

ПСИХОСОЦИАЛНИ И МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ ПРИ ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА СЛУЧАЙ С LUES – НОРМИ, ЗАБРАНИ И ПРЕДРАЗСЪДЪЦИ

¹Милена Димитрова, ²Росица Дойновска,
¹Данчо Дилков, ¹Траянка Григорова, ¹Галина Димитрова

¹Военномедицинска академия – София

²Югозападен университет „Неофит Рилски“ – Благоевград

Резюме. Сифилисът е едновременно добре познато и забравено заболяване в днешно време поради по-рядката заболяемост и по-високата ефективност при лечението на инфекцията. Независимо от това луесът формира предизвикателство, от една страна, пред работата на мултидисциплинарния екип (общопрактикуващ лекар, медицинска сестра, инфекционист, психиатър, дерматолог, психолог), а от друга страна – предразсъдъците и страховете на пациента и близките му. Това е така поради факта, че най-често се предава по полов път и може да засегне всички органи в човешкото тяло, причинявайки тежки, трайни последици – както от физически, така и от психически характер. Диагностицирането и навременното му третиране поставят медицинските специалисти пред редица трудности поради високата вариабилност на симптомите, възможността от развитие на заболяването в широк времеви диапазон след инфекцията, нуждата от комплексен подход при работа с пациентите. Статията разглежда в детайли клиничен случай на новооткрит невросифилис – от лекарския кабинет до трудния път обратно, като се опитва да отговори на въпроса: възможен ли е щастлив завършек в едно по-скоро строго, стигматизиращо общество.

Ключови думи: сифилис; предразсъдък; работни случаи

Въведение

Сифилисът на нервната система се среща рядко в последните десетилетия поради ефективното лечение на инфекцията и по-рядката заболяемост. Въпреки това сифилисът остава важна нозологична единица в медицината, и по-специално в психиатрията поради многостранчивостта на симптомите и тежките психични последствия от него. Често поради специфичните си първоначални проявления и непредвид начина на заразяване пациентите и близките им трудно споделят поради вътрешни страхове,

усещане за срам или дори омаловажаване, което трудно се преодолява от специалистите. Най-голям е рискът при развитие на латентен луес – състояние, при което поради провеждане на лечение за друг вид инфекциозно заболяване липсват клинични прояви и серологичните реакции в кръвта са отрицателни, докато в ликвора същите остават положителни. Поради тази причина някои автори препоръчват проследяване на ликворна серология за 2 – 5 години след прекаран сифилис.

Сифилистичният процес е полиенцефалитен, като засяга предимно кората на мозъка, хипоталамуса, *globus pallidus*, *corpus striatum* и мезенцефалона. Дегенерацията може да доведе до загуба до няколкокостотин грама – промяна, видима при аутопсия и даже само с невъоръжено око. В резултат на това у пациентите настъпват различни соматични, неврологични и психични симптоми, преминаващи през три добре обособени стадия: начален (псевдоневрастенен) стадий; стадий на пълно разгръщане на симптомите и краен (терминален) стадий.

При началния стадий е характерна симптоматика на лесна отвлекаемост и уморяемост, раздразнителност, нарушения на съня, главоболие (Berger & Dean, 2014). Този период при някои болни продължава с години, като често остава незабелязан или недиагностициран.

При разгърнатия стадий се наблюдават промени в поведението, настроението и себеоценката, които често са достатъчно ярки да бъдат забелязани от близките на болните. Въпреки привидно запазената социална ориентация болелите извършват опасни или нелепи постъпки: проявяват необичайна щедрост към близки и непознати, правят безсмислени покупки, проявяват необичайна общителност, еротизъм или невъздържаност, нарушават работните норми и правила. Загубата именно на трудова способност е един от най-важните и постоянни симптоми при прогресивната парализа.

В този разгърнат стадий могат да се наблюдават промени във всички сфери от психичния живот на болните, като много характерно е развитието на прогресивна глобарна деменция. При нея пациентите трудно разграничават сходни понятия, изпитват затруднения при среща със символни понятия. Особено ясно това се вижда при опит за тълкуване на пословици и поговорки. Засягат се и аритметичните действия, особено изваждането. Често се срещат разстройства на паметта при запазена ориентация за време, място и собствена личност. Близките обръщат внимание, че болните изведнъж или постепенно започват да забравят. Такива болни отговарят на запитвания за дати и престои произволно, не помнят кога и с кого са дошли, кой ги е посрещнал, но правдиво разказват за детството си. Често тази невъзможност да се запомнят настоящи събития и произтичащите от това празнини, се запълва от болния с конфабулации. Вниманието на

болните е лесно отвличимо, пасивно, с бързо настъпваща умора и честа смяна на темата за разговор (Kent & Romanelli, 2008). Заболелите често отказват да отговарят поради главоболие. Мисловният процес е сравнително ускорен, като асоциативният поток е напълно разкъсан до неразбираемост в стадия на изразена деменция. В някои случаи към това се прибавят илюзии, слухови и зрителни халюцинации, особено при делирни състояния.

Промените в емоционалността са характерни за прогресивната парализа, като често протичат с картина на маниен синдром. Болните са с приповдигнато настроение, повишена самооценка и самочувствие, фамилиарност, преобладаване на шегите и закачките в разговора. В част от случаите болните са тревожни, потиснати или безразлични към останалите. Нерядко приповдигнатото настроение преминава в гневно и дори агресивно поведение. В унисон с настроението, волята и двигателната активност на болните се колебаят между манийна оживеност и депресивна хипокинеза. Някои болни са в постоянно движение, неспособни да се задържат статични за повече от няколко минути. Те обикалят от стая в стая, говорят много, месят се в чужди разговори и спорове, често влизат в разприавии, спират да се грижат за себе си, дори да спят. Обратно, някои болни стават меланхолични, монотонни, потиснати и негативистични, остават в леглото с дни. Затворени в себе си, те стават само за храна и физиологични нужди.

Болните често губят инициатива, съобразителност, такт; поведението им става детински наивно, самокритичността им пада, започват да спорят за дреболии, развиват налудности за величие. При болните от прогресивна парализа, за разлика от шизофрениците, тези мисли остават несистематизирани и показват значителна променливост. Освен налудните мисли за себевъзхвала се срещат също мисли за преследване, себеувреждане или хипохондрични налудности, макар че обичайно болните остават безкритични в преценката на психичното си състояние (Marra, 2009). В редки случаи споделят, че страдат от главоболие или че мозъкът им „не работи правилно“. След втория стадий прогресивната парализа преминава постепенно към крайния си, терминален стадий – към дълбокия до пълен психичен разпад.

Цел

Стремежът на авторите е да покажат, от една страна, противопоставянето на предразсъдъците на обществото, близките и конкретния индивид, болен от луес (усещания за страх от отхвърляне, срам и вина от вида заболяване и начина на предаването му), с необходимостта от силна емоционална подкрепа, безрезервно приемане, разбиране и съветване, от друга страна, което се гарантира от активното участие на мултидисциплинарния екип.

Материал и методика

Представен е случай на мъж на 35 г. с новооткрит невросифилис, проследяван за срок от една година от мултидисциплинарен екип: инфекционист, психиатър, психолог, дерматолог, медицинска сестра. Работено е съвместно с всички служби в Република България, които е необходимо да бъдат посетени в рамките на лечението. Събирани са данни за психичното, когнитивното, неврологично, емоционално и телесно състояние на пациента посредством клинична лаборатория и психодиагностични методи: психиатрично и психологично интервю (веднъж месечно), когнитивни и личностови тестове (на всеки три месеца).

Психологичните тестове за изследване на когнитивния апарат (интелект, памет, мислене, внимание) и личността са подбрани да бъдат стандартизирани за български условия, едновременно информативни, лесни и бързи за употреба и интерпретация на резултатите:

- тест за изследване на интелигентност „Матрици на Рейвън“ – включва 60 невербални айтема, разпределени в 5 серии по 12, изисква посочване на верен отговор;

- тест за изследване на механичната слухова фиксационна и ретенционна памет „Десет думи“ – включва четене на десет думи пет пъти, като се изисква запомняне и възпроизвеждане на думите. Вторият етап се изпълнява след един час, когато се изисква да се възпроизведат отново думите по памет;

- тест за изследване на логическата памет – включва употреба на два кратки текста, които изследваното лице трябва да запомни и преразкаже подробно;

- тест за изследване на фиксационната зрителна памет на Бентон – включва 10 табла с геометрични фигури, които след 10-секундно наблюдение се възпроизвеждат последователно върху бял лист;

- тестове за изследване на мислене: „Противоположности“ – включва 50 думи с конкретен и абстрактен характер, на които трябва да се напише противоположната по значение такава; „Четвърто излишно“ – използвани са 14 табла с по 4 изображения, от които трябва да се извади едно несъответно, а останалите три да се групират по съществен признак; „Намиране на сходства“ – включва 12 понятия, които трябва да се групират по съществен признак;

- тестове за изследване на обхват, концентрация и превключваемост на вниманието – „Изваждане“ на 7 от 100 и 30 от 3; „коректурни проби“ – откриване и отбелязване в лист от множество букви – буква О, Е, А и С, по различни начини и порядък;

- Гийсен тест за изследване на личността – състои се от 40 айтема, на които има възможност да се отговори по седемстепенна скала. Интерпретират се шест изследвани конструкта.

Описание на случай от практиката

По данни на НСИ за периода 2010 – 2017 в България заболяемостта от сифилис се колебае между 4,9 и 7,5 на сто хиляди души население (National Statistics Institute 2010 – 2017) с тенденция към покачване в периода от 2014 г. насам. Подобна тенденция за плавно повишаване на заболяемостта, в частност на първичния и вторичния сифилис, паралелно с невросифилис (Dombrowski & Pedersen & Marra, et al., 2015), се наблюдава в САЩ (Centers for Disease Control and Prevention, 2016, Centers for Disease Control and Prevention, 2015, Woolston & Cohen & Fanfair, et al., 2015) и повечето страни от Европейския съюз (Daey Ouwens & Koedijk & Fiolet & van Veen & van den Wijngaard & Verhoeven & Egger & van der Sande, 2014), de Voux & Kidd & Torrone, 2018), както и в части на Русия (Russian Federal Healthcare Statistics 2005 – 2017).

По критериите на Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC, САЩ) поставянето на клинична диагноза е комплексно, като се базира на оценка на неврологичните белези и симптоми, психичния статус и резултатите от серологични изследвания и изследвания на цереброспинална течност (CSF) (Centers for Disease Control and Prevention, 2014, Marra & Maxwell & Smith & Lukehart & Rompalo & Eaton, et al., 2004). Позитивирането на едно-единствено лабораторно изследване не е достатъчно за поставяне на диагнозата невросифилис; водещо е комбинирането им с клиничните му белези (нарушение на ЧМН, слухови или офталмологични нарушения, загуба на вибрационна сетивност, менингит, мозъчен инфаркт, остро или хронично протичащи психични нарушения) (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Клиничният случай, който тук описваме, не е единствен по рода си, но той е олицетворение на типичния средностатистически гражданин, който случайно разбира, че е болен от сериозна инфекция, която променя себевъзприятието, самочувствието и самооценката му многократно в хода на лечението (Workowski & Bolan, 2015).

Касае се за пациент на 35 години, първо и единствено дете в семейството, с висше образование. Роден нормално след нормално протекла бременност, посещавал ясла и детска градина. От няколко години е безработен, не е семеен, живее с родителите си. Отрича фамилна обремененост с психични заболявания. От година и половина се лекува амбулаторно от психиатър с диагноза: биполарно афективно разстройство. Поради влошаване на състоянието по данни на близките на пациента (самоизолация, дистанцираност) той се съгласява на стационарно лечение в психиатрична клиника. След настаняване в отделението пациентът лежи в леглото, но не контактува с останалите, мимиката е отпусната, говорът е леко забавен по темп, походката е бавна, отговорите са кратки и неинформативни, липсва съзнание за психично заболяване, както и критичност към състоянието си.

Два дни след началото на болничния престой пациентът започна да повръща водносъдържимо, установиха се и ниски стойности на тромбоцити. След консултация с хематолог и гастроентеролог се назначи изследване на хепатитни маркери. В следващите два дни от престоя в болницата пациентът направи двукратни епилептични припадъци, след което беше консултиран с невролог и направен КТ на глава, който е без особености. Веднага на следващия ден се констатира рязка промяна в състоянието на пациента – стана приповдигнат, усмихваше се спонтанно, споделяше за множество идеи и планове за собствен бизнес, зрителни халюцинации. На следващия ден отново се констатира рязка промяна в състоянието на пациента – той лежи в леглото със затворени очи, апатичен, контактът е затруднен. Поради нетипичните симптоми за конкретно психично заболяване пациентът беше консултиран с инфекционист с оглед изключване на инфекциозно заболяване с общо мозъчна симптоматика (Lasso & Balcells & Fernández & Gaete & Serri & Pérez, et al., 2009, Taylor & Aynalem & Olea, et al., 2008, Centers for Disease Control and Prevention, 2007, Musher & Hamill & Baughn, 1990). След направени серологични изследвания се установи Lues (Morbus Hoffman), RPR test (+), ТРНА титър 1:10240 положителен. След направена консултация с дерматолог се включи цефтриаксон по схема за пет дни, след което да се насочи към кожно-венерологичен диспансер, с изпратено бързо известие в Столична регионална здравна инспекция на София – дежурен инспектор. Постепенно общото и психичното състояние на пациента се подобриха, контактът стана пълноценен, обслужва се самостоятелно, приема храна и течности. Изписа се от клиниката психомоторно спокоен, с подредено поведение, без остра психотична симптоматика, формално критичен към психичното си състояние. Предвид всички налични данни и установеното инфекциозно заболяване – луес с водещата към момента органична симптоматика, за водеща диагноза се прие: органично афективно разстройство. В диференциално-диагностичен план остава вероятността за коморбидно протичащи биполарно афективно разстройство и луес със съответните органични феномени (Abramowitz & Franklin & Schwartz & Furr ,2003, Franklin & Abramowitz & Kozak et al., 2000).

Резултати и обсъждане

От медицинска гледна точка пациентът приема стриктно предписанията и лечението от кожно-венерологичния диспансер, включващ прием на пеницилин по схема и изследване на сифилис по отношение на вида реакция: микрореакция VDRL, ТРНА титър първоначално всеки месец (първите три месеца), след което през 2 – 3 месеца. Приемал уназин от 375мг x 2 на 12 часа за период от четиринадесет дни. Впоследствие бил хоспитализиран по клинична пътека в клиника по дерматология и приемал кристален

пеницилин. Постепенно за период от пет месеца лабораторните резултати достигат нива от микрореакция VDRL, (1+) положителен и ТРНА (3+) положителен, което е много добър резултат в хода на лечение на инфекцията (French & Gomberg & Janier & Schmidt & Voorst & Young, 2009, Marra & Maxwell & Tantalo et al., 2004).

Пациентът е изследван с психодиагностични методики за проследяване на когнитивните функции – памет, внимание, мислене, интелект – пет пъти за период от една година. Изследването в психиатричния стационар на клиниката установи умерени нарушения във всички сфери на когнитивния апарат, които впоследствие се подобряват значително, позволявайки на личността да води пълноценен социален живот. В крайна сметка, към шестия месец от началото на изследванията се бележи траен и устойчив ефект, който е ясно разграничим от началния период на диагностициране на състоянието (виж. таблица 1).

Като цяло, първоначално пациентът формално приема възможността за наличие у себе си на психична болест. Той преживява тежко новината за наличие на инфекциозно заболяване, реагирайки със силно защитно поведение и отказ да се довери и сподели лични преживявания. Съдейства формално на изследванията с последваща ниска достоверност на резултатите. По характер е свръхчувствителен, себенеуверен, страхлив, недоверчив. Налице са емоционална нестабилност, ограничени социални контакти, стереотипно поведение, слабо продуктивна комуникация (виж таблица 2). С течение на времето пациентът започва да съдейства с по-голяма охота на медицинските специалисти, появяват се планове за бъдещето и се регистрира осъзнаване на потребността от лечение и доверие към медицинския екип и близките си. Това води до пълно овладяване на психопатологичната симптоматика и дезактуализиране на страховете. Предложени са подкрепящи консултативни сесии, които пациентът приема. Разкрива големи свои страхове и безпокойства, свързани с болестта и приемането от другите; споделя дълбоки лични преживявания, обвързани с усещане за срам, страх и вина. Постепенно се наблюдава понижаване на страха и предразсъдъците, като се формира все по-реалистична самооценка и склонност да обсъжда собствените си налични възможности и ресурс за справяне. Склонен да разкрива вътрешната си конфликтност и да работи за отстраняването ѝ, но се усеща, че във времето е все по-балансиран емоционално и с повишени възможности за справяне. Впоследствие спокойно разкрива вътрешните си преживявания. В края на едногодишния период от проследяването на пациента се наблюдава сериозна промяна в качеството му на живот: обсъжда по лична инициатива възможности за работа и се явява на интервюта, спортува активно, спазва здравословен хранителен режим, общува с приятели и познати (виж. таблица 2).

Таблица 1. Резултати от изследване на когнитивните функции
за срок от една година

	Памет	Внимание	Мислене	Интелект
Изследване в психиатричния стационар	Механична слухова памет: Ус.фиксация = 58% Ус.ретенция = 29% Логическа памет: Ус.първи текст =61% Ус.втори текст =46% Фиксационна зрителна памет: 40% груби и нормален тип грешки	Ус. обем = 62% Ус.превключв.=58% Ус.разпредел.=56%	Данни за забавеност и редуцираност на мисловния процес, затруднения в обобщението и намирането на съществен признак на две понятия	Данни за леко интелектуално снижение (болестно затормозено) IQ=75
Изследване на 3-тия месец от лечението	Механична слухова памет: Ус.фиксация = 78% Ус.ретенция = 86% Логическа памет: Ус.първи текст =70% Ус.втори текст =61% Фиксационна зрителна памет: 20% груби и нормален тип грешки	Ус. обем = 72% Ус.превключв.=69% Ус.разпредел.=71%	Няма данни за нарушения	IQ=112, висок вариант на средна норма
Изследване на 6-ия месец от лечението	Механична слухова памет: Ус.фиксация = 72% Ус.ретенция = 75% Логическа памет: Ус.първи текст =78% Ус.втори текст =69% Фиксационна зрителна памет: нормален тип грешки	Ус. обем = 78% Ус.превключв.=66% Ус.разпредел.=72%	Няма данни за нарушения	Няма данни за нарушения
Изследване на 9-ия месец от лечението	Механична слухова памет: Ус.фиксация = 81% Ус.ретенция = 79% Логическа памет: Ус.първи текст =72% Ус.втори текст =68% Фиксационна зрителна памет: нормален тип грешки	Ус. обем = 74% Ус.превключв.=69% Ус.разпредел.=71%	Няма данни за нарушения	Няма данни за нарушения
Изследване на 12-ия месец от лечението	Механична слухова памет: Ус.фиксация = 80% Ус.ретенция = 82% Логическа памет: Ус.първи текст =78% Ус.втори текст =61% Фиксационна зрителна памет: нормален тип грешки	Ус. обем = 78% Ус.превключв.=75% Ус.разпредел.=71%	Няма данни за нарушения	Няма данни за нарушения

Таблица 2. Резултати от психиатричния преглед, психологичното интервю и тестово изследване на личността за срок от една година

	Данни от психиатричния преглед и близките на пациента	Данни от психологичното интервю	Данни от психологичните тестови методики за изследване на личността
Изследване в психиатричния стационар	Пациентът формално приема възможността за наличие у себе си на психична болест. Той е формално съгласен да приема медикаментозно лечение. Пациентът е срамежлив, свит, страхлив, злопамятен, свръхчувствителен, себенеуверен, недоверчив.	Налице са емоционална нестабилност, ограничени социални контакти, стереотипно поведение, слабо продуктивна комуникация. Отказва да споделя лични преживявания. Налице е силно защитно поведение.	Съдейства формално на изследванията. Ниска достоверност на резултатите.
1-ви – 3-ти месец от началото на лечението	Пациентът трудно създава доверителни отношения, но продължава да посещава медицинските специалисти и да приема лечението.	Предложени са подкрепящи консултативни сесии, които се приемат амбивалентно.	Отрича психологични проблеми и конфликти, съдейства формално на изследванията. Ниска достоверност на резултатите.
4-ти – 6-и месец от началото на лечението	Пациентът е склонен да се доверява повече на лекарите, обсъжда и личните си потребности с близките си. Приема назначеното лечение.	Предложени са подкрепящи консултативни сесии, които пациентът приема. Разкрива някои свои страхове и безпокойства, свързани с болестта и приемането от другите.	Любопитен по отношение на вътрешния си свят, съдейства на изследването. Добра достоверност на резултатите. Склонен да обсъжда наличните си възможности и ресурс за справяне.
7-и – 9-и месец от началото на лечението	Пациентът седейства на медицинските специалисти, постоянен и целенасочен по отношение на настоящето, с планове за бъдещето. Съзнава напълно нуждата от лечение и доверие към медицинския екип и близките си.	Пациентът споделя дълбоки лични преживявания, обвързани с усещане за срам, страх, вина. По собствена инициатива обсъжда алтернативи за работа, спортува, спазва здравословен хранителен режим.	Добра достоверност на резултатите. Склонен да разкрива вътрешна конфликтност, но по-скоро балансиран и с добри възможности за справяне.
10-и – 12-и месец от началото на лечението	Налице е запазване на положителната тенденция към лечението и медицинския екип, психиатричната симптоматика е напълно овладяна; страховете са дезактуализирани.	Налице е продължаване на позитивната тенденция в социалната сфера – посещават се интервюта за работа, различни активности. Наблюдава се „отърсване“ от страха и предразсъдъците – формиране на реалистична самооценка.	Добра достоверност на резултатите. Балансиран и с добри възможности за справяне. Спокойно разкрива вътрешните си преживявания.

В крайна сметка, както се вижда от таблиците с данните на пациента най-трудна се оказа борбата със собствените вътрешни страхове по отношение вида на заболяването и клеймото, което поставя върху личността, семейството, близки и приятели. Изискваше много време, търпение и упоритост от всички специалисти, за да стартира процесът на преодоляване на съпротивите, страховете и предразсъдъците.

Сифилисът, известен още като луес, е едно от най-опасните полово предавани заболявания от близкото минало поради широкото си разпространение и сериозните си здравословни и социално-икономически последици. Лудвиг ван Бетховен, Франц Шуберт, Шарл Бодлер, Ги дьо Мопасан, Фридрих Ницше, Лев Толстой, Ленин, Едгар Алан По са само част от заболелите на фона на множество безизвестни мъже и жени. Съвременните изследвания предполагат, че между 15 – 20% от населението на Европа е било засегнато, като влиянието на заболяването се е простирало върху всички сфери от живота. И макар с развитието на медицината тази статистика се е смалила шестдесеткратно, сифилисът все още е активно заболяване, което влияе на жертвите си в най-голяма степен на психично, емоционално и морално-етично ниво.

Разгледаният тук случай на сифилис у 35-годишен мъж разкри пред мултидисциплинарния екип от специалисти огромна палитра от лични негативни емоции – срам от семейство, близки и приятели, гняв, самообвинения, страх от отхвърляне и от болестта, потиснатост, недоверие, депресивни и малоценностови изживявания. С много търпение, грижи и постоянство успяхме да укрепим взаимовръзката си и да изградим доверие помежду си, което подпомогна пациента мотивирано да изпълнява предписанията и да получава все по-добри резултати. Постигна се стабилна реалистична самооценка, приобщаване към приятели и близки, уверено и мотивирано представяне на интервюта за работа, полагане на големи грижи за външния си вид. Общият резултат надмина очакванията ни и доказва, че успехите са възможни, когато има разбиране, внимание и подкрепа – загърбвайки предразсъдъците.

Заключение

Сифилисът се появява в Европа в средата на XV век – скоро след пътешествието на Христофор Колумб до Америка, като се счита, че заболяването е пренесено по море. Първото лекарство, което е използвано, е живакът, който остава златен стандарт при лечение на сифилис до XIX век, като е прилаган орално, чрез уретрални инжекции или втриван в кожата под формата на мехлем. Лечението било също толкова ужасяващо за пациентите, колкото и самото заболяване, а последица от него били язвите, клатещите се зъби, крехките кости, увредите по нервите.

В средата на XIX век Phillipe Richord и ученикът му, дерматологът Jean-Albert Fournier, работят заедно, описвайки три стадия на сифилис – първичен и вторичен, развиващи се от дни до месеци след първоначалната инфекция, и третичен, проявяващ се години след нея, често след дълъг латентен период. Fournier доказва, че две дотогава чисто психиатрични диагнози – генерализираната пареза (тежка форма на деменция) и табес дорзалис – постепенно разпростираща се парализа (съпроводена със слепота), са симптоми и последица на късния сифилис. Дадените заболявания се обвиняват за драматичното разрастване на психиатричните заведения през XIX век, оцветявайки представите ни за периода с образа на еуфорично халюциниращите или виещи от ужас пациенти.

Тогавашното общество гледа на сифилиса като на морално падение, като насочва нападите и страховете си срещу едни от най-честите му жертви – жриците на любовта, като лечението в болниците се провежда съпроводено от наставления по религия и тежък физически труд. В средата на XIX век се стига дори до въвеждането на закони, позволяващи на тогавашните органи на реда да арестуват и инспектират интимно всяка жена в определен радиус от дадена казарма. Принудителен затвор до една година грозил тази, върху която се откриели белези на венерическо заболяване, независимо от причината ѝ да се намира на даденото място.

И до днес у мнозина остава убеждението, че сифилисът е заболяване, свързано с нисък морал или наричаната от съвременниците на Fournier „душевна нищета“; но макар да се сблъскват както с трудности от здравословен характер, така и със страха и отвращението на обществото, при правилно лечение болните от сифилис в наши дни биха могли да живеят живот, максимално сходен с този на всички останали и без трайни щети или тежки увреди – ако, като общество, им предоставим тази възможност. В началото на XX век стигмата е дотолкова силна, че честа практика било да се препоръчва на пациент, стадащ от сифилис, да се лекува тайно и да се въздържа от полови сношения със съпругата си до четири години след инфекцията. Макар и в края на 20-те години на XXI век, стигмата срещу болните от венерически заболявания остава, понижавайки качеството им на живот, придържайки ги в сянката на срама и себеомразата. От всички нас, останалите, зависи дали ще подходим с емпатия и толерантност, или с осъждане и враждебност.

Разгледаният клиничен случай представи емоционалните затруднения и вътрешни борби на 35-годишен мъж, болен от сифилис. За период от една година бяха проследени неговото състояние, лечение и личностна промяна, като всичко това се подпомогна от мултидисциплинарен екип от специалисти. Възхищение заслужава мотивацията на екипа, която се пренасочи и у пациента, увенчавайки с успех всички сфери на дейност:

здравна, семейна, приятелска, трудова, и най-вече постепенно, но трайно подобри качеството на живот на личността.

REFERENCES

- Russian Federal Healthcare Statistics* (2005 – 2017).
National Statistics Institute (2010 – 2017) Sofia.
- Berger, J. R. & Dean, D. (2014) Neurosyphilis. *Handbook of Clinical Neurology* 2014; 121: 1461-72, PUBMED: 24365430, doi: 10.1016/B978-0-7020-4088-7.00098-5.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014) *Manual of Tests for Syphilis*. Centers for Disease Control and Prevention 01/04/2014.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010) *Sexually transmitted diseases, Treatment guidelines*.
- French, P. & Gomberg, M., Janier, M., Schmidt, B., Voorst, Vader P., Young, H. (2009) IUST: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. *International Journal of STD & AIDS*; 20(5): 300 – 309.
- Kent, M.E. & Romanelli, F. (2008). Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Annals of Pharmacotherapy*. 42(2), 226 – 236. PUBMED: 18212261.
- Lasso, M.B. & Balcells, M. M.E., Fernández, A.S., Gaete, P.G., Serri, M.V., Pérez, J.G., et al. (2009). Neurosyphilis in the patients with and without HIV infection: description and comparison of two historical cohorts, *Revista Chilena de Infectología* 2009, 26(6), 540 – 547. PUBMED: 20098789.
- Marra, C.M. & Maxwell, C.L., Smith, S.L., Lukehart, S.A., Rompalo, A.M., Eaton, M., et al. (2004). Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. *Journal of Infectious Diseases* 189(3), 369 – 376. PUBMED: 14745693.
- Marra, C. (2009). Update on neurosyphilis. *Current Infectious Disease Reports* 11(2), 127 – 134. DOI: 10.1007/s11908-009-0019-1.
- Daey Ouwens, I.M. & Koedijk, F.D., Fiolet, A.T., Van Veen, M.G., van den Wijngaard, K.C., Verhoeven, W.M., Egger, J.I., Van der Sande, M.A.. (2014). Neurosyphilis in the mixed urban-rural community of the Netherlands. *Acta Neuropsychiatrica*. Jun; 26(3), 186 – 192. DOI: 10.1017/neu.2013.53.
- De Voux, A. & Kidd, S. Torrone, E. (2018). Reported Cases of Neurosyphilis Among Early Syphilis Cases – United States, 2009 – 2015. *Sexually Transmitted Diseases*. 2018, 45(1): 39 – 41. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000687.

- Abramowitz, J.S. & Franklin, M.E., Schwartz, S.A., Furr, J.M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049 – 1057.
- Franklin, M.E. & Abramowitz, J.S., Kozak, M.J. et al. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: A comparison of randomized and clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594 – 602.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2015*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Dombrowski, J.C. & Pedersen, R., Marra, C.M., et al. (2015). Prevalence estimates of complicated syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*. 42: 702 – 704. PubMed: 26562700.
- Taylor, M.M. & Aynalem, G., Olea, L.M., et al. (2008). A consequence of the syphilis epidemic among men who have sex with men (MSM): Neurosyphilis in Los Angeles, 2001 – 2004. *Sexually Transmitted Diseases*. 35:430 – 434. PubMed: 18446083.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Symptomatic early neurosyphilis among HIV-positive men who have sex with men – Four cities, United States, January 2002 – June 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56: 625 – 628. PubMed: 17597693.
- Centers for Disease Control and Prevention. [Accessed February 23, 2017] *Clinical advisory: Ocular syphilis in the United States 2015*.
- Woolston, S. & Cohen, S.E., Fanfair, R.N., et al. (2015). A cluster of ocular syphilis cases – Seattle, Washington, and San Francisco, California, 2014 – 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 64: 1150 – 1151. PubMed: 26469141.
- Workowski, K.A. & Bolan G.A. (2015). *Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015*. MMWR Recomm Rep. 64: 1 – 137.
- Musher, D.M. & Hamill, R.J., Baughn, R.E. (1990). Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Annals of Internal Medicine*. 113: 872 – 881. PubMed: 2240901.
- Marra, C. M. & Maxwell, C.L., Tantalo, L., et al. (2004). Normalization of cerebrospinal fluid abnormalities after neurosyphilis therapy: Does HIV status matter? *Clinical Infectious Diseases*. 38: 1001 – 1006. PubMed: 15034833.

PSYCHOSOCIAL AND MEDICAL ASPECTS OF A CASE OF SYPHILIS' TRACKING – NORMS, PROHIBITIONS AND PREJUDICE

Abstract. Nowadays, syphilis is both a well-known and a forgotten disease, due to the rarer morbidity and higher effectiveness in the treatment of the infection. Despite that, it poses a challenge, one formed out of, on one hand, the work of the multidisciplinary team/APL, a nurse, an infectionist, a psychiatrist, a dermatologist, a psychologist/and, on the other hand, the prejudices and fears of the patient and his relatives. This is due to the fact that it is most commonly a blood-borne or sexually transmitted and can affect all organs in the human body, causing severe, lasting consequences - both physical and psychological in nature. The high variability of symptoms, the possibility of developing the disease in a wide time range after infection, the need for a complex approach to working with patients all lead to difficulties in the diagnosing and timely treatment of syphilis. This article examines in detail a clinical case of newly-diagnosed neurosyphilis – from the doctor's office to the difficult way out of it, trying to answer the question: Is it possible to have a happy ending in a rather strict, stigmatizing society.

Keywords: syphilis; prejudice; work cases

✉ **Dr. Milena Dimitrova**

ORCID iD: 0000-0002-2880-062X

Dr. Dancho Dilkov, MD, Assoc. Prof.

ORCID iD: 0000-0002-6205-0113

Dr. Trayanka Grigorova

ORCID iD: 0000-0001-6281-7129

Ms. Galina Dimitrova, MD, Assist. Prof.

ORCID iD: 0000-0002-9418-4933

Military Medical Academy

Sofia, Bulgaria

E-mail: milena.stoyanova@abv.bg

ddilkov@abv.bg

grigorova.trayanka@gmail.com

galina_sergeeva_dimitrova@abv.bg

✉ **Dr. Rositsa Doynovska, Assoc. Prof.**

Researcher ID: AAD-5458-2019

South-West University “Neofit Rilski”

Blagoevgrad, Bulgaria

E-mail: doynovska@swu.bg