са 4 вида явления:

- мрачни предчувствия;
- прояви на хиперактивност на вегетативната нервна система;
- човек се чувства непрекъснато нащрек, очаква нещо да се случи;
- повишено мускулно напрежение с най-чест симптом - главоболие. Усещане, че не може да се отпусне, човек чувства стегнат и напрегнат.

III. ЕТИОЛОГИЯ на тревожното състояние.

Пристъпите на паника са най-проучваната група. Има моменти на очевидни и резки промени в състоянието на организма и в емоционалния живот, които лесно се разпознават. Освен психоаналитичните идеи, тук се търси и биологичния субстрат на разстройството. Изследванията са свързани с норадреналинови неврони, които в определени моменти силно се задействат (това всъщност са пристъпите). Косвено доказателство за наличие на биологичен субстрат е това, че тези явления могат да се предизвикат по изкуствен начин (с инжектиране на различни вещества).

Смята се, че причините за агорафобията са свързани с пристъпите на паника (те някак "отключват" агорафобията, поведението на избягване), но не са напълно разгърнати - не винаги в началото на агорафобията има пристъпи на паника. Не е ясно защо човек в един момент *започва* да избягва да излиза навън (когато започне, е ясно - по механизма на научаването се получава порочен кръг: вследствие на панически пристъпи човек се опасява, че нещо ще се случи и ограничава действията си; поведенческите детерминанти засилват тревожността и т.н.).

За останалите фобии се предлагат различни модели на обяснение. Един от въпросите е защо хората са склонни да реагират с висока степен на тревожност точно спрямо един вид обекти? Има различни спекулации за биологична предразположеност на човека да формира такъв тип реакция към определени обекти - идеи за възникване на условни рефлексии при определени сигнали: физиологична предразположеност на човека. Тези страхове са свързани с еволюцията на човека и са израз на особен вид приспособимост към определени условия.

При генерализираната тревожност почти нищо не се знае за причините за възникването ѝ.

Тревожните състояния обикновено са в разбираема връзка със стресогенни житейски събития. Тревожните симптоми често са свързани с безпокойства относно телесното здраве и затова пациентът трябва спокойно да ги изрази и да намери медицинско обяснение за тях от лекар. В други случаи тревожността не е свързана със загриженост за телесното здраве, а е соматичен израз на някакъв интерперсонален проблем (който пациентът не свързва с телесния симптом).

IV. ЛЕЧЕНИЕ НА РАЗСТРОЙСТВА, СВЪРЗАНИ С ТРЕВОЖНОСТ.

1. За пристъпите на паника има лекарства, които ги разреждат или спират (блокират) във времето. Най-широко приложение имат транквилизаторите и антидепресантите. Но тъй като съществува опасност от формиране на зависимост към транквилизаторите, то основното лечение трябва да е с антидепресанти, а транквилизаторите да се изписват допълнително (по време на кризите).

Друг вид лечение е обучението в релаксация. Възможно е редовното практикуване на техниките да понижи нивото на тревожност (съществува тревожност между пристъпите - "тревожност на очакването") и, съответно, разреждане на пристъпите на паника.

Може да се препоръча и обучение в различни техники на дишане, защото когато спадне нивото на въглероден двуокис в кръвта, се повишава тревожността - при учестено дишане кислородът се повишава, а въглеродният двуокис намалява. Затова се препоръчва т.нар. повърхностно дишане или дишане в кесия, където нивото на въглероден двуокис е по-високо.

2. При агорафобията основният метод за лечение е поведенческата терапия - излагане на фобийните ситуации, с което се постига излизане на пациента навън от "дупката". Прави се план за постигане на близки и далечни цели (места), отначало с придружител, а по-късно и без спътник. Ако са налице и пристъпи на паника, може да се приложат и лекарства за блокиране на тревожността.

3. При лечението на социалните фобии основният метод е обучението в социални умения за общуване - не индивидуално, а в малка група (ролеви игри и др.). Има специални програми, които се нагаждат към нуждите от лечение на конкретния човек.

4. Специфичните фобии обикновено не стигат до лечение, защото не предизвикват особено силна степен на дискомфорт. При ясно дефинирана ситуация или обект лечението е по-лесно. Лечението е с поведенчески техники - степенувана десенсибилизация *in vivo*. Тя включва обучение в умението да се релаксира и постепенно излагане на обекта или ситуацията, който е предмет на фобията.

5. Генерализираната тревожност се лекува трудно. Тя е "плуваща", съществува постоянно и не са известни причините за появата ѝ. Опасното е, че човек става зависим от един или друг вид мерки, особено от лечение с медикаменти. Най-подходящият вариант е някаква психотерапия, насочена към откриване на проблемите, конфликтите, темите, които налагат на този човек да прибегва до езика на симптомите.

В МКБ-10 под рубрика F 4 "Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства" са:

F 40 ФОБИЙНИ ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

F 40.0 Агорафобия

F 40.1 Социални фобии

F 40.2 Специфични (изолирани) фобии

F 41 ДРУГИ ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

F 41.0 Паническо разстройство

F 41.1 Генерализирана тревожност

F 41.2 Смесено тревожно-депресивно разстройство

F 42 ОБЕСИВНО-КОМПУЛСИВНО РАЗСТРОЙСТВО

F 42.0 С преобладаване на натрапливи мисли или умствени предъвквания

F 42.1 С преобладаване на компулсивни действия (натрапливи ритуали)

F 42.2 Смесени натрапливи мисли и действия

F 43 РЕАКЦИИ НА ТЕЖЪК СТРЕС И РАЗСТРОЙСТВА В АДАПТАЦИЯТА

F 43.0 Остра стресова реакция

F 43.1 Посттравматично стресово разстройство

F 43.2 Разстройства в адаптацията

F 44 ДИСОЦИАТИВНИ (КОНВЕРЗИОННИ) РАЗСТРОЙСТВА

F 44.0 Дисоциативна амнезия

F 44.1 Дисоциативна фуга

F 44.2 Дисоциативен ступор

F 44.3 Транс и състояния на обладаност

F 44.4 Дисоциативни двигателни разстройства

F 44.5 Дисоциативни гърчове

F 44.6 Дисоциативна анестезия и загуба на сетивност

F 44.7 Смесени дисоциативни (конверзионни) разстройства

F 45 СОМАТОФОРМНИ РАЗСТРОЙСТВА

F 45.0 Соматизационно разстройство

F 45.1 Недиференцирано соматоформно разстройство

F 45.2 Хипохондрично разстройство

F 45.3 Соматоформна вегетативна дисфункция

F 45.4 Персистиращо соматоформно болково разстройство

F 48 ДРУГИ НЕВРОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

F 48.0 Неврастения (синдром на умора)

F 48.1 Деперсонализационно-дереализационен синдром (разстройство)

Въпрос 15. ОБЕСИВНО-КОМПУЛСИВНО РАЗСТРОЙСТВО.

(3.04.1995)

I. Това разстройство е от групата на неврозите и в миналото се е наричало **"натраплива невроза"** (През 1903 год. Пиер Жане обединява натрапливите състояния в самостоятелно заболяване под названието "психастения". По-късно се утвърждава понятието "натраплива невроза", което включва в себе си невротични разстройства, в чиято клинична картина преобладават натрапливи мисли и представи, опасения и страхове, влечения и действия. Най-често натрапливите явления се представят в три групи. Т.е. има три разновидности на натрапливата невроза: а) обесивна невроза - преобладават натрапливите мисли, идеи и представи; б) компулсивна невроза - преобладават натрапливите влечения и действия; в) фобийна невроза - доминират натрапливите опасения и страхове. Това разделение е условно, защото често те се преплитат и комбинират плътно). *Обесията (натрапливостта) се проявява в мисленето, а компулсията (принудата) - в поведението.*

Натрапливите феномени включват:

- мисли с неприятно или неприлично съдържание;
- представи под формата на отблъскващи, но оживени сцени;
- подтици към извършване на действия от насилствено или позорящо естество;
- ритуали като миене на ръце или усложнени начини за обличане или почистване;
- умствено предъвкване на доводи "за" и "против" тривиални, ежедневни дейности;
- съмнения в това, дали действия, свързани с безопасността (заклучване на врати, изключване на електрически прибори) са действително извършени.

Типично за обесивно-компулсивното разстройство (ОКР) е, че когато възникнат натрапливите феномени пациентът има ясно съзнание за тяхната нелепост (за разлика от налудните идеи).

Т.е., за да се говори за натрапливост, първо трябва да има **ясно съзнание за нелепост**, безсмисленост.

Вторият важен елемент е **вътрешната съпротива**. Индивидът съзнава, че обесивните мисли и идеи идват от самия него, а не са външни внушения. Пациентът сам създава обесивната мисъл и ясно съзнава, че тя е нелепа, а от друга страна изпитва вътрешна съпротива към тази мисъл (докато налудните мисли се приемат за нещо идващо отвън и не е налице чувство за нелепост и вътрешна съпротива). Пациентът губи битката, защото (има две важни характеристики: депресия и тревожност. Всяко ОКР се съчетава с тях. Опитите да се пропъди обесивната мисъл или да се противостои на компулсията за извършване на някакво действие обикновено предизвикват тревожност. И за да се намали тревожността, трябва да се извърши компулсивното действие (ОКР в умален образ от ежедневието е почукването на дърво).

При ОКР страда социалното функциониране на личността. Определени лица, възрасти, дори етнически групи, са по-податливи на обесивност от други. Напр. религиозните ритуали в известен смисъл също са обесивни действия (начин за предпазване от нещо и, съответно, за намаляване на тревожността). Има личностови характеристики и житейски ситуации (кризи), които правят човека по-податлив на обесивно поведение, за да се справи с тревожността, предизвикана от акумулирания стрес (натрапливият ритуал може да е напр. натрапливо броене или миене на ръце, което е един от най-разпространените варианти и др.). Понякога ритуалите до такава степен могат да обсебят ежедневието на човека, че той да не може да върши нищо друго (животът му се инвалидизира), но те не засягат Аз-а - човек прекарва деня си в борба да не мисли или извърши нещо и в края на краищата го прави.

Това е тежка болест, която се хронифицира, ако подобен епизод трае повече от една година. Това е едно перманентно състояние, завладяващо целия социален живот на човека. При такива пациенти рационалният подход не върши работа.

Симптомите (нарастваща тревожност, борба с нея и невъзможност за успокоение, докато не направи действието) се срещат в чист вид при ОКР, а като придружаващи - при други разстройства, най-често при депресивно-афективните разстройства в съчетание с депресивни симптоми. Понякога по обесивно-компулсивен начин може да започне и една шизофрения, но при шизофренията липсва съпротива.

II. Хора с доказано тежко ОКР 5-7 пъти повече се срещат сред родствениците. Някои автори смятат, че детето рано се приучва към натрапливост, ако има обесивна майка. Изследователи, занимаващи се с изучаване на ОКР и на ананкастната личност (ананкастен - от гр. *anankasma* - принуда), принуден от съдбата. Синоним: психастения - не-силна душа (с вътрешна неувереност и неспособност за справяне с житейските задачи) доказват, че има силна връзка между тях. Ананкастното разстройство на личността обикновено се свързва и с тревожност, желание за подсигуряване, склонност към перфекционизъм (има голяма връзка между педантизма и ОКР, той може да се тълкува като стремеж към натраплив ред за намаляване на тревожността). Този тип хора нямат натраплива невроза, но биха могли да я развият. Във фамилии с такива личности има по-голяма вероятност от развиване на ОКР (вероятно *има някаква генетична връзка*).

Значение при отчитането на факторите имат самата личност (опитът ѝ), наследствеността, начините на отглеждане и възпитание (напр. начините на наказване).

ПРОГНОЗА на ОКР: най-неблагоприятна, що се отнася до качеството на живота.

За психоаналитиците ОКР е един от най-интересните обекти. Чрез натрапливата невроза се доказва идеята на Фройд, че натрапливите симптоми са израз на изтласкана тревожност и агресия и че настъпва мощен регрес на личността към аналната фаза. Психоанализата е и ефективен начин за лекуване на ОКР.

ОКР често се комбинира с **депресия** и, следователно, би могло да се лекува с антидепресанти. С транквилизатори не става почти нищо, защото зад обесивно-компулсивните прояви в този случай стоят разстройства на афектите (депресия, недобре насочена **агресия**, силна **тревожност**).

Обесивните мисли и действия дават кратко облекчение, защото разстройството е съпътствано винаги от депресивност и почти непрекъсната тревожност. Натрапливи разстройства възникват и без депресивни симптоми, но това са сравнително редки случаи.

Половете са представени поравно, за разлика от другите състояния. Честотата варира между 0.1 и 2 на 1000 за година. Натрапливите заболявания са само около 2 % от заболяванията, лекувани от психиатри.

Има идея, че ОКР развиват хора с по-висок IQ, по-интелигентни, и това е в известен смисъл вярно, защото всъщност натрапливостите се развиват, ако са потиснати нагоните.

Да се запомнят трите важни връзки на ОКР с други заболявания: с депресия, с тревожни разстройства, с ананкастна личност (при ананкастната личност няма истинско ОКР, но личността обесивно проявява тревожността или педантизма си)!

III. ЛЕЧЕНИЕ.

Спектърът на ОКР е много широк - от много леки до много тежки прояви. Лечими са в ранния си стадий. Колкото по-млад е пациентът, толкова по-големи са шансовете му да се излекува. До някаква степен всички ние можем да се справим с натрапливостите си.

Работа на интервюиращия е да измъкне от пациента дали прави ясно разграничението "идващо отвън" ("внушение") и "идващо отвътре" ("като част от мен"). След като установи, че натрапливостите се възприемат като идващи отвътре, наличието на вътрешна борба и съпротива поставя диагнозата.

Един от начините за лечение е поведенческата терапия. Тя е лечение на избора и се състои в предотвратяване на реакцията при натрапливите ритуали и стопиране на мисълта при натрапливите мисли. Самото компулсивно действие може да се припише на някакъв друг период, а не когато тревожността е много висока, така се избягва елемента на съпротива, който един от най-важните фактори на ОКР.

Най-често лечението е с медикаменти.

Използва се и психоанализа.

Тематиката за "мръсотията" е много често срещана. Такива пациенти като деца (на около 2 год.) трудно са се научили да ходят на гърне или са били подложени на малтретиране при изпускане или отказ. Това е дефектен начин за упражняване на контрол и има връзка с психологическия садизъм. Тогава обесивните състояния в по-късна възраст са свързани със страха от загуба на контрол ("задоволяван" по патологичен начин).

Виж МКБ-10, F 42, след 14-ти въпрос!

Въпрос 16. СОМАТОФОРМНИ РАЗСТРОЙСТВА.

I. Соматоформните разстройства (синоним: психосоматично разстройство) са психични разстройства с телесна симптоматика - проявата на психичната дисфункция е соматична.

Първият вид соматоформни разстройства - **соматизационните** - (соматизационно и соматоформно не е едно и също нещо! "Соматоформни разстройства" е шапката, под която са описани психичните разстройства със соматична симптоматика. Соматизационното разстройство е едно от тях), се характеризират с дълготрайни, повтарящи се симптоми, налагащи постоянно търсене на лекарска помощ и повтарящи се до втръсване медицински изследвания. И при депресията има телесни симптоми (напр. безсъние), и при тревожността - също (вегетативна симптоматика), но при соматизационните разстройства не се открива разстройство на ниво психика.

Тук основната характеристика е дълготрайността (не по-малко от 2 години). През цялото това време упорито се търси медицинска помощ по повод ясни телесни симптоми, **НО ТЕЛЕСНА БОЛЕСТ НЕ СЕ ДОКАЗВА**. Тези хора много късно отиват при психиатър и съзнателно го отбягват. Всяка идея да се свърже болестта им с интрапсихична причина води до много голям яд (много типично!). Пациентът се чувства обиден от подобна идея. Постепенно това съществуване на човека между здраве и болест нарушава цялостното му социално функциониране.

* Разлика от хипохондрията! **Хипохондрията** е израз на дълбока убеденост, че човек е болен от тежка, непозната и **нелечима** болест. При соматизационното разстройство човек е фиксиран върху симптомите си - търси начин да ги докаже (обективира) и **търси лек** за тях. При хипохондричното разстройство симптомите бъдат страх и често най-невинни явления се тълкуват като болестни симптоми.

И при двата вида разстройство е налице свръхангажираност на пациента със симптомите и страховете и прояви на дистрес, съпроводени с абсолютна отхвърленост на психична етиология. Винаги се намират лекари, които да обслужват телесните им прояви.

Какво се крие зад соматоформните разстройства? По какви механизми възникват? Обикновено те са съчетани с депресия и тревожност, но **ГЛОБАЛНИЯТ МЕХАНИЗЪМ Е КОНВЕРЗИЯТА** (както и при дисоциативните разстройства - амнезии, парези и т.н.): неприятни преживявания, спомени и проблеми се изтласкват от съзнанието и се проявяват чрез различни телесни дисфункции.

Обикновено конверзионният механизъм се смята за хистеричен (изследван от Шарко, през Фройд до днес).

ПРОЯВИ ЧРЕЗ ТОЗИ МЕХАНИЗЪМ: загуба на чувствителност, различни неприятни усещания, загуба на функция на даден орган (хистерична парализа). Това е механизъмът на дисоциация (дисоциацията е защитен механизъм, при който се осъществява разделяне на два (или повече) психични процеса, които иначе биха били интегрирани, като единият впоследствие става несъзнателен) на определени психични функции и изтласкването им към тялото. Той обяснява наличието на пациенти с телесно заболяване, което се дължи на психични причини, неосъзнати от болните. Задачата на професионалиста е да помогне на тези хора да разберат психичните си проблеми. Тогава симптомите дошли по конверзионен път трябва да изчезнат. *Почти при всички разстройства, които се проявяват чрез телесни симптоми, има наличие на конверзионен механизъм.*

II. Най-трудно лечими са ХИПОХОНДРИЧНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА (синоними: хипохондрична невроза, хипохондричен синдром), защото те много бързо стават начин на живот и при тях се търси "вторична печалба" (човек може да принуди поне семейното си обкръжение да се съобразява с него). Много трудно този човек може да осмисли психическите си проблеми, да ги вербализира и реши, защото ще загуби значим за него свят, в който телесната му болест внушава своеобразен респект у околните, които са принудени да се съобразяват със заболяването. Освен това, затруднението идва и от факта, че са много малко хората, които могат да negliжират (да не обръщат внимание) оплакванията на близките си.

III. ХАРАКТЕРИСТИКА на хора със соматизационно разстройство.

Това са преди всичко жени. Разстройството започва в по-млада възраст (около 20-22 години). Разпространението на *хипохондричното разстройство* е разпределено поравно между мъжете и жените. И двете разстройства трябва да се разграничават от депресията и тревожността, които често вървят заедно. Ако подобно разстройство възникне около 40 годишна възраст, тогава по-скоро става въпрос за депресия, ако се изключи разбира се възможността пациентът да е наистина болен.

Съвременната медицина (с многото видове изследвания) провокира появата на соматизационни разстройства. Връзката между тялото и душата е обект на голям интерес - кой психологически тип е застрашен от инфаркт (Тип А - амбициозни, перфекционисти и нетърпеливи, лидери, конкуриращи се с другите) и кой не е (Тип В), при еднакви навици?

Франц Александър и Дънбар (Дънбар е жена!) първи говорят за психосоматични болести и **психосоматичен профил**. Според Ф.А. следните болести са с психосоматична причинност: бронхиална астма, язва на дванадесетопръстника и стомаха, есенциална хипертония, някои кожни болести (невродермит), някои видове диабет, почти всички видове колит и др. Тези болести са свързани с участието на пациента. Това са наистина болести, при които участието на хроничен стрес и неблагоприятни събития имат значение и като че ли тогава те се "отключват". За да се излекуват или подобрят, намесата на психологическите фактори в битието на болните е от съществено значение.

Двамата автори откриват психосоматични личностови профили с типични характеристики. Описват личностови черти, които до голяма степен са типични за хората, предразположени към развиване на астма и които са различни от тези на бъдещите "язваджии". Всичко това има връзка с контрола върху агресията - по-силният контрол е показател за по-голям риск от психосоматично заболяване. По отношение лечението на тези състояния, намесата на психолога е желателна (дори задължителна).

Изводът е, че има хронични болести, при които е налице тясна връзка в индивидуален план между тяло и психика.

Според системната гледна точка на един от фамилините терапевти има т.нар. "**психосоматични семейства**", в които конфликтите, директните сблъсъци се избягват, нещата не се казват открито, избягват се скандалите. За избягване на откритата агресия често в такова семейство се "прибягва" до соматоформно, психосоматично заболяване на някой от членовете му. В случая болестта служи за избягване на открити конфликти и разпадане на семейството. Често хроничната болест на едно дете (диабет, астма) така обслужва семейството, че то се "върти" около нея. Болестта става основния начин родителите да не си задават въпроси и да са единни. Обаче много от болестите отминават. Когато семейството остане без болест, много е възможно някой друг член да развие психосоматично разстройство.

Соматизационното разстройство често обслужва **интерперсоналните отношения**. Напр. в една семейна (или несемейна!) двойка с проблеми, единият, който "не издържа", може да развие симптоми от соматизационен тип без реална причина, с които всецяло ангажира другия. Идеята за телесната болест служи като заместител не само на решението на личните проблеми, но и на интимните, интерперсонални отношения. Болестта поставя другия партньор в положение на зависимост от нея и регулира дистанцията между двамата и близостта им. Много често това състояние в семейството се вижда от страни от роднините и приятелите, но участниците почти никога не ходят при психиатър. Не може да им се каже, че съществува не телесна болест, а психичен проблем - за хората със соматоформно разстройство това е заплаха. Дори и намекът за това ги влудява.

Хипохондричното разстройство до голяма степен е свързано с **нарцистичните проблеми на личността**. Силен пример в това отношение е юношеството - предизвикателство към самооценката. Хипохондричните разстройства са много чести и в периода на остаряването, когато самооценката отново е поставена на изпитание. Това разстройство се проявява не само със страх от болест, а и със страх от обезобразяване (неоправдан страх, че ще погрознееш вследствие на болест).

Тези състояния са много трудно лечими и се срещат у хора с известна недостатъчност на самооценката ("не се чувстват добре в кожата си").

По принцип трайните оплаквания без реална телесна болест при соматизационните разстройства причиняват дистрес на пациента. Хората с психосоматични заболявания НЕ СА СИМУЛАНТИ, те са наистина страдащи! Но в един момент започват да дразнят всички околни с вечното си оплакване. Когато близките им се убедят, че им няма нищо телесно (обикновено след "ходене по мъките" за разни изследвания и прегледи), много често игнорират оплакванията. Тогава болният *несъзнавано* ескалира симптомите си, като се стреми да докаже колко е зле.

ДРУГИ СОМАТОФОРМНИ РАЗСТРОЙСТВА (освен соматизационно и хипохондрично):

IV. СОМАТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА, които протичат С ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦИЯ. (Вегетативната нервна система контролира работата на вътрешните органи).

Пример за такова разстройство е сърдечната невроза, както и стомашни, сърдечни оплаквания, оплаквания, свързани с уринирането и при които има симптоми, но няма телесна причина. При някои хора това се случва често. Ако се случва често, когато индивидът се намира в стрес, то по-късно и без наличие на стрес пациентът получава такова разстройство.

Тези разстройства СА РАЗЛИЧНИ ОТ ПРЕДИШНИТЕ (хипохондрично и соматизационно), те са свързани с дисфункция на вегетативната нервна система. Загубен е балансът, контролът на вегетативната нервна система, но постепенно човек свиква с тези оплаквания. Наистина има нещо зад тези симптоми, но ако на пациента се каже, че нищо му няма, той повече не обръща голямо внимание на симптомите си.

V. СИНДРОМ НА ХРОНИЧНАТА БОЛКА.

Това е болков синдром без специфична органична причина. Типичен пример са хроничните болки в гърба - много често те са предизвикани от състоянието на стрес. Т.е. хроничните болки в гърба без биологична обоснованост, са израз на повишено мускулно напрежение при хронични

стресови състояния. Транквилизаторите лекуват чрез намаляване на мускулния тонус и водят до изкуствена телесна релаксация, а оттам - към психична релаксация.

Изобщо, соматоформните разстройства добре се повлияват от транквилизатори (бензодиазепини), но има привикване към тях - лекарствена зависимост. Лечението може да бъде и с антидепресанти, защото зад соматоформните разстройства често стоят депресии.

VI САМОПРЕД ИЗВИКАНИ заболявания - "Синдром на Мюнхаузен" (описан от англ. хирург М.Ашър). Склонност към псевдология с повторни постъпвания в медицински учреждения по повод самоувреждане (понякога твърде тежко) или мнимо остро заболяване. Наблюдава се при психопатия и хистерия.

Хора с такъв синдром съумяват дълго време да подвеждат лекарите, като представят заболяването си като изискващо телесна интервенция - и наистина ги оперират! Обикновено такива хора са с няколко оперативни интервенции в историята си.

Хората, които си правят пластични операции често са с психотични разстройства. Държат да направят определени корекции, но не търсят корекцията, а интервенцията. Можем да познаем тези хора по силното желание да променят тялото си или по честите изисквания да бъдат прегледани от лекар. Тези хора никога не "мирясват", никога не се отказват.

Те най-често имат смесени симптоми (депресия, тревожност и др.), но и ясно изразени хистрионни личностови характеристики. Т.е. тези, които *развиват соматоформни разстройства, са по-близо до хистрионния симптоматичен кръг.*

НЕВРОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА със соматична симптоматика:

VII. НЕВРАСТЕНИЯ. (синдром на умора) (букв. нервна слабост, нервно изтощение).

Най-разпространената невроза, която се предизвиква от преумора, пренапрежение на нервната система или от продължително въздействие на психотравмиращи фактори.

Неврастенията е доказана невроза, проявяваща се с телесни симптоми. Неврастеникът е човек със синдром на умора. Неврастенията (която е с големи културални разлики) се появява, когато е налице състояние на изчерпване, на невъзможност за справяне с нещата. Много бързо настъпва умора и много бързо се изчерпва капацитетът на организма. Много често неврастениците имат телесни симптоми: сутрешно главоболие (или стягане на главата "като с обръч"), лесна телесна (и психична) уморяемост, разстройство на съня, вегетативни нарушения и др. За разлика от депресията, те нямат афективно състояние, само по-бързо се уморяват.

Много лесно неврастенията може да се развие до хипохондрично разстройство. Тя може да трае много дълго време - особено при умствена работа, при което индивидът страда, че не е достатъчно ефективен.

От неврастения най-често боледуват хора със слаб или неуравновесен тип нервна система.

VIII. РАЗСТРОЙСТВА, съчетани с ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ И ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ.

Тук човек обикновено има усещането, че той самият или света около него се е променил. Но знае, че това възприятие се дължи само на него (за разлика от шизофренията, където е убеден, че някой отвън го е направил). При тези разстройства човек има идеята за външна и вътрешна промененост, но **НЯМА ИДЕЯТА ЗА НАПРАВЕНОСТ.**

Подобни състояния се срещат у хора с тежки стресове и при хора, разминали се със смъртта (състояние на отдалеченост от себе си и реалността - има общо с депресивното състояние, но са различни!). Деперсонализационният синдром най-често се наблюдава не самостоятелно, а като разстройство при натраплива невроза, депресии, шизофрени и др.

Така или иначе, хората с такива симптоми много бързо трябва да бъдат насочени към психиатър!

Това беше лекцията за соматоформните разстройства.

ЕДНО УТОЧНЕНИЕ:

В МКБ 10 под рубрика "Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства" (F 4) неврастенията и деперсонализационно-дереализационният синдром не е при соматоформните разстройства, а при "Други невротични разстройства".

Доколкото схванах, соматоформните разстройства най-общо са тези, при които психични проблеми се изтласкват от съзнанието и се заместват със соматични симптоми. А конверзионните разстройства би трябвало да са тези, при чието образуване е взел участие механизмът на конверзия (което е едно и също!). Да, обаче този механизъм участва и при соматоформните, и при дисоциативните (но като че ли повече при соматоформните).

Освен това, "конверзионни" и "дисоциативни" разстройства са едно и също нещо според МКБ-10, а и специална лекция за конверзионни разстройства не е предавана.

Така че, под въпрос 17 ("Конверзионни разстройства") ще бъде лекцията за дисоциативните разстройства, а под въпрос 18 ("Дисоциативни разстройства. Посттравматично стресово разстройство") ще разгледаме само посттравматичното стресово разстройство. И без това то не се води като дисоциативно в МКБ-10. Общото между дисоциативните разстройства и посттравматичното стресово разстройство е психогенезата - те са реакция спрямо стресово събитие или психична травма, но протичането им е различно.

За справка виж извадката от МКБ-10 след 14-ти въпрос!

Въпрос 17. КОНВЕРЗИОННИ (ДИСОЦИАТИВНИ) РАЗСТРОЙСТВА.

(17.01.1995)

I. Модел на БИОПСИХОСОЦИАЛНОТО ЕДИНСТВО (терминът е много модерен през 70-те години). Този модел се опитва да формулира кое е биологично, психологично или социално в психиатрията:

БИОЛОГИЧНОТО включва: невроанатомично ниво (мозък с определена анатомична структура); неврофизиологично ниво (начин на функциониране на мозъчната структура); невробиохимично ниво (различно е от първите две); достигната степен на зрялост на организма; наследствеността (от двамата родители); органични фактори, действали в перинаталния период (по време на бременността и раждането).

СОЦИАЛНИ (социо-културални) фактори: място на живеене (град или село и регионалното място на раждане); моделите на възпитание и отглеждане на децата в дадената култура; екологични характеристики на дадената страна; малцинствен фактор (националност).

ПСИХОЛОГИЧНИ фактори: ранната интеракция майка-дете (пълноценност на връзката, ролята на бащата не е несъществена); дали има братя/сестри, с които да се конкурира (сибирингова ревност, sib - брат/сестра); стил на обектните отношения в семейството (силна кохезия или халтави отношения с висока автономия и др.); преживени загуби (кога и как са станали, при деца под 11 год. са особено опасни); начин за справяне със загубите и житейските ситуации (с повече или по-малко емоции и т.н.); ниво на позитивна самооценка, самочувствие (комплекс за малоценност или грандиозност и др.); степен на креативност (умения, таланти); цялостният адаптационен модел (начинът, по който човек се адаптира в различни ситуации).

Когато се прави интервю на един пациент, то трябва да се задават въпроси за всички тези важни неща.

Равнопоставеността на горните три вида фактори (единството им) се вижда ясно при дисоциативните разстройства.

II. Дисоциативните (конверзионните) разстройства най-общо се характеризират с нарушение на интегративната функция на мозъка; (виж определението за механизма на дисоциация в 16 въпрос). (Тук влизат и т.нар "множествена личност", "раздвояване на личността"). Нарушава се интегритета на паметта, идентитета на човека и неговото самосъзнание (нарушава се яснотата на съзнанието). Хора с дисоциативно разстройство имат нарушения в паметта (амнезия), които не са свързани с органична мозъчна увреда - нарушава се възможността човек да възпроизведе спомен от миналото, да си дава сметка за собствената идентичност, настъпва загуба на контрол върху телесните движения .

В миналото дисоциативните разстройства **са се наричали "конверзионна хистерия"** (З.Фройд). Това са разстройства с психогенен произход - т.е. те нямат биологична причина. Обикновено в корена им има събития с много силен травмиращ, стресогенен заряд, непосилни за личността. Тяхната неприетост, непоносимост се проявява в невъзможността те да бъдат интегрирани. Но макар и изтласкани, те продължават да упражняват контрол върху личността (класически пример за дисоциативно разстройство е трансът - той е рядко разстройство).

КОНВЕРЗИЯТА е състояние (механизъм), при което едно непоносимо възприятие или спомен, поради това, че не може да бъде интегрирано, бива изтласкано от съзнанието, но се проявява в някакви телесни симптоми. Конверзията е универсален психологичен механизъм, по който могат да се развият различни телесни симптоми.

Дисоциативните разстройства се свързват с това, което се нарича "хистерия". Пръв Шарко (френски невролог и психиатър) е работил с подобни пациенти (наричал е хистерията "голяма симулантка", защото може да наподобява най-различни аномалии и заболявания). Напоследък интересът към дисоциативните разстройства (терминът "хистерия" все по-често се избягва, поради широка гражданственост с компрометиращ подтекст) се е увеличил, поради засиления интерес към психичния травматизъм. Обикновено, дисоциативните разстройства се появяват там, където има някакъв мощен психичен травматизъм (пациентът е бил жертва на някакъв вид психично насилие). Всеки човек има различен потенциал за дисоциация - не всички сме застрашени по еднакъв начин от развиване на дисоциация (не всички, които са имали мощен стрес, да дисоциирани). Хората се различават по начина си на дисоцииране - амнезия, загуба на контрол върху телесните функции, загуба на съзнание и др.

Първите автори, които говорят за тези прояви са Шарко, Пиер Жане, Фройд и Йозеф Бройер (1842-1925, австрийски лекар). Проявите на дисоциация се свързват директно със сексуално насилие в детска възраст, което е един от мощните провокативни фактори (когато едно дете е било жертва на насилие, много е възможно да развие дисоциативно разстройство), т.е. когато има дисоциация, трябва да се подозира, че човек е бил жертва на насилие (не само сексуално), а не нещо друго.

III. ВИДОВЕ дисоциативни разстройства:

1. Дисоциативна амнезия.

От паметта се губи период от време, без да има предшестваща мозъчна травма (напр. при участие в сражение). Дисоциативната амнезия е свързана със състояние на силен стрес, тежка психична травма (вследствие на който няма спомен от сражението). Обикновено трае няколко часа. За да се постави тази диагноза:

- трябва да сме сигурни, че амнезията е психично предизвикана (изследвания на мозъка, които отхвърлят органично увреждане);

- трябва да сме сигурни, че това не се е случило изведнъж (а вследствие мощен, отключващ фактор);

- трябва да се върнем в историята на пациента - в миналото му се търсят събития и преживявания, които да потвърдят, че потенциално този човек може да направи дисоциация;

- трябва да се направи и основна диагноза за симуляция.

2. Дисоциативна фуга.

Освен с амнезия се характеризира още с целенасочено бягство от къщи или от работното място, пътешествия, но не и скитане. Лицето, въпреки наличната психична патология, е в състояние да се грижи за своята лична хигиена, храна, билети за пътуването, разпитване на посоката за движение. Погледнато отстрани, поведението на този човек е подредено и нормално, околните дори може да не забележат нещо нередно, особено, ако трае кратко време. Изведнъж индивидът "идва на себе си" на съвсем друго (дори непознато) място. За диагностициране на това заболяване, трябва да се изключат органично нарушение на мозъка и прояви от епилептичния кръг.

3. Дисоциативен ступор.

Внезапното обездвижване и вцепеняване се предизвиква от интензивен стресогенен фактор. Лесно се разграничава от кататонния ступор при шизофрения или от депресивния ступор. На лицето е изписан страх или ужас, а не безразличие. Липсва всякакво движение, човекът не е заспал, а "отсъстващ".

4. Транс и състояние на обладаност.

Разстроено е възприемането на действителността и чувството за личен идентитет. Субектът чувства като че ли е овладян и изпълнител на извънземни сили, божество или друга личност. Усеща присъствието, чува почукване, тропане на полтъргайст и др. Това е временна загуба на чувството за собствена самоличност. Много култури имат различни техники за постигане на състояние на транс.

5. Дисоциативни загуби на телесни функции (разстройства на моториката и сетивността).

Невъзможност за извършване на определени движения и действия и загуба на сетивност (най-често тактилна) - частична временна парализа. Как се разбира дали една парализа е дисоциативна (психогенна) или органична? Обикновено, видът на разстройството отговаря на

представите на пациента за по-важните прояви на дадено заболяване или анатомична повреда (но те имат различна инервация от органичните). В действителност тези субективни представи обаче не се покриват със съответните симптоми на обективни заболявания. Хората с дисоциативна загуба на сетивност най-често имат загуба на усещане на двете ръце до лактите ("ръкавици") или на двата крака до коляното ("ботуши"), но това не може да бъде неврологично обусловено. И при дисоциативните разстройства на моториката загубата на движения не се определя от характера на неврологичната болест, а от концепцията на болния за дадено конкретно разстройство. Затова е по-уместно да се говори за псевдопарези и псевдопарализи.

Колкото повече са околните наблюдатели, и колкото по-изразено е безпокойството им за състоянието на болния, толкова по-изразена е степента на неговото оплакване. Тези мними заболявания се приемат от пациента напълно спокойно и не се поддават на разубеждаване, че разстройството всъщност се дължи на психичен стрес.

Тук влизат психогенната астазия-абазия (не може да стои прав или да ходи без поддръжане); психогенна афония и дисфония (липса или дрезгав глас); психогенни гърчове или псевдоприпадъци, психогенна глухота, слепота или загуба на мирис и др.

Но това състояние НЕ Е СИМУЛАЦИЯ, то е болест! И лечението на тези разстройства няма нищо общо с лечението на органични мозъчни заболявания.

За поставяне на диагноза трябва да се изключат органичните причини и добре да се проведе интервюто (доколко даденият човек има в историята си предразположеност към дисоциация). Много често има несъвпадение по време между психичния травматизъм и реализирането на дисоциацията. Важно е да се задават подходящи въпроси, за да се открие жертвата на психичния травматизъм (и особено на сексуалния), защото хората предпочитат да не го обявяват. Има много индиректни белези, зад които обикновено се крият: склонност към някаква ясно заявена зависимост или склонност към някакъв ясно заявен протест, т.е. налице е несъзнателен стремеж към *зависимост или агресия*.

Дисоциативните разстройства се свързват преди всичко с насилията - то предизвиква много повече такива прояви, отколкото напр. депресията.

ДРУГИ ДИСОЦИАТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА:

6. Ганзеров синдром.

Протича с промени в съзнанието, с "приблизителни" отговори или "покрай" съдържанието на зададения въпрос, т.е. не по темата на разговора. С особено ярка симптоматика се наблюдава у арестанти и затворници. Целият психотичен епизод се покрива с пълна или частична амнезия. Завършва с пълно възстановяване на психичното здраве (както и другите дисоциативни разстройства).

7. Пуерилизъм (вдетиняване).

Среща се самостоятелно или като етап в развитието на псевдодементния синдром. Поведението на болните е детско (зрял мъж може да започне да се държи като 5-годишно дете). Те се радват и плачат по детски, а думите изговарят като малки деца (умалително). Движенията и емоционалните реакции също са детски. Те са палави и упорити, сърдят се, капризничат, играят с кукли и т.н. Но успоредно с това могат да се доловят възрастови особености в жестовете.

Изброените разстройства са кратковременни, засягат паметта, идентичността и съзнанието.

8. Множествена (мултиплена) личност.

Това разстройство е твърде рядко. Изживява се като реално съществуване на две или повече диференцирани личности у един индивид. Едната личност, обаче, не знае за съществуването на другите - напълно се превключва от един личностов регистър към друг.

Среща се по-често при жени с дълга психиатрична история, докато се установи, че става дума за това разстройство.

Да се запомни, че дисоциативните симптоми са **НЕСЪЗНАВАНА СИМУЛАЦИЯ НА БОЛЕСТНИ ПРИЗНАЦИ!**

Тази патология се отнася към т.нар. "посттравматична стресова патология". Ако приемем, че психичният травматизъм води до определени промени, то има няколко варианта на проява:

1. Дисоциативни разстройства.
2. Множествена личност.
3. Посттравматично стресово разстройство. (Психичният травматизъм НЕ ВОДИ до шизофрения, манично разстройство, деменция!)

Посочената патология е една от възможните реакции на психични травми или стрес. Но има автори, които смятат, че тази патология се отнася до състояние на личността, а не е психоза или невроза. Повечето автори са на мнение, че множествената личност се развива повече у жените (90 % в САЩ), в чиято анамнеза е открит някакъв ранен психичен травматизъм (най-често инцест или мощно физическо малтретиране от страна на майката). Смята се, че въпросният травматизъм трябва да се е осъществил преди 9-годишна възраст (т.е. достатъчно рано), защото след тази възраст той не би довел до посттравматичен синдром на мултиплена личност. Обикновено описваните в множествената личност лица са с полярна характеристика (конформна и агресивна; напр. д-р Джекил и м-р Хайд).

За поставянето на ДИАГНОЗА "множествена личност":

1. Трябва да има ясен травматизъм.
2. Обикновено има предишни други психиатрични диагнози.
3. Има ясно изразени колебания в нивото на функциониране.
4. Говорят за себе си в множествено число.
5. Често имат проблеми с времето - да ситуират нещата в тяхната последователност.
6. Откриват предмети, за които не знаят как са попаднали у тях.
7. Имат главоболие. (Kluft е автор, който се интересува от мултиплената личност).

Напоследък се смята, че жертвите на насилие (особено на сексуално насилие в детството) са склонни да функционират по патологичен начин (не винаги в смисъла на множествената личност) и като че ли никога не могат точно да "нагласят" своята идентичност. Заболяването не се лекува. Прилага се хипноза, но по-скоро с диагностична цел.

Въпрос 18. ДИСОЦИАТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА. ПОСТТРАВМАТИЧНО СТРЕСОВО РАЗСТРОЙСТВО.

(Отделна лекция по тази тема не е предавана.)

I. Изясняване на общата психогенеза на двете разстройства - виж "посттравматична стресова патология".

При *дисоциативните разстройства* се касае за частична или пълна загуба на нормалпсихологичната интегрираност между спомените и изживяванията в миналото, осъзнаването единството на собствената личност, промени в усещанията и контрола върху телесните движения.

Дисоциативните разстройства сравнително често се разгръщат у лица с хистерична структура на личността (хистрионна личност). Изключително разнообразната симптоматика почти винаги се манифестира (проявява) при конкретен психогенен повод (психотравма). Най-значими са конфликтите и нарушените интерперсонални отношения.

II. ПОСТТРАВМАТИЧНО СТРЕСОВО РАЗСТРОЙСТВО. (Синоними: психогенна реакция; травматична или посттравматична невроза; депресивна реакция; адаптационна реакция).

(Виж въпрос 5, т.IV-4) (Уточнение: ПОВЕДЕНИЕТО НА БОЛЕДУВАНЕ означава начините, по които дадени симптоми могат да се възприемат или оценяват различно, както и да послужат за отправна точка за действие (или бездействие). Това е изключително широка дефиниция, която включва всички аспекти на мисленето, емоциите и поведението, свързани със симптоми на болест, независимо от това, дали са налице обективни данни за телесно или психично заболяване. Терминът не означава, че въпросните видове поведение са непременно патологични. Той включва както поведение, за което се приема, че е напълно съответно при дадено заболяване, така и поведение, което е несъответно, защото е в повече или в по-малко, или пък взема необичайна форма. При отделния индивид поведението на боледуване включва както личностови черти, така и състояния. Абнормното поведение на боледуване се отнася до поведение, което се смята за несъответно: хипохондрия, хистерия, себепричинена болест, симулиране или отричане на болест. О пределението да се има предвид при въпрос 1!)

Това разстройство е адаптационна реакция на тежък стрес. За възникване на заболяването е задължително наличие на забавен и (или) протрахиран (проточен) отговор спрямо остро или хронично стресово събитие или ситуация. Между началото на първите прояви на стресора (психотравмата) и разстройството понякога съществува седмичен или месечен латентен период. Типично е още многократното повторно преживяване на психичната травма. Нейната репродукция (възпроизвеждане) може да бъде както в будно, така и в сънно състояние. Възниква не само у податливи, но и у стресогенно резистентни личности.

Не всички хора са еднакво уязвими. Определена рискова роля има наследствената или придобита предразположеност и ранимост. За диагнозата е задължително наличието на стресогенно събитие или жизнена промяна, а заболяването се изяснява обикновено до един месец от въздействието на причинния момент. Не са изключени суицидни мисли, опити и осъществени самоубийства.

Въпрос 19. ЛИЧНОСТОВИ РАЗСТРОЙСТВА. (Синоними: психопатии; аномалия на характера; аномален вариант на личността; патологична личност).

(17.04.1995)

I. Личностовите разстройства се отличават от другите видове разстройства по това, че се изразяват като особености на характера, докато останалите психични разстройства повече приличат на болести (появяват се и отминават). Предполага се, че личностовите разстройства се оформят заедно с оформянето на личността. Тези особености са трайни характеристики, които ще съпътстват човека през целия му живот.

Личностовото разстройство е съчетание на неадаптивни и ригидни черти, водещи до нарушение на социалното функциониране на индивида или до субективен дистрес (или и до двете).

Личностни черти, характерни за личностовите разстройства, може да притежава всеки един от нас. При личностовите разстройства липсва гъвкавост, няма съобразяване със ситуацията. Изразяват се главно в интерперсоналния стил на взаимоотношения с хората, налице са промени в афективната и когнитивната сфери.

Личностовите разстройства са неадаптивни начини на мислене, чувстване и действие. Те имат по-особено съотнасяне с другите разстройства, особено в Американската класификация. Дистимията и циклотимията, които също са трайни състояния (над 2 години), са към афективните разстройства (персистиращи разстройства на настроението). Изразеността на симптомите им не е достатъчна, за да се определи диагноза "мания" или "депресия". Преди се е смятало, че трябва да бъдат отнесени към личностовите разстройства.

II. Исторически поглед: Хипократ (4-те вида темперамент); Франц-Йозеф Гал, немски лекар и френолог (различните качества на човека имат различни центрове в мозъка;); Е.Крепелин описва седем клинични форми на разстройствата на личността: възбудими, неустойчиви, лъжци, странни чудаци, патологично спорещи, обхванати от влечения, врагове на обществото; Ернст Кречмер разглежда личностовите разстройства като особен вид полупсихози и отделя три групи - шизоидни, циклоидни и епилептоидни (Кречмер предполага предразположеност у човека към едни заболявания и относителна застрахованост спрямо други) и др.

В академичната психиатрия е доминирал деменционалният подход. Сред практикуващите психиатри е доминирал категориалният модел, използващ описателни характеристики (според които човек попада в една категория и не попада в други).

Сега продължава да доминира категориалният модел (и човек може да получи смесена или няколко диагнози), но съществуват методологични проблеми:

- дали наблюдаваните явления представляват трайна черта или са характерни за дадено състояние; често това е трудно да се определи; Афективните разстройства са още един пример за несигурността по отношение на класификацията.

- дали става дума за личностна черта или за социална роля (ролеви очаквания); социално приемливо за жената е да е кокетна и емоционална, но не и за мъжа.

- дали става дума за личностна черта или за поведение, характерно за дадената ситуация (човек, попаднал в болница, добива чертите на зависима личност; в казармата се отговаря само "слушам" и се забравят всички други отговори; това са характеристики на пасивно-агресивната личност).

- дали да се използват описателни характеристики, включващи определения за личностни характеристики или за дефинирането на личностите разстройства да се използват различни действия, постъпки, които могат да бъдат измерени (лесно е да се измерват действия, но е трудно да се измерят праговете им).

III. РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ т.нар. НЕВРОЗА И ЛИЧНОСТОВО РАЗСТРОЙСТВО.

Първият ориентир е защитата, която човек използва. При невроза човек се измъчва от симптомите си, т.е. за него те са свързани със субективен дистрес. Индивидът ги чувства като нехармонични за собствената му личност. Опитите за промяна са свързани със собствената личност.

При личностното разстройство човек не страда от особеностите си (инат е, но си го знае и не се измъчва от това), има стремеж да нагоди средата към себе си, преживява своите особености като Его- симптоми, съвпадащи с общата насоченост на личността му.

Защо личностните особености са важни в психиатрията:

- личностните особености на всеки човек го правят уязвим към един или друг вид заболявания;
- хората с личностни разстройства "консумират" много време при търсенето на помощ. Затова психиатърът трябва да потърси клиента си в някоя от типове личност.

Интересуваме се от онези аспекти на личността, които са от особено значение за лекаря, било защото увеличават податливостта на индивида към определено заболяване, било защото ни помагат да разберем как вероятно ще се държи индивидът, когато е болен. Понятието личностни разстройства се отнася до характеристики на индивидите, които им причиняват страдание или карат други в обществото да страдат.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ в МКБ-10: **Дълбоко вкоренени дезадаптивни форми на поведение, обикновено разпознаваеми в юношеската възраст или по-рано и продължаващи през по-голямата част от живота**, макар често да стават по-малко очевидни в средна или старческа възраст.

IV. ВИДОВЕ личностни разстройства:

1. *Шизотипно разстройство* (не е ясно дали е личностно разстройство, но е спорно и дали трябва да спада към другите разстройства).

Характеризира се с особени, странни мислене, поведение, реч. По отношение на мисленето са налице необичайни вярвания, разбираня и особено странни занимания (магии, присъствия, контакти, долавяне на вътрешния свят на другите, странни сензорни преживявания). Индивидите изглеждат дистанцирани, студени, неангажирани. Интонацията на гласа въобще не се променя. Среща се по-често сред родственици на хора с шизофрения и поради това е спорно дали е личностно разстройство или трябва да си намери място в класификацията на шизофренията.

2. *Шизоидно разстройство* (шизоидна личност).

Избягване на социални и междуличностни контакти, емоционална студенина и склонност към фантазиране и самовглъбяване. Пациентът е имал малко приятели извън тесния семеен кръг и често е безразличен към похвали или критика от околните. Той е студен и резервиран, не изпитва особено удоволствие от близки лични взаимоотношения и няма желание за сексуални преживявания.

Когато човек общува с такива личности, има чувството, че го възприемат като част от мебелировката. Функционират добре в условия, при които не се изисква контакт с други хора (научни работници, работа с компютри, философски занимания и др. "самотни" дейности). Когато им се предлага помощ не трябва да се фамилиарничи или интимничи с тях (напр. потупване по рамото) - всеки опит за проникване зад "стената" на шизоидната личност се преживява като физическа заплаха. Човек с шизоидно разстройство не е склонен да се оплаква и споделя. Терапията трябва да е предпазлива и не трябва да предполага емоционално натоварване. Груповата терапия е неподходяща. Често има припокриване на характеристики от шизотипното и шизоидното личностно разстройство.

3. *Параноидно разстройство* (параноидна личност, сензитивна личност).

Пациентът проявява прекомерна чувствителност към унижение и отблъскване, склонност да тълкува погрешно неутралните или приятелски действия на околните като враждебни и презрителни, както и борбено и упорито чувство за лични права. Може да е склонен към ревност или прекалено чувство за собствена значимост. Такива хора лесно могат да се изживяват унижени и потискани и мисленето им е твърде себотносно.

Параноидните личности масивно използват проекцията като защитен механизъм - виждат собствената си лошотия у другите. Хора с такъв вид особености могат да станат психотични, когато имат по-малко информация, когато каналите, по които могат да коригират фантазиите си относно реалността са малко (напр. в чужда страна, поради изолацията лесно се развиват налудностите, особено налудностите за отношение. Всеки от нас си има налудности, но обикновено ги държи в главата си!).

При работа с такива хора не трябва да се провокират параноидните симптоми - на пациента трябва подробно да се обясни какви лекарства му се предписват (защо точно тези, а не други), за да не реши той, че искат да го отровят. Всяка интервенция трябва да бъде внимателна!

4. *Хистрионно разстройство* (хистрионна - не хистерична! - личност).

Пациентът (по-често пациентката) се държи демонстративно. Тя е склонна да преувеличава и драматизира описанията както на симптомите, така и на обстоятелствата. Онези страни на нейното собствено поведение, които не съответстват на романтизираната версия, разказвана от нея, биват игнорирани или отричани. Показът на чувства (изблици на плач или гняв) обичайно придружава историята. Прави впечатление обаче твърде лесното им предизвикване и бързо изчезване. Пациентката проявява егоцентризъм в личните отношения, показвайки твърде малко внимание към чувствата на другите, за да създаде каквито и да било сериозни връзки. Всъщност, макар често да е сексуално предизвикателна, собствените ѝ интимни отношения са незадоволителни, защото често е фригидна или сексуално наивна. Обикновено тя е привлекателно момиче, което се е научило да флиртува не толкова за започване на сексуална връзка, колкото като средство за постигане на целите си.

Трябва да са налице следните условия:

а) поведение, търсещо внимание (или хистрионно поведение);
б) изискващо поведение в междуличностните отношения (манипулативно поведение);
в) демонстрация на емоции, които се предизвикват лесно или са по-силни, отколкото предполагат обстоятелствата (силни, но "плитки" емоции).

Много голяма част от самооценката на хистрионната личност е вложена във външни неща (явление, което е характерно за повечето жени). Когато външността им е застрашена (напр. от заболяване), реакцията е изключително болезнена. Обичаен начин за справяне при жените е кокетството, а при мъжете - "мъжкарското" поведение.

Лечението може да е с индивидуална или групова терапия, но терапевтът трябва да прецени доколко групата може да "издържи" такъв пациент - той непрекъснато ще поддържа манипулативен начин на поведение.

5. Психологически зависима личност (пасивнозависима личност, астенна психопатия).

Пациентът винаги е оставял другите да вземат решения вместо него и разполага с недостатъчно собствени сили. Той се съгласява с хора, с които вътре в себе си не е съгласен, за да избегне влошаването на отношенията, и би запазил връзката си с някого, който се отнася зле с него, поради страх от изоставяне. При раздяла той е опустошен и безпомощен, тъй като често е обзет от страха да не остане сам. Постоянно иска да бъде успокояван и харесван от другите и страда от неодобрението им.

Пасивнозависимите личности много лесно се "закачат" за терапевтите си. Те са с висок риск за депресивно заболяване, когато загубят силната личност поради смърт или раздяла. Оставени сами на себе си, те могат да се свлекат надолу по социалната стълбица и да останат без работа или жилище.

**6. Нарцистично личностово разстройство (спори се дали въобще има такъв вид личностово разстройство).*

Основната характеристика е, че човек очаква специален и особен вид отношение спрямо самия него. Много важни за нарцистичната личност са престижът и славата, очакват да бъдат обект на възхищение И НИКОГА НЕ СЕ НАСИЩАТ. Реагират много болезнено при всякакъв вид критика. Във връзките, които изграждат с други хора, се интересуват само от себе си.

Смята се, че тези хора са преживели много сериозни травми от родителите си в ранното детство. Преживели са мъчително ранните взаимоотношения с първите субекти около себе си и, много разочаровани от родителите си, са фокусирали цялата си енергия върху самите себе си.

Имат стремеж да им се засвидетелства уважение, да минават по специален ред (не толкова "по втория начин", който обикновено е скрит от другите, а по-скоро "парадно").

Спорът за принадлежността на това разстройство към личностовите е поради това, че нарцистични черти има при всички личностови разстройства и че то не е ясно разграничена цялост. Обособяването на нарцистичната личност е продукт преди всичко на психоаналитичните идеи.

7. Гранично личностово разстройство (граничен, borderline, тип личност).

Личността има несигурен идентитет, неяснота по отношение на дългосрочните цели в живота, несигурност по отношение на това в какви среди обича да се движи, по отношение на сексуалната ориентация (хетеро- или хомосексуален).

Характерни са бурните емоции, лесните прояви на гняв, импулсивност (трудно сдържат поривите си). Лесно могат да похарчат огромно количество пари, лесно могат да откраднат, да злоупотребят с алкохол и наркотици, да преяждат. Лесно правят опити за самоубийство. Използват примитивни защитни механизми (напр. елементарно делене на "добро" или "лошо", дихотомност). Импулсивните реакции са без оглед на предполагаемите последствия. Настроението е непредвидимо, непостоянно и капризно. Това са агресивен тип личности.

Теоретичните основите на това разстройство са заложили главно в психоаналитичната парадигма. То се намира между психотичната и невротичната структура на характера.

8. Избягваща контакти личност (тревожна личност, анксиозно разстройство на личността).

Характеризира се с неувереност и несигурност във взаимоотношенията с другите хора. Това води до голяма предпазливост в социалните контакти. Често индивидът се измъчва, че няма контакти, но почти никога не полага усилия да ги осъществи, защото "цената" му изглежда много висока - силна тревожност.

9. Ананкастна (обсесивно-компулсивна) личност.

Чувствата на лична несигурност, съмнение и незавършеност водят до прекомерна добросъвестност, проверки, упоритост и предпазливост. Наблюдават се перфекционизъм и педантична акуратност, както и необходимост от многократни проверки в старанието те да се поддържат. Ригидността и прекалените съмнения понякога са очебийни и може да има натрапливи мисли. Човек се справя с неувереността си като се стреми да контролира света около себе си.

Терапевтът трябва да се стреми да задоволи чувството на пациента за контрол над нещата или точно да предпише дозата и периодичността на вземаното лекарство и да следи страничните ефекти, за да обясни подробно и научно основанието за една или друга терапия.

10. Антисоциална личност.

Продължаваща през целия живот склонност към незачитане на социалните задължения и липса на истински чувства към другите хора, което може да се прояви или като необуздано насилие, или като коравосърдечно нехайство. Пациентът може да е абнормно агресивен и склонен към емоционална студенина и безотговорност. Той има нисък фрустрационен толеранс и проявява импулсивност. Често обвинява другите или предлага правдоподобни рационализации за поведението си, което го довежда до конфликт с обществото. Повишен риск от алкохолизъм и наркомания.

Често пациентът си сменя работата и партньорите в живота, не си връща дълговете, не държи на дадената дума.

Терапевтът бързо може да "намрази" пациента си. Често лечението се преустановява още в началото, поради осуетяване на опита за установяване на терапевтичен съюз.

11. Пасивно-агресивна личност.

Индивидът проявява агресията си чрез пасивност - забравя, протака, нарочно върши бавно и мудно работата си, закъснява. Типичните отговори са: "Да, разбира се, но за съжаление..."

F 60 СПЕЦИФИЧНИ ЛИЧНОСТОВИ РАЗСТРОЙСТВА

- F 60.0 Параноидно личностово разстройство
- F 60.1 Шизоидно личностово разстройство
- F 60.2 Диссоциално личностово разстройство
- F 60.3 Емоционално нестабилна личност
- F 60.30 Импулсивен тип
- F 60.31 Граничен тип
- F 60.4 Хистрионно личностово разстройство
- F 60.5 Ананкастно (обсесивно-компулсивно) личностово разстройство
- F 60.6 Тревожна (избягваща контакти) личност
- F 60.7 Зависима личност
- F 60.8 Други
- F 60.9 Неуточнени

F 61 СМЕСЕНИ И ДРУГИ ЛИЧНОСТОВИ РАЗСТРОЙСТВА

F 62 ТРАЙНИ ПРОМЕНИ НА ЛИЧНОСТТА, недължащи се на груба мозъчна увреда или заболяване

F 63 РАЗСТРОЙСТВА НА НАВИЦИТЕ И ВЛЕЧЕНИЯТА

F 64 РАЗСТРОЙСТВА НА ПОЛОВИЯ ИДЕНТИТЕТ

F 65 РАЗСТРОЙСТВА НА СЕКСУАЛНОТО ВЛЕЧЕНИЕ

и т.н.

Въпрос 20. ПСИХИЧНИ (поведенчески и емоционални) РАЗСТРОЙСТВА С НАЧАЛО, ХАРАКТЕРНО ЗА ДЕТСТВОТО И ЮНОШЕСТВОТО.

(15.05.1995)

I. Възрастта е един особено модифициращ фактор. Знанията от психопатологията, разгледана дотук, се отнасят до възрастните, а не до децата. Детето разполага с много по-малко изразни средства - затова психопатологичната картина е по-бедна. Съществува представа, че колкото по-рано човек се разболе, толкова повече се рискува неговото бъдеще и, съответно се смята, че психиатрите се срещат с много тежки психопатологични детски случаи. Но това не е вярно!

Т.нар. "психиатрия на кърмачето" се развива през последните години. Наистина, детската психиатрия възниква по-късно от психиатрията за възрастни. Първите институции, третиращи този проблем, които до голяма степен са профилактични, се появяват в началото на века в САЩ и са предназначени за деца и юноши с поведенчески отклонения - организирани са в помощ на деца с антисоциално поведение. Именно в такива child-guidance клиники възниква група от специалисти (психопатолог, психолог, социален работник), основана на практиката да се работи с детето и родителите му.

Освен екипния стил на работа детската психиатрия има принос за развитието на психоанализата (след Фройд). Цялата школа на Мелани Клайн води началото си от специалисти, работещи с деца. Детската психиатрия допринася и за развитието на фамилната психотерапия. Т.е. психиатричната практика, насочена към работа с деца е и полезно нещо за другите области на психиатрията.

Детските психиатри гледат на психопатологията по оста на развитие на детската психика - не само като симптоми в момента (напречен срез), но и в динамика. Те се интересуват от развитието на детето не само заради практиката си, но са и в състояние да наблюдават "ставането" на психиатричните разстройства. Въпреки че работата с деца е до известна степен непрестижна, тя е много интересна, защото детските психиатри "знаят" повече от психиатрите за възрастни.

УМСТВЕНАТА ИЗОСТАНАЛОСТ (Умствената изостаналост е заболяване на ранния живот) е нещо, което детските психиатри диагностицират, но тя, бидейки не болест, а състояние, не се лекува. Умствената изостаналост (IQ равен на/по-нисък от 70) е обект на корективни (обучителни, възпитателни) въздействия. При работата с деца с умствена изостаналост (термините "дебил", "имбецил" и "идиот" вече не се използват; говори се за умствено изоставане - леко, умерено, тежко и дълбоко!) по-скоро става въпрос за РАБОТА С РОДИТЕЛИТЕ. Помощта е по отношение на "загубата" на родителите (онова дете, което те губят с тази диагноза), по отношение на тяхната траурна реакция. Родителите имат много силни защити срещу тази диагноза (срещу намек и мисъл дори!) и обикновено много късно я проумяват. Работата с родителите продължава от няколко седмици до десетилетия. Това се дължи на липсата на екипи от специалисти, които за продължително време да ги накарат "да чуят". Едва след това се дават съвети, удачни за конкретното дете, семейство и ситуация. Тенденцията е към интегриране на деца с умствена изостаналост (дори и на тези с умерена) в нормални учебни класове, т.е. тенденцията е за закриване на специалните институции (по човешки социално-психологически причини).

Работата на детския психолог, психиатър с умствено изоставящи деца спира дотук - това не се лекува. Умствено изоставящите деца не бива да бъдат обслужвани от психиатри, освен в първичните етапи.

Детската психиатрия обслужва над 80 % от децата с чисто психологични проблеми, свързани с блокажи на нормалното развитие - проблеми причинени по психологичен път, свързани (директно или косвено) с контекста на семейството. Тези проблеми не могат да се решат без мобилизацията на близкото обкръжение.

Съвременните класификации на детската психопатология са доста непълноценни, но в тях има тенденция да не се поставят "етикети" - диагнози, зад които стоят тежки смисли, които са своеобразно "петно". Избягват се термини, които директно визират разстройства на личността, напр. шизофрения. Въпреки че диагнозата е до известна степен "мъглява", това е оправдано от психологична и терапевтична гледна точка.

II. КЛАСИФИКАЦИЯ.

Невротичните разстройства се делят на **емоционални разстройства и поведенчески разстройства**. В детската възраст голяма част от невротичните разстройства се проявяват с емоционални симптоми - най-вече страх от раздяла (сепарационен страх). Но има и голяма група, която се проявява предимно със симптоми на поведенчески разстройства - напр. депресиите, детските кражби. Т.е. кражбите, лъжите, бягството от училище в детската и юношеската възраст до голяма степен изразяват не толкова порочност, а депресия (психопатологични разстройства) и по-рядко манични състояния.

Видът на невротичното разстройство зависи от редица фактори, според които може да се прогнозира едно или друго поведение (преживяване). Обикновено тези деца, които имат поведенчески разстройства страдат повече (защото са силно порицавани), за разлика от онези, които са тревожни, имат страхове или други емоционални разстройства. Въпрос на културата на обществото е да се разграничи невротичното поведенческо разстройство от поведението, което изисква наказание.

1. Хиперкинетичен синдром (синдром на хиперактивност, F 90.0).

Основни симптоми: свръхактивност и крайна отвлекаемост на вниманието. Неспойно, неудоволствено и безспойно търсене на дразнителни (стимули), от които не изглежда да се извлича удовлетворение, нито се научава нещо ново. Играта с вода може да носи удоволствие, но децата са силно отвлекаеми. Настроението им е дисфорично и ако им се скарат, те са склонни към дразнителни и агресивни реакции. Това състояние се влошава от седативните средства, особено от барбитурати и бензодиазепини.

На първо място този синдром се проявява с разстройство на вниманието (но да се разграничава от дефицита на вниманието!) - децата не могат да стоят на едно място, постоянно се въртят. Дори и да изчезне двигателният компонент, обикновено вниманието си остава нарушено, поради което тези деца са лоши ученици. Присъщи са още импулсивност, антисоциално поведение (не спазват дистанция в социалните взаимоотношения), многоречивост (логорея), шумност. С възрастта разстройството преминава (рядко остава след 15-годишна възраст), но не се компенсират загубите, причинени от етикета "непослушно дете". Налице е незначително изоставане в умствено-памятовите функции.

Малко се знае за генезиса на хиперкинетичното разстройство. Допуска се конституционална аномалия или клинично непроявено увреждане на главния мозък, известно като минимална мозъчна дисфункция (ММД). Открива се в около 5-10 % от учениците. Значително по-често е у момчетата. Възниква преди 6-годишната им възраст.

В САЩ хиперкинетичният синдром се лекува с психостимуланти (амфетамини), като идеята е, че тези лекарства подобряват вниманието, с което дават на детето повече шансове за съсредоточаване, та като се "заплесне" за по-дълго време в нещо с това да се намали и двигателната му активност. У нас идеите за лечение с амфетамини не са направили пробив.

2. Ранен детски аутизъм (синдром на Канер,) (Това разстройство е в рубрика F 8 - "Разстройства на психологичното развитие").

Последователната проява от най-ранно детство на ЛИПСА на контактност, гальовност и общуване чрез поглед, бърборене и реч, с начало преди 30-ия месец говори за детски аутизъм, който се характеризира с недостатъчност на комуникацията, социализацията и символната игра. Детският аутизъм се оформя без или след кратък период (до 2 г.) на нормално психично състояние. Тежкото разстройство на социалните взаимоотношения се изявява в отсъствие на взаимност, резонанс и съзвучност спрямо емоционалните реакции на околните. Налице е подчертана затвореност в собствения субективен свят, необщителност.

Това разстройство не е често, но мадално. Описано е през 40-те години от Лео Канер като психично разстройство, често срещано у дете на родители-интелектуалци, за които се предполага, че имат хладно отношение към детето (но това не е вярно!). Канер смята, че проявите на ранния детски аутизъм проличават още в кърмаческа възраст - децата не партнират в телесната комуникация. Той описва около 12 случая и поставя началото на едно от най-интересните от теоретична гледна точка явления в детската психиатрия.

В съвременната класификация ранният детски аутизъм спада към т.нар. генерализирани разстройства на развитието (качествено засягане на развитието) - F 84.

Дълбокото разстройство у аутичните деца е преди всичко свързано с неспособността им да отделят вътрешната си реалност от външния свят. Те имат потенциално висок интелект, но нямат шанс да го развият (някои от тях дори не се научават да говорят). Нямат желание за комуникация (да се прави разлика от неспособността за комуникация!), близостта на другите ги напруга много. Често не гледат другите в очите, телесният контакт е максимално ограничен. Тези деца много бавно се научават да казват "Аз", обикновено говорят във 2-ро лице, когато изобщо говорят. Имат траен стремеж към неизменност (непромененост) на външния свят - промяната може да ги доведе до паника. Играта с часове на стереотипни игри със странни предмети (или със собствените си ръце - поради "разцепване" на чувството за принадлежност).

Аутизмът е тежко разстройство и много трудно може да се компенсира, дори и при развит говор, висок интелект и подкрепяща среда - въпреки това тези деца могат да останат неадаптирани. Те не могат емоционално да проумеят света (не разбират подтекста) - разбират го буквално. Някои от тях са даровити, но бидейки без интерес към света и околните, трудно биха развили собственото си дарование.

За **причините**, водещи до това разстройство има различни хипотези: 1) биологична (генетична) причинност; 2) психоаналитично обяснение - наличие на проблеми във връзката между детето и обкръжението му в ранните стадии; 3) системна хипотеза - децата са онези, които са поставени в състояние на триагулация в семейството, те са обект на парадоксална, специфична комуникация.

Във френската психиатрия терминът "аутизъм" е заменен с "детска психоза" и се лекува с детска психоанализа. Другаде това разстройство не се лекува, а чрез различни teach-методики детето и родителите му се учат как да комуникират. Аутизмът не се лекува с медикаменти. Лечението трае с години, за да се намерят и реализират потенциалните ресурси. Но тези деца винаги остават странни.

3. Синдром на Asperger (лек аутистичен синдром, аутистична психопатия, F 84.5).

Това разстройство е твърде близко и най-често неотлично от синдрома на Канер. Водеща е необщителността, вглъбяването в собствения вътрешен свят. Проявява се в интерперсоналните отношения, в комуникацията. Често изобщо не се търси помощ от страна на родителите. Драмата на тези деца започва, когато са форсирани да комуникират (в училище) - тогава се възприемат от другите като особняци. Особено болезнено е състоянието по време на юношеството, защото това е период на нетолериране на странностите в комуникацията. Обикновено тогава се търси помощ, но почти винаги е много късно.

4. Anorexia nervosa (анорексия нервоза - не невроза! - нервно безапетитие) и булимия нервоза (вълчи глад).

а) анорексия нервоза - може да бъде невинно, преходно ограничение на храненето с оглед да се поддържа приемлива за субекта "линия" на телостроене. За психично заболяване се приемат случаите на продължително (често хронично) избягване на високо калорични храни, в резултат на което настъпва свръхтежка редукция на теглото. Трябва да се наблегне, че за пациента това поведение е психологично приемливо и "нормално".

Съществува и предпубертетна анорексия нервоза. Обикновено тя представлява задълбочаване на екстремна капризност по отношение на храната и на негативистично поведение по отношение на храненето. Обикновено родителите са твърде въввлечени в това поведение и ритуалите, съпровождащи самолишаването на детето от храна. Анорексията зачестява с пубертета и като че ли се явява средство за отрицание на факта на израстването като полово зряло същество. Съотношението на момичета и момчета при това заболяване е 9:1. Понякога това е гладуване до смърт (отслабване с 20 кг и повече, естествено при "отскок" от нормално тегло - дебеличките могат да си гладуват по-дълго).

б) булимия нервоза - често се разглежда като етап на нервното безапетитие, а не като самостоятелно разстройство. Наистина нерядко се предхожда, но понякога се последва от анорексия. Изявява се с постоянна мисъл (свръхангажираност) за хранене и опасения за нарастващото телесно тегло. Представлява трудно преодолимо влечение към хранене с многобройни преяждания, съзнателно повръщане след обилно нахранване и използване на очистителни средства. Понякога се заменя с периоди на гладуване, страх от напълняване и пр. По правило е присъщо на абнормни личности.

Много често периодите на нервно безапетитие и вълчи глад се редуват. Когато този цикъл се утвърди (или когато анорексията се задълбочи) - а това става бързо, лечението е много трудно. Родителите на тези деца късно разбират, че става въпрос за болестно състояние. Обикновено това са умни, успяващи и амбициозни момичета, които освен че гладуват и правят усилия да повръщат, играят гимнастика и се "изтезават" и по други начини. Всеки намек за храна предизвиква отвращение.

Психоаналитичното обяснение (отрицание на съзряването) е, че тези момичета не искат да пораснат, не искат да станат жени. Наистина, у тях изчезват всички полови белези и те заприличват на деца.

Фамилно-психотерапевтично обяснение - момичето с анорексия събира цялото внимание на семейството върху себе си и така упражнява контрол върху останалите. В такива семейства яденето - тяхното ядене - става форма на контрол и е начин да се отклони вниманието на семейството от други сериозни фамилни проблеми.

В МКБ-10 анорексията и булимията са в рубрика F 5 "Поведенчески синдроми, свързани с физиологични нарушения и телесни фактори" - F 50 "Разстройства на храненето" (както и преяждането, довело до затлъстяване; преяждане или повръщане, свързани с други психологични нарушения и др.), но биха могли да се включат (особено анорексията) и в дълбоки разстройства на навичките и влеченията.

5. Разстройство на привързаността.

През 40-50-те години се засилва интересът към много ранното развитие. Мелани Клайн, Ана Фройд, Маргарет Малер (все са от клайнианската школа) в изследванията си се обръщат към първата година от детството. (Виж въпрос 5, т.V.) М.Клайн говори за това, че в първите месеци след раждането си детето е в шизо-параноидна позиция - между него и майка му е изградена симбиотична връзка. Към първата си година детето трябва да влезе в т.нар. депресивна позиция - да усеща, че майката не е част от него и не е само добра, а и наказва, понякога я няма, т.е. че един и същи човек и "дава", и "не дава". Според М.Малер на около две годишна възраст се извършва процес на сепарация и индивидуализация - диференциране на детето от майка му. Този процес е свързан с преживяването на чувство за психологична загуба, чието преодоляване се изразява с агресивни импулси. Изводът е, че това, което се е случило в първата година от живота, решава афективното развитие на индивида, неговата емоционална съдба.

Джон Боулби има за задача да докаже важността на ранното детство за афективното развитие, с цел мотивиране на необходимостта от отпусък по майчинство (поне до 1 година след раждането). Работи с М.Малер. Създава т.нар. attachment-теория (за привързаността). Боулби е първият, който казва, че способността за привързаност е донякъде заложена в човешкото същество, както и другите инстинкти. Attachment behavior е термин, въведен от Боулби, за да опише поведението на детето спрямо възрастния (възрастните), към който е формирал привързаност. Основният белег на това поведение е, че детето търси възрастния (обикновено майката) и се държи така, че да получи максимално близък контакт. Според разбирането на Боулби терминът не означава реакция спрямо раздяла (отдалечаване), а естествен отговор на дистрес или несигурност. Как ще се привърже детето не зависи само от майката, защото всяко човешко дете има биологична даденост да се привързва. Това е взаимен процес. Тук акцентът е върху равностойността на интеракцията майка-дете. В този смисъл работата на Боулби има и голям принос към анализите на ситуацията след раздяла, посочвайки фазите на реакция след загуба.

В зрелия си живот ние сме склонни да изграждаме връзки, подобни на тези в ранното ни детство, т.е. този начин не зависи само от нашия чар или от привлекателността на партньора.

Съществуват два начина на разстройване на привързаността. (Това са разстройства на социалното функциониране - F 94.):

а) дезинхибиран тип (F 94.2)

Невъзможност на детето да се привърже към определено лице (гледаното от "разнообразни" баби и лели, при което детето се обърква и не знае коя всъщност е майка му; късно осиновеното дете или отгледаното в институции). Тези деца не могат да осъществяват трайни връзки и конкретни комуникации в зрялата си възраст. Не правят разлика между близки (роднини) и индеферентни нему лица. Зад голямата "отвореност" (подчертана общителност с непознати) и зад размитата граница между родители и странични хора, обикновено стои неспособността за ясна и добра привързаност.

б) т.нар. тревожен attachment (разстройство с тревога от раздяла - F 93.0)

Различава се от обичайния страх от раздяла, присъщ на всяко малко дете. Изявява се след известен период на добро здраве. При всяка предполагаема или реална раздяла с любимия човек (най-често майка) възниква интензивна тревога с неудържим плач, повръщане, повдигане, главоболие. Детето отказва да ходи на училище, да остане само в къщи, да спи отделно в съседна стая. Изживяват се опасения, че ще се случат големи нещастия на най-близките, а самото то може да бъде откраднато от лоши хора, които ще го убият или настанят в болница. Страхът завладява целия душевен свят. Кошмарни сънища не му дават покой и през нощта.

Обикновено това е дете, гледано от много тревожни хора. Майката е винаги на разположение и не го оставя никога само. Това дете е непрекъснато в присъствието на някой възрастен. То трудно се разделя от близките и изпада в паника, когато остане само. В зряла възраст се наблюдава силен страх от загуба на партньора (обикновено тревожният индивид върви "по петите" на половинката си и се ужасява, ако остане сам, дори и за известно време).

В МКБ-10 горното разстройство не е при разстройствата на социалното функциониране, а при емоционалните разстройства.

В литературата е описан и друг тип разстройство на социалното функциониране (не е предаван на лекция):

в) реактивен тип (F 94.1)

Нарича се още синдром на лошо отношение с децата. Формира се при морални или физически наказания, малтретиране, наранявания, занемаряване, несъобразяване с естествените потребности и лишаване от храна. Детето изпитва постоянен страх и несигурност. Винаги е "нащрек" (свръхбдителност). Постепенно изостава и в телесното си развитие (по-конкретно в растежа си). Социалните му реакции са двойствени: приближава се при повикване, но с обърната в страни глава. Отдръпва се, ляга на пода, избягва срещи. Децата стават агресивни към себе си и към околните, или обратно - апатични. Бързо се подобряват и възстановяват при поставяне в благоприятен семеен микроклимат, при топли и сърдечни грижи и зачитане на детското им достойнство.

Всички тези разстройства са не само специфични за детската психопатология, но и за фундаменталните особености на психопатологията въобще. За това, какви сме ние като зрели хора, имат много голямо значение годините на детството ни (идеята за първите 7 години). Не че чак съдбата ни зависи от това, но първите години от живота ни са решителни за развитието на нашата личност. Травматичните събития (раздели, откъсване от майката, тежки телесни болести), особено в първите месеци, могат да доведат до тежка патология в зряла възраст.

Т.е. детската психиатрия е до голяма степен *превантивна* специалност - занимава се с леките случаи, за да не станат по-тежки. И колкото по-рано се осъществи интервенцията, толкова по-добре.

Това беше лекцията. Има и други разстройства:

- елективен мутизъм (разстройство на социалното функциониране): детето говори само в определени ситуации, а в други упорито мълчи и изглежда почти няма, но са добре развити речта, езика и комуникативната способност. Донякъде може да се предскаже кога ще се разприказва или ще замлъкне.

- тикови разстройства: патологично закрепени неволеви двигателни стереотипи (често мигане, повдигане на раменете, крайниците или веждите, гримаси с устните и др.).

- фобийни разстройства в детството (по-често страхове от животни - затова не злоупотребявайте с Баба Меца или с медузите в морето!).

- разстройства на съперничество между братя и сестри в семейството (нежелание за полагане на грижи към бебето, отрицателна нагласа и враждебност към него и др.).

- заекване (балбуцио).

И много други! Ако много настоявате да ги прочетете, вижте: "Психопатология" - сс.244-249 и "Психиатрия в медицинската практика" - сс.231-242. (Сега се сетих да уточня, че тук-там цитираната т.нар. Американска класификация е всъщност "Диагностичен и статистически наръчник на Американската психиатрична асоциация - четвърто, ревизирано издание": DSM-IIIR. Тази класификация се опитва да постави ударение върху ясни операционални правила при поставяне на диагнозата.)

Въпрос 21. САМОУБИЙСТВА.

(8.05.1995)

I. Много по-често става въпрос за опити за самоубийства (в общи линии съотношението е 10:1, т.е. 1 на 10 опита завършва със смърт; в някои източници съотношението е 7:1). При съмнения на психиатъра, че клиентът му има суицидни намерения, той има почти непосилната задача да реши как да задава въпросите си. Напр. може да му предпише лекарства, но най-добре е директно да се попита дали пациентът е обмислял варианта "самоубийство". Терапевтът трябва да прецени степента на суицидния риск, както и факторите, които участват в определянето му. Въз основа на преценката се изгражда стратегия от терапевтични ходове, целящи да намалят този риск.

Разговорите за самоубийство в клиничната стая винаги са свързани с трудности за терапевта, те будят силни емоции у него (напр. терапевтът може да стане тревожен, защото ако пациентът се самоубие, това ще бъде личен провал за специалиста; може да възникне гняв спрямо клиента, особено ако е "хроничен" самоубиец и използва тази заплаха като манипулация).

Ако терапевтът използва механизма "отричане", за пациента става трудно да говори свободно за суицидните си желания и така се пропуска шансът нещо да се промени. С това поведение терапевтът сякаш казва на клиента, че онова което казва, е глупаво и безсмислено (и терапевтичният договор отива на... кино). Трябва да сме особено предпазливи, когато имаме общи характеристики с пациента си - можем да си припишем негови мисли!

II. Кога се налага да се прави оценка на суицидния риск?

1. Когато пациентът вече е правил суициден опит.

2. Когато има суицидни мисли и пориви (намерения), за които говори. Преход към такива разговори са изявления от рода на "Аз съм безпомощен" и др.

3. Когато пациентът дойде с друг вид оплаквания, но в хода на разговора се появи темата за смъртта, безсилието и т.н.

4. Когато пациентът не говори по темата за самоубийството. И ако терапевтът заговори за това и търси отговор му, той отрича да е имал такива мисли. Но държанието му навява у терапевта съмнения за наличие на суициден риск.

III. Основни съображения при оценка на суицидния риск ("правила"):

1. Всеки опит за самоубийство трябва да се приема сериозно, независимо колко "бутафорен" изглежда или кой по ред е.

2. Пациенти с чести, необясними злополуки (катастрофи и пр.) трябва да бъдат оценявани за суициден риск - дали тези травми не се дължат на повече или по-малко осъзнато желание на пациента да приключи със себе си.

3. Ако имаме пациент с рязко подобрена депресия, трябва да сме "нащрек" - често това външно подобрение на депресията се дължи на взето решение за самоубийство (и пациентът е живнал, защото си е намерил изхода от тъгата).

IV. Водене на интервюто.

1. Условия: не трябва да присъстват други хора; пациентът да се задържи, докато терапевтът си изясни съществува ли суициден риск; терапевтът не трябва да изразява тревожност и не трябва много бързо да започне да разубеждава клиента си.

2. Въпросите за оценка на суицидният риск включват:

- "питане" за наличие на суицидни мисли и пориви;

- опит за преценка какви мотиви тласкат пациента към това решение и кои са контрамотивите, които го възпират. Един вид са личностните мотиви, свързани със самия индивид (грозен, неспособен, получил двойка и др.), а друг вид са мотивите, свързани с държанието на околните към него, чрез които пациентът мотивира действията си един вид "посмъртно" ("като умра, ще видят те какво ще им бъде без мен!"). Вторият тип мотивация е по-злокачествена и по-трудно се поддава на интервенции. Още по-сложно е, когато човек само се заканва, че ще го направи, а терапевтът не може да установи откъде идват тези мисли и доколко са сериозни;

- трябва да се преценят намеренията. Предстои ли суицидният опит да стане в скоро време, или пациентът просто обсъжда мотивацията си без да е взел решение. Пита се за плановете за самоубийство - кога, как, доколко добре е планирано и "изпипано". Терапевтът трябва да разбере доколко плановете са реалистични и колко вероятно е да се реализират без някой да попречи (защото ако ще се трови с 5 аспирина или ще прави нещо в центъра на площада, няма лесно да успее);

- как пациентът вижда бъдещето си, има ли някакви плановете (краткосрочни или дългосрочни), независимо от мисълта за самоубийство;

- има ли пациентът социална мрежа, в която съществува и която го подкрепя и която може да осъществи някакъв контрол или надзор над него;

- има ли пациентът психично разстройство (често пациентите с психично разстройство правят опити за самоубийство).

V. Рискови фактори за суицидна вероятност.

1. Психично разстройство. Депресията многократно повишава суицидният риск. При психоза (и шизофрения) рискът не е толкова рязко висок, както при депресия, но расте в перспектива, особено при мъжете. Личностови разстройства. При алкохолизъм и наркомании рискът е много висок, дори повече, отколкото при депресията.

2. Предишни суицидни опити (5-6 пъти по-висок риск).

3. Възраст ("пиковите" на суицидността са в старческа и в юношеска възраст).

4. Пол. Жените правят повече на брой и по-чести опити, но мъжете по-често успяват (техните опити са "по-ефективни").

5. Брачен статус. Рискът ескалира както следва: семейни с деца, семейни без деца, разведени, вдовци/вдовици, ергени/"моми".

6. Самотата.

7. Безработица.

8. Наличие на хронична или тежка, неизлечима болест.

VI. Когато се приключи с оценката на суицидният риск, трябва да се вземе решение за лечението. Варианти:

1. Пациентът си отива и терапевтът не предприема нищо.

2. Разделят се, но терапевтът казва: "Винаги, когато те споходят такива мисли или когато искаш, се обади - ето ти телефона".

3. Терапевтът предлага някаква терапевтична програма, структурирана между него и пациента, което предполага неговата трайна ангажираност със случая.

4. Пациентът трябва да постъпи в болница за лечение.

VII. МАЛТРЕТИРАНЕ И НАСИЛИЕ.

Това е област, която през последните 15-20 години става все по-актуална и започва да придобива публичност. Става дума за малтретиране и насилие във физическия смисъл - сексуално малтретиране на деца и жени (те са най-честите жертви). За човек, претърпял насилие, има много последици. Напр. в Англия всяка четвърта жена е била жертва на насилие. Има основания да се смята, че в България това се случва и по-често. Освен това у нас правата на детето изобщо не се зачитат, родителите нямат и мисъл за подобно нещо, няма и закони за защита на децата от насилие в семейството. Няма и програма за действие в случаи на малтретиране.

Тези теми се избягват не само от обществото, но и от самите "помагачи". У нас тепърва се изготвят програми, към които жертвите на насилие да могат да се обръщат.

Първата трудност е разпознаването на проблема. Почти никога помощ не се търси директно за случая, а се идва с други оплаквания (тревожност, главоболие, здравни травми). Реакцията на терапевта е особено важна. Ако той е достатъчно толерантен, може и да открие насилието. Но ако в поведението на терапевта се появи макар и намек, че "сам си си го търсил", то е сигурно, че всичко по тази тема ще бъде премълчано. Много е трудно пациентът отново да се почувства зачетен, ненаскърбен, неунижен.

Търсенето на помощ почти винаги е много непоследователно. Когато човек е израснал и възпитаван в обстановка на малтретиране, когато насилието не се разграничава от обичта, насилието над човека се превръща в норма. Оттам идва и непоследователността при търсенето на помощ. Ако терапевтът не е запознат с тези условия, той няма да бъде търпелив - и пациентът ще се убеди, че не е зачитан. Изключително трудно се изгражда доверие в такъв вид пациенти. Те могат да станат дистанцирани, като защитен механизъм за себепазване. Такъв пациент е склонен да се самообвинява, да намира вината в себе си, да открива оправдание за насилието в собствената си личност.

Една от трудностите при терапията идва от ситуацията - ако терапевтът е мъж, а пациентката е напр. изнасилена жена. Жената лесно ще се чувства заплашена, застрашена, нападната. Терапевтът също изпитва силни чувства в такива случаи (когато слуша разказ за насилие) и може да прибегне към някой от защитните механизми. В такава професия той много бързо се "изхбява", изразходва (психически, емоционално) и може да използва защитните механизми "не на място". Терапевтът лесно може да започне да се преживява като "спасител" на тази жертва

(терапията наистина е спасение, но в по-хуманен и не толкова патологичен смисъл). Има и случаи, при които терапевтът може да стане гневен и наказващ, особено ако самата жертва се държи неподходящо. (Изобщо струва ли си да се захващате с тази работа?! В.В.)

Въпрос 22. БИОЛОГИЧНА ТЕРАПИЯ.

(22.05.1995)

I. От незапомнени времена е известно, че някои химични агенти могат да предизвикат перцептивни, когнитивни и афективни промени и силно да променят човешкото поведение. Въпреки това едва през последните 30 години започна всеобщото използване на медикаменти за лечение на психични заболявания. Психиатричната токсикология (предизвикването на психични нарушения от медикаменти) сега се допълня от психиатричната терапевтика (облекчаването на симптомите на психичните заболявания при промяна на протичането на психичното заболяване от лекарствата). Често границите между тези две големи области е неясна: при различни условия едно и също лекарство може да бъде токсично или терапевтично. Неврофармакологията се занимава с лекарствата, действащи върху ЦНС. Психофармакологията е клон от неврофармакологията и се занимава с ефектите на лекарствата върху поведението. В "Психиатрия в медицинската практика" неврофармакологичните средства се делят на две големи групи: **неселективни** (имат действие върху всеки неврон в главния или гръбначния мозък: те или намаляват невронната възбудимост - общи депресанти на ЦНС, напр. барбитурати; или я увеличават - общи стимуланти на ЦНС, напр. кофеин) и **селективни средства** (действат само върху някои групи неврони или само върху някои страни на нервната функция; тук влизат останалите средства, за които се говори във въпрос 9). Селективните средства са: антиконвулсанти; централно действащи мускулни релаксанти; централно действащи антихипертоници; наркотични аналгетици (опиати); аналгетични антипиретици (аспирин); антипаркинсонови средства (L-Dopa); психофармакологични лекарства ("психотропни").

II. ВИДОВЕ ПСИХОТРОПНИ ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА:

1. Невролептици (халоперидол, хлорпромазин).

Тези вещества се означават също като "големи транквилизатори", "антипсихотици". Терминът "невролептик" е въведен от Delay и Deniker през 1952 г., за да се опише характерния модел на седация (невролептичен синдром), причинен от тези вещества: психомоторна забавеност, емоционално успокояване и афективна индиферентност, без никакво помрачаване на съзнанието и/или атаксия. Въздействат на някои "прицелни симптоми" на психотичните състояния (напр. халюцинации, налудности и мисловни разстройства). Имат един основен начин на действие: те блокират трансмисията в допаминергичните синапси.

Невролептиците се използват при водещ симптом психомоторна възбуда, безсъние, безпокойства.

Използват се при афективни разстройства и психопатични състояния (шизофрения, мании, налудности). Не са опасни (човек не може да се отрови), но имат странични ефекти, напр. колапсни състояния, екстрапирамидни явления (паркинсоноподобни).

СЕРИОЗНИ УСЛОЖНЕНИЯ: късни дискинезии (непроизволни движения, които могат да засегнат всички части на тялото, най-вече мускулите в устната кухина (и езика)). Усложненията се появяват след продължително лечение и са травмиращи. Няма сигурен метод за тяхното отстраняване.

ИЗПОЛЗВАТ СЕ ЗА ТРИ ОСНОВНИ ЦЕЛИ:

- бързо успокояване на възбудени болни;
- лечение на остри психотични състояния (и на двата вида психози: органични - включващи повечето медикаментозно предизвикани състояния, и функционални - остра шизофрения, мания, налудна депресия). Лекарствата помагат и за овладяване на специфичните психотични симптоми (халюцинации, налудности, мисловни нарушения);
- поддържаща терапия при хронични и рецидивиращи епизоди. Този начин на лечение е особено важен при шизофрения. Съществува 70 % вероятност от поява на нов психотичен епизод, ако пациентът не приема невролептици. Ако приема - вероятността болестта да се прояви в следващата година е 20 %.

Да се имат предвид възможните усложнения!

2. Антидепресанти (имипрамин, фенелзин).

Имат характерни ефекти върху множество централни и периферни синапси и/или рецептори. Предполага се, че в основата на механизма им на действие е низходящата регулация на централните бета-адренорецептори. Терапевтичният ефект се явява постепенно, обикновено 1-3 седмици след началото. Дозите трябва да се повишават постепенно, защото едва след около 20 дни се вижда дали има резултат. Следователно при депресия със значителна психомоторна потиснатост или при психотична депресия е подходящо по-бързо действащо лечение, напр. с електрошок.

Нямат много странични ефекти, но са по-токсични от невролептиците.

Не се прилагат само за лечение на депресии. Някои средства се използват за лечение на пристъпи на паника и тревожност.

3. Транквилизатори (почти винаги се имат предвид анксиолитиците, "малките транквилизатори", т.е. бензодиазепините - диазепам, лексотан).

Те са ефективни за намаляване на патологична тревожност, напрежение и ажитираност без общо потискане на ЦНС (виж барбитурати) и са лишени от всякаква антипсихотична активност (виж невролептици).

Действието на бензодиазепините е върху бензодиазепиновите рецептори, които са демонстрирани в много части на нервната ос: най-високи концентрации на такива рецептори има в неокортекса, лимбичната система и малкия мозък. Т.е. тези средства имат избирателно действие, а не водят до цялостно потискане на ЦНС като барбитуратите. Това им свойство ги прави предпочитани пред тях. Нежеланите ефекти на барбитуратите (действащи чрез т.нар. хлорни канали) са цялостно потиснати функции, токсичност, зависимост.

Всеки диазепин има в по-голяма или по-малка степен пет важни фармакологични ефекта: анксиолитичен (намалява тревожността), хипнотичен (сънотворен), мускулно релаксиращ, антиконвулсивен и амнестичен (антероградна амнезия - затова се използват при анестезиология, малки хирургични или диагностични интервенции).

Бензодиазепините също създават зависимост (при продължително лечение с високи дози). Затова лекарят трябва да има представа колко ще трае лечението (което почти никога не се знае). Друг начин да не се предозира е да се правят паузи в лечението през 2-3 месеца, за да се установи дали не се е появила зависимост.

В зависимост от времето на всеки транквилизатор, се очаква абстиненция: повишена тревожност, рикущиращо безсъние, дисфория, анорексия; по-рядко - тежка ажитираност, паника, депресия, налудности, халюцинации, конвулсии.

Транквилизаторите обикновено са допълнение към лечението, рядко се използват като основни средства (заради зависимостта). Иначе се използват при проблеми със съня и при тревожност. С тях пациентът се "оправя" сравнително лесно, но винаги трябва да се мисли дали пациентът не иска да се самоубие.

4. Литий (Li).

Не може да бъде класифициран заедно с другите психоактивни средства; той е уникално лекарство, което няма психотропен ефект при нормални индивиди. Има забележителна ефективност обаче при манийно-депресивна психоза (остър антимианен ефект и стабилизиращ настроението ефект при поддържаща терапия). Литият е моновалентен катион, който се използва под формата на карбонатни или цитратни соли. Има доказателства, че литият има антидепресивен ефект и използването му се препоръчва за лечение на депресивни състояния. Най-важната употреба е за профилактично поддържащо лечение на рекурентна манийно-депресивна психоза.

Когато честотата на фазите при биполярното афективно разстройство е голяма, въпросът е дали има смисъл от литиево лечение. В момента мании се лекуват с невротлептици.

При редовното лечение с литий съществуват два проблема: сътрудничеството на пациента не е сигурно (когато човек е добре, той не е склонен да приема лекарства); литият има висока токсичност, по-точно налице е малка разлика между терапевтичната и токсичната доза.

Необходимо е редовното проследяване на плазменото ниво на лития и според него да се коригира дозата. Сериозен проблем е и увредата на бъбречната функция - солите умъртвяват част от бъбречните пътища. Ако невротлептиците се вземат с литий, те могат да повишат неговата невротоксичност.

Не се развива зависимост.

III. ЕЛЕКТРОКОНВУЛСИВНА ТЕРАПИЯ (лечение с електрошок).

Много вероятно е гърчовата активност от типа голям припадък да е необходима за антидепресивния ефект и има някои доказателства, че припадъци, предизвикани от по-силен ток, имат по-изразен антидепресивен ефект, отколкото припадъците, предизвикани от по-слаб ток.

Смятало се е, че има голяма разлика между шизофрения и епилепсия, както и че шизофренията минава, ако се получат гърчове. Впоследствие и двете предположения се оказват неверни: няма несъвместимост между епилепсия и шизофрения, както и електрошокът не е ефективен при шизофрения.

Основното приложение на ЕКТ е при ТЕЖКИ ДЕПРЕСИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ. Има по-бързо действие от антидепресантите и се прилага особено при голям суициден риск.

Практическо приложение: общо 6-12 шока, прилагани 2-3 пъти седмично. След 4 седмици лечение над 70 % от пациентите се оправят.

Медираните от допамин поведенчески реакции се усилват от електрошоковата терапия, която повлиява и норадренергичните функции, като антидепресантите.

ЕКТ изисква общ анестетик, прилаган с необходимата предпазливост. Обикновено лечението се провежда сутрин рано, така че болният да не е ял през нощта. Прилага се кратковременен анестетик заедно с мускулен релаксант, за да модифицира припадъка. След обдишване с кислород (така се редуцира последващата амнезия) се поставят навлажнените електроди.

Лечението предизвиква промяна на пулсовата честота, повишаване на кръвното налягане и значително усилване на мозъчния кръвоток.

АБСОЛЮТНИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: заболявания, засягащи сърдечно-съдовата система и ЦНС (пресен миокарден инфаркт, сърдечни аритмии, повишено вътречерепно налягане и мозъчен тумор).

Мания се провокира от ЕКТ в около 5 % от случаите.

След ЕКТ състоянието на обърканост трае около 1/2-1 час. Може да има и главоболие, но то е краткотрайно.

По-съществен страничен ефект са нарушенията на паметта, поради което не трябва да се правят много на брой или чести сеанси и болният задължително да се обдиша преди шока.

За по-подробна информация виж "Психиатрия в медицинската практика", сс.78-100.

Въпрос 23. ПРИНЦИПИ НА ПОВЕДЕНЧЕСКАТА ТЕРАПИЯ.

(22.05.1995)

* Ще маркирам само това, което е предадено на лекция. Прилагам ксерокопии от "Психиатрия в медицинската практика", за да не преписвам избирателно. В.В. За тези, които имат книгата - виж сс.100-105.

I. При поведенческата терапия:

1. Избират се "прицелни" симптоми и поведения, които трябва да бъдат повлияни. Диагнозата (патологията) не представлява интерес, фиксират се само симптомите, които трябва да се променят.

2. Прави се количествен анализ на поведението на човека (на основата на промяна на определени цифри се определя и ефекта от лечението).

3. Прави се поведенчески анализ - оценяват се симптомите, предхождани прицелното поведение. Тук има идея за "отключващ" елемент. Изграждат се хипотези относно това, какво служи за стимул на поведението и кои са факторите, които го подкрепят. Изгражда се стратегия за

промяна на поведението. Ако стратегията не успее, хипотезата е била погрешна. Следва нов опит за поведенчески анализ и изграждане на нова хипотеза.

II. Специфични техники:

1. Когнитивно-поведенческа терапия.

Много общи неща има между поведенческата терапия и когнитивната терапия (насочена към характерни логически грешки в мисленето - напр. ако скъсат студент на изпит, той може да реши, че изобщо нищо не става от него).

А. Бек се опитва да локализира неправомерните обобщения (недопускането на алтернативни обяснения).

Целта е пациентът да разпознава тези симптоми и да им противопоставя по-здравомислещи аргументи.

Поведенческата терапия е от активен вид - пациентът е стимулиран да върши определени задачи, стриктно да си води дневник, т.е. тя е ориентирана към действие.

2. Системна десензитизация.

Виж фобии - ако пациентът се страхува напр. от мишки, първо трябва да свикне да ги гледа на картинка. Не че някога ще се влюби в тях, но поне няма да изпада в ужас и паника при вида им или при мисълта за тях.

3. Превенция (предотвратяване) на отговор.

Напр. ако има компулсия (ритуал) за миене на ръце - да не го прави веднага, а след 3, 5 и т.н. минути (все пак въпросът не е въобще спре да се мие!).

4. Аверзивни процедури.

Прицелните симптоми се съчетават с процедура, която предизвиква неприятни чувства и състояния (например пиенето на алкохол с удар от електрически ток). Тези техники не са особено ефективни.

И др.

Въпрос 24. ИНДИВИДУАЛНА ЕКСПЛОРАТИВНА ТЕРАПИЯ. ПСИХОАНАЛИЗА.

(29.05.1995)

1. Психологичното лечение, независимо от различните си видове, има някои общи характеристики: при всяко психологично лечение целта на терапевта е чрез говорене и слушане (в терапевтични ситуации) да се опита да повлияе на емоционалните или поведенчески проблеми на своя пациент.

Психотерапията може да бъде грубо разделена според броя на пациентите на:

1. Индивидуална терапия.

2. Общогрупови методи:

а) групова;

б) фамилна;

в) психотерапия на (брачни) двойки.

Това разделение е едната ос на психотерапията.

По втората ос (според продължителността ѝ) психотерапията се дели на:

1. Краткосрочна;

2. Дългосрочна.

Отношението лекар-пациент е такъв тип отношение, в което пациентът се доверява на лекаря. Пациентът обсъжда пред него лични проблеми, които иначе би запазил за себе си, и може да бъде подготвен да приеме всеки вид лечение или съвет, който лекарят му дава.

Когато специалистът е в ролята на терапевт, той винаги се сблъска с друг човек, който е демобилизиран. Основната задача е да се повдигне духа на пациента.

Всеки психотерапевт цели да постигне разбиране от страна на пациента на неговите собствени интелектуални проблеми по нов, достъпен за него начин.

II. ИНДИВИДУАЛНА ТЕРАПИЯ.

Характерна особеност на индивидуалната терапия е, че тя се развива по-активно; методите в груповата и фамилната терапия се базират върху индивидуалната терапия.

1. Ако се върнем назад в историята на медицината, можем да приемем, че всяка лекарска намеса включва и индивидуална психотерапия. Но началото ѝ всъщност датира от опитите на Шарко (дисоциативните разстройства). Шарко използва метода на хипноза, за да повлиява състоянието на пациентки с хистерично разстройство. Шарко не цели истинско терапевтично повлияване, т.е. излекуване. Той доказва, че някои от психичните разстройства имат психологична основа (че са психогенни).

Освен това, Шарко съумява да популяризира този метод (и ефектите му) така, че психиатрите в цяла Европа променят някои от своите нагласи и обръщат внимание на психологичните причини за заболяванията и, съответно, на психологичните методи за лечение. Дотогава медицината е повлияна от твърде биологични, дори механистични идеи по отношение на причинно-следствените фактори.

След като изоставя фармакологията, Фройд отива при Шарко и също прави изследвания върху хистерията.

2. Съвременната индивидуална психотерапия може да бъде сведена до теорията на психоанализата. Фройдизмът има пренос, валиден и до днес.

Ядрото на психоанализата като лечебен метод е, че човек има подсъзнание. Около това ядро се въртят и всички останали теоретични и практически постановки. След като Фройд се връща от Париж (където е бил при Шарко), той започва да работи с хипноза, но бързо изоставя този метод и преминава към използването на метода на СВОБОДНИТЕ АСОЦИАЦИИ. Ортодоксалната психоанализа продължава да бъде валидна и днес, дори се практикува на някои места в оригиналния си вид.

Фройд като че ли казва почти всичко (за своя метод). Учениците му доразвиват неговата идея, но жалоните е създал сам Фройд. Той говори за топографски модел на психичното, но и за енергетичен модел, в който са използвани понятия, заимствани до голяма степен от физиката. Създава теория за либидото, драйва, психологичните защити и самия метод за аналитично лечение. Фройд създава и основните правила за терапевтично лечение:

- трансфер (пренос);
- контратрансфер (контрапренос).

Всеки терапевт е изправен пред много сложна задача - да влезе в интимния свят на пациента си. А от друга страна той трябва да е неутрален, неангажиран от него, но пък ангажиран от проблема му. Тази роля е много трудна - да си откъснат от човека и да си вътре в проблема.

Фройд много говори за тази неутралност. На практика това умение трябва непрекъснато да се усъвършенства. Затова е много важно да се изучат механизмите на трансфер и контратрансфер.

Една от основните характеристики на контратрансфера (пренос на чувства от терапевта към пациента) е, че той винаги съществува - но преносът трябва да стане достатъчно осъзнат от терапевта. Защото ако терапевтът изпитва към своя пациент много силни чувства (силен негативизъм или привързаност), т.е. ако е налице силен контратрансфер, то би трябвало терапевтът първо да се справи със своите несъзнателни проблеми (чрез супервизия). Терапевтът трябва да премине собствена психоанализа (дидактична), която цели да предпази терапевта и бъдещите му пациенти от много силни повтарящи се клопки на контратрансфер.

Трансферът е преносът на чувства от страна на пациента върху терапевта. Терапевтът задава много въпроси и говори малко за себе си - затова пациентът започва да фантазира какъв е терапевтът като човешко същество. Това е трансферът. Поради малкото информация, пациентът винаги напълва тези фантазии с информация от собствения си жизнен опит в подобни интимни отношения (предимно с близките - майка или баща). Т.е. в трансфера на пациента има фантазии, които проецират негови съществени отношения със значими други.

III. ВИДОВЕ ИНДИВИДУАЛНИ ЛЕЧЕНИЯ.

1. Краткосрочни психотерапевтични методи.

Времетраене - по-малко от 6 месеца.

Обикновено е центрирана върху един конкретен проблем, не цели да променя личностово един човек. Използва се най-често.

Индикации: пациенти с интерперсонални проблеми; за да се проведе добра терапия пациентът не трябва да има тежки личностови разстройства. Напр. ако има гранично личностово разстройство и идва с опит за самоубийство, не може да му се помогне с краткосрочна психотерапия. Т.е. пациентът трябва да е относително хармонична личност.

Цели се да се промени стилът на справяне с един конкретен проблем, като се даде на пациента възможност психологично да разбере собственото си поведение и да може постепенно да вникне в обичайните си проблеми, в характера на отношенията с околния свят.

Винаги съществува възможност за предоставяне на други начини, които са по-адаптивни в определени междуличностни отношения. Хората, които са обект на краткосрочна психотерапия, са душевно здрави в широкия смисъл и проблемът им е в това, да не бъдат нещастни. Може и да са тревожни, но не и невротично тревожни. Тревожните моменти са форма на житейско несправяне.

Обикновено самите хора търсят терапия и са "благодатни" пациенти. Ако човек работи с подобни пациенти психоаналитично, рискува да превърне проблемите им в психоаналитични дефекти.

а) съветване и ръководене.

Този метод почива на идеите на Карл Роджърс - за разбиране и вникване в чувствата на пациента. Да не се коментира поведението. Да се помогне на пациента да вникне в собствените си чувства и да ги разбере. Тук интимността настъпва много бързо. Терапевтът трябва да има усет за чувствата на другите (емпатия) и с пациента трябва да се установят по-близки отношения. Това е възможно, ако се остане на нивото на чувствата.

Ако човек мисли за чувствата си и ги вербализира пред други, той може да напредне в осъзнаването на проблемите си. Тук може да се дават и чисто поведенчески предложения от страна на терапевта, но съветването е недълбока психотерапия, в която един професионалист за кратък срок дава възможност на пациента да разбере себе си, своите проблеми и да му помогне сам да намери решение (не да му реши проблема).

Типична характеристика на съветването е, че то е активен метод - съветващият терапевт е активен, присъстващ, дискутиращ партньор на своя пациент. Този метод е широко практикуван. Става въпрос за терапия на здрави хора в криза.

б) т.нар. поддържаща психотерапия.

Това е онзи вид психологическа помощ, която се дава на хора, нуждаещи се от подкрепа да носят определено бреме (напр. хора с физически недъг, с хронични телесни болести - напр. рак, близките на тежки хронични пациенти, самите хронични психиатрични пациенти). Всички те се нуждаят повече от поддържаща психотерапия, отколкото от психоанализа.

Поддържащата психотерапия намалява дистреса и тревожността, дава на пациента чувството, че има експерт, на който може да разчита, не само за емоционална поддръжка, но и за съвет при решаването на психологичните проблеми.

От подобна терапия се нуждаят родители на деца с дефекти (групите за взаимопомощ понякога заместват индивидуалната поддържаща психотерапия).

Поддържащата психотерапия може да бъде и само в периоди на криза (периодична). Шестте месеца всъщност се запълват от много срещи. Терапевтът е свободен да даде конкретна помощ и съвети - нещо, което до голяма степен е табу за останалите методи.

в) метод на кризисни интервенции.

Това е изключително разпространен метод. Понятието е въведено от Каплан през 70-те години. Целта на тази интервенция до голяма степен е да се използва моментът на криза (психологичните ѝ аспекти) за предизвикване на промени. Т.е. всяка криза е както негативно, така и позитивно състояние и има голям енергетичен потенциал (в един момент човек решава, че "така повече не може"). Как ще се впрегне този потенциал зависи от намесата в момента на криза.

Промяната трябва да е удачна и успешна за пациента. Прилага се обикновено при хора в траур (траурна реакция), претърпели загуба или намиращи се в конфликтна ситуация. Но и в случаи когато е налице насилие в семейството, когато човек е бил жертва на насилие и когато има елемент на спешност - емоционален проблем, който може да трае дълго, в даден момент се проявява с ясни и силни симптоми.

Типичният пример на кризисна интервенция е при опит за самоубийство, тежките разводи, очевидците на катастрофи, неизлечимо болните.

Характеристиката на тази интервенция е, че терапевтът не се занимава с миналото на пациента, с ранните му спомени или с асоциациите му, а със силните, властващи в момента чувства - гняв, страх, силна тревожност. Всъщност целта е тези силни чувства да се проявят. Защото когато е в криза, човек рискува да отрече преживяването и чувството и да се поддаде на инерцията. Целта на терапията е първо да извади чувствата на повърхността. Когато те излязат, терапевтът трябва да ги посрещне адекватно. Това е сложно, защото хората в криза имат своеобразно негативно развитие, регресират, отричат проблема като такъв или приемат инерцията.

Екипите, които работят с хора, проявяващи т.нар. "синдром на изпепеляване" (burn out), пациенти, обикновено станали обект на бруталност, са подложени на изключително голямо психическо натоварване. След около 2-3 год. практикуване на кризисна терапия, собствените психични ресурси на терапевта не издържат - той неистово иска да се махне или става безразличен към проблемите на пациентите.

Желателно е терапевтите да сменят аспекта на своята работа и се налага дори самите те да минат курс по психотерапия, за да се освободят от негативните чувства, получени по време на работа. Терапевтът трябва да се погрижи за себе си!

Кризисните интервенции налагат много добро обучение. В психологичния кабинет най-често идват хора в криза (90%). Ако кризисната интервенция е добра, тя трябва да завърши с научаването на клиента повече за себе си и със стабилизиращи умения (или повече на брой) да се справя с този вид кризи. До голяма степен това е научаване на определен поведенчески и емоционален опит.

Изброените краткосрочни психотерапевтични методи са предназначени за пациенти, които в болшинството случаи са здрави хора с конкретни проблеми или се нуждаят от решаването на определена криза.

2. Дългосрочни терапии.

Зад понятието "дългосрочност" се крие това, което познаваме като психоанализа. Всеки психологичен подход, всяка психологична идея и лечение общо взето се опират на едни и същи неща.

Психоанализата е и продължителна и интензивна терапия. Разработена е от Фройд и включва два основни прийома:

- а) метод на свободните асоциации;
- б) анализ на сънища.

Обикновено целта на психоаналитика е да окуражи своя пациент, за да може той постепенно да разкрие свои мисли и чувства, докато същевременно запазва голяма неутралност към него. Повече слушайки и окуражавайки, психоаналитикът се стреми да достигне до състоянието на инсайт у пациента. Достигането до инсайт трае дълго време (дори и няколко години). Психоаналитичните сеанси се провеждат 5 пъти седмично според класическото правило. Близостта в продължение на години е много силна. Затова има строги правила на терапевтично поведение.

Основната цел на терапевта е да бъде неутрален към пациента си - затова и в класическата психоанализа пациентът лежи на диван, а терапевтът стои зад него. Отрича се възможността психоанализа да се практикува, ако те са седнали един до друг. Психоаналитикът е мълчалив и недостъпен и така стимулира фантазията на своя пациент по отношение на него, докато се стигне до трансфер. Интерпретацията на трансфера е много важна - в него се съдържат всички чувства, които са значими за пациента, но ги е изтласкал (напр. минали чувства към родителите). Психоаналитикът води пациента към неговото минало, но не към реалното му минало, а към историята, която е изградила за него собствената му душа.

Тази класическа анализа се променя от 30-те години насам.

През 1910 г. Адлер се обръща не толкова към миналото на пациента, а и към реалността - отражението на социалните проблеми и въздействия върху човешкия живот. Адлер прилага метода на индивидуалната анализа (факторите, реално случили се в живота на пациента, а не неговите фантазии за тях).

Адлер обогатява психоаналитичната идея, отхвърляйки теорията за либидото. Той е първият психоаналитик, който се интересува от текущите реални проблеми.

В даден момент от научната си практика Юнг започва много да се разграничава от Фройд, но методите му никога не са намерили реално приложение в практиката. Разработките му са теоретични (културални). Юнг се обръща към т.нар. "колективно несъзнавано" - архетипове, които според него са еднакви за всички хора.

Друго продължение на психоанализата е "културната анализа" с представители Карен Хорни, Ерих Фром, Хари Съливан. Х.Съливан е първият, който истински поглежда не само в строго индивидуалното, а и в отношенията. Той е предтеча на терапевтичните подходи, които интерпретират отношенията ни с другите (с околния свят).

Особеност на всяка психотерапия е проблемът за съпротивите. Бързата интерпретация на случая води до неуспех, защото предизвиква съпротива. Т.е. един терапевт може да си позволи да интерпретира (особено психоаналитичната парадигма), когато има усета, че съпротивите на пациента не са големи. Съпротивите може да се проявят не непременно в момента (думи и поведение), а и извън терапевтичните ситуации (нежелано поведение по начин, който външно изглежда необясним). Напр. ако след терапия пациентът се напие и набие някого и т.н., това са съпротиви чрез действия. Съпротивите в думи се проявяват като се дисквалифицира терапевта, като се мълчи и др.

Изкуството на психоанализата е удължено до голяма степен (много често и много години), заради дълбочината, в която тя нахлува. Това предполага справяне на терапевта с много съпротиви. Проникването в глъбинните структури също предполага продължителност, за да бъде пациентът протектиран, да не бъде оставен насред път, защото може да се провали. Това се получава обикновено, когато терапията се прекрати при наличие на много високи съпротиви и без постигане на инсайт.

Психоанализа не може да се прави за 2-3 месеца. Ако тя е краткосрочна, не се нахлува в дълбоки теми и проблеми. Много често "сюрпризите" идват, когато всичко е привидно благополучно - това са терапевтични грешки, които се плащат много скъпо (самоубийство на пациент).

За да се избегне съпротивата, психоанализата бавно напредва чрез постепенна преработка на събитията, чрез много малки интерпретации и намеси от страна на терапевта, докато се стигне до инсайт.

Мелани Клайн, ученичка на Фройд, през 30-те г. в САЩ развива една аналитична школа, която до голяма степен е различна от фройдовата. М.Клайн създава аналитична теория за обектните връзки. Тя е детски психиатър и работи с малки деца. Според нея проблемите на възрастния човек до голяма степен се формират от връзките му с първите обекти (майка). Клайнството господства в Англия. Лакан дава свой принос към психоанализата и за разпространението ѝ във Франция. Школата му предполага, че психоанализа може да се практикува и от необучен човек, както и че психоанализа може да не се прилага за дълго време. Психоаналитичните общества донякъде поддържат Лакан. В момента "битката" в световната психоанализа върви по две линии: от една страна обектни връзки срещу промяна на либидото, а от друга - правила и догми на практикуването на психоанализата срещу разчупването им.

Но самата психоаналитична техника все още се прилага в класическия ѝ вид и основните ѝ правила все още са валидни. В Унгария и Чехия имат традиции по отношение прилагането на психоанализата от обучени специалисти, докато България, Русия, Германия трябва да си "внесат" психоаналитици.

Друг начин човек да прилага дългосрочна психотерапия е т.нар. психодинамична терапия. Тя е индивидуална и използва фройдовите и клайнанските идеи, но без претенциите за работа в такава дълбочина (трае 1-1.5 год.). Съчетават се изясняването на миналото на пациента и се решават негови конкретни реални проблеми. Но този специалист не трябва да се нарича психоаналитик, а психотерапевт, използващ динамична психотерапия, която в същността си е психоаналитично ориентирана психотерапия.

3. Екзистенциална психотерапия.

Тя е до голяма степен свързана с екзистенциалната философия и цели да помогне на човека да се справи с фундаменталните проблеми на битието - любов, смърт, изолация, свобода. Целта на терапията е достигане до "осведоменост за себе си" - себепознание. Най-известният екзистенциален психотерапевт е Ирвинг Ялом. Идеята е човек да постигне знания за себе си, за да може в аналогични ситуации да действа по различен начин. Този метод има много общи неща с психоанализата, въпреки че не използва същия терминологичен апарат.

Въпрос 25. СЕМЕЙНА ТЕРАПИЯ.

(5.06.1995)

1. Фамилната терапия принадлежи към едно цялостно движение, което се интересува по-скоро от контекста, отколкото от индивида. Целта ѝ е да настъпят промени не в отделния човек, а в отношенията (контекста), като тази промяна е центрирана върху системата, наречена "семейство". Това прави от фамилната психотерапия един друг поглед не само върху терапията въобще, но и предполага различна концептуализация на човешкото поведение и отношения. В този смисъл фамилната психотерапия почива на теория, която е различна от теорията на индивидуалната психотерапия (чията база опира в психоанализата). Фамилната психотерапия е нещо, което в някакъв смисъл се противопоставя на психоанализата и индивидуалната психотерапия.

Фундамента на фамилната психотерапия е СИСТЕМНИЯТ ПОДХОД. Той най-общо представлява кибернетичния модел за системните връзки.

Фамилната психотерапия не е лечение на семейството! Тя има за цел да лекува човешките проблеми, но в контекста на семейството, като променя не отделните хора, а отношенията им. Не е достатъчно само да говорите с едно семейство и да смятате, че правите фамилна психотерапия. Тя е нов начин на концептуализация на психичните проблеми.

Зад нея стои нещо съвсем ново - ИДЕЯТА ЗА ЦИРКУЛЯРНОСТТА (срещу причинно-следственото мислене). Тя представлява един нов модел на мислене - циркулярен. Практикуването на този метод не е лесно, защото предполага скъсване със заучения материал, че зад всяко явление има причина, а това е идеята на цялото ни битие, на нашия причинно-следствен свят.

Обучението по фамилна психотерапия се състои в овладяването на способности за концептуализация на явленията в психологията по новия циркулярен начин. Докато според причинно-следственото мислене причините се търсят в биологичния или психологичния механизъм на индивида - напр., ако един човек пие, причините за пианството му се търсят в наследствената обремененост, психично разстройство или лошата му жена.

Фамилната психотерапия не борави с подобни идеи. Отклонението според фамилните психотерапевти се свързва по общоизвестния принцип за първичността на яйцето или кокошката. Фамилните терапевти не се интересуват от това, кое е първично и кое е вторично. Човекът с алкохолна зависимост ще отиде на фамилно лечение с близките си. Наистина, обект на лечението е алкохолният проблем, но се лекуват преди всичко отношенията на индивида с останалите членове на семейството. Те не се третират като виновни, но фактът, че един член от тях има проблем означава, че между тях има специфични отношения, които по своеобразен начин го принуждават да пие.

Променяйки отношенията в системата, се променят и отделните части в нея. Фамилният терапевт не задава въпроса "защо" и не пита кой е виновен!!! Според фамилните терапевти семейството е една система, в която отделните части представляват едно структурирано цяло. Това цяло може да функционира като такова, благодарение на определени създадени отношения. Всеки възникнал симптом у някой от членовете изразява проблем в отношенията, а не проблем на отделната личност. В този смисъл фамилната психотерапия не се интересува от индивида, а от отношенията. Тя изхожда от кибернетичните принципи - всяка система се стреми да достигне своята устойчивост. Възникването на определени отклонения у член на семейството е начин за запазване на семейното равновесие (семеен хомеостазис, статукво), за запазване на семейството от разпадане.

Изхождайки именно от кибернетичния принцип, фамилните терапевти не описват личности и характери, а отношения.

Друга важна особеност на фамилната терапия е, че тя до голяма степен интервенира ТУК И СЕГА, а не в историята на събитията. Фамилните терапевти се интересуват от отношенията такива, каквито са в момента, а не от обясненията, които дават членовете на семейството за тях. Те не се интересуват от миналото, а от настоящето.

II. Фамилната психотерапия не се създава изведнъж, а постепенно и по парадоксален начин. Началото ѝ е през 50-60-те г. в САЩ. От една страна тя е продължение на психоаналитичните идеи, защото късните фройдисти постепенно разширяват идеята на Фройд за индивидуалното развитие и за отношенията. Хари Съливан интерпретира именно отношенията (майка-дете). С това са поставени условията психотерапията да излезе извън индивида. В края на 40-те г. интересът към контекста се засилва. Войната е свършила, но хората са дълбоко повлияни от това, което се е случило и ясно осъзнават, че са много зависими от контекста, в който са поставени. Следва голям интерес, най-вече към семейството, както и развитие на социалните науки.

Именно през 60-те г. започва и интереса към психологическите причини на душевните болести. В САЩ се провеждат добре субсидирани изследвания за изясняване на този въпрос.

Така комбинацията между тези фактори (антропология, психоанализа, социални науки и шанс), водят до появата на нови идеи.

А. В Станфордския у-тет (в Пало Алто, Калифорния) Бейтсън получава стипендия, за да изследва отношенията в семейството на шизофрени пациенти. Бейтсън е антрополог и се интересува от комуникацията в семейства с определена патология чисто теоретично. Привлича към работата няколко души, вкл. Дон Джаксън (личният експерт на случаите). В работата със семейства те откриват специфични особености в начините на общуване - наричат го с понятието "ДВОЙНА ВРЪЗКА". Плод на тази работа е книгата на Бейтсън "Към теорията на фамилната психотерапия".

Но групата предлага и нова концепция за разглеждане на шизофренията, както и нова технология за лечението ѝ - чрез промяна на отношенията в семейството.

Двойната връзка е "парадоксална комуникация" и е обект на фамилната психотерапия. Парадоксалната комуникация се състои в това, че две противоречиви послания се дават репетитивно на един и същи човек. Това предполага, че някой от семейството (обикновено най-крехкия, детето) е обект на непрекъснато повтарящи се противоречиви послания, на взаимно изключващи се заповеди (с думи се казва едно, а с действия - друго). Това може да става вербално, емоционално и по много други начини.

Това поведение става стил на комуникация в семейството. Когато някой е постоянен обект на послание от типа на двойната връзка, в ситуации, които са значими за него, той няма много изходи - най-вероятно е да развие определени симптоми. Работната група на Бейтсън изучава комуникацията, за да развие технология, която да промени този стил. В някакъв смисъл това е класическата фамилна психотерапия, където комуникацията е разгледана сама по себе си.

ВАРИАНТИ НА КОМУНИКАЦИЯ МЕЖДУ ХОРАТА В СЕМЕЙСТВОТО :

Най-простият случай е между двама души. Той има три варианта:

а) т.нар. комплементарна комуникация. Двамата правят и се изявяват в различни неща, т.е. избягват съревнованието във всякаква форма. Тук има риск от установяване на стил, при който единият винаги да търпи и понася поведението на другия, т.е. винаги да е в интериорна позиция (т.нар. ригидна комплементарна комуникация, която обикновено е патологична).

б) т.нар. симетрична (комуникация на конкуренцията). Обикновено двамата правят еднакви неща - ако единият защити дисертация, другият няма да се успокои, докато и той не защити. Тук има риск от ескалация на симетрията и от поява на насилие в семейството.

в) известно смесване на двата вида в зависимост от определените обстоятелства.

Няма идея, че едната комуникация е по-добра от другата. Те се различават по начина, по който могат да се наблюдават. При различните видове има различни симптоми и рискове.

Б. Освен комуникационния подход, в теорията и практиката на фамилната психотерапия постоянно се появяват и други течения. Едно от тях се интересува и от структурата на семейството. Най-известният представител на структурната школа е Салвадор Минучин. Той предлага идеята, че в семейството като система има определени подсистеми. Всяко здраво и нормално семейство има йерархия, при която родителската подсистема стои по-високо от подсистемата на децата. Структурната школа се различава до известна степен от класическата фамилна психотерапия по това, че дава известен норматив на това как трябва да изглежда едно добре функциониращо семейство. Едно от условията е между двамата родители да има добра свързаност. Друго условие е това семейство да е отделено от външния свят с достатъчно ясна и стабилна, но и пропусклива граница (да не е херметизирано).

Между подсистемите от друга страна също трябва да има граница - не ригидна, но ясна. Това е особено важно по отношение на семейния произход (поколенията), защото ако границата не е ясна, винаги съществува риск някой от родителите да е свързан повече със семейството, от което произлиза, отколкото със семейството, в което живее.

Границата се нарича "ТРАНСГЕНЕРАЦИОННА ЛИНИЯ" и тя не бива да се преминава никога. Преминаването ѝ води до формиране на т.нар. коалиции - двама в семейството се обединяват срещу трети, като това обединение е между двама от различно поколение. Тази коалиция е тайна! Тя не се афишира (напр. майка и син срещу баща). Типично при коалицията (напр. тъща и дъщеря срещу зет) е това, че ако е налице такова преминаване на линията, винаги се появява една нова обратна противоположна коалиция (много вероятно е снахата да е свързана с друг член от семейството по същия начин).

Обикновено в дисфункционалните семейства това се наблюдава много често. Трябва да се прави разлика между временните съюзи и коалиции и коалиция с преминаване на границата, защото последната в същността си има идеята за борба (тя е насочена срещу!).

Най-честият механизъм за развиване на патология при семейства с коалиции е т.нар. "ТРИАНГУЛАЦИЯ" - индиректно решаване на отношенията между двама души чрез включването на трети. Най-често триангулираният член е детето и обикновено то развива симптоми. Човекът, който е носител на цялостната дисфункция на семейството е т.нар. посочен пациент - носител на отношения, които го триангулират (дете, отглеждано от майка и баба, които не се понасят, но се държат лицемерно; те си разменят отношения чрез детето, детето е арена на

взаимната им омраза). Триангулираните деца са в тежък емоционален конфликт, защото искат да угодят и на двамата, които го манипулират. Човек може да бъде триангулиран във всяка възраст, но когато е слаб и малък, това е по-лесно.

Когато триангулирането е дълго, в определени ситуации и между определени хора потърпевшият е застрашен да се разболее. Триангулирането на слабия е един от начините да се запази функционирането на семейството. Фамилните терапевти наблюдават, че ако в дисфункционално семейство един симптом изчезне, много е възможно да се появи друг (у същия или у друг човек). Ако един човек престане да пие, това води до масивна промяна на отношенията в семейството и тогава може или жената да направи депресия или детето да бяга от училище.

Интервюто е насочено не само към премахване на симптомите, а и към промяна на стила на функциониране на семейството - комуникативната и семейна структура.

Най-честата девиантност е при псевдо брак. Тези хора наистина нищо друго не ги свързва, освен децата. Те са родители, но не и съпрузи.

Когато родителите не са силна група, децата им са застрашени от развиване на симптоми, защото родителите не са в състояние да ги пуснат, когато пораснат. Семейството обикновено гледа децата си до тяхната младост, живеейки само заради тях. Когато децата поискат да си отидат, родителите се ужасяват от това да останат сами, защото не се понасят. Тогава чрез различни маневри децата никога не напускат дома (като територия или като мисъл), винаги остават свързани със семейството, от което са произлезли. Когато създадат собствено семейство, е възможно то пак да е дисфункционално, поради тяхната силна ангажираност с родителите им и преминаването на трансгенерационната линия.

Във фамилната психотерапия има нещо, което се нарича жизнен цикъл на семейството - от създаването на двойката до разпадането ѝ поради развод или смърт. Периодът на "опустялото гнездо" е изключително труден за цялото семейство. Дори и когато не е единствено, мястото, което детето е заемало в семейството, се е променило и родителите са в кризата на необходимостта отново да заживеят двамата. Периодът на "опустялото гнездо" е и същественият момент, когато се решава (двустранно - от напускащите и от оставащите) истински възможната еманципираност и автономност на всички. В цялата семейна история основната задача е като че ли да се отгледа и да се подготви едно дете за напускането на своя дом, защото ако родителите не са подготвили децата си за това, то вероятно е децата да не са готови да го направят, защото години наред са били въввлечени в отношенията на родителите помежду им.

Американският автор и фамилен психотерапевт Мъри Боуън изучава именно механизма, по който хората се откъсват от семейството, от което произлизат. Той разработва трансгенерационен модел на семейството, според който психичните и емоционални проблеми, нерешени в едно поколение, имат тенденцията да се решават в следващите. Проблемът може да се възобновява докато се реши.

Според Боуън процесът е тригенерационен - решава се в третото поколение.

Хората, които ще се занимават с терапия трябва добре да познаят отношенията в собствените си семейства назад в генерациите и да са наясно с онова, което се крие там. Защото много неща не знаем, не защото не питаме, а заради табу върху някои семейни тайни. В семействата има и семейна митология - система от вярвания, убеждения и митове, която оказва много по-голямо влияние върху поведението ни, отколкото предполагаме. Понякога те са по-мощен фактор дори от следването по психология или обучението по психотерапия. Тези семейни влияния са изключително мощни и до голяма степен определят не само избора на партньор, но и начина, по който функционира едно семейство. Да, в този смисъл фамилната терапия работи тук и сега, но в първичното интервю трябва да се запознаем с фамилната история на всеки един от участниците.

В. Мара Салвини-Палацоли е представителка на системната миланска школа. Школата работи с т.нар. парадоксални техники. Изхождайки от идеята, че семейството като система се стреми да бъде стабилно и че ако стабилността е застрашена, симптомите у някой от членовете служат за запазване на системата, то симптомите имат и позитивност в някакъв смисъл (служат да запазват). Целта е да се премахне симптомата, но и функционирането на семейството да се запази без него. Техниките, които използва школата са:

- предписване на симптом (прескрипции) - т.нар. парадокс. По принцип е опасно да се прилагат парадоксални техники, подобно предписание трябва да се прави от хора, които са в някаква степен манипулатори. Съвременната фамилна психотерапия до голяма степен е еkleктична, не е скарана с психоанализата, не ползва изброените автори догматично и е гъвкава. Напоследък тя става метод, който не е загубил своята физиономия, но се практикува с повече лекота.

III. Задължителни условия.

1. Индикации (показания за ФТ).

- а) симптоми, които се явяват в детска и юношеска възраст;
- б) симптоми, които се проявяват с депресивност и зависимости, но тежките психози (шизофрения) не предполагат ФТ на първо място. При хронична психоза ФТ може да доведе до известни подобрения и нови начини за справяне на роднините с болестта;
- в) насилие в семейството (но не и докато се бият). Често това са хора, които с определен партньор и в определен контакт са склонни да вършат насилие.

г) опити за самоубийство.

2. Истинска контраиндикация няма.

IV. Каква е практиката на ФТ.

Зависи от стила на терапевта, но хората трябва да са обединени, с тях трябва да се сключи контракт. Терапевтът трябва да им обясни, че им предлага лечение, което се нарича ФТ. То не се прави тайно. Сключва се договор за сесиите (минимум 12). ФТ не е истински дългосрочна терапия, но не може да е ефикасна само в 2-3 сесии.

Освен ФТ трябва да се прави и т.нар. семейно консултиране. В няколко контакта със семейството да се даде преценка за особеностите на семейството като цяло (не отделните характеристики на всеки), за да може да се прецени дали има нужда от ФТ. Трябва да се прави консултация на всички случаи освен на тежките психози.

Ако се гледа на индивида като откъснат от контекста, терапевтът може да го опише добре, но от това няма голяма полза. Семейството е мощна подкрепяща група и обикновено обича членовете си.

Да не се практикува в период на колебание за развод! Трябва двамата като двойка да пожелаят такава помощ. И тук са валидни принципите на психотерапевтичното поведение - неутралност, дистанция и ненамеса в проблемите извън терапевтичната ситуация.