



ПСИХОЛОГИЧНИ ИЗМЕРВАНИЯ И ОЦЕНКА НА ДЕПРЕСИВЕН СИНДРОМ В ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧНА ПЕРСПЕКТИВА - ЧАСТ I

Димитър Кръстев, Началник на секция по психо-онкология
Онкологичен център, Уни Хоспитал

PSYCHOLOGICAL MEASUREMENT OF THE DEPRESSION SYNDROME IN A PSYCHO-PHYSIOLOGICAL PERSPECTIVE PART I

Dimitar Krastev, Head of Clinical Psycho-Oncology Section,
Uni Hospital Oncology Center

Abstract: From a psychometric standpoint, the evaluation of the constructs connected to the subject of depression faces various challenges. On the one hand, in a purely epistemological sense, the good operationalization of the terms describing depressive symptoms can be hampered. On the other, when it comes to the direct measurement of depressive constructs in the test subjects, two trends can be noticed. Firstly, the use of well defined psychopathological terminology for a detailed description of emotional dynamics is not characteristic for the general population. Secondly, the use of everyday, non-scientific vocabulary is predominant, which impedes correct psychometric evaluation. This complication defines the necessity for a continual search for more precise instruments, which are easily applicable to more cultures. Another challenge is presented in the form of the nature of depression itself – its vast variety in symptoms, as well as their severity and dynamics. This can be further aggravated when manifestations of depression develop comorbidly with a somatic (especially chronic) illness, such as oncological diagnoses. The diagnostics of psychological disorders in oncological patients is an essential part of the interdisciplinary approach to their treatment and often plays a vital role in the successful implementation of the treatment plans. In these cases, it is of utmost importance to not only administer a highly valid psycho-diagnostic tool, but also to institute swift, non-invasive procedures. All known psychometric instruments are often either too short in their procedural timeframe, or they demand a large period of time for successful implementation. In both cases, the validity of the results can be threatened. The introduction of psycho-physiological methods, the increase in their instrumentarium, and their precise validation offer a new perspective for clearer and effective psycho-diagnostics, the application of which can provide further solutions for many of the various ongoing questions.

1. Увод

Проблемите на стандартизацията в областта на психодиагностиката я съпровождат още с нейната поява като област на науката. Днес е налична богата и подробна литература, описваща методологии и процедури, за които се приема, че могат да гарантират и да подобрят психометричните свойства на изследователските инструменти. По-голямата част от тези инструменти са създадени във и стандартизирани за държави с големи популации и високо икономическо ниво, което позволява



отделянето на необходимия човешки и финансов ресурс за създаването на надеждни и валидни психометрични инструменти. Всеки от тези инструменти носи белега на своя език и на своята култура, т.е. на народите, от които и за които е създаден. В този смисъл превеждането им на друг език и приложението им в друга култура е сложен и комплексен процес, който не бива да игнорира факторите от културно и лингвистично отношение. В същото време сложните процедури и стратегии, препоръчвани за извършването на крос-културно и лингвистично транслиране на инструмент от една популация към друга, изглежда (1) отблъскват изследователите и (2) затрудняват със своята скрупулوزност.

Изграждането на стройна и действаща методология за крос-културно и лингвистично валидиране рискува да върне научните усилия още веднъж към *природата* на самите конструктори, които се изследват. Психометрията има за цел да премери такъв субстрат, който е в основата си нематериален или трудно уловим. По същество голяма част от инструментите изследват тези конструктори косвено. Тук за пореден път се актуализира проблемът за това, как да се подходи към психичните разстройства. Феноменологичният подход днес отстъпва пред дескриптивния, но както изглежда, само в своята популярност в научните среди. Доминирането на дескриптивните методи дава резултат в изграждането на диагностичните критерии и операционализирането на нозологичните единици, но допринася малко при изясняването на механизмите, по които психичните разстройства действат, и малко допринася за избирането на адекватен и единен терапевтичен план. В резултат пациентите подлежат на продължително лечение, съпътствано от дистреса, произлизащ от симптоматиката, а терапевтичните планове се изготвят бавно и търпят чести промени.

Последиците от недостатъчно добре валидирани (културно и лингвистично) инструменти се усеща както от пациентите, така и от клиничните работници. От една страна, пациентът страда поради липсата на добра диагностика и назначаване на лечебен план, а от друга – клиницистът рискува да заеме грешна диагностична или терапевтична позиция. Тези недостатъци рискуват да компрометират психодиагностичните инструменти и да понижат нивото на предлаганите здравни грижи. По отношение на онкологичните пациенти всички тези рискове се усещат значително. Онкологичната диагноза сама по себе си води до дълбоки и глобални промени в личността, тя се отразява на всички аспекти от живота и често е основа за разгръщането на психопатологични феномени. В последните години в световен мащаб се наблюдава не само засилен интерес към внедряването на клинично-психологичните услуги в онкологията, но и тенденция към установяването на стандартни практики. Водещи в това отношение са държави с голяма популация, относително разнообразни етнически групи и добра икономическа база (САЩ, Русия, Канада, Австралия, Великобритания, Германия и др.). Глобалната епидемиологична тенденция в онкологичните заболявания е към увеличаване на заболяемостта. В този контекст България не изостава. В същото време у нас липсва единна рамка за идентификация на психичните проблеми на хората с онкологична диагноза и тяхното адекватно посрещане.



нозологични единици; а третата обединява уточнителите за последния афективен епизод или хода на рекурентните епизоди.

В първа част е описан Тежък депресивен епизод, характерен с депресивно настроение или намаляване (до загуба) на интереси или любими действия. Депресивното настроение трябва да е с преобладаваща продължителност. В психомоторно отношение се наблюдават значителни промени (ажитация или ретардация). Повечето (или всички) дейности не носят удоволствие и пациентът се отнася към тях безразлично. Наблюдава се промяна в телесното тегло и начина на хранене. Изменят се циркадните ритми, възможна е появата на нарушения в съня. Пациентът изпитва субективно чувство за безполезност, демонстрира високо изразено чувство на вина, която се хиперболизира и може да се прояви като налудна идея. В мисловно отношение също се наблюдава забавяне, могат да персистират мисли за смърт и суицидни идеи.

Втора част представя следните депресивни разстройства:

296.2x Тежко депресивно разстройство, единичен епизод, което съответства по МКБ на F32 Депресивен епизод, и се характеризира с данни за отчетен единичен тежък депресивен епизод. Изключва се присъствието на маниен епизод или диагностично изразена психотична симптоматика. Уточнява се дали е в ремисия (пълна или непълна), дали е хроничен, дали е придружен с кататонни, меланхолни или атипични симптоми.

296.3x Тежък депресивен епизод, рекурентен, който съответства на F33 Рецидивиращо депресивно разстройство в номенклатурата на МКБ. Характеризира се с присъствието на два или повече тежки депресивни епизода. Възможно е наличието на психотични симптоми. Бива лек, умерен или тежък; със или без сезонна зависимост.

300.4 Дистимно разстройство, съответстващо на F34.1 Дистимия по МКБ. ДСН изисква за поставяне на тази диагноза доминантното депресивно настроение да е налично за период от поне 2 години при възрастни и поне 1 година при деца и юноши (при които дистимното настроение може да се прояви и във форми на раздразнителност). Диагнозата се поставя при наличие на поне два от следните: нарушен апетит, нарушен сън (инсомния, хиперсомния), повишена умора, влошена самооценка, влошена концентрация, чувство за безпомощност. Бива с ранно начало (преди 21-годишна възраст), с късно начало или с атипични черти.

311 Депресивно разстройство, неуточнено, което се отнася към F32.9 в МКБ – Депресивен епизод, неуточнен.

2.3. Депресивни разстройства при онкологични пациенти

Онкологичните диагнози се придружават с широк спектър свързани психологически състояния и разстройства (Berard, Voormeester, Viljoen 1998). Сред водещите оплаквания са натрапливи мисли за болест (Пирьова 2011), преживявания на дистрес, симптоми от невротичния и психотичния спектър. Продължителният дистрес засяга над 60% от пациентите, а депресивната симптоматика се наблюдава при



Психичният дисбаланс при онкологичния пациент е строго специфичен и симптомите обикновено се манифестират рязко, неочаквано и се разгръщат в зависимост от соматичното състояние и качеството на живот. Тези положения са добре отразени в стратегиите на развитите страни, но дори там все още се подценява пълният обем от психични рискове. За пациентите в ремисия тепърва е необходимо да се установи правилният подход за наблюдение и терапия, а те нерядко демонстрират нуждата от последваща психична помощ. Отделно стои въпросът с пациентите на палиативна грижа, чиито нужди са пренебрегвани не на последно място и заради тежестта на работата с тях.

Във всеки случай психичната грижа за онкологичните пациенти е важен дял в оздравителния и лечебния процес. Те могат да повлияят на мотивацията за лечение, да подобрят качеството на живота и да помогнат на пациента да усвои здравословен и пълноценен начин на живот, дори по време на активно лечение с агресивна химиотерапия. Постигането на добри психосоциални грижи е немислимо без предоставянето на надежден и валиден психометричен инструментариум. В настоящата работа се обръща внимание на потенциала, който изследваната скала има в диагностиката на депресия при онкологични пациенти.

Възникват и някои абстрактни от епистемологично естество въпроси, които изглежда са неизбежни, предвид тясната връзка между науките за психиката и философията. Нерядко в историята на нашата наука се е пристъпвало именно към завръщане в лоното на философията в търсене на отговори, които изглеждат недостъпни. Такъв е примерът с К. Г. Юнг, който свързва психологията не само (отново) с философията, но и (за пръв път) с физиката. В квантовата физика (към която е именно и интересът на Юнг в кореспонденцията му с В. Паули) съществува един закон, известен като Съотношението за неопределеност на Хайзенберг. То е изведено от германския Нобелов лауреат Вернер Хайзенберг и гласи, че за дадена частица може със сигурност да се знае *или* нейното точно местоположение в пространството, *или* посоката ѝ на движение (импулс). Това означава, че изследователят трябва да избере кое свойство на наблюдавания обект иска да изследва. Ако търси как да опише позицията в пространството, ще изгуби знанието за посоката на движение. Ако иска да разбере накъде отива наблюдаваният обект, то ще се пожертва описанието на неговото местоположение. В психодиагностичен план дескриптивният метод се противопоставя на феноменологичния. Той цели (и постига) подробно и точно описание на даден симптом, но често го разглежда статично и изолирано. По този начин се губи феноменологичното и холистично разбиране за механизма и динамиката (посоката на движение) на наблюдаваното явление. Не на последно място тази работа обръща внимание на новите и интегративни методи за валидизация и проверка на психодиагностичните инструменти. Прилагането на принципите на *транслационното* валидиране отваря нови хоризонти пред начина, по който се разбират и идентифицират психичните състояния в норма и патология.



2. Депресивен синдром

В епистемологичен смисъл пред понятието депресия стоят редица проблеми. Основната трудност се изразява в невъзможността от прецизна (Попов, 2010) операционализация на термините, с които се описват депресивните състояния. Опитите да се постигне по-пълно и изчерпателно изясняване на афективната симптоматика изобщо се затрудняват от многообразието и големия обем на описателни думи, които могат да се атрибутират на преживяваните субективни състояния. Допълнителна трудност представлява ниската диференциация между специализираните термини в разговорния език (пр. уеднаквяването на термините чувства, емоции, афект (Попов 2010), които в разговорната реч се третират като синоними, но в психодиагностичен и феноменологичен смисъл обозначават (макар и близки, но по същество) различни категории). Тези положения са основа за възникването на два фактора, които могат да контаминират изследването на депресивните състояния: (1) отсъствието на добре диференциран езиков апарат в масовата популация, който да се използва при клиничното интервюиране и оформянето на анамнестичните данни и (2) формирането на ненаучна, разговорна лексика, носеща (негативна) конотация, която се свързва с болестно състояние. Последното може да доведе до прикриване на субективните депресивни изяви от страна на пациента и да затрудни диагностичния процес. В този контекст се активира отново проблемът за норма и патология в психодиагностичен план. Докато днес са налични достатъчно богати по обем и задълбоченост научни изследвания по този въпрос, нивото на образование в общата популация по специфичните въпроси за психичната норма остава слабо. Общото положение се изразява в това, че депресията (както и психичните затруднения по принцип, независимо от таксономичната конкретика или тежестта на заболяването) се възприема като инвалидизиращ (в социално отношение) фактор (Миланова, 2013) и по този начин се намалява потенциалът на пациентите да споделят за астеничните симптоми, особено в ранните им прояви.

2.1. Афективни разстройства

В нозологичната категория Афективни разстройства се подреждат нарушенията на емоционалното функциониране. Те водят до разстройства на адаптацията, които се изразяват (1) субективно и (2) в социално отношение, и причиняват инвалидизация (Миланова, 2013). СЗО описва афективните разстройства (формално в секция F30 се обединяват под номенклатурната категория „Разстройства на настроението“, а в квадратни скоби е пояснено афективни разстройства) като „промяна в настроението или афекта към депресия [...] или към приповдигнатост“. МКБ-10 диференцира следните нозологични единици в категорията Афективни разстройства: Маниен епизод, Биполарно афективно разстройство, Депресивен епизод, Рецидивиращо депресивно разстройство, Персистиращи разстройства на настроението, Други и Неуточнени разстройства. ДСН-IV-TR описва като афективни разстройства следните: Тежко депресивно разстройство (единичен епизод или рекурентно), Дис-



тимно разстройство, Неуточнено депресивно разстройство, Биполярно разстройство (тип I или II, с уточнител за последния епизод – маниен, смесен, хипоманиен, депресивен, неуточнен), Циклотимно разстройство, Други и неуточнени афективни разстройства. Лонгитюдни изследвания на пациенти, диагностицирани с Афективни разстройства (Миланова, 2013), показват наличието на голяма продължителност и честа рекурентност.

2.2. Депресивни разстройства

Депресията е инвалидиращо психиатрично заболяване с относително висока честота (Stoyanov et al., 2015). За депресивните разстройства може да се обобщи, че включват прояви на дистимия, брадипсихия и хипобулия (Миланова, 2013), т.е. симптоматиката се разгръща като потиснатост в настроението, забавяне на мисловните процеси и отпадане на инициативността. Възможно е наблюдаваното забавяне да се доведе до състояние на ажитация или ступор (Попов, 2010), отчитат се и изменения в поведението, като промяна в начина на хранене, усещане за болка, изменения в циркадните ритми и др.

Към настоящия момент третирането на депресивните разстройства представлява продължителен процес, в който пациентът изпитва продължителен дистрес, а изясняването на подходящото лечение често се основава върху бавно установяване на действащата терапия по принципа на пробата и грешката (Stoyanov et al. 2015). В същото време неврофизиологията и невроизобразителните инструменти представят възможността от установяване на *биомаркери* на депресивните състояния, с помощта на които да се постигне по-прецизна диагностика и да се установи терапевтична стратегия за относително по-кратко време.

Депресивна симптоматика се наблюдава в широк набор нозологични единици от целия диагностичен спектър. За целите на настоящата работа се обръща внимание само на чистите депресивни симптоми, т.е. на униполярните депресии. Изключват се биполярните разстройства и психотичните синдроми, придружавани с депресивни прояви.

2.2.1. Голямо депресивно разстройство

В номенклатурно отношение нозологичната единица Голямо депресивно разстройство се появява за пръв път през 1980 г. (Hersen, Rosqvist, 2008) в критериите на ДСН-III, като ревизия на т.нар. депресивна невроза в контекста на цялостното оттегляне от диагностичното понятие невроза. Съвременните психодиагностични справочници и наръчници за определяне на диагностичните критерии се ориентират към по-дескриптивен подход. В същото време понятието Голямо депресивно разстройство може да се използва в един контекст, който е по-феноменологично ориентиран. Подхождането към настоящата терминология, прилагана едновременно в сферите на психодиагностиката и на психологията и психиатрията, неизменно актуализира подлежащото противоборство между дескриптивния и феноменологичния подход (Попов, 2010). По отношение на тази работа в настоящия раздел (2),



а и като правило навсякъде, където става дума за диагностични единици, се дава предимство на дескриптивния фокус на използваните понятия, без да се твърди, че феноменологичният му отстъпва в епистемологичен план.

2.2.2. Диагностични критерии в МКБ-10

Тук следва да се изложат нозологичните единици, идентифицирани като депресивни разстройства в МКБ, придружени с техните диагностични критерии. Не се включват разстройствата от биполярния спектър. Към изредените по-горе общи критерии за депресивните разстройства С30 добавя субективни преживявания като понижена самооценка и мисли за вина.

F32 Депресивен епизод, който се характеризира с депресивна реакция, психогенна депресия и реактивна депресия. Диференциалната диагноза се прави с разстройства в адаптацията и описаните по-долу депресивни разстройства (F33 и F91). Диагнозата се придружава от уточнител за тежест, който може да бъде лек, умерено тежък, тежък без психотични симптоми, тежък с психотични симптоми, друг и неуточнен.

F33 Рецидивиращо депресивно разстройство, което се описва като повторение на депресивните епизоди, описани по-горе. Необходимо е да се отчете липсата на манийни епизоди, макар хипоманийни настроения между депресивните епизоди да са допустими. Следва да се диференцира от F38.1 рецидивиращи кратки депресивни разстройства. Придружава се от определител за тежест на сегашния епизод – лек, умерено тежък, тежък без психотични симптоми, тежък с психотични симптоми, в ремисия, друг и неуточнен.

F 34 Персистиращи разстройства на настроението [афективни разстройства]¹: Таксономично тук са обединени състоянията на Циклотимия и Дистимия (заедно с други и неуточнени персистиращи разстройства на настроението). Като Циклотимия се описва състояние на множество епизоди на лека депресия и лека хипомания, които обаче не покриват критериите за Биполярно афективно разстройство, нито за рецидивиращо депресивно разстройство. Дистимията протича с характерни прояви за депресивния спектър, без обостряне и ясно диференциране на епизодите (Melrose, 2017). Наблюдава се поляризиране в астеничния емоционален спектър, прояви на песимизъм и чувство на безпомощност. Често остава незабелязана в диагностичен план и предизвиква хронични функционални нарушения, като пациентите често са в риск от суицид.

2.2.3. Диагностични критерии в ДСН-IV

Разглежданата система от критерии е във висока степен описателна. В този смисъл тя подрежда Афективните разстройства в три части. Първата обединява т. нар. афективни епизоди, които не се кодират² самостоятелно, но служат за една дескриптивна основа на диагностичния процес; втората – конкретно дефинирани

1. Sic.

2. ДСН-V се оттегля от многоосевата система на по-ранния вариант на справочника.



20–30% (Department of Health, Western Australia 2008). Симптоми на тревожност се срещат при поне 30% от всички пациенти. Общо може да се твърди, че при онкологичните пациенти най-често срещаната симптоматика е триадата депресивност – тревожност – делир.

Понеже депресивните и тревожните състояния често протичат едновременно и са с общо начало (периодът на поставяне на диагнозата), пациентите не винаги могат да диференцират кои симптоми преобладават у тях. Нерядко като тревожни преживявания се описват чисто депресивни симптоми. Динамиката на симптомите също има своята особена специфика. Тя е тясно свързана със соматичното състояние, изпитваната болка и прогреса на заболяването. Рязко влошаване в афективното състояние се наблюдава при съобщаването на неблагоприятни новини от медицински характер, при сериозни странични ефекти (дори терапията да е успешна), а също и при продължителните посещения на болничните институции.

Прецизното и навременно идентифициране на депресивните симптоми е необходимо, първо, с цел предоставянето на адекватни психосоциални грижи на пациентите и второ, с оглед на предотвратяването на тяхното задълбочаване и разгръщане, което може да се наблюдава дори след преминаване в ремисия. Преодоляването или овладяването на депресивните състояния спомага за повишаване на мотивацията за лечение, както и за повишаване на качеството на живот. В същото време в процедурно отношение клиничните психолози не разполагат с възможността да провеждат задълбочени и продължителни изследвания върху хоспитализираните пациенти с онкологични заболявания. Това се дължи (1) на факта, че лечението е комплексно и пациентите са подложени на множество манипулации, (2) на относително краткия им престой в болничните заведения (пътеките в България в областта на медицинската онкология са обикновено двудневни) и (3) на състоянието на самите пациенти, които често по време на болничния престой приживяват остър психичен дистрес, който не позволява надеждното измерване на различни психични конструкти. Затова е належащо в психометричния инструментариум на специалистите, които работят с онкологични пациенти, да са на разположение повече прецизни инструменти, чието време за администрация да е относително кратко и в същото време да имат добри психометрични качества.

3. Методи на изследване

Депресивната симптоматика се изследва чрез провеждане на клиничен преглед и прилагането на психометрични инструменти. В последните години изключително актуален става въпросът с прецизната и диференциално издържана диагностика на депресивните разстройства (Baxter et al. 2014). Това се дължи на факта, че нарастват изследванията, подкрепящи хипотезата, според която преобладават броят на смесените депресивни състояния, докато униполярните депресии изглеждат да се срещат значително по-рядко. В резултат неадекватно поставената диагноза



води до погрешно последващо лечение, а състоянието на пациентите постепенно се влошава (Groth-Marnat, 2009).

За целите на правилното диагностициране е необходимо да се спазва добре операционализирана процедура, която да гарантира пълноценно и обективно събиране на диагностична информация (Spoto, 2013). Условно могат да се определят четири категории на анамнестични процедури (Groth-Marnat, 2009).

(1) Първото ниво на събиране на анамнестична информация е непосредственото клинично интервю и наблюдение. То може да бъде извършено от различни специалисти – личен лекар, психиатър, клиничен психолог или друг обучен за целта специалист. Валидността и надеждността на събраната информация със сигурност ще зависи от степента на професионална компетенция на интервюиращия. Докато различни специалисти са в състояние да проведат анамнестичното интервю, то самата диагноза може да бъде поставена единствено от здравните работници, които са правно упълномощени. Клиничният преглед и интервю предоставят разнообразна информация и могат да бъдат в известен смисъл изчерпателни, но основната трудност тук е необходимостта от голямо техническо време. Различни фактори от средови и личностов характер (както у пациента, така и свързани с клинициста) могат да контаминират анамнестичните данни.

(2) Втората група похвати, свързани с набавянето на релевантна диагностична информация (Groth-Marnat, 2009), се отнася до психофизиологичните измервания. Те позволяват да се извърши едно по-изчерпателно и във висока степен обективно изследване. Водещата трудност в прилагането на психофизиологичните изследователски методи е необходимостта от специализирана технология, която в повечето случаи е трудно достъпна. Също така трябва да се имат предвид и специфичните ограничения на приложението на тези методи (които в същото време се намират в процес на развитие).

(3) В третата група се подреждат самооценъчните скали, които позволяват извършването на систематизирано и с кратко технологично време изследване. Самооценъчният характер на скалите позволява да се достигне до информация, която пациентите трудно биха вербализирали (поради социални задръжки) и да се изследват множество области на психосоциалното функциониране. Значителен е проблемът, свързан с обработката и анализа на получените данни. Основната критика се свързва с процедурата, която анализира количествени данни, с цел да послужат за оценка на качествени конструкти.

(4) В четвъртата група се обединяват структурирани и полуструктурирани интервюта. Структурираните интервюта спазват строго регламентирана рамка и обикновено са придружени с точни инструкции за клинициста, указващи стриктна процедура. Полуструктурираните интервюта са значително по-свободни, придържат се към една условна схема и процедурата им позволява по-голяма пластичност на специалиста (Zimmerman 2012). Те позволяват постигането на една значителна адаптивност в процеса по събирането на данните. Тяхното провеждане обаче отново (както в методите от първата група) изисква голямо технологично време и прилагането им



не винаги е възможно. По-долу се разглеждат по-подробно четирите вида методи за събиране на анамнестични данни.

3.1. Първоначален преглед

Необходимостта от извеждането на първоначалния преглед в отделна точка и обръщането на по-голямо внимание върху този метод се обяснява с оценката му като може би най-важния от всички психометрични инструменти, без който администрирането на стандартните тестове би загубило своята значимост (Groth-Marnat, 2003, 2009). В исторически смисъл именно първоначалното интервю поставя основата на структурираните и полуструктурирани протоколи, които се използват днес. Консолидацията на интервюто става през 40-те и 50-те години на 20-ти век, като преди това неговите форма и съдържание варират значително и се изграждат спрямо личната преценка на клинициста (Groth-Marnat, 2003). Първоначалният преглед е отправната точка на диагностичния процес и може да събира данни едновременно по няколко направления или модалности, които впоследствие да се организират в концептуална рамка, описваща както наблюдаваното състояние на пациента, така и историята на заболяването, патогенетичния процес и терапевтичния план. Водеща е ролята на клинициста, който извършва интервюто и прегледа.

В този контекст следва да се направи ясно разграничаване между два вида специалисти, които се свързват и с два различни, понякога срещустоящи подхода (Matarazzo, 1990). От една страна, това е клиницистът (общопрактикуващ лекар, психиатър, клиничен психолог), чиято роля е холистична, а целта е да се дефинира дадена личност в контекста на патопсихологичните фактори на заболяването/състоянието. Тесните специалисти по психометрия, от друга страна, полагат фокуса на изследователските усилия върху събирането на информация, която се изразява във формулирането на абстрактни конструктори, върху които в бъдеще да се генерират диагностични хипотези. В този контекст ролята на клинициста е да интегрира събраните данни, за да постави фокуса по-широко, а именно върху взимането на терапевтични решения и конкретното разрешаване на наблюдаваните проблеми.

В хода на прегледа могат да се използват други инструменти, като самооценъчни скали, структурирани и полуструктурирани интервюта, медицински преглед и т.н. В общия случай е подходящо, след като пациентът споделя първоначалните си оплаквания, да се изследват области като историята на симптомите, фамилната обремененост и състояние в семейството, личната история (ранен детски опит), представата за себе си, налични страхове, защитни механизми и др. (Groth-Marnat, 2003).

3.2. Психометрични инструменти

В хода на диагностичния процес се прилага широк спектър от психометрични инструменти, които да послужат като обективната база, върху която да се проверят наличните диагностични хипотези. По-долу се разглеждат три групи психометрични инструменти: самооценъчни скали, интервюта и психофизиологични изследвания.



3.2.1. Самооценъчни скали

Психометричните инструменти, които се администрат под формата на самооценъчни скали или анкети, заемат важно място в процеса на психодиагностично оценяване, като в тази формална група попадат някои от най-често използваните и с висока надеждност инструменти. В процесуално отношение самооценъчните протоколи имат множество предимства (Groth-Marnat, 2003), сред които сравнително краткото техническо време, необходимо за провеждането им, поглъщането на относително малък финансов ресурс и установяването на колегиални (кооперативни) отношения между психолога и изследваното лице.

Процесът на самооценяване обаче е в значителна степен контаминиран от фактори като социална желателност, недобра или изкривена преценка на изследваното лице и др. Всички потенциално замърсяващи изследването фактори следва внимателно да се обмислят и едва тогава да се вземе решението дали да се проведе допълнително формално изследване (т.е. в известна поне степен структурирано интервю или друг род психометричен инструмент), или да се приложат и двете. В този смисъл трябва да се отбележи, че макар комбинирането на самооценъчни анкети с допълнителни структурирани тестове да изглежда добър вариант за изготвянето на по-прецизна диагностика, все още липсват достатъчно данни за валидността на такъв анамнестичен дизайн.

3.2.1.1. MMPI

Минесотският многофакторен личностов въпросник е разработен през 1940 г. (Hathaway, McKinley, 1940) от Hathaway и McKinley и днес е най-широко използваният личностов въпросник в клиничната практика (Samara et al., 2000). Голямата му популярност е съпътствана от внушително количество изследователска литература (Groth-Marnat, 2003, 2009), посветена на историята и стандартизацията му, затова тук няма да се обръща подробно внимание на неговата история, валидизация и структура. За целите на настоящия труд е достатъчно да се отчете, че Минесотският въпросник се състои от 10 скали, които измерват личностови черти. В най-съществената му ревизия (Butcher et al., 1989), позната като MMPI-2, десетте скали са запазени. Всяка скала се идентифицира с поредно число и буквена сигла (съкращение).

Депресивната симптоматика се измерва по скала №2, означавана със сиглата D. В депресивната скала на съвременната ревизия се съдържат 60 айтема (57 в оригиналния вариант). Депресията в контекста на Минесотския многофакторен въпросник е дефинирана от неговите автори (Graham, 1990) като усещания за понижено настроение, липса на енергия, наличие на суицидни идеи и други депресивни симптоми. Пациентите, които настойчиво търсят психологическа помощ, обикновено имат високи показатели по втора скала, но с течение на съответната (успешна) психотерапия тези показатели постепенно спадат.

Понеже е в основата си личностов въпросник, макар голямото си клинично приложение в процеса на психодиагностиката, Минесотският въпросник представя резултати, които се тълкуват като личностови черти (Groth-Marnat, 2003). Така висо-



ките показатели по депресивната скала не само насочват към наличието на депресивно разстройство, но дават информация за субективното чувство на сигурност и удовлетворение на изследваните лица, които могат (при налични високи резултати) да бъдат описани като самокритични, откъснати от социалната среда, тихи, сдържани и резервирани. Адаптивните процеси при справяне с външни предизвикателства са затормозени от песимизъм и чувство за безнадеждност. Възможно е да реагират несъответно (със силно астенична емоция) на неутрални или със слаб емоционален заряд стимули, често е налична психомоторна ретардация.

При интерпретацията на скалата трябва да се има предвид възрастта на изследваните лица. Стандартните стойности варират с минус 5 до 10 точки при юноши и с плюс 5 до 10 точки при лица в късна зрялост.

В България Минесотският въпросник се използва като стандартна част от психометричния инвентар на психиатрите и клиничните психолози. Настоящата версия е публикувана през 2008 година (Николов и екип, 2008) и се основава на MMPI-2 във вида му от 2003 година³. Авторите на горепосочената стандартизация изтъкват наличието на няколко по-ранни превода на въпросника на български език, но обръщат внимание на липсата на доказателства за тяхната валидност и надеждност.

3.2.1.2. BDI

Сред по-важните самооценъчни скали, които служат в диагностичния процес за определянето на депресивни разстройства (Camara et al., 2000), е Скалата за депресия на Бек (Beck Depression Inventory, BDI). За пръв път скалата се появява през 1961 г., като основна заслуга за създаването ѝ има американският психиатър и психоаналитик д-р Арън Бек, известен най-вече като баща на Когнитивно-поведенческата парадигма в психотерапията. От появата си скалата намира широко приложение и подлежи на няколко ревизии и допълвания (Groth-Marnat, 2003, 2009). Сред по-важните ревизии е тази от 1978 г. (Beck, 1979) и най-вече голямата ревизия от 1996 г., която води до създаването на BDI-II, където се изследва по-широка гама симптоми (Beck et al., 1996). BDI-II се приема за значително по-конформен с ДСН-IV, което допълнително засилва популярността на скалата в клиничната практика.

В съвременната ревизия на скалата се обръща внимание на конструкти, които според авторите се свързват със симптоматиката на по-остро изразено депресивно разстройство (Groth-Marnat, 2003): агитация, загуба на енергия, понижена самооценка и затруднения в концентрацията. Скалата намира добро приложение и върху здрава популация, където успешно измерва депресивни черти на личността. Важно качество на инструмента е, че в диагностично отношение е също толкова прецизен (Stukenberg et al., 1990) колкото по-продължителните в техническо отношение и по-скъпи в административен план структурирани интервюта.

³ Тази година е посочена в Националния регистър на психологическите тестове (http://ntcbg.org/register_tests.php?id=29). В Административното ръководство на последната българска ревизия (Николов и екип, 2008) авторите посочват, че са използвали варианта от 2001 г.



Методологията, по която е изградена скалата на Бек, използва предимно прякото наблюдение върху поведението на депресивни пациенти (Beck et al., 1961) в психиатричните институции. Айтемите са конструирани така, че за разбирането им да е необходима базисна грамотност. Техническото време за провеждане на теста е относително кратко и варира от 5 до 10 минути, което е значително предимство пред депресивните скали на Макинли и Хатауей в контекста на Минесотския многофакторен въпросник.

Скалата за депресия на Бек включва с голяма тежест телесни преживявания и соматични оплаквания, които се разбират като симптоми на депресивното разстройство. В същото време голямата тежест на соматичните преживявания води до компрометиране на някои резултати, особено когато изследваните лица са с придружаваща соматична (предимно неврологична) диагноза (Moore, 1998). Замисълът на скалата е да бъде прилагана като скринингов инструмент. Въпреки това приложението ѝ в психодиагностичния процес остава широко.

3.2.1.3. SDS

Самооценъчната депресивна скала на Цунг (Self-assessment Depression Scale, SDS) е разработена през 1965 г. с цел количественото измерване на депресивните разстройства, както и за тяхното проследяване (Кокошкарлова, 1984) в хода на разгръщане на симптоматиката и на евентуалната терапия. Инструментът има за цел установяването на измененията в депресивната динамика у пациентите (Иванов, 1999) в рамките на интервал от 7 дни.

По замисъл инструментът е проектиран да се използва специално върху пациенти с вече поставена диагноза в депресивния спектър (Zung, 1965). Техническото време за администриране на теста е относително кратко, а самата скала се състои от 20 айтема. Резултатите се групират в 4 степени на тежест на състоянието. Измерват се различни конструкти, свързани с депресията, като се акцентира върху четири често срещани характеристики: первазивния ефект, психологическите измерения⁴, други затруднения и психомоторната активност. Подобно на по-горе представената скала на Бек, самооценъчната скала на Цунг обръща внимание и върху соматичната симптоматика.

Скалата на Цунг включва критериите по ДСН-IV, но не съдържа айтеми, които да отчитат състоянията на атипична депресия. Подобни айтеми могат да изследват наличието или отсъствието на повишен апетит, повишаване на телесната маса, нарушения в съня.

Приложението на депресивната скала на Цунг е широко и се използва както в диагностичен и скринингов план, така и като основа за множество научни работи. Прилага се за установяване и проследяване на депресивна симптоматика (Derogatis, 1983) сред пациенти с различни соматични диагнози, включително в онкологичните диспансери.

4 [sic] psychological equivalents, cf. Zung, 1965.



3.2.2. Структурирани интервюта

Голяма част от първоначалните анамнестични данни клиницистът събира чрез прилагането на (поне в някаква степен) структурирани интервюта (Groth-Marnat, 2003, 2009). Тези инструменти предоставят на изследователя добра основа за по-точен идеографски подход, пластичност по отношение на личностовите характеристики на изследваното лице и събирането на данни от различни модалности и области. В прилагането на структурираните и полуструктурираните интервюта винаги трябва да се има предвид опасността от контаминация на анамнестичните данни от личността на изследователя.

След основните предимства на структурираните методики е наличието на предварително операционализирана рамка, чрез която се избягва опасността от пропуски по снемане на анамнезата. Техните психометрични качества са добре изследвани и демонстрират голям потенциал в научните изследвания и диагностичния процес (Groth-Marnat, 2003).

3.2.2.1. HAM-D

Скалата на Хамилтън за оценка на депресия (Hamilton Rating Scale for Depression – HRSD, Hamilton Depression Rating Scale – HDRS) е сред най-старите и широко използвани структурирани интервюта, използвани за оценка на депресивни състояния (Hamilton, 1960). В технически смисъл инструментът не е предназначен за поставянето на диагноза, а се прилага с цел идентификация на тежестта на вече установено заболяване. Подобно на някои от представени по-горе самооценъчни скали, този инструмент включва с голяма тежест различни, свързани с депресивните състояния, соматични оплаквания. Това дава основание да се избягва неговото приложение върху пациенти със соматична диагноза.

Скалата на Хамилтън изследва за промени в настроението, чувството за вина, тревожност, суицидни идеи и редица соматични оплаквания, свързани с телесното тегло, ажитацията и др. В своя оригинален вариант се състои от 17 айтема, а по-късно е разширена до 21 с цел да послужи за оценка на по-широк спектър от депресивни състояния (Hamilton, 1960). Инструментът служи за основа, върху която по-късно се построяват други, също с широко приложение, методики.

3.2.2.2. MADRS

Скалата за депресия на Монтгомъри-Асберг (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale – MADRS) е разработена след скалата на Хамилтън и в известен смисъл има за цел да преодолее някои от ограниченията ѝ (Montgomery, Åsberg, 1979). В основата на разликите стои намерението на Монтгомъри и Асберг да създадат инструмент, който издържа контаминациите на соматичните диагнози и няма да е чувствителен към тях. За целта по-голяма тежест е определена на когнитивните симптоми (предимно затруднения в концентрацията и вниманието), мислите, породени от астеничните емоции, суицидните идеи, умората и вътрешнопсихичното напрежение (Williams, Kobak, 2008).



Скалата има голямо приложение в психиатричната клиника и по-специално в проследяването на депресивната симптоматика по време на медикаментозна терапия. Това се основава на добрата чувствителност на скалата относно промените, настъпващи вследствие на прием на антидепресанти. Скалите, които измерва структурираното интервю, се отнасят до чувството на тъга, вътрешното напрежение, промените в съня, промените в апетита, когнитивните затруднения (в концентрацията), умората, песимистичните и суицидни мисли. Структурираното интервю се придружава от самооценъчна анкета (MADRS-S), която може да бъде пусната от клинициста за по-прецизно установяване на моментното състояние на пациента.

3.2.3. Психофизиологични методи

Психофизиологичното оценяване добива изключителна актуалност в съвременната психодиагностика по две основни причини. Първо, това е технологичното развитие на диагностичната апаратура, придружено с по-специализирано и задълбочено познание за неврофизиологията на различните психиатрични заболявания. Второ, психофизиологичната оценка позволява завършване на биопсихосоциалния подход (Bruns, Disorbio 2010) към интерпретирането на диагнозата, патопсихологията и изготвянето на адекватни терапевтични планове за третиране на наличните разстройства.

Последното представлява отделен проблем – разбирането и прилагането на медицинските грижи в съответствие със съвременните норми на биопсихосоциална холистичност е предизвикателство както пред световната общественост, така и пред медицинската практика у нас. Важността от пълноценното прилагане на биопсихосоциалната парадигма се разбира от необходимостта за отстраняване на негативните (в личностов и социален план) последствия от стигматизиращите диагнози на чисто медицинския модел, които инвалидизират личността за голям период от време и пречат на адаптивното реинтегриране (Матанова, 2003).

Наблюдаваният в последните години нов интерес към психофизиологичните изследвания се дължи и на множеството улеснения в инструментариума им (компютърната електроника) и на новите разбирания в интеграцията на биопсихосоциалния модел (Sturgis, Gramling, 1998). Най-често изследваните физиологични реакции на психичното състояние са сърдечното налягане и ритъм, телесната температура, мускулното напрежение, галваничната кожна реакция и преди всичко мозъчната активност. В психометрично отношение една от основните задачи на психофизиологията е транслирането на количествените данни, събрани от различните модалности, в конкретни психологически конструкти (Groth-Marnat, 2003).

Исторически две важни открития поставят основите на психофизиологичните методи за измерване на психичното състояние. Първо това е изобретяването на електроенцефалографа от д-р Ханс Бергер през 20-те години на XX век (Haas, 2003), който извършва първите систематизирани проучвания върху електрическата активност на човешкия мозък. Дейността на Бергер се свързва с ранното клинично прилагане на ЕЕГ, както и с първите опити за прилагане на количествено ЕЕГ (qEEG) с цел



диагностика и терапия. По този начин Бергер може да се възприема като баща на биологичната обратна връзка (biofeedback). Второто основополагащо откритие се отнася до установяването на психофизиологическата връзка между състоянията на страх или гняв и кръвното налягане и кожната електропроводимост (Ax, 1953).

Вследствие на направените проучвания се стига до заключението, че различни психологически състояния могат да се измерват чрез соматични реакции (т.е. установява се соматичен субстрат на симптомите). Измерването и диагностиката на психичните разстройства изглежда може да се установи не само чрез инвентара на самооценъчните скали и структурираните интервюта. В подкрепа на това съществуват изследвания (Geiselman et al., 1982), които демонстрират конкретни взаимозависимости между психичните състояния и соматичните реакции. В цитирания по-горе източник се описва установяването на положителна корелация между личности с високи нива по тестовете за интелигентност и по-нисък сърдечен ритъм и по-ниска кожна електропроводимост, когато са помолени да извършат дадена задача. Изследването стига до две важни заключения: (1) от една страна, хората с по-висока интелигентност (така, както е интерпретирана от използваните скали за измерване на интелекта) се нуждаят от по-малко усилия при изпълняването на разнообразни задачи, а от друга, (2) че е възможно психофизиологичният измервателен инструментариум да послужи за оценяване на нивото на интелекта. Още преди 20 години се появяват научно обосновани свидетелства (Turpin, 1991) за успешно психофизиологично идентифициране на психологически конструкти като тревожност, фобия, ОКР и др.

Сред по-значителните предизвикателства и трудности пред по-широкото прилагане на психофизиологичните инструменти за диагностика и оценка стоят фактори от технически характер. Достъпът до скъпа и тясно специализирана апаратура е ограничен. За успешното провеждане на изследванията са необходими голям брой специалисти от различни области. В същото време се наблюдава тенденция към по-голям достъп до инструменти за отчитане на кожно-галванични и сърдечни реакции, както и на малки (2 или 4 канални) ЕЕГ апарати.

От голямо значение в последните години е навлизането на нови психофизиологични методи в сферата на психодиагностиката и предимно на невроизобразяващите методи (Миланова, 2013). Сред тях по-важно значение имат компютърната томография и функционалните методи за образна диагностика. Последните се свързват с прилагането на позитронно-емисионната томография (PET, SPECT) и магнитнорезонансната томография (fMRI).

3.2.4. Психофизиологично измерване на депресивни състояния

От по-горното изложение става ясно, че психофизиологичните методи предоставят голяма перспектива в сферата на психодиагностиката, като обещават висока обективност и прецизност на получените данни. За установяването на валидност и надеждност на тези методи е необходимо (Groth-Marnat, 2003) да се стъпи върху една по-широка рамка с цел установяването на положителна корелация между фи-



зиологичните реакции и психичните конструкти. По същество тази задача изисква установяването на *преход* между психичните и биологичните феномени. Един такъв переход е не само възможен, но и желателен в контекста на биопсихосоциалната парадигма. Съвременните изследвания вървят в посока на постигане на т.нар. транслационна валидност, която се постига чрез ангажирането на положителни данни от две или повече научни сфери, изследващи един и същи конструкт.

По-горе (2.2 Депресивни разстройства) се обърна внимание на значителните трудности в третирането и диагностицирането на депресивните разстройства и се акцентира върху перспективите, които биха се отворили при диференцирането на биомаркери, които да се свържат със състоянията на депресия. Новите изследвания в областта на биомаркерите, които могат да се свържат с психологичните състояния, насочват към данни от областта на генетиката, електрическата активност на мозъка, образната диагностика (Stoyanov et al., 2015). В същото време се разширява и обхватът на инструментариума, използван в сферата на психофизиологическите изследвания. Съвременните проучвания (Стоянов, 2017) насочват към прилагането на магнитно-резонансна томография в диагностицирането на редица психични разстройства, в т. ч. и на депресивния спектър. Вече съществуват данни за fMRI изследвания на префронталния неокортекс, свързани с оценката на тежки депресивни състояния (Миланова, 2013).

4. Процедури по стандартизация

В тази обща част се разглеждат процедурите, необходими за правилното стандартизиране на психометричния инструмент. Специално внимание се обръща на лингвистичните и крос-културни аспекти, които в процедурно значение заемат предно място. Отделно се поставя фокус върху транслационната валидация на инструмента, която има първостепенно значение по отношение на психометричните качества в епистемологичен смисъл изобщо и в контекста на биопсихосоциалния модел в частност.

4.1. Лингвистична и крос-културна стандартизация

Когато се прилагат процедури за превод на даден психометричен инструмент от един език на друг, се налага да се вземат предвид ясни и точни процедури, които да гарантират психометричните качества на инструмента в новата популация, към която ще се прилага. Става въпрос за пренасяне на една психометрична система от своята оригинална популация към друга, която вече е с различна културна и често езикова основа. В този смисъл елементарният превод от един език на друг съвсем не е достатъчен (Beaton et al., 2000). Особено внимание трябва да се обърне на две области.

По отношение на чисто езиковите въпроси е необходимо да се подходи с добра лингвистична подготовка в процеса на превод. По отношение на преминаването на



инструмента от една култура в друга е необходимо да се имат предвид културните различия, които не са единствено езикови, но се манифестират в разнообразни сфери. Развитието на един комплексен лингвистичен и културологичен подход към превода на присохемтрични инструменти се наблюдава в държави, където здравните грижи засягат големи езикови и културни малцинства (Sperber, 2004).

Наличието на психометрични инструменти, които са крос-културно валидирани, позволява разширяването на психометричния инвентар на здравните специалисти. Предвид факта, че по-голямата част от добре стандартизираните инструменти са на езици, различни от българския, прилагането на по-добре структурирани и ясни процедури по техния превод е необходимо за постигането на по-добра инструментална база за психодиагностиката в България.

Въпреки че съществуват добре доказани методологически подходи към превеждането, адаптирането и валидизацията на инструменти и скали за крос-културни здравни изследвания (Wild et al., 2005), в здравната литература продължават да преобладават големи различия в тяхната употреба. Редица проучвания върху превода и валидацията на психометрични инструменти показват (Maneesriwongul et al., 2004), че качеството на методологичните подходи варира силно и липсва единен стандарт. Сред водещите проблеми могат да се идентифицират такива, като квалификацията на преводачите, отсъствието на прецизна информация относно процеса на превод, валидацията, провеждането на теста, ревизията и усъвършенстването на инструментите.

Макар на пръв поглед да е ясна необходимостта от внимателен и добре операционализиран подход при превеждането на даден инструмент от една култура в друга, може да се твърди, че преводът и крос-културната адаптация се възприемат в практиката като маловажен процес и процедурите често се подценяват (Sperber, 2004). Това води до положението, в което най-разпространеният методологически подход е само правият превод (който често се извършва набързо и от преводач, без кредитбилна квалификация). В същото време се наблюдава липса на подробности относно конкретните стратегии и процеси, прилагани в адаптацията и валидацията на инструментите. Предвид комплексния въпрос на крос-културната стандартизация, правият превод съвсем не е достатъчен. Наличните препоръки за по-прецизна стандартизация обаче остават пренебрегвани и често се игнорират.

Процедурите по крос-културна и лингвистична стандартизация могат да се обобщят в няколко последователни стъпки (Sousa, Rojjanasrirat, 2010). Във всеки случай придържането към тях е пожелателно с цел да се постигне униформност в методологическо отношение, от една страна, а от друга – да се постигнат добри психометрични характеристики на преведения инструмент. Трябва да се има предвид, че пълноценното изпълнение на една подобна методология все още се свързва с голямо по обем техническо време, с ангажирането на широка група специалисти и с отделянето на относително голям финансов ресурс.

(1) Първата стъпка е извършването на правия превод на оригиналния инструмент към целевия език. Препоръчва се оригиналният текст да се превежда от два-



ма независими специалисти. Така се произвеждат два паралелни превода на един и същ текст. Към специалистите трябва да се приложат съответните изисквания – желателно е да са билингвални (или да притежават задълбочено и професионално познание по двата езика) и бикултурални.⁵ Методологическата препоръка гласи, че единият преводач трябва да е специалист в здравната терминология и съдържателната част на инструмента, а другият да е професионално ориентиран към културните особености и лингвистични характеристики на езика. В случай, че ресурсите го позволяват, е добър вариант вместо двама преводачи, да се използват два екипа.

(2) Сравнение на двата превода и обединяването им в общ синтезиран вариант. За постигането на синтез между двата варианта се привлича друг специалист, чиято роля е да сравни получените преводи и да ги сравни с оригиналния текст. След това е подходящо да се проведе групово обсъждане на възникналите въпроси в широк кръг (тримата преводачи и другите специалисти от екипа, ангажиран с превода и стандартизацията). Финалната цел е постигането на единен, синтезиран превод, за който се предполага, че притежава необходимите качества в психометрично отношение.

(3) Третата стъпка отново е свързана с превода и представлява изготвянето на сляп обратен превод (т.е. синтезираният в стъпка 3 текст се превежда на оригиналния език). Процедурата изисква включването на двама нови преводачи, които да извършат операцията (огледална на стъпка 1). Резултатът е произвеждането на два независими превода. Изискванията към преводачите са същите като изискванията в стъпка 1.

(4) Сравнение на двата обратни превода и изготвянето на синтезиран вариант. В тази стъпка се сравняват три текста – двата обратни превода и оригиналният вариант. Оценява се близостта между компонентите – инструкциите, айтемите, формата за отговори, избора на думи, структурата на изреченията и т.н. Създава се комисия от специалисти, които да обсъдят всички спецификации и възникващи въпроси. Комисията трябва да бъде мултидисциплинарна. Препоръчва се да включва методолог (член на изследователския екип), здравен работник и четиримата преводачи от стъпки 1 и 3. При възможност е желателно да присъства и някой от създателите на оригиналния инструмент.

Работата на комисията по превода е да стигне до консенсусен вариант. Ако не може да се постигне единодушие по възникналите въпроси, трябва да се пристъпи към повтаряне на първите 4 стъпки колкото пъти е необходимо. В по-частен смисъл може да се назначи повтаряне на операциите само за онези айтеми, по които не се постига съгласие.

(5) Пилотно тестиране на предфиналния вариант. След като комисията (стъпка 4) постигне консенсус, тя оформя предфинален вариант на теста. В този си вид инструментът е готов за пилотно тестиране върху контингент от изследвани лица. Изискванията към изследваните лица е майчиният им език да е целевият език на

⁵ Това изискване е изведено от Sousa и Rojjanasrirat (2010), но терминът бикултуралност все още не е достатъчно добре операционализиран.



инструмента. Допълнително тестът може да се пусне и върху т.нар. експертен панел – изследвани лица, които имат специализирано образование и са компетентни да дадат обратна връзка върху психометричните качества на инструмента.

След анализа на данните от пилотното тестване се извършва окончателен преглед на превода и той може да бъде стандартизиран за целевата популация.

4.2. Транслационна валидност

В процеса по стандартизация на психометричните инструменти все по-актуална става темата за транслационната валидност. Това е причината този въпрос да се обособи в отделна точка. Понятието транслационна валидност намира особено приложение в сферите на (Zachar, Stoyanov, 2015) психиатрията и клиничната психология. Причината е хибридната природа на тези дисциплини, обединяващи точните и хуманитарните науки. В основата си конструктът представлява транслиране на данни от домейна на една наука в домейна на друга. Подобно транслиране намира стабилна и логически обоснована основа в парадигмата на биопсихосоциалния модел. Водещата тенденция в постигането на транслационната валидност е прилагането на невроизобразяващите методи в процеса на диагностика. Както става ясно в т.3 (частта са психофизиологични изследователски методи), психометричните свойства на даден (конвенционален в клинично-психологическия смисъл) инструмент могат да се валидират чрез невроизобразяващи методи.

Литература

1. Десев, Л. *Речник по психология*. (2010). София: Изток-Запад
2. Иванов, И., (1999). *Методики за изследване на функционалните състояния*. Шумен: Аксиос
3. Китова-Василева, М. (2012). *Любовта към словото. За изворите на науката за езика: от Древността до края на Ренесанса*. София: Колибри.
4. Кокоскарова, А. (1984). *Психологично изследване на личността в клиничната практика*. София: Медицина и физкултура
5. Матанова В., Стоянов Д. (2017). *Сборник по клинична психология: том 1. Избрани трудове от Втория национален конгрес по клинична психология с международно участие*. Варна: Стено
6. Матанова, В. (2003). *Психология на аномалното развитие*. София: Немезида
7. Миланова, В. (2013). *Психиатрия*. София: Медицина и физкултура
8. Пирьова, Б. (2011). *Поведенческа медицина*. София: Нов български университет.
9. Попов, Г. (2010). *Обща и клинична психопатология*. Варна: Стено
10. Тенев, В. Превод. (2009). *Справочник на диагностичните критерии на ДСН-IV-ТР*. София: Изток-Запад
11. Христозов, Х., Ташев, Т., Стоименов, А., Тодоров, И. (1988). *Психиатрия*. София: Медицина и физкултура.
12. Ах, А. Ф. (1953). *The physiological differentiation between fear and anger in humans*. *Psychosomatic Medicine*, 15, 433–442
13. Baxter, AJ, Scott, K. M., Ferrari A. J., Norman, R.E, Vos, T., Whiteford, A. (2014). *Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010*. *Depress Anxiety*. 2014; 31: 506–516
14. Beaton, D., E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M., B. (2000). *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. *Spine*, 25 (24), 3186–3191
15. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
16. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *BDI-II manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
17. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571



18. Berard, R.M., Boermeester, F., Viljoen, G. (1998). *Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management*. *Psychooncology*. 1998;7:112–20
19. Bruns, D., Disorbio, J. M. (2006). *Chronic Pain and Biopsychosocial Disorders*. *Practical Pain Management*, March 2006, volume 6, issue 2 [1]
20. Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., Kaemmer, B. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press
21. Butcher, J., N., Williams, C., L. (2009). *Personality assessment with the mmpi-2: historical roots, international adaptations, and current challenges*. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 1 (1): 105–135
22. Cacioppo J. T., Tassinary L. G., Berntson, G. G. (2016) *Handbook of Psychophysiology*, Cambridge University Press 2016
23. Camara, W. J., Nathan, J. S., Puente, A. E. (2000). *Psychological test usage: Implications in professional psychology*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141–154
24. Chattopadhyay, S., Tait, R., Simas, T., van Nieuwenhuizen, A., Hagan, C. C., Holt, R. J., Graham, J., Sahakian, B. J., Wilkinson, P. O., Goodyer, I. M., Suckling, J. (2017). *Cognitive Behavioral Therapy Lowers Elevated Functional Connectivity in Depressed Adolescents*. *EBioMedicine*, 17, 216–222.
25. Ciproso, P., Colombo, D., Riva, G. (2019) *Computational Psychometrics Using Psychophysiological Measures for the Assessment of Acute Mental Stress*. *Sensors* 2019, 19, 781.
26. Davidshofer, K. R., Murphy, Ch. O. (2005). *Psychological testing: principles and applications (6th ed.)*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall
27. Department of Health, Western Australia. (2008). *Psycho-Oncology Model of Care*. Perth: WA Cancer and Palliative Care Network, Department of Health, Western Australia
28. Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J. (1983). *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. *JAMA* 1983; 249: 751-757
29. Geiselman, R. E., Woodward, J. A., Beatty, J. (1982). *Individual differences in verbal memory performance: a test of alternative information processing models*. *Journal of Experimental Psychology: General* 111, 109-134
30. Graham, John. (1990). *MMPI2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press
31. Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment. 4th ed.* Hoboken, N.J: John Wiley & Sons, Inc.
32. Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment. 5th ed.* Hoboken, N.J: John Wiley & Sons, Inc.
33. Gururajan, A., Clarke, G., Dinan, T. G., Cryan, J. F. (2016) *Molecular biomarkers of depression*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* Volume 64, May 2016, Pages 101-133.
34. Haas, L.F., (2003). *Hans Berger (1873-1941), Richard Caton (1842-1926), and electroencephalography*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 74: 9
35. Hamilton, M. (1960). *A rating scale for depression*. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23:56-62
36. Hathaway, S. R., McKinley, J. C. (1940). *A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule*. *Journal of Psychology*, 10, 249-254
37. Hersen, M., Rosqvist, J. (2008). *Handbook of Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment, Volume 1: Adults*. John Wiley & Sons. p. 32
38. http://ntcbg.org/register_tests.php?id=29
39. Jha, M. K., Trivedi, M. H. (2018) *Pharmacogenomics and Biomarkers of Depression*. *Handbook of Experimental Pharmacology*, vol 250. Springer, Cham.
40. Kanda, P., Anghinah, R., Smidh, M. T., Silva, J. M. (2009). *The clinical use of quantitative EEG in cognitive disorders*. *Dementia & neuropsychologia*, 3(3), 195–203.
41. Kandilarova, S. S., Terziyski, K. V., Draganova, A. I., Stoyanov, D. S., Akabaliev, V. H., Kostianev, S. S. (2017) *Response to Pharmacological Treatment in Major Depression Predicted by Electroencephalographic Alpha Power - a Pilot Naturalistic Study*. *Folia Medica* 2017 Sep 1;59(3):318-325.
42. Kandilarova, S., Stoyanov, D., Popivanov, I. D., Kostianev, S. (2018) *Application of functional magnetic resonance imaging in psychiatric clinical evaluation: Controversies and avenues*. *J Eval Clin Pract.* 2018; 24: 807– 814.
43. Kandilarova, S., Stoyanov, D., Sirakov, N., Maes, M., Specht, K. (2019). *Reduced grey matter volume in frontal and temporal areas in depression: Contributions from voxel-based morphometry study*. *Acta Neuropsychiatrica*, 31(5), 252-257.
44. Krebber, A. M., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R., Becker, A., Brug, J., van Straten, A., Cuijpers, P., Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). *Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments*. *Psycho-oncology*, 23(2), 121–130.
45. Maneesriwongul, W., Dixon, J., K. (2004). *Instrument translation process: a method review*. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (2), 175–186
46. Matarazzo, J. D. (1990). *Psychological assessment versus psychological testing: Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom*. *American Psychologist*, 45, 999–1017
47. Melrose, S. (2017). *Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches*. *Open Journal of Depression*, 6, 1-13
48. Montgomery, S., Åsberg, M. (1979). *A new depression rating scale designed to be sensitive to change*. *British Journal of Psychiatry* 134:382-389.



49. Moore, M., J., Moore, P., B., Shaw, P., J. (October 1998). *Mood disturbances in motor neurone disease*. Journal of the neurological sciences. 160 Suppl 1: S53-6
50. Ownby, K. K. (2019). *Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice*. Journal of the advanced practitioner in oncology, 10(2), 175-179.
51. Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., Sauer, H. (1998) *On the Validity of the Beck Depression Inventory*. Psychopathology 1998; 31:160-168.
52. Roomruangwong, C., Anderson, G., Berk, M., Stoyanov, D., Carvalho, A. F., Maes, M. (2018) *A neuro-immune, neuro-oxidative and neuro-nitrosative model of prenatal and postpartum depression*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry Volume 81, 2 February 2018, Pages 262-274.
53. Saracino, R. M., Weinberger, M. I., Roth, A. J., Hurria, A., Nelson, C. J. (2017). *Assessing depression in a geriatric cancer population*. Psycho-oncology, 26(10), 1484-1490.
54. Sousa, V. D., Rojjanasirat, W. (2010). *Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline*. Journal of Evaluation in Clinical Practice. Blackwell Publishing
55. Sperber, A., D. (2004). *Translation and validation of study instruments for cross-cultural research*. Gastroenterology, 126 (1), S124-S128
56. Spoto, A., Bottesi, G., Sanavio, E., Vidotto, G. (2013). *Theoretical foundations and clinical implications of formal psychological assessment*. Psychother Psychosom. 2013; 82: 197-199
57. Stoyanov D. S. (2017). *Key Developments in Translational Neuroscience: an Update*. Balkan medical journal, 34(6), 485-486.
58. Stoyanov, D., et al. (2015). *Towards a New Philosophy of Mental Health: Perspectives from Neuroscience and the Humanities*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing
59. Stoyanov, D., Kandilarova, S., Borgwardt, S. (2017). *Translational Functional Neuroimaging in the Explanation of Depression*. Balkan medical journal, 34(6), 493-503.
60. Stoyanov, D., Kandilarova, S., Borgwardt, S., Stieglitz, R. D., Hugdahl, K., Kostianev, S. (2018). *Psychopathology Assessment Methods Revisited: On Translational Cross-Validation of Clinical Self-Evaluation Scale and fMRI*. Frontiers in psychiatry, 9, 21.
61. Stoyanov, D., Kandilarova, S., Paunova, R., Barranco Garcia, J., Latypova, A., Kherif, F. (2019). *Cross-Validation of Functional MRI and Paranoid-Depressive Scale: Results From Multivariate Analysis*. Frontiers in psychiatry, 10, 869.
62. Stukenberg, K. W., Dura, J. R., Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). *Depression screening scale validation in an elderly, community-dwelling population*. Psychological Assessment, 2, 134-138
63. Sturgis, E., T., Gramling, S., E. (1998). *Psychophysiological assessment*. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Boston: Allyn & Bacon
64. Tomarken, A. J. (1995). *A psychometric perspective on psychophysiological measures*. Psychological Assessment, 7(3), 387-395.
65. Turpin, G. (1991). *The psychophysiological assessment of anxiety disorders: Threesystems measurement and beyond*. Psychological Assessment, 3, 366-375
66. Wang, Yuan-Pang, Gorenstein, C. (2013) *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review*. Brazilian Journal of Psychiatry, 35(4), 416-431.
67. Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P. (2005). *Principles of good practice for the translation and cultural adaptation processs for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation*. Value in Health, 8 (2), 94-104
68. Williams, J. B. W., Kobak, K. A. (2008). *Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (SIGMA)*. The British Journal of Psychiatry. 192 (1): 52-58
69. Zachar, P., Stoyanov, D., Aragona, M., Jablensky, A. (2015). *Alternative Perspectives on Psychiatric Validation*. New York: Oxford University Press
70. Zimmerman, M., McGlinchey, J.B., Chelminski, I., Young, D. (2012). *Diagnostic comorbidity in 2300 psychiatric out-patients presenting for treatment evaluated with a semi-structured diagnostic interview*. Psychol Med. 2012; 38: 199-210
71. Zung, W., W. (1965). *A self-rating depression scale*. Archives of General Psychiatry 12: 63-70