

Психогенни заболявания – психически разстройства, от които най-широко разпространени са неврозите и психогенните психози. Психогенни заболявания възникват вследствие на действието на психотравмиращи фактори (сврѣх силни дразнители) от околната, най-вече семейна и служебна или работна среда и могат да се преодолеят с отстраняване на действието на тези фактори или пък чрез укрепване, стабилизиране на личността и преди всичко на нейните психически свойства.

1. 1. Основни положения.

Към психогенните принадлежат голяма група разстройства, предизвикани от психотравми. Тук се включват неврозите, острите афективни реакции, затегнатите реактивни психози и отчасти психопатните (техните декомпенсационни).

Наистина и при органичните, и при ендогенните заболявания психогенните фактори играят понякога важна роля, но в този случаи те се явяват според досегашните знания само като провокиращи или съобуславящи фактори, докато при психогенните заболявания в тесен смисъл на думата водещата причина за възникване на психичното разстройство е силно неудоволетвеното психично преживяване. Това силно неудоволетвено преживяване се бележи като психотравма — интензивността и значението на преживяното са сврѣхсилни или непоносими за личността, за нейните морално - етични и естетични устои. В този смисъл психотравмите въпреки техния всеизвестен житейски вид и характер имат до голяма степен индивидуален облик. Практически това означава, че не за всеки индивид едно и също преживяване може да стане психотравмено. Психотравмата се оформя на фона на особената структура на личността. Това се вижда от всекидневния клиничен опит. Един изживява психотравменно разочарованието от приятел, роднина, любим, без да се тревожи от това, което става в по-широкия обществен кръг, докато друг стига до депресия или апатия поради несправедливо отношение към другите в трудовия колектив, в училището, в живота, а е твърде равнодушен към преживяванията от личен характер. Разбира се, не може да се говори за строго индивидуализирани психотравмени ситуации, а по-скоро за индивидуално отекване на преживяното у различните личности, защото ценностите на живота са еднакви макар и различно важни за всеки индивид и личност. А те са в еволюционен аспект физическо и материално благополучие, принадлежност към семейство и колектив, осъществяване на собствените творчески стремежа и интереси, социална значимост.

Според това, кой как е израснал и се е оформил като индивид и личност, ще се оформя за него и патогенното значение на различните психотравмиращи ситуации. Обикновено преживяното в миналото като психотравма прави човека към подобни преживявания по-късно, макар че повторно преживяното може често да играе и ролята на тренинг.

За клиничното мислене е необходимо ясно разбиране на личност, за да се разберат и болестните ѝ прояви, обединени в групата на психогенните заболявания.

Хронологично учението за психогенните се е оформяло сравнително бавно, колебливо и противоречиво. В 1894 г. Sommer пръв предлага названието психогенни заболявания, имайки предвид хистерията. Дълго време обаче въпросът за психогенните заболявания остана пренебрегван поради успехите на патологоанатомията на мозъка през втората половина на XIX век и поради преобладаването на соматичните възгледи в неврологията и психиатрията.

След разочарованието обаче от мозъчната патология, наречена вече мозъчна митология, към края на века прелом в учението за психогенните представлява динамичната психология на Janet и особено психоанализата на Freud.

Психоанализата лекува психогенните заболявания, като кара болния да осъзнае потиснатите в подсъзнанието чувства и желания. Това се постига чрез метода на свободните асоциации, едни лечебен похват, който се прилага два-три пъти седмично в продължение на години.

Досегашната клинична практика показва наистина по безспорен начин, че между афективните преживявания и някои психози и неврози съществува пряка връзка и взаимозависимост, но досега направените анализи не потвърждават главната теза на психоанализата, че, от една страна, има организирано в смисъла, в който тя си го представя, подсъзнание, и, от друга, че преобладаващите желания и стремежи, „изтласкани в подсъзнанието” и носещи разрушителния заряд на психозата и неврозата, принадлежат изключително към сексуалните желания и стремежи. Напротив, клиничният опит показва всеки ден, че психичните сътресения и конфликти и психотравмените преживявания от всякакво естество, особено от битово и социално, са водещи във възникването на психогенните заболявания.

Научно най-издържана и експериментално проверена е теорията на И.П.Павлов и неговата школа за нервния срив и за експерименталните неврози.

При условията, които са свързани с голямо напрежение и изискват усилия на познавателната и волевата дейност, се наблюдава т. нар. нервен срив.

И.П.Павлов със съответни уговорки приложи учението за нервния срив и експерименталните неврози и по отношение на психогенните заболявания у човека. Както е известно, той установи, че при хистерията например се касае за прекомерно преобладаване на функцията на подкоровите структури над функцията на кората на мозъка, поради което поради емоционални вълнения често пъти в кората на мозъка настъпват разлети задръжни процеси. При натрапливата невроза е обратно – тонусът на мозъчната кора преобладава над тонусана подкорияето. При неврастенията се касае за нарушено равновесие между възбудните и задръжните процеси на равнището на самата мозъчна кора.

2.Клиника на психогениите.

Между психогенните заболявания най-голямо значение за практиката имат неврозите и острите психотравмени реакции. По-малко е значението на реактивните психози.

В клинично отношение делението е твърде различно при различните школи и автори. И. П. Павлов различава у човека три вида неврози: неврастения, психастения и хистерия. По отношение на неврастенията се спори дали тя е резултат само на физическо и интелектуално пренапрежение или във възникването ѝ играят роля и психотравмените преживявания. За разлика от този вид неврастения при органичните заболявания се говори за псевдоневрастения (респ. церебрастения). Психастенията на Janet се отнася към психопатиите и от повечето автори се отъждествява с ананкастната психопатия, психопатията на себенеуверените. Поради това може би е по-правилно в систематиката на неврозите вместо за психастения да говорим за натраплива невроза. Като четвърта

невроза от все повече автори в много страни, в това число и у нас, се приема страховата невроза.

Общото във възникването и оформянето на неврозите е обстоятелството, че болният дълго време се е намирал при неблагоприятни външни условия, които или са предизвикали свръхнапрежение у него, или са били в противоречие с неговите интереси, чувства и схващания. В този конфликт между действителността и личността „израства“ неврозата. Характерът на неврозата, както казахме зависи от структурата на личността, силата и продължителността на неврозогенните фактори.

2.1. Неврастения. Названието е предложено от Beard в 1879 г. и означава нервна слабост. Неврастенията възниква при пренапрежение и преумора и се характеризира с повишена раздразнимост, намалена възможност за концентрация, бързо изчерпване на силите, невъзможност за лесно запомняне и редица вегетативни оплаквания, като безапетитие, главоболие, безсъние, сърцебиене, стягане в главата (неврастенна каска), изпотяване. Тези симптоми бързо изчезват, когато пренапрежението бъде прекратено и когато на болния се даде възможност да възстанови силите си. Нерядко обаче пренапрежението се усложнява и от конфликтни ситуации, които още повече задълбочават симптоматиката.

В светлината на павловското учение неврастенията има три етапа (фази) на развитие, които при отделни индивиди могат да се регистрират и като форми — х и п е р с т е н н а, д и з с т е н н а и х и п о с т е н н а. Хиперстенната форма патологично се характеризира с отслабване на задръжния процес и превалиране на възбудния. Болният е лесно раздразним, но все още работоспособен. При дизстенната фаза започва да се отслабва и възбудният процес. Болният бързо се уморява след започване на работата. При хипостенната фаза и възбудните, и задръжните процеси са отслабени до краен предел и нервната клетка изпада в задпределна задръжка. Болният се събужда от сън уморен и през целия ден е в такова отпаднало, апатично състояние, непрекъснато му се лежи и спи, а не може нито да лежи, нито да спи.

2.2. Натраплива невроза. Описана е преди един век от френски и немски психиатри. Появява се при астенизиране на личността от инфекциозни (особено грип) и органични заболявания под въздействието на дълготрайни психотравмени въздействия и конфликти при индивиди, които спадат към мисловния тип — преобладаване на втората над първата сигнална система. Характерни за натрапливата невроза са натрапливостите под форма на мисли, страхове и действия, към които болният има критично отношение, счита ги за нелепи и неоснователни, но

въпреки това не може да ги преодолее. Независимо от желанието и волята едни и същи представи, мисли, опасения и действия му се натрапват в съзнанието. Независимо от съдържанието на натрапливостите в повечето случаи те са неприятни, те плашат болния със своята настойчивост и постоянство. Натрапливо болният живее постоянно под угрозата за нещо страшно и лошо, което ще го сполети, и появата на натрапливостта в съзнанието е сигналът за тази приближаваща се опасност. Той не я споделя и с най-близките си от страх да не се изложи и да не му се смеят, а същевременно е безсилен да се справи сам. С течение на времето той се научава да се бори с натрапливостите, като им противопостави други мисли и действия, но този ритуал от мисли и действия поглъща цялото време на болния и всъщност той става неработоспособен.

Безспорно натрапливо болните са хората, които най-много страдат и се измъчват.

В натрапливост може да се обърнат всяка мисъл, представа и действие, но най-често натрапливостите са свързани с неприятни, страшни, неприлични и срамни представи, мисли и действия. Към натрапливите действия спада натрапливото броене на собствените стъпки, на прозорци, на плочки от тротоара, запомнянето и изговарянето на автомобилни номера, повтарянето на един и същи имена и думи. Тези действия са неутрални по съдържание, но въпреки това те плашат болните. Но болните изживяват особено драматично подтиците към действия от този род: „Вземи ножа, с който режеш хляб и прободи детето си!“ „Гъделичкай внучето, докато се задуши!“ „Отвори прозореца и се хвърли от етаж надолу!“ Някои болни имат порива да кажат неприлични и срамни думи на обичани и уважавани хора, други се страхуват да не би на публично място да се провикнат в неподходящ момент и пр.

Настроението на натрапливо болния е постоянно потиснато, депресивно. Той е колеблив и несигурен в себе си, трудно взема решения, постоянно обмисля, винаги живее с чувство, че това, което прави, не е свършено добре и затова се връща, повтаря; затова прането продължава с дни, миенето на ръцете с часове, почистването на дома — денонощно. По няколко пъти се проверява дали вратата е заключена, дали токът е изключен и кранът на чешмата затворен, дали дори пикочният мехур е окончателно празен, и пр. Тези болезнени безкрайни повтаряния болният предприема, за да се увери (защото той не си вярва), че всичко е, както трябва.

Патофизиологично при натрапливата невроза е налице инертно възбудено огнище в кората на мозъка, което все пак е ограничено по екстензивност, поради което е налице и критичното отношение на болния спрямо неговите натрапливостите. Болните по

личностова структура са мислителни типове, разсъдливи, но не решителни. Теси особености на личността в повечето случаи се прикриват от една външна общителност и дори хипоманийна фасада.

2.3. Страхова невроза . Названието е дадено от Freud (1895). Касае се за едно остро състояние на страх, което според него се дължи на застойна сексуална възбуда. Днес това обяснение е загубило своето значение, но названието за подобни състояния е останало. Трудно е да се отдели страховата невроза от фобиите и натрапливостите. По-скоро тя представлява фобийно преживяване в пароксизъм. Страховата невроза се изживява предимно престопно, но понякога състоянието продължава дни и седмици. Понякога страхът е неопределен, т. е. не е фиксиран към никакъв обект. Обикновено у деца и юноши той настъпва в часове на самота или надвечер в присъствието на други членове на семейството.

2.4. Хистерия. Като название и болест е известна от Хипократ, но в по-ново време е проучена за пръв път подробно от Charcot, който я определя като „велика симулантка” поради многообразието на симптомите. Схващането, че болестта възниква поради полова неудовлетвореност и разстройства в матката, има само историческо значение. Хистерията се появява при хората, принадлежащи към художествения човешкия тип и макар и да „предпочита” жените, не отминава и представителите на мъжкия пол. Възниква главно при конфликтни ситуации и психотравми най-вече там, където съществува пропаст между желание и действителност, и най-често у хистеричните индивиди, които са израснали или сред психотравмираща среда или са били глезени и неправилно, не трудово възпитавани. Хистеричните по характер са демонстративни и показни и се водят от чувство за значимост. Те са егоистични в желанията си и максималисти спрямо живота. Липсата на покритие между тези стремежи и действителността довеждат болния до нервен срив.

Според И. П. Павлов при хистерията преобладава тонусът на подкорието върху кората, която при по-силна възбуда на подкорието (при афекти) изпада в задпределна задръжка и по този начин се освобождават от контрол субординираните в подкорието центрове и филогенезно заложените механизми.

Друга важна особеност на хистеричните е тяхната повишена сугестивност и хипнабилност.

Клинична хистерията се проявява с припадъци, с отпадни моторни и сензорни явления, с множество вегетативни разстройства.

2.5. Реактивни (психогенни) психози. Наричат се реактивни, защото се появяват като отговор, като реакция на нещо силно преживяно. Според Jaspers реактивните психози се характеризират с ясна връзка между повода и появата на психозното състояние, с разбираема връзка между съдържанието на психозната продукция (налудности, налудно тълкуване, илюзии и халюцинации) и психотравменото преживяване и с отзвучаване на психозата при отстраняване на психогенно действащия фактор.

Докато при неврози адаптацията към околния свят е нарушена само частично, при реактивните психози тя е напълно разстроена. И психотравмата, и конфликтът поставят личността в трудно психологично състояние: при травмата — да се помири и да понесе пасивно нещо против своите чувства, очаквания и стремежи; при конфликта — да приеме едно решение и изход, които също са в противоречие с вътрешната нагласа. За появата на реактивните психози са от значение следователно както видът и силата на психотравмата, респ. противоречието, пред което личността се изправя в конфликта, така и качествата на личността и конкретната обстановка. Никой не е застрахован спрямо реактивната психоза, но опитът показва, че най-често реактивни психози се появяват при невръстни лица — деца и юноши с малък житейски опит, при дебилни, примитивни, инфантилни, астенизирани индивиди, у хора с церебрастени оплаквания и у психопати. В типологично отношение меланхолният, т. е. слабият тип висша нервна дейност, и холеричният, силният неуравновесен тип дават най-често реактивни психози.

Реактивните психози се делят на две големи групи: примитивни остри реакции и сложни затегнати реакции на личността. Към примитивните реакции спадат двигателната буря, афективният ступор и хистеричното помрачение на съзнанието, Ганзеровият синдром, псевдодеменцията и пуе-рилизмът.

Към сложните реакции се отнасят главно реактивната депресия и психогенният параноид, както и някои затегнати хипохондрин. Като отделна подгрупа се обособяват индуцираните психози, които са обаче с малко практическо значение.

3. Диагноза на психогенните заболявания.

3.1. Анамнеза. Анамнезата на заболяването по правило се събира от лекаря. Събирането на анамнезните данни може да се възложи на клиничния психолог. Нещо повече, именно психологът може в редица случаи да предразположи към себе си болния, да стане негов довереник, да се добере до сведения, които са се оказали недостъпни за лекаря. Това става понякога по силата на особената „психологична бариера”, която съществува между болния и лекаря, по силата на обстоятелството, че психологът може в някои случаи да отдели повече време и да подходи по-непренудено към болния. Той трябва да води разговора с болния не по предварително написан план с лист и писалка в ръка, а именно като една непринудена приятелска, съчувствена беседа. Получените по този начин данни могат да бъдат много полезни; тяхното писмено оформяне трябва да стане по-късно, а не пред самия болен.

При изграждането на диагнозата трябва да се търси връзка между преморбидната личност, психотравмената и конфликтната ситуация и клиничната картина. Особено обичайна тясна и близка по време е връзката между психотравмата и конфликтната ситуация, от една страна, и клиничната, от друга. Някои препоръчват анамнезата да се дели на обща, специална и етиологична. От общата се получават сведения за общото психично състояние за болния и неговия житейски път; при специалната анамнеза вниманието е насочено към предисторията на заболяването и актуалната симптоматика в момента, а етиологичната анамнеза разкрива фамилната обремененост, социално-битовия статус и конфликтната ситуация, която е причинно свързана с избухването на заболяването.

Много важно е да се подчертае, че при психогенните е необходимо да се събира анамнеза не само от болния, както обикновено се практикува, но също така и от второ и трето лице. Освен при психозно болните такава анамнеза е абсолютно необходима при деца, но тя е от голяма полза и при възрастни.

3.2. Клинично наблюдение. Най-старият и творчески метод в клиничната медицина и особено в психиатрията е наблюдението. То дава на лекаря това, което никой друг метод не може да даде. Чрез наблюдението се получава цялостна картина за болния: движения, поза, мимика, пантомимика, лицеизраз, цвят на кожата и лигавиците, говор, облекло, поведение. Клиничното наблюдение или клиничният поглед не е просто субективно възприемане на болния, а съдържа в себе си обобщение на знанията и

опита и е творчески акт по отношение на диагнозата. Израз на тази висша синтеза на възприемане и сложна анализсинтезна дейност в съзнанието на лекаря е т. нар. от старите клиницисти *diagnosis ex prima vista* (диагноза от пръв поглед). Тази диагноза не е свръхсетивно и мистично постижение, както някои тълкуват творческата интуиция на лекаря, а плод на късо-съединителен мисловен процес у личност с голям професионален опит.

Според случая наблюдението може да бъде еднократно и многократно, т.е. продължително. При еднократното наблюдение човек се добира до диагнозата според външните прояви и споделените мисли на болния. Обикновено това е срещата при изследването. Водейки разговора, търсейки данни за изграждане на диагнозата, изследващият наблюдава болния и преценява проявите му. За психогенните заболявания, специално неврозите са характерни или психомоторната угнетеност, или леката възбуда, театралност, желание за дълго обстоятелствено обясняване на състоянието, подробно описание на прекараните напрежения и тревоги. Много от болните говорят бързо, други заекват, трети изпитват срам и неудобство дори когато трябва да опишат оплакванията си. Болните имат съзнание за своята болест в повечето случаи я надценяват и изказват свръхразмерни опасения. Проявяват активно желание за лечение и описват симптомите, които ги измъчват най-много. Обикновено това са вегетативни оплаквания, като главоболие, безсъние, безапетитие, сърцебиене, задушаване, треперене на тялото, лесна уморяемост, лесна дразнимост, лошо настроение и лоши мисли.

Често се наблюдават капки пот по челото и около горната устна, тремор на клепачите, ту побледняване, ту почервяване на лицето, поява на еритемни петна по шията и гърдите.

По време на неврологичния преглед се установяват повишени симетрични сухожилни рефлексии с разширена рефлексогенна зона. Рефлексите са много живи, често поликинезни. Редовно се наблюдават тремор на ръцете и клепачите, залитане при затворени очи, хипестезия на фарингеалния и липса на повръщателния рефлекс, напукани устни, нерядко разширени зеници. Ръцете са влажни и студени. В повечето случаи се наблюдава силно изразен червен дермографизъм, стигащ до *elevatus*, или по-рядко бял симпатикотонен дермографизъм.

3.3 Психологична диагностика. С развитието на експерименталната и приложната психология и с голямото значение, което придобиха социологичните изследвания напоследък, в медицинската психология започна да се появява статистичен уклон,

според който психиатрията трябва да метематизира своите величини и диагнозата трябва да се изгражда върху статистично достоверни изчисления, а не емпирично и субективистично както до сега. За тази цел през последните 30 години бяха създадени редица личностови и диагностични тестове.

Обикновено най-разпространените психологични тестове се разделят на две големи групи: психометрични и проективни.

Според сегашния опит метричните и проективните тестове, макар и да са полезни за диагностична работа, не са пряко насочени към разпознаване на едно психогенно заболяване. По-подходящи в това отношение са клинични-диагностичните тестове, които се появиха.

Поради голямата разпространеност на неврозите, които обуславят в голям процент намалена или загубена работоспособност, социалистическо здравеопазване поставя за задача масовата профилактика на невротичността в учреждения и предприятия. Тъй като психичните прегледи са много трудоемки и изискват много специалисти за провеждането им, през последните няколко десетилетия чужбина, а напоследък и у нас се практикуват клинично-диагностични въпросници, в които изследваните подчертават само верния за тях отговор.

Опитът показва, че въпросникът е много полезен и за амбулаторни прегледи. Още в чакалнята болният попълва въпросника и преди да влезе при лекаря, клиничния психолог прави отчитането или лекарят сам в началото на прегледа вижда общия брой на симптомите и тяхното разпределение. Това му дава възможност след това да проведе и по-целенасочен разговор и по-результативен преглед. Първоначално се отчита само общият брой на положителните симптоми, а след това с пригоден ключ се откриват групите според тяхното съдържание: общоневрозни, вегетативни, натрапливофобийни, хистерични, депресивни.

4. Лечение на психогенните заболявания.

Поради психогенния си характер тези заболявания се влияят най-резултатно от психотерапията.

В широкия смисъл на думата психотерапията включва покрай специалните методи и всичките въздействия, които идват от околната среда от лекаря и от обслужващия персонал. Заради това при обслужване на невротични медицинският персонал трябва да е особено внимателен, търпелив, тактичен. Това е необходимо за установяване на положителен емоционален контакт между болния и лекуващите го. За невротика емоционалната връзка с лекаря (респ. клиничния психолог) и доверието в него е от изключително значение. Преди всичко невротикът има нужда да бъде разбран от някого. На второ място той има нужда от човек, който да го посъветва и който да му помогне да излезе от тежкото си състояние. Най-подходящи за тази цел са психотерапевтът и клиничният психолог.

Преди всичко трябва да се отдаде нужното внимание на т. нар. лекарския разговор с болния. В този разговор трябва да разкрие себе си и своите мъчителни проживявания, а лекарят трябва да му обясни смисъла на неговите оплаквания, механизма, въз основа на който те са се появили, да му даде указания за по-нататъшно лечение и да му вдъхне вяра в благоприятния изход на заболяването. В повечето случаи този разговор е достатъчен, за да бъде болният до голяма степен облекчен и обнадежден. От друга страна, съветите, които лекарят дава по отношение начина на живот, режим на работа и почивка, както и предписаните лекарства затварят кръга на терапевтичните мероприятия и болният бързо се възстановява.

Целта на психотерапията се свеждат до изясняване на заболяването, до по-голямо себепознание, до научаване болния да ръководи до известна степен своите преживявания и да ги тълкува правилно. Особено резултатна е напоследък груповата психотерапия.

Катамнезните проучвания върху невротични, показват, че резултатът от психотерапевтичното лечение е най-добър и най-траен.

При реактивните психози с цел по-бързо овладяване на психомоторната възбуда се прибегва до парентерално въвеждане на невролептици, антидепресанти и

транквилизатори. След отзвучаване на острите явления препарати от същия вид се назначават за перорално приемане. Във всички случаи медикаментното лечение трябва да се съчетава с психотерапия.