

БЪЛГАРСКО СПИСАНИЕ

ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ



BULGARIAN JOURNAL

MENTAL HEALTH

ИЗДАТЕЛСКА КЪЩА СТЕНО www.stenobooks.com





РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

проф. д-р **Георги Попов, д.м.н.**, главен редактор
акад. проф. д-р **Дроздстой Стоянов, д.м.н.**,
отговорен редактор
доц. д-р **Клара Докова, д.м.**
доц. д-р **Христо Хинков, д.м.**
д-р **Иво Нацов, д.м.**
д-р **Никола Марков**
д-р **Тодор Толев, д.м.**
д-р пс. **Свилен Енев**, научен секретар

EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. **Georgi Popov**, Editor-in-Chief
Acad. Prof. Dr. **Drozdstoy Stoyanov**,
Executive Editor
Assoc. Prof. **Klara Dokova**
Assoc. Prof. **Hristo Hinkov**
Dr. **Ivo Natsov**
Dr. **Nikola Markov**
Dr. **Todor Tolev**
Dr. **Svilen Enev**, Scientific Secretary

МЕЖДУНАРОДЕН РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ

проф. **Винченцо Ди Никола**
Вашингтонски университет, Президент на
Световната асоциация по социална психиатрия
проф. **Мораг Макдоналд**
Градски университет на Бирмингам
проф. **Джовани Стангелини**
Университет Киети-Пескара
проф. **Масимилиано Арагона**,
Национален институт по здраве и миграция, Рим
доц. **Жасмин Василева**
Университет на Вирджиния, САЩ

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. **Vincenzo Di Nicola**
IDFAPA, George Washinton University
Prof. **Morag MacDonald**
Birmingham City University
Prof. **Giovanni Stanghellini**
University of Chieti-Pescara
Dr. **Massimiliano Aragona**
National Institute of Health and Migration
Assoc. Prof. **Jasmin Vassileva**
Virginia Commonwealth University



СЪДЪРЖАНИЕ

3**Редакционен увод****Editorial introduction****4****„Crisis? What Crisis?” The Crisis of Psychiatry Is a Crisis of Being**

Vincenzo Di Nicola, MPhil, MD, PhD, FRCPC, DFAPA

Кризата на психиатрията като криза на съществуването**11****Психичното здраве – описание и модели**

Георги Попов

Mental health – description and pattern**16****Психометрични характеристики на българската версия на скалата за импулсивност на Барат - 11 (BIS-11)**Димитър Неделчев¹, Силвия Николова², Елена Пседерска¹, Кирил Бозгунов¹, Георги Василев¹, Раян Шахиди³, Жасмин Василева^{3*}**Psychometric Characteristics of the Bulgarian Version of the Barratt Impulsiveness Scale - 11 (BIS-11)****43****Етноцентризъм: роля в крос-културалната психиатрия**

Васил Котетаров*, Асен Бешков**, Валентин Акабалиев**

Ethnocentrism: its role in cross-cultural psychiatry**53****Психологични измервания и оценка на депресивен синдром в психо-физиологична перспектива - Част I**

Димитър Кръстев, Началник на секция по психо-онкология

Psychological measurement of the Depression Syndrome in a Psycho- Physiological Perspective Part I**75****Изисквания към авторите за публикация****Guidelines for authors**



РЕДАКЦИОНЕН УВОД

EDITORIAL INTRODUCTION

За състоянието на психичното здраве сигнализират много явления. Най-общо, от личното усещане за благополучие и щастие, през пътно-транспортните произшествия, самоубийствата и агресивното поведение до състоянието на физическото здраве. У нас обичайно темата за психичното здраве се фрагментира и се замества с проблемите на психичната болест, която от своя страна изисква внимание, грижи и решения, но не може да замести фундаменталната тематика за психичното здраве и нормалността. Изглежда това е една от причините досега да нямаме специализирано издание с такъв профил.

Новото списание „Психично здраве“ (Bulgarian Journal „Mental Health“) е интердисциплинарна инициатива, която има шанса да унаследи традициите на едноименното списание „Душевно здраве“, издавано и редактирано от д-р Кирил Чолаков между 1938 и 1942 г. Както оригиналното издание, нашето списание е независимо от професионални организации, висши училища или неправителствени сдружения. Това, от една страна, означава свобода в редакционната политика, а от друга страна – необходимост от икономическа стабилност. Тук е мястото да се отбележи, че зад този проект стои потенциалът на издателство СТЕНО, без чиято подкрепа нямаше как да се реализира този замисъл.

Списанието ще излиза в електронен формат, като достъпът ще бъде свободен. Тематиката на публикациите обединява целия интелектуален ресурс на интердисциплинарното поле на психичното здраве, което обхваща невронауката, лингвистиката, философията, педагогиката, общественото здраве, социологията, антропологията и културологията. Заявените публикации ще бъдат рецензирани от експерти в областта.

От редакционния екип



„CRISIS? WHAT CRISIS?” THE CRISIS OF PSYCHIATRY IS A CRISIS OF BEING

Vincenzo Di Nicola, MPhil, MD, PhD, FRCPC, DFAPA

Affiliations:

Department of Psychiatry, Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM); Professor, Department of Psychiatry and Addictions, Université de Montréal, Montreal, Canada; Clinical Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The George Washington University, Washington, DC, USA; President, Canadian Association of Social Psychiatry; President-Elect, World Association of Social Psychiatry

КРИЗАТА НА ПСИХИАТРИЯТА КАТО КРИЗА НА СЪЩЕСТВУВАНЕТО

Psychiatry in Crisis

Psychiatry has always been controversial—there was never an extended “Golden Age” of peace and tranquility when everyone was in agreement.

—Tom Burns (2018, p. 77)

The field of academic psychiatry is in crisis, everywhere.

Concerned with the state of contemporary psychiatry, Drozdstoj Stoyanov and I embarked on a project to take the pulse of psychiatry from multiple perspectives—medicine, social science and the humanities—in our study, *Psychiatry in Crisis* (Stoyanov and Di Nicola, 2017; Di Nicola & Stoyanov, forthcoming).

The crisis of psychiatry is not merely a health crisis of resource scarcity or distribution, competing claims and practice models, or level of development from one country to another, but a deeper, more fundamental crisis about the very definition and the theoretical basis of psychiatry.

The kinds of questions that represent this crisis include whether psychiatry is a *social science* (like psychology or anthropology), whether it is better understood as part of *the humanities* (like philosophy, history and literature), or if the future of psychiatry is best assured as a *branch of medicine* (privileging *genetics* and *neuroscience*)? In fact, the question often debated since the beginning of modern psychiatry concerns the *biomedical model* so that part of psychiatry’s perpetual self-questioning is to what extent it is or is not a branch of medicine.



Critical psychiatrists have been casting about for a new model in every generation. Since the foundations of modern psychiatry as a medical discipline in the late 19th century and the beginning of the 20th century, psychiatrist Karl Jaspers (1997) introduced phenomenology from philosophy as a fundamental part of contemporary psychiatry. Every generation since then has introduced other humanities and social sciences, with the flourishing of many schools of psychotherapies, the introduction of sociology and anthropology which created branches like social and cultural psychiatry, and an always intimate relationship with psychology. Meanwhile the intimate relationship between psychiatry and *Continental or European philosophy and critical theory* continued, posing key *existential* questions about meaning and *ontological* questions about being. Along with other trends, this culminated in the *antipsychiatry* movement of the 1960s.

In parallel, following psychiatry's Linnaeus, Emil Kraepelin who established the modern basis for psychiatric classification and nomenclature, there has been a more rigorous project to establish a scientific basis for psychiatric diagnosis, using increasingly sophisticated methodologies for research. A key text by a leading researcher in Kraepelin's footsteps is Samuel Guze's *Why Psychiatry Is a Branch of Medicine* (1992). Now, this approach has dovetailed with advances in *epidemiology, brain or neurosciences and genetics* to produce the *neuroscience model* of psychiatry, emblematic of the influential US National Institute of Mental Health (NIMH) whose mantra is "mind is brain" (Insel and Landis, 2013). This approach to psychiatry in turn also has philosophical schools in the Anglo-American tradition of *analytic philosophy* and *philosophy of science* supporting its approach to questions about mind as a progressive scientific project focusing on the brain. The "decade of the brain" declared in the 1990s in the US with increased funding for the NIMH culminated in a Nobel Prize for psychiatrist Eric Kandel's (2005) neuroscientific research on memory in 2000.

Not all researchers in the allied fields of psychology, psychiatry and neuroscience are convinced by the claims of the biomedical model and neuroscience in particular so that a prominent psychologist Jerome Kagan (2006) made *An Argument for Mind*. Arguing from the perspective of cultural psychiatry, the influential Arthur Kleinman pleaded for *Rethinking Psychiatry* (1988) and later declared in an editorial that "academic psychiatry is in trouble," reaching for the "narrowest of biological research approaches of decreasing relevance to clinical practice and global health" (2012). Many other voices have joined him in this recognition that "psychiatry is in the midst of a crisis" (Bracken et al, 2012) which requires "rebalancing academic psychiatry" (Kleinman, 2012) by going "beyond the current paradigm" (Bracken et al, 2012).

From psychiatry in crisis as a medical discipline to critical psychiatry casting for a new model, what will be the result? Will it be the *end of psychiatry* or its *renaissance* as something new and different, either as a more comprehensive theory and practice of the humanities and social sciences or as a new branch of medicine called the neurosciences?



Contemporary Psychiatrists on Psychiatry

When we announced our project on psychiatry in crisis, we received three kinds of comments and reactions—two extremes and a complex middle ground full of nuances and revisions.

“Crisis? What crisis?” This first reaction reminds me of the 1975 album by the English group Supertramp with the album cover of a guy in a deckchair and an umbrella surrounded by a destitute post-industrial environment. These folks are naïve optimists or the reformed cynics who have found religion in “positive psychology.”

“Psychiatry has always been in crisis.” This is espoused by a surprising number of thoughtful psychiatrists, including Tom Burns in his introduction to psychiatry: “Psychiatry has always been controversial” (Burns, 2018, p. 77). Burns is of the opinion that protests notwithstanding none of us truly believe that psychiatry is just like any other branch of medicine and that this difference generates conflicts and crises. Some of these folks are cynics who dismiss the possibility of a scientific, rational or even a clinically meaningful psychiatry.

In between these extremes, there are radically different opinions as to the nature and extent of the crisis:

„Psychiatry lost its way.” Another opinion is that we have lost our way in North American academic psychiatry. Some believed that the wrong path was psychoanalysis with its oversold promise as psychodynamic psychiatry. Mainstream academic American psychiatry adopted the DSM project (notably with DSM-III, APA, 1980) and/or George Engel’s (1977, 1980) biopsychosocial (BPS) model. Outside the academic mainstream, a seeming endless number of new paths were offered through this thicket with revolutionary rhetoric: systems theory and family therapy, social and transcultural psychiatry, community psychiatry, cognitive therapy and its avatars, and of course psychopharmacology and the biological revolution. The rhetoric was as overheated as it was naïve. In the 1970s, Salvador Minuchin announced that family therapy would take over psychiatry in twenty years (see Malcolm, 1978). To use the language of family therapy, these “reframings” or “redefinitions” were not so radical. If you scratch most other kinds of therapists, you will find some version of Freud’s theory or practice of psychoanalysis underneath, either in disguise or in reaction. In this sense, these new paths were not so much revolutions as attempts to bring psychiatry back to its roots. Not a revolution but a rebranding of the field in the Anglo-American world as behavioral psychiatry, family psychiatry, community psychiatry, social and transcultural psychiatry, biological psychiatry, or a psychiatry based on cognitive theory and therapy. In much of Europe, there was phenomenological psychiatry and its aliases or antipsychiatry and its alliance with community and humanistic psychiatry. Now almost forgotten is the Pavlovian psychiatry of the former Soviet Union and the nations under its scientific and social influence.

As for the DSM, we don’t need to jettison nosology but to improve it, and as for the BPS model, we need more, not less theory. I have spent my whole career on other paths



– child and adolescent and developmental psychology, social and transcultural psychiatry, community psychiatry, and family psychiatry and relational therapies (Di Nicola, 1997, 2011, 2012, 2019). Unfortunately, while they are stimulating and intrinsically valuable, speaking to “orphaned experiences” of children, families, communities and cultures in mainstream academic psychiatry, these approaches do not provide a complete account of the mind and its relations (that is to say, a psychological theory), nor do they offer a comprehensive model for all of psychiatry (that is say, a theory of psychiatry).

Now, while this may have created fragmentation and even mutual incomprehension among the different practitioners on these new paths, a much more radical alternative has appeared.

„Psychiatry as neuroscience, psychiatric illness as brain disorders.” This is not a rebranding exercise or a return to psychiatry’s roots but a complete reset, accompanied by a radical departure and a new research paradigm taking, of course, a new name. In the 1990s, the USA announced “the decade of the brain” and what was heretofore called alienation in the 19th century and psychiatry in most of the 20th century, became behavioral or mental health under the rubric of neuroscience, just as psychology morphed from behavioral psychology to cognitive psychology to cognitive neuroscience. The mantra of this new approach is that mental disorders are brain disorders. This group exhorts us to pay more attention to the brain.

This approach inspired a dual intellectual temptation for my colleague in this project: one was the *identity theory of mind* as a particular form of reductive physicalism and the other was *functional MRI (fMRI)* as a method to deliver empirical evidence in its support (see Stoyanov et al, 2012, 2013, 2104). For different reasons, we came to parallel conclusions about the limits and false promises of biological reductionism in psychiatry.

Besotted by “neuromania” (Tallis, 2011), these are the psychiatrists who want to jettison everything we have done in the last two centuries to found what they call a “scientific psychiatry.” Think Thomas Insel and his Research Domain Criteria (RDoC) during his tenure at NIMH. The version of this in academic psychology is “evolutionary psychology”—or what Raymond Tallis (2011) calls “Darwinitis.” So there we have it—

Neuromania and Darwinitis—the Tweedledum and Tweedledee of biological reductionism in psychology and psychiatry today.

If the work of psychiatrist Eric Kandel (2005), who won the Nobel Prize in 2000 for his research on memory, is the greatest hope for neuroscience and the mind being understood through the brain, there are also those of us in psychiatry and beyond—e.g., philosopher Jerry Fodor (2000), developmental psychologist Jerome Kagan (2006), and geriatrics researcher Raymond Tallis (2011)—who decry the diminishing attention to mind and its relational aspects along with the misguided biological reductionism of “mind equals brain” and biological evolution as the explanation for social and cultural aspects of being human.

The Crisis of Psychiatry Is a Crisis of Being

In an early form of empiricism, Protagoras proclaimed that “Man is the measure of all things.” Plato criticized this as relativism and contemporary versions of Protagoras’ thought



include constructivism and phenomenism. Where Protagoras grounded his epistemology in a subjective sense-based empiricism, Plato appealed to the knowledge of objective and transcendent realities, beyond the individual's experience and construction.

With modernity at war with subjectivity (Postman, 1993), science in the guise and pursuit of objectivity has now become the all-purpose measure that evolutionary biologist Stephen Jay Gould (1996) characterized as "the mismeasure of man" (cf. Kendell and Jablensky, 2003). Why in human psychology and psychiatry has science become *the measure of all things*? Why have we reduced our fields of knowledge to *scientism* and *methodolatry*, where only what is objectively measurable and quantifiable is valued? (Di Nicola, 2017).

My colleague Stoyanov argues that these are epistemological questions, that is to say questions about knowledge, and that the crisis of psychiatry is a crisis of knowledge. (Stoyanov and Di Nicola, 2017). While I agree that such issues are pressing and relevant, I believe that they are secondary considerations and that psychiatry is in crisis precisely because it allows itself to be sutured or yoked to its shifting methods. As a result, psychiatry's identity crisis is not a result of the difficulties of taxonomy and nomenclature but their cause. Our lack of confidence is a lack of clarity about the mission of psychiatry which obscures three critical gaps: (1) *the lack of a consensual psychology* (or theory of persons); (2) *the lack of an organizing consensual model of psychiatry* (or theory of psychopathology, that many call the phenomenology of psychiatry); and (3) *the lack of a consensual theory of change* (as opposed to mere descriptions based on a privileged model).

We must avoid suturing or yoking psychiatry to any given sub-discipline but that is not enough. In order to create the coherence in the field that we currently lack, we must first radically rethink how theories are built in our field. That is precisely what psychiatry cannot do and why we need philosophy. One of the founders of modern psychiatry, psychiatrist and philosopher Karl Jaspers (1997, p. 7700) anticipated this a century ago:

If anyone thinks he can exclude philosophy and leave it aside as useless he will be eventually defeated by it in some obscure form or other.

Three possibilities for a philosophy of psychiatry are available. We can give up trying to create a foundation for psychiatry and dismiss psychiatry's difficulties as "pseudo-problems" (like Wittgenstein, 1922, 1953) and simply continue with descriptive projects like the DSM (APA, 2013) that NIMH's former director Thomas Insel (2013) dismissed as a mere "dictionary." We can argue that foundational theories of the mind are "weak" (like Italian philosopher Gianni Vattimo, 1988), meaning that they are doomed to be pluralistic and incomplete, like the vaunted but now much-criticized eclectic *biopsychosocial model* (propounded by American psychiatrist George Engel, 1977, 1980; and criticized by another American academic psychiatrist Nassir Ghaemi, 2010). Finally, we can reach for a new foundation for psychiatry based not on what sorts of questions we have the tools to sort out, using computational models, genetics or neuroscience, but on the very nature of human being. That means ontology, the study of being, and French philosopher Alain Badiou (2005, 2009a, 2009b) offers just such a foundation for psychiatry, with a theory of the subject, the nature of being, and with the Event, a theory of change (Badiou and Tarby, 2013). As distinguished cultural anthropologist Clifford Geertz (2010) affirmed, echoing Alexander



Pope's celebrated affirmation, the proper study of mankind is *still* man. Psychiatry itself must now be measured by that task.

By re-visioning phenomenology, psychiatry can turn again to being as the measure of humanity, not merely behavior, cognition, or emotion, and neither like a computer nor a neural network genetically wired by evolution, but being in its full complement of human qualities situated historically, socially, and culturally.

References

1. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Badiou, Alain (2005). *Being and Event*, trans. by Oliver Feltham. London: Continuum.
4. Badiou, Alain (2009a). *Logics of Worlds, Being and Event II*, trans. by Alberto Toscano. London: Continuum.
5. Badiou, Alain (2009b). *Theory of the Subject*, trans., and with an introduction, by Bruno Bosteels. London: Continuum.
6. Badiou, Alain and Tarby, Fabien (2013). *Philosophy and the Event*, trans. by Louise Burchill. Cambridge, UK: Polity Press.
7. Bracken, P. et al (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 210: 430-434.
8. Burns, T. (2018). *Psychiatry: A Very Short Introduction*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
9. Di Nicola, V. (1997). *A Stranger in the Family: Culture, Families, and Therapy*. New York & London: W.W. Norton & Co., 1997.
10. Di Nicola, V. (2011). *Letters to a Young Therapist: Relational Practices for the Coming Community*. New York & Dresden: Atropos Press, 2011.
11. Di Nicola, V. (2012). Family, psychosocial, and cultural determinants of health. In: Sorel, Eliot, ed., *21st Century Global Mental Health*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, pp. 119-150.
12. Di Nicola V. (2017). Badiou, the Event, and Psychiatry, Part 1: Trauma and Event. *Blog of the American Philosophical Association* [Online]. Available from: <https://blog.apaonline.org/2017/11/23/badiou-the-event-and-psychiatry-part-1-trauma-and-event/> (Accessed: 25 January 2020)
13. Di Nicola V. (2019). "A person is a person through other persons": A social psychiatry manifesto for the 21st century. *World Social Psychiatry*, 1, 8-21
14. Di Nicola, V. and Stoyanov, D.S. (forthcoming). *Psychiatry in Crisis: At the Crossroads of Social Science, the Humanities, and Neuroscience*. New York and London: Springer Publishing.
15. Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286): 129-136.
16. Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-544.
17. Fodor, J. (2000). *The Mind Doesn't Work That Way: The Scope and Limits of Computational Psychology*. Cambridge, MA: MIT Press.
18. Geertz, C. (2010). *Life Among the Anthros and Other Essays*, ed. with an Introduction by Fred Inglis. Princeton: Princeton University Press.
19. Ghaemi, S.N. (2010). *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model: Reconciling Art and Science in Psychiatry*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
20. Gould, S.J. (1996). *The Mismeasure of Man*, Revised & Expanded Edition. New and London: W.W. Norton and Company.
21. Guze, S. (1992). *Why Psychiatry Is a Branch of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
22. Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. *National Institute of Mental Health*. April 29, 2013 [Online]. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml> (Accessed: 25 January 2020)
23. Insel, T.R. and Landis, S.C. (2013). Twenty-five years of progress: the view from NIMH and NINDS. *Neuron*, 80(3): 561-7.
24. Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology, Vols. I and II*, trans. by J. Hoenig and Marian W. Hamilton, with a new forward by Paul R. McHugh, M.D. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
25. Kagan, J. (2006). *An Argument for Mind*. New Haven: Yale University Press.
26. Kandel, E.R. (2005). *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
27. Kendell, R. and Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12.
28. Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
29. Kleinman, A. (2012). Editorial—Rebalancing academic psychiatry: Why it needs to happen –and soon. *British Journal of*



- Psychiatry*, 201, 421-422.
30. Malcolm, Janet (1978). A reporter at large: The one-way mirror. *The New Yorker*, May 15, 39-114.
 31. Postman, N. (1993). *Technopoly: The Surrender of Culture to Technology*. New York: Vintage Books/Random House.
 32. Stoyanov, D.S. and Di Nicola, V. (2017). Psychiatry in crisis: Epistemological and ontological concerns. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, November 2017, 5 (6-1), 6.
 33. Stoyanov, D., Machamer, P.K. and Schaffner, K.F. (2012). Rendering clinical psychology an evidence-based scientific discipline: a case study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(1): 149-154.
 34. Stoyanov, D., Machamer, P. and Schaffner, K.F. (2013). In quest for scientific psychiatry: Toward bridging the explanatory gap. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 20(3): 261-273.
 35. Stoyanov, D.S., Borgwardt, S.J. and Varga, S. (2014). Translational validity across neuroscience and psychiatry. *Alternative perspectives on psychiatric classification*.
 36. Tallis, R. (2011). *Aping Mankind: Neuromania, Darwinitis and the Misrepresentations of Humanity*. Durham, UK: Acumen.
 37. Vattimo, G. (1988). *The End of Modernity*, trans. by Jon R. Snyder. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
 38. Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus Logico-Philosophicus*, trans. by C.K. Ogden, Introduction by Bertrand Russell. London: Routledge & Kegan Paul.
 39. Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*, trans. by G.E.M. Anscombe. London: MacMillan Publishing.



ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ – ОПИСАНИЕ И МОДЕЛИ

Георги Попов

Медицински университет – Варна

Резюме: Психичното здраве е представено като комплексен, мултифакториален феномен, който е тясно свързан с чувството за благополучие. Описани са редица независими характеристики на психичното здраве, които очертават неговата феноменологична картина. Вместо модела на хомеостазата се предлага нелинеен модел на психичното здраве, фокусиран върху комплексността и дозираната нестабилност във функционирането на мозъка и психичната дейност.

Ключови думи: психично здраве, субективно благополучие, психична болест, нелинейност, дозирана нестабилност.

MENTAL HEALTH- DESCRIPTION AND PATTERN

Georgi Popov, Medical university – Varna

Abstract: Mental health is presented as complex, multifactor phenomena, which is closely connected with the feeling of well-being. In the article are described independent characteristics of mental health, which outline its phenomenological picture.

Instead of the model of homeostasis here is presented non-linear model of mental health, focused on complexity and dosed instability in functioning of the brain and the mental activity.

Key words: mental health, subjective well-being, mental illness, nonlinearity, dosed instability

СЗО дефинира здравето като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто като отсъствие на болест или недъг. По същата логика психичното здраве не може да се определя просто като отсъствие на психична болест, а като психологично благополучие (т.е. чувство, усещане за благополучие) и/или адекватна приспособимост, съобразена с обществено приетите стандарти на човешки отношения. Според дефиницията на СЗО психичното здраве е състоянието на благополучие, при което човек реализира своите способности, може да се справя с нормалните стресови ситуации, да работи продуктивно и е способен да допринася за своята общност. Всички тези общи определения обаче не дават конкретните очертания на психичното здраве. Краткото описание на неговата картина включва някои независими характеристики като: самоувереност и самочувствие; автономност и целенасоченост; способност за учене и любознание; способност да работи, включително в условия на ръководене, правила и затруднения; способност да поема отговорност и да полага необходимите усилия; сигурност и решителност; настойчивост и упоритост; способност да се разбира с другите и да им сътрудничи; способност да показва приятелски чувства и любов; способност да дава и да получава; толерантност към другите; чувство на хумор; способност за изпитване на удоволствие и наслада; способност да почива; способност да планира и да отлага удоволствието; способност да контролира емоциите си и да ги изразява по подходящ начин (напр.



като разтоварва враждебността си от нейните увреждащи функции спрямо другите); способност да контролира и канализира импулсите си; и т.н. (Campbell, 2009).

Според някои схващания духовността и вярата (Джеймс, 2003) се включват в психичното здраве, защото са в състояние да осигурят прехода на традициите от миналото към бъдещето, като запазят и съхранят колективния плод на постигнатото от човешкия род и културата, в която живеем. Това от своя страна спомага за съхраняване на личностния идентитет, чиито стабилитет е особено застрашен при динамичните общества в преход, каквото е нашето общество.

Няма идеално психично здраве, но има стремеж за постигане на неговите оптимални граници по отношение на очертаните по-горе характеристики. Оптималното психично здраве е изключително важен фактор и за по-добро физическо здраве. На основата на оптималното психично здраве се развиват и усещанията за благополучие и щастие, които се приемат за важни субективни маркери за оценка на състоянието на едно общество.

Психичното здраве има комплексен характер и в неговото развитие и случване участват биологични, психологически, образователни, възпитателни, социални, икономически и културални фактори. Тази мултифакториална генеза на психичното здраве обуславя и необходимостта от комплексен мултифакториален институционален подход за неговото развитие и подобряване.

Клиничните психиатри определят психичното здраве като отсъствие на психична болест, т.е. те го дефинират не чрез това какво то е, а чрез това какво то не е.

Психичната болест представлява такова отклонение от психичното здраве, което води до страдание (лично и/ или на околните) и/или нарушения във взаимоотношенията и социалното функциониране. В последната по време номенклатура на психичните болести (DSM-5) са представени повече от 500 психиатрични диагнози. Най-често срещаните са тревожните и невротичните разстройства, зависимостта към алкохол и други психоактивни вещества, депресиите, свързаните със стрес разстройства, психосоматичните разстройства и разстройствата на съня. Коренът на повечето от тези разстройства най-често се открива и при психично здравите хора, защото болестните симптоми са заложили и в здравата психика като преживявания и поведения (напр. тревожността), но с много по-малка интензивност и времетраене, както и с развити умения за контролиране и справяне (Andreasen, 2001). Поради тези особености, както и поради подценяването на тяхната медико-социална значимост, голямата част от тези разстройства остават недиагностицирани и нелекувани. Роля за това оказва и съществуващата психиатрична стигма.

Тежките психиатрични разстройства като шизофрения, биполарно разстройство, органични психични разстройства и олигофрени имат по-малка честота, но имат хроничен и инвалидизиращ характер. Те изискват пожизнени грижи, лечение, рехабилитация и ресоциализация от мултидисциплинарни екипи и в условия на континуитет.



Субективното благополучие/удовлетвореност

Субективното благополучие е комплексен феномен, който най-общо включва удовлетвореността от живота като цяло и от основните жизнени сфери като брак, семейство, работа, потребности, чувство за значимост и смисъл, както и усещане за щастие, често преживяване на позитивни емоции и удоволствие и рядко преживяване на негативни емоции (Стефанова, 2006). Субективното благополучие подлежи на измерване по научен път чрез стандартизирани скали, които оценяват широк набор от детерминанти: стандарта на живот; здравословното състояние; постиженията в живота; отношенията с другите хора; безопасността, която има човек в живота; сигурността относно бъдещето; доколко човек се чувства жизнеспособен, здрав, спокоен и щастлив и т.н.

Субективното благополучие се обуславя от индивидуални и социални фактори (Стефанова, 2006). Относно социалните фактори, според западни проучвания, високото равнище на субективно благополучие се свързва с висок брутен вътрешен продукт (съществуват противоречиви данни за това, кой доход е по-важен относно формирането на субективното благополучие – абсолютният или относителният), индивидуалистична култура, свобода и демокрация в държавата. Индивидуалните фактори са свързани с личностовите особености, на първо място афективността (т.е. темперамента) и екстраверсията, както и наличието на цели и способността за адаптиране към ситуацията. В теорията за благополучието на М. Селигман (2017) има пет елемента, които са свързани със субективността:

- Положителна емоция (приятният живот) – удоволствието, усещането за комфорт, топлина и т.н.
- Ангажираност – дали си напълно погълнат от това, което вършиш, и да забравиш дори себе си.
- Смисъл – той е дълбоко субективен, оцветен с положителна емоция и свързан с целеполагането.
- Постигане – хората се стремят към успех, постигане, победа и чувство за контрол като крайна цел.
- Положителни взаимоотношения – хубавите неща се случват в близост до другите хора. „Другите са най-доброто противосредство срещу житейските превратности и най-надеждното средство за подем” – казва Селигман (2017).

Много проучвания показват, че равнището на субективното благополучие е от голяма медико-социална значимост.

Всичко това е довело до широко международно движение за въвеждане на национални индикатори за субективно благополучие. Оказва се, че само икономическите индикатори се оказват недостатъчни за оценка на реалното развитие и прогрес на една държава. Въвеждането на индикатори за субективно благополучие в официалната държавна статистика се изисква от Резолюция на ОС на ООН от 19.07.2011 г.

Данните относно усещането за щастие и благополучие на българските граждани през последните двайсетина година в кроскултурални социологични проучвания не



са особено насърчителни. Поради това, че тези данни са извън обсега на държавната статистика, те не се анализират и не се използват при формирането на политики. Тук е място да се отбележи, че както смятат редица академични експерти в областта, оценките на субективното благополучие при нашите граждани трябва да бъдат съобразени със спецификата на българската народопсихология, която в последните три десетилетия претърпя сериозни трансформации под натиска на динамичната турбулентна среда. Данните от проучвания за ценностите на съвременния българин например показват налагането на индивидуализма в едно традиционно колективистично общество и сериозни размествания в половите роли (Паспаланова, 1999, Генюв, 2004). В същото време, може би, отношението на съвременния българин към личното му материално благосъстояние също има специфични черти. Например, възможно е в неговите субективни оценки то да не зависи толкова от абсолютния му доход, а по-скоро от субективната му преценка какъв доход му е необходим, за да задоволи потребностите си. При това субективната преценка за дохода е резултат от сравнението на актуалния доход с предишния и с дохода на другите.

Социалните фактори, формиращи субективното благополучие на българина, не се изразяват просто в икономически растеж, доходи, балансиран и задоволен живот. Тяхната специфика се изразява в стремежа лично да правиш нещо (трябва да се насърчава предприемачеството), да изобретяваш нещо, да имаш уважението на другите. „Българското благополучие е повече с характеристиките на пълноценен живот, лична и общностна реализация и морална удовлетвореност“ (Петрова, 2006). От своя страна индивидуалните фактори, които формират субективното благополучие, са свързани с основните характеристики на психичното здраве, които бяха вече представени. Оптималното психично здраве е ключовият индивидуален фактор, който участва във формирането на субективното благополучие.

Нелинеен модел на психичното здраве. Принципът на дозираната нестабилност

Известният медицински модел за телесното здраве е хомеостазата, дефинирана от Кенън през 1926 г. Това е стабилно, равновесно състояние на организма, чрез което се поддържа относително постоянна вътрешна среда. Същата идея се екстраполира и върху представата за психичното здраве.

Хомеостатичният модел разглежда здравето като състояние (констелация от величини), а не като динамичен процес, каквото е то всъщност. Поради това в последните десетилетия този модел е поставен на критична преоценка. Развитието на физиката, математиката и невронауките показва, че динамичността и нелинейността са фундаментални характеристики на висококомплексните системи, каквато е мозъкът (Wiggins, 2003, Wolfram, 2002).

Състоянието на всяка система може да се определи по три начина: стабилно, нестабилно или хаотично. Като всяка жива система мозъкът е отворен към своето обкръжение и при взаимодействието си с него се намира обичайно в неравновесно,



нестабилно състояние и има нелинейна динамика. Неговата комплексност му позволява да се адаптира чрез спонтанна самоорганизация, при което от хаоса „изплува“ ред (Moss, 1994). Както абсолютният хаос, така и абсолютният ред (свръхред) се асоциират с болестта. Здравето балансира между свръхреда и хаоса и е в състояние на дозирана нестабилност. Под дозирана нестабилност се разбира такова състояние на системата „стабилност – нестабилност – хаос“, което осигурява баланса между положителната и отрицателната обратна връзка така, че стабилността и равновесието, от една страна, и нестабилността и комплексността, от друга страна, се оказват в оптимални съотношения, гарантиращи едновременно адаптацията и развитието (Попов, 2009). Това е състояние на най-високо измерима комплексност, която се нарича метафорично „ръб на хаоса“.

Оптималното съотношение на системата „стабилност – нестабилност – хаос“ е строго индивидуална и представлява функция най-общо на интеграция от биологични, психологични и социални фактори, които на сегашния етап на научно развитие не са достатъчно добре проучени. Дозираната нестабилност трябва да се възприема преди всичко като теоретичен модел на психичното здраве и като отправна точка при разглеждането на отношенията норма – абнормност – болест. Този нов модел на здравето се оказва общ за тялото и психиката и валидността му се доказва от голям брой частнонаучни изследвания.

Библиография

1. Campbell R. Campbell's Psychiatric Dictionary. Oxford University Press, New York, 2009.
2. Джеймс У. Разновидностите на религиозния опит. София – С. А., София, 2003.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2013.
4. Andreasen N. Brave New Brain. Oxford University Press, New York, 2001.
5. Стафанова М. Може ли българинът да бъде щастлив? В: Ще оцелее ли българският народ през XXI век? (отг.ред. проф. В.Проданов), 263-273. Изд. „Захари Стоянов“, Унив.изд. „Св. Климент Охридски“, София, 2006.
6. Селигман М. Благоденствие. Ново разбиране за щастието и просперитета. Хермес, 2017.
7. Паспаланова Е. Психологически измерения на индивидуализма. Академично издателство „Проф. Марин Дринов“, София, 1999.
8. Генов Ю. Защо толкова малко успяваме. Абагар. В. Търново, 2004.
9. Петрова Е. Шансовете за нашето благополучие. В: Ще оцелее ли българският народ през XXI век? (отг. ред. проф. В.Проданов), 215-223, Изд. „Захари Стоянов“, Унив.изд. „Св. Климент Охридски“, София, 2006.
10. Wiggins S. Introduction to Applied Nonlinear Dynamical Systems and Chaos. Springer, New York, 2003.
11. Wolfram S. A New Kind of Science. Publ. Wolfram Media, USA, 2002.
12. Moss F. Neurobiology. Chaos Under Control. Nature. 1994, 370, 596-597.
13. Попов Г. Противоположностите „хаос и ред“ и проблемът за баланса. В: Проучване на времето и противоположностите във феноменологичната психопатология. Дисертация д.м.н. Варна, 2009, 228-237.



ПСИХОМЕТРИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА БЪЛГАРСКАТА ВЕРСИЯ НА СКАЛАТА ЗА ИМПУЛСИВНОСТ НА БАРАТ - 11 (BIS-11)

Димитър Неделчев¹, Силвия Николова², Елена Пседерска¹, Кирил Бозгунов¹,
Георги Василев¹, Раян Шахиди³, Жасмин Василева^{3*}

1. Български институт по зависимости, София, 1336, България

2. Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването, Медицински университет – Варна, България

3. Institute for Drug and Alcohol Studies, Department of Psychiatry,
Virginia Commonwealth University, Richmond, VA 23284, USA

*jasmin.vassileva@vcuhealth.org

Резюме: Целта на статията е да разгледа психометричните характеристики на българската версия на самооценъчния въпросник за импулсивност – Barratt Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Българската версия на BIS-11 беше попълнена от общо 522 участници, част от които бяха с минала зависимост към хероин, амфетамини или полизависимост. Конфирматорните факторни анализи репликираха успешно оригиналната трифакторна структура на BIS-11. Вътрешната консистентност на цялата скала беше добра ($\alpha = .84$), както и на трите фактора (α от .77 до .82). Всички фактори бяха значимо свързани един с друг. Нямаше значими разлики в средните нива между половете. Участниците със зависимости имаха значимо по-високи резултати в сравнение с контролните участници. При проверката на външната валидност бяха потвърдени теоретично очакваните връзки. Резултатите от българската версия на скалата бяха консистентни с тези на оригиналната скала BIS-11.

Ключови думи: импулсивност, BIS-11, личностни черти, зависимости

PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE BULGARIAN VERSION OF THE BARRATT IMPULSIVENESS SCALE - 11 (BIS-11)

Dimitar Nedelchev¹, Silviya Nikolova², Elena Psederska¹, Kiril Bozgunov¹, Georgi Vasilev¹, Ryan Shahidi³,
Jasmin Vassileva^{3*}

Abstract: The purpose of the present article is to explore the psychometric characteristics of the Bulgarian version of the self-report Barratt Impulsiveness Scale - 11 (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Five hundred twenty-two participants, including individuals with lifetime heroin, amphetamine, or polysubstance dependence completed the Bulgarian version of the BIS-11. Confirmatory factor analysis replicated the original three-factor structure of the BIS-11. The internal consistency of the scale was good ($\alpha = .84$), as was the consistency of the three factors (.77 to .82). All factors were significantly correlated with each other. There were no significant gender differences in factor or total scores. Substance dependent participants had significantly higher scores than control participants. Theoretically expected associations indicated that the scale has good external validity. Overall, findings with the Bulgarian version of the BIS-11 were consistent with those of the original BIS-11 scale.

Keywords: impulsiveness, BIS-11, personality traits, addictions



ВЪВЕДЕНИЕ

Импулсивността е термин с широко приложение в клиничната практика, който е тясно свързан с развитието на различни психопатологични синдроми, като играе основна роля и във всички видове зависимости. Съвременните изследвания на импулсивното поведение все повече поставят ударение върху мултидимензионалната природа на импулсивността, като подчертават, че тя се състои както от личностни аспекти, така и от специфични невроповеденчески прояви.

Мултифакторната природа на импулсивността е централен въпрос, разглеждан и изследван от редица автори (American Psychiatric Association, 2013; Patton, Stanford & Barratt, 1995; Eysenck & Eysenck, 1977; Vassileva & Conrod, 2019). Съвременната дефиниция на импулсивността я разглежда като тенденция да се извършват бързи и лишени от планиране действия, без да се вземат предвид възможните негативни последици (Moeller et al., 2001). Изследванията откриват, че импулсивността като личностов конструкт има многофакторна природа и се състои от отделни, но свързани помежду си дименсии. Например Eysenck & Eysenck (1977) откриват четири основни компонента на импулсивността: (1) импулсивност, свързана с извършването на прибързани действия; (2) поемане на рискове; (3) непланиране и (4) жизненост. Patton, Stanford & Barratt (1995) идентифицират три основни компонента на импулсивността. Първият, импулсивност на вниманието, се характеризира с неспособност за фокусиране и слаба устойчивост при изпълнение на задачи. Вторият, моторна импулсивност, се отнася до спонтанните действия. Третият компонент е непланираща импулсивност, характеризираща се с неспособност за планиране и обмисляне на действията. Моторната импулсивност и непланиращата импулсивност са сходни с описаните от Eysenck & Eysenck (1977) импулсивност, свързана с извършването на прибързани действия, и импулсивност, свързана с непланиране.

Освен като личностов конструкт, измерван с психометрични инструменти, импулсивността включва и невропсихологична дименсия, която се измерва с компютризирани задачи. Тази дименсия е изградена от когнитивна импулсивност / импулсивни избори и моторна импулсивност / импулсивни действия (Hamilton et al., 2015a; Hamilton et al., 2015b). Когнитивната импулсивност включва способността за правене на избори, вземане на решения и отлагане на възнаграждения във времето (Verdejo-García, Perales, & Pérez-García, 2007). Моторната импулсивност представлява способността да се регулира собственото поведение (Evenden, 1999) и склонността към импулсивни действия, които се извършват прибързано или преждевременно в отговор на даден външен или вътрешен стимул (Lane et al., 2007).

Импулсивността като личностна черта се смята за рисков фактор, който увеличава уязвимостта към развиване на различни психични разстройства, в това число и зависимост към психоактивни вещества (Cyders & Coskunpinar, 2011). Тя е водеща характеристика в дефинициите на някои екстернализиращи психиатрични разстройства, описани в DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Например в детска възраст импулсивността е един от основните симптоми в клиничната картина на



хиперактивност и дефицит на вниманието (ХАДВ), разстройство с разрушително поведение, разстройство на контрола върху импулсите и поведенческо разстройство. В зряла възраст импулсивният начин на поведение е характерен и за някои личностови разстройства като антисоциалното личностово разстройство и граничното личностово разстройство (American Psychiatric Association, 2013). Специфичното за всички тези разстройства е, че често при тях е налице висока коморбидност със зависимости към психоактивни вещества (American Psychiatric Association, 2013; McGough, 2014; Sansone & Sansone, 2011; Haase, 2009). Индивидите с проблемна употреба на вещества са познати като по-импулсивни и импулсивността е утвърдена като един от основните рискови фактори за развиване на зависимост към психоактивни вещества (Stanford et al. 2009; Vassileva & Conrod, 2019). Импулсивността е известна не само като рисков фактор, но и като следствие от продължителна употреба на психоактивни вещества (Василева, Бозгунов & Василев, 2012). Друга съществена характеристика на индивидите със зависимости е изостреният дефицит в способността за вземане на решения и липсата на преценка и заинтересованост от последиците, причинени от техните действия (Ahn et al., 2014). Това може да се наблюдава много ясно в неуспешните опити за лечение и честите релапси, съпътствани от непреодолимо желание за употреба, въпреки вредите, които субстанцията причинява (American Psychiatric Association, 2013).

Както отбелязахме, импулсивността е многомерен конструкт, който се оценява с различни самооценъчни скали и неврокогнитивни задачи. Една от най-широко използваните и познати скали за оценка на личностова импулсивност е самооценъчният *въпросник за импулсивност на Барат, 11-та версия* (BIS-11; Patton, Stanford & Barratt, 1995). Въпросникът за импулсивност на Барат е скала с дълга история (Stanford et al. 2009). Тя е една от най-ранните и широко използвани скали за оценка на импулсивността като личностов конструкт. Първата скала е разработена от Ernest Barratt през 1959 г., като впоследствие BIS оказва значително влияние върху начина, по който се формира разбирането за импулсивността като концепция в областта на психологията и психиатрията (Stanford et al. 2009). Скалата претърпява редица ревизии, като последната от тях е 11-тата ревизия на методиката, конструирана от Patton, Stanford & Barratt (1995). Скалата се състои от 30 айтема, измерващи поведенческите и личностови аспекти на импулсивността. Айтемите се оценяват по 4-степенна Ликертова скала в зависимост от това доколко изследваното лице мисли или действа по съответния начин (1) *Рядко/Никога*; (2) *От време на време*; (3) *Често*; (4) *Почти винаги/Винаги*). При първоначалния факторен анализ на BIS-11 се формира шестфакторна структура: (1) *внимание*, (2) *моторна импулсивност*, (3) *самоконтрол*, (4) *когнитивна сложност*, (5) *постоянство*, (6) *когнитивна нестабилност*. Финалната факторна структура, която авторите приемат, се състои от 3 основни фактора, като всеки от тях съдържа по два от първоначално извлечените фактори. Фактор (1) *импулсивност на вниманието* обединява първоначалните фактори *внимание* и *когнитивна нестабилност*. Фактор (2) *моторна импулсивност* се формира от *моторна импулсивност* и *постоянство*. Фактор (3) *непланираща импулсивност* се състои от са-



МОКОНТРОЛ И КОГНИТИВНА СЛОЖНОСТ.

BIS-11 е широко използвана скала, адаптирана в редица държави: Италия (Fossati et al. 2001), Германия (Hartmann, Rief & Hilbert, 2011), Япония (Someya et al. 2001), Испания (Martinez-Loredo et al. 2015), Португалия (Pechorro et al. 2015), Китай (Yao et al. 2007) и други. Скалата демонстрира добра дискриминативна валидност, което я прави приложима както в клинични, така и в неклинични извадки (Vasconcelos, Malloy-Diniz, & Correa, 2012). В областта на зависимостите BIS-11 е една от най-предпочитаните методики в психиатрията и е използвана в изследвания с хора, зависими към различни вещества: кокаин (Ahn, Ramesh, Moeller, & Vassileva, 2016; Moeller et al. 2001), хероин (Ahn et al., 2014; Ahn & Vassileva, 2016; Herrmann et al., 2014; Vassileva, Paxton, Moeller, Wilson, Bozgunov, Martin, Gonzalez, & Vasilev, 2014), стимуланти (Ahn et al., 2014; Ahn & Vassileva, 2016; Vassileva et al., 2014; Winhusen et al., 2013), както и индивиди със зависимост към няколко вещества (Patton, Stanford & Barratt, 1995; Petry, 2001; Bond et al., 2004).

Целта на настоящата статия е да изследва психометричните качества на BIS-11 в специфична извадка от индивиди с минала зависимост към психоактивни вещества и контролни участници, които нямат история на злоупотреба/зависимост към психоактивни вещества. Първата цел на текущото изследване е да провери валидността на трифакторната структура на въпросника в настоящата извадка чрез конфирматорни факторни анализи. Втората цел на изследването е да оцени вътрешната консистентност на въпросника. Трето, да се изследва външната валидност на скалата, като очакваме общата скала и подскалите да са свързани с теоретично обосновани променливи. Четвърто, да изследваме потенциални полови и групови разлики в нивата на импулсивност. Базирайки хипотезата си на резултатите, получени в изследването на Patton, Stanford & Barratt (1995), очакваме, че няма да има статистически значими различия в средните стойности на скалата между двата пола. Също очакваме индивидите от клиничната група със зависимости да покажат по-високи стойности по всички подскали и общата стойност на BIS-11 в сравнение с контролната група.

МЕТОД

Участници

Извадката се състоеше от 361 (69.2%) мъже и 161 (30.8%) жени на възраст между 18 и 50 години, които в периода 2009–2016 година взеха участие в по-обширно изследване на различни видове импулсивност при потребители на опиати и стимуланти. От тях 106 лица бяха с предишна зависимост към хероин (79 (74.5%) мъже), 91 с предишна зависимост към амфетамини (57 (62.6%) мъже), 122 с предишна зависимост към повече от едно психоактивно вещество (полизависими) (100 (82%) мъже) и 203 лица бяха в контролната група без предишна или текуща зависимост към наркотични вещества (125 (61.6%) мъже). Повечето от участниците от групите със зависимости бяха в продължителна ремисия (средно 3.28 (SD = 2.97) години



за амфетаминовата група, 5.09 (SD = 5.81) години за хероиновата група и 2.26 (SD = 3.45) години за полизависимата група), което беше проверено чрез токсикологични уринни тестове и дрегери за алкохол. Средната продължителност на образованието на участниците беше 13.51 години, като случаите варираха от 4 до 22 години. Всички изследвани лица отговаряха на следните критерии, за да бъдат включени в изследването: (1) да имат завършен 8-ми клас; (2) да могат да четат и пишат на български език; (3) да имат IQ над 75; (4) да нямат болести или увреждания на централната нервна система; (5) да не са имали удари на главата, довели до отворена рана или загуба на съзнание за повече от 30 минути; (6) да нямат психотични разстройства или разстройства на настроението; (7) да не са ХИВ-позитивни; (8) да не употребяват психотропни лекарствени средства към момента на изследването.

Процедура и инструменти

Тестуването се извърши в две сесии, проведени в два отделни дни, като всяка от тях беше с продължителност около 4 часа и включваше комбинация от клинични интервюта, самооценъчни въпросници и компютърни тестове. На участниците бяха заплатени 70 лв. за участието им в двете сесии, както и 10 лв. за транспортни разходи. Тестуването се извърши от обучен екип от психолози в Български институт по зависимости.

Част от изброените методики (PCL:SV; UPPS; SSS-V; ASI), които нямаха българска адаптация към момента на започване на изследването, бяха преведени на български и обратно преведени на английски до получаване на задоволително сходство с оригинала. Интелигентността беше оценена с прогресивните матрици на Рейвън – тест за невербална интелигентност (Raven, 2003).

Екипът, който извършваше оценките, беше обучен и супервизиран от проф. Жасмин Василева от Virginia Commonwealth University – Ричмънд, САЩ, и д-р Георги Василев, специалист психиатър, директор на Български институт по зависимости – София, с дългогодишен опит в диагностицирането и лечението на зависимости.

Зависимости

Оценката на злоупотреба и зависимост към алкохол и психоактивни вещества беше направена по модул Е - *разстройства, свързани с употребата на вещества* на структурирано клинично интервю на DSM-IV ос 1 *разстройства* (SCID-I-CV; First, Spitzer, Gibbon, Williams, 1997). При SCID-I-CV оценката на алкохола е в отделна секция, защото той е легален и по-широко използван, отколкото другите вещества и повечето потребители нямат проблеми с него. Всяка секция започва със серия скринингови въпроси, за да се определи дали честотата и количеството са достатъчно значителни, за да се направи подробна оценка за злоупотреба и зависимост или употребата е незначителна и не се нуждае от допълнителна оценка. Беше оценяван периодът, в който изследваното лице е имало най-значителна употреба на алкохол или психоактивни вещества. Този период трябва да е с продължителност от поне 12 месеца. За да е налична злоупотреба с алкохол или психоактивни вещества, поне един или пове-



че от симптомите за злоупотреба трябва да са налични за определения период. Зависимостта се определя като набор от 3 или повече от симптомите, които могат да се наблюдават по всяко време в определен едногодишен период (American Psychiatric Association, 2000). Критериите за алкохолна и наркотична употреба бяха оценявани както следва: 0 = никога не е имал(а) зависимост или злоупотреба; 1 = имал(а) е злоупотреба в миналото; 2 = има настояща злоупотреба (през последния месец); 3 = имал(а) е зависимост в миналото; 4 = има настояща злоупотреба (през последния месец).

Екстернализиращ спектър

Чеклист за психопатия: скрийнинг вариант / Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV; Hart et al., 2003). PCL:SV е съкратена версия на Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare et al., 1990), най-широко използваната методика за оценка на психопатия. Методиката представлява полуструктурирано интервю, което включва оценка на 12 характеристики, половината от които формират фактор 1, който оценява интерперсонални отношения и афективни преживявания (напр. грандиозност, манипулативност, липса на състрадание, липса на разкаяние или чувство на вина, и т.н.); а другата половина формират фактор 2, който оценява антисоциални и импулсивни поведения (напр. импулсивност, слаби задръжки на поведението, антисоциално поведение и т.н.). Тези характеристики се оценяват от 0 до 2 точки. Оценка 0 означава, че съответната черта не се наблюдава при изследваното лице, 1 – че някои аспекти от тази черта са налични, а 2 показва пълно съвпадение между чертата и аспектите на неговата личност. При максимален брой от 24 точки оценка, равна на или повече от 18 точки, индикира наличие на психопатия, а точки между 12 и 18 се считат за гранични. Подробен психометричен анализ на българската версия на PCL:SV беше направен от Wilson et al. (2014). В текущата извадка инструментът имаше добра вътрешна консистентност за цялата скала ($\alpha = 0.9$), както и за двата фактора (Фактор 1 $\alpha = 0.78$ и Фактор 2 $\alpha = 0.87$). Психолозите, провеждащи PCL:SV интервюто, бяха обучени от проф. Жасмин Василева, която е отговорна за превода и адаптацията на методиката на български език в издателство MultiHealth Systems, както и от д-р Георги Василев, който е участвал в обученията, водени от автора на инструмента – д-р Робърт Хейър.

Самооценъчна скала за психопатия на Левенсън / Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP; Levenson et al., 1995). Скалата LSRP е създадена за оценка на психопатни черти и поведения в общата популация. Скалата се състои от 26 айтема, които се оценяват по 4-степенна Ликертова скала (*силно несъгласен, несъгласен, съгласен, силно съгласен*), като част от айтемите са реверсирани. Скалата е създадена с цел да отрази двуфакторния модел на психопатията, идентифициран в психометричните анализи на PCL-R (Hare et al., 1990). Инструментът постигна добра вътрешна консистентност в текущата извадка ($\alpha = 0.84$). Българската адаптация на скалата и оценка на психометричните ѝ качества е направена от Попов, Бозгунов, Василев & Василева (2015) и от Psederska, Yankov, Bozgunov, Popov, Vasilev, & Vassileva (2020).



Поведенческо разстройство и антисоциално личностово разстройство. Наличието на поведенческо разстройство или антисоциално личностово разстройство беше оценено по модула Antisocial Personality Disorder (ASPD) от структурираното клинично интервю за разстройства по ос 2 на DSM-IV (Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders – SCID-II; First, Gibbon & Spitzer, 1997). Симптомите, свързани с тези разстройства, се оценяват по скала от 1 до 3 (1 – липсва, 2 – подпрагово, 3 – наличие) на базата на поведенчески примери, извлечени от изследваното лице по време на интервюто. Зависимата мярка в текущото изследване е броят симптоми, оценени с 3.

Въпросник за агресия на Бъс и Уорън / Buss Warren Aggression Questionnaire (BWAQ; Buss & Warren, 2000). Този широко разпространен самооценъчен въпросник за агресия се състои от 34 твърдения, за които изследваните лица посочват до каква степен айтемът отговаря на тях по Ликертова скала от 1 (*съвсем не*) до 5 (*напълно*). Въпросникът се състои от 5 подскали, които измерват *физическа агресия, вербална агресия, враждебност, гняв и индиректна агресия*. Българска стандартизация на първите четири скали въз основа на предходна версия на инструмента (Buss & Perry, 1992) е извършена от Калчев (2005) и валидизирана в част от настоящата извадка от Попов et al. (2016). В текущата извадка скалата показва много висока вътрешна консистентност ($\alpha = 0.91$), а факторите ѝ – от приемлива до добра вътрешна консистентност (α 's = 0.64 – 0.83).

UPPS скала за импулсивно поведение / UPPS Impulsive Behavior Scale (UPPS; Whiteside & Lynam, 2001) е скала, измерваща четири аспекта на импулсивността, която е конструирана като комбинация от айтеми от няколко различни скали за импулсивност. Тя съдържа 45 айтема, оценявани по 4-степенна скала (от *съвсем не* до *много*). Четирите ѝ подскали са *неотложност, непреднамереност, непостоянство и търсене на усещания*. В текущата извадка общата скала показва отлична вътрешна консистентност ($\alpha = 0.93$), както и четирите подскали (α 's = 0.91-0.93).

Скала за търсене на усещания, версия V / Sensation Seeking Scale-V (SSS-V; Zuckerman, 1994) е скала от 40 дихотомни айтема с форсиран избор, която измерва личностовата склонност за търсене на нови усещания и изживявания. Високи точки по скалата рефлектират по-голяма склонност за търсене на усещания. SSS-V има 4 подскали – *дезинхибиция на поведението, податливост към скука, търсене на възбуждания и търсене на преживявания*. Цялата скала показва висока ($\alpha = 0.91$), а трите подскали – от приемлива до отлична вътрешна консистентност в текущата извадка (респективно $\alpha = 0.83$, $\alpha = 0.68$, $\alpha = 0.9$)

Скала на Вендер Юта за оценка на хиперактивност и дефицит на вниманието (ХАДВ) / Wender Utah Rating Scale (WURS; Ward, Wender, & Reimherr, 1993) е скала за ретроспективно оценяване на ХАДВ в детска възраст при възрастни хора. Съкратената версия се състои от 25 твърдения, за всяко от които изследваното лице посочва по 5-степенна Ликертова скала (от *съвсем не или малко до доста, много*) до колко е имало симптоми в детска възраст. Скалата показва отлична вътрешна консистентност в текущата извадка ($\alpha = 0.92$).



Интернализиращ спектър

Въпросник за оценка на тревожността на Спилбъргър / State Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, Jacobs, 1983). STAI е скала от две части, всяка от които се състои от 20 айтема. Първата част на въпросника измерва ситуативна тревожност (state anxiety), а втората измерва тревожността като относително стабилна личностова черта (trait anxiety). Оценките се поставят на 4-степенна Ликертова скала. Беше използвана българската адаптация на Щетински и Паспаланов (2007), като на част от айтемите (13, 20, 25, 29, 35, 37) беше извършен нов превод. Двете части на скалата имаха много добра вътрешна консистентност в текущата извадка (*ситуативна тревожност* $\alpha = .88$; *личностова тревожност* $\alpha = .89$) и почти всички новопреведени айтеми показаха висока корелация с останалите айтеми в скалата ($r > .68$), с изключение на айтем 35 („Чувствам се не на място“; $r = 0.43$).

Индекс за чувствителност към тревожността / Anxiety Sensitivity Index (ANXSI; Reiss, Peterson, Gursky, et al., 1986). За разлика от STAI скалата ANXSI не измерва тревожността, а чувствителността към нея, която е дефинирана като независим конструктор. Тя се състои от 16 айтема, като изследваното лице посочва на 5-степенна Ликертова скала доколко е съгласно с всяко твърдение (*много малко, малко, до известна степен, много, напълно*). Високи точки по скалата отразяват по-силни негативни емоции, съпътстващи изпитването на тревожност, т.нар. „страх от страха“ („Плаша се, когато съм нервен“, „Когато не мога да се съсредоточа, се притеснявам, че полудявам“). Скалата показва много добра вътрешна консистентност в текущата извадка ($\alpha = 0.89$).

Скала за депресия на Бек-II / Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, Brown, et al., 1996) се състои от 21 айтема, за които изследваните лица посочват в каква степен са изпитали всеки от посочените симптоми на депресия през последните 2 седмици. За целта са дадени четири степенувани отговора, специфични за всеки симптом (например 0 – „не се чувствам тъжен“, 1 – „често се чувствам тъжен“, 2 – „винаги съм тъжен“, 3 – „толкова съм тъжен и нещастен, че не мога да го понеса“). Скалата има български превод и е адаптирана в извадка от лица в училищна възраст (Балев 1994; Балев, Бърн и Барън 2003). В текущата извадка скалата показва много висока вътрешна консистентност ($\alpha = 0.93$).

Скала за алекситимия от Торонто / Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994b). Алекситимията е специфична личностова констелация от дефицити в емоционалната преработка и регулация (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). TAS-20 е самооценъчна методика, която е разработена с цел да подобри психометричните характеристики на първоначалната 26-айтемна версия на TAS. TAS-20 се състои от 20 айтема, които се оценяват по 5-степенна Ликертова скала (*силно несъгласен; несъгласен; нито съгласен, нито несъгласен; съгласен; силно съгласен*), като част от айтемите са реверсирани. Скалата демонстрира трифакторна структура – (F1) трудности в идентифицирането на чувствата, (F2) трудности в описването на чувства и (F3) външно ориентирано мислене, което съответства теоретично на конструктора алекситимия (Bagby et al., 1994a). В настоящата извадка вътрешната консистентност на скалата беше добра ($\alpha = .81$).



Статистически анализи

За целите на текущото изследване използвахме еднопосочен анализ на дисперсионните коефициенти интраклас (ANOVA ICC), проверяващ степента на съгласуваност между отделните подскали в скалата на Барат (BIS-11). Стойности над .70 се разглеждат като отразяващи добра подскалова съвместимост (Someya et al., 2001). Вътрешната консистентност на въпросника беше изчислена с помощта на алфа коефициента на Chronbach (Holgado-Tello, Chacón-Moscoso, Barbero-García, & Vila-Abad, 2008). За надеждни бяха приети стойности на алфа, по-големи от 0.70, при ниво на статистическа значимост $p \leq 0.05$. За определяне на факторната валидност на скалата на Барат бе използван конфирматорен факторен анализ (Confirmatory Factor Analysis [CFA]), базиран на различни индекси за определяне на степента на факторната съгласуваност и съвместимост на айтемите. Стандартните грешки бяха коригирани до степента на симетрично разпределение, а за отчитане на добра адекватност на айтемния модел разгледахме: (1) индекса за добра съвместимост (GFI) и коригираната му стойност (AGFI); (2) индекса на вариация и ковариация, приет за адекватен при стойности, по-големи от 0.80; (3) средния квадратен остатък (RMR), чиито стойности, по-малки от 0.05, показват добро факторно съвместяване; (4) средната квадратична грешка на апроксимацията (RMSEA) ($0.05 < \text{RMSEA} \leq 0.08$) и (5) хи-квадрат (стойности $p \geq 0.05$ показват задоволителен модел и съгласуваност между латентните структури, т.е. отделните подскали на скалата на Барат). Допълнително беше използван t-test за независими извадки (Independent Sample t-test) за определяне на групови разлики между средните стойности на подскалите между мъже и жени, както и между лица със и без зависимост към психоактивни вещества. Използвахме корелационни анализи, за да проверим конвергентната и дивергентна валидност на скалата на Барат, като изследвахме взаимовръзките между импулсивността, оценена чрез скалата на Барат, и други теоретично свързани конструкти (агресия, антисоциално поведение, психопатия, тревожност и др.). За обработката на данните и статистическия анализ бяха използвани софтуерната програма IBM SPSS v.23 и модулът AMOS.

РЕЗУЛТАТИ

Факторен анализ

Тестването на нивото на взаимосвързаност между отделните подскали на скалата на Барат бе потвърдено с конфирматорен факторен анализ (CFA). Моделът, който тества как латентните фактори (моторна импулсивност, непланирана импулсивност и импулсивност на вниманието) са свързани помежду си, показва добри индекси на съгласуваност – CFI = .957; RMSEA = .170; RMR = .31; GFI = .887; AGFI = .861. Следователно текущата извадка се описва добре от оригиналната трифакторна структура на Скалата за импулсивност на Барат-11.



Вътрешна консистентност

Резултатите от еднопосочен анализ на дисперсионните коефициенти интраклас (ANOVA ICC) показва добра и статистически значима съвместимост между отделните подскали (.778, $F=4.5$, $p=0.0001$). По отношение на общата скала средните стойности бяха $62.27(\pm 11.23)$. Средните измервания на факторите *непланирана* и *моторна импулсивност* показаха сходни стойности (съответно $24.11(\pm 4.89)$ и $22.42(\pm 4.66)$), за разлика от тези на подскалата, измерваща *импулсивността на вниманието* ($15.74(\pm 3.87)$) (виж **Таблица 1**).

Таблица 1. Ниво на съгласуваност между елементите в скалата (test-reliability)

Скала	Ср.аритм (\pm стнд.откл.)	ANOVA ICC	F	95% Интервал на доверие
Общо скала на Барат	$62.27(\pm 11.23)$.778	4.5***	.74 - .80
Непланирана импулсивност	$24.11(\pm 4.89)$			
Моторна импулсивност	$22.42(\pm 4.66)$			
Импулсивност на вниманието	$15.74(\pm 3.87)$			

Бележка: *** $p = 0.0001$

В **Таблица 2** са представени резултатите от проверката на вътрешната консистентност на отделните айтеми от скалата на Барат. Всички айтеми показаха добра вътрешна консистентност с алфа, по-голяма от .70.

Таблица 2. Вътрешна консистентност (Cronbach's alpha)

	Ср. аритм	Стнд. откл.	Cronbach's alpha
BIS-1 Планирам задачите си внимателно	2.07	.859	.836
BIS-2 Правя неща, без да мисля	1.76	.756	.837
BIS-3 Бързо вземам решения	2.60	.855	.850
BIS-4 Безгрижен съм	1.85	.846	.846
BIS-5 Не ми пука	1.79	.842	.843
BIS-6 Имам противоречащи си мисли в главата	2.08	.897	.842
BIS-7 Планирам пътуванията си предварително	2.11	.947	.841
BIS-8 Умея да се самоконтролирам	1.89	.803	.839
BIS-9 Лесно се концентрирам	2.16	.842	.840
BIS-10 Редовно спестявам	2.93	.998	.841



BIS-11 Не ме свърта на едно място на мачове и лекции	2.07	.928	.843
BIS-12 Премислям всичко внимателно	2.17	.845	.837
BIS-13 Планирам да имам сигурна работа	1.75	.837	.840
BIS-14 Казвам неща, без да ги мисля	1.80	.777	.841
BIS-15 Обичам да мисля за сложни проблеми	2.52	.984	.854
BIS-16 Често си сменям работата	1.73	.856	.842
BIS-17 Реагирам импулсивно	2.04	.870	.836
BIS-18 Бързо ми доскучава, когато решавам проблеми	1.84	.752	.840
BIS-19 Реагирам на момента	2.51	.815	.845
BIS-20 Мисля здраво и последователно	2.18	.800	.837
BIS-21 Сменям си дома често	1.46	.774	.847
BIS-22 Купувам си неща импулсивно	2.18	.967	.844
BIS-23 Мога да мисля само за едно нещо в момента	1.97	.892	.850
BIS-24 Често си сменям хобитата	1.59	.770	.844
BIS-25 Харча повече, отколкото изкарвам	2.16	1.084	.838
BIS-26 Разсейвам се лесно, докато мисля	2.14	.849	.839
BIS-27 Повече ме интересува настоящето, отколкото бъдещето	2.50	.962	.848
BIS-28 Неспokoен съм по време на лекции или разговори	1.71	.772	.843
BIS-29 Обичам ребуси, логически задачи	2.53	1.060	.850
BIS-30 Планирам за в бъдеще	2.16	.890	.840

Допълнително беше тествана надеждността на отделните подскали и общата стойност на скалата за импулсивност на Барат-11 (**Таблица 3**). Резултатите показваха сходни тенденции с тези, представени в **Таблица 2**, а именно нива на вътрешна консистентност, по-високи от .70. Интересно е да се отбележи, че подскалата *импулсивност на вниманието* има по-висок коефициент на алфа ($\alpha = .820$) за разлика от *непланираната* и *моторна импулсивност*, чиито алфи са в границите на .70. Общата скала показва висока вътрешна консистентност ($\alpha = .846$) (**Таблица 3**).



Таблица 3. Вътрешна консистентност (Cronbach's alpha) на подskalите в BIS-11

	Ср.аритм	Стнд.откл.	Cronbach's alpha
Непланирана импулсивност	24.11	4.895	.779
Моторна импулсивност	22.42	4.663	.796
Импулсивност на вниманието	15.74	3.873	.820
Обща скала	62.98	11.31	.846

Факторна тежест

За определяне на айтемите, които да останат в тествания модел на скалата на Барат, използвахме процедура за последователно отпадане на айтеми, описана от LaNoue, Harvey, Mautner, Ku, & Scott (2015). По този начин, въпреки добрите стойности, свидетелстващи за добра вътрешна структурна валидност между айтемите (Cronbach alpha >.70), седем от общо 30 айтема (означени с потъмнен черен цвят в **Таблица 4**) имаха ниска факторна тежест (под .30), поради което бяха последователно отстранени от модела (LaNoue et al., 2015).

Премахването на айтемите бе извършено последователно, като се започна с тези с най-ниска тежест. Отстраняването на айтемите не доведе до съществено повишаване на факторната тежест на останалите айтеми, но доведе до по-добра съвместимост на стойностите на модела, както следва: CFI=0.798; AGFI=0.802; RMR=0.045; RMSEA=0.03 $\chi^2=1406$, $p=0,329$.

Таблица 4. Факторни тегла на айтемите на BIS-11 от конфирматорния факторен анализ

			Факторна тежест
BIS_1	<---	Непланирана импулсивност	.759
BIS_7	<---	Непланирана импулсивност	.478
BIS_8	<---	Непланирана импулсивност	.540
BIS_10	<---	Непланирана импулсивност	.428
BIS_12	<---	Непланирана импулсивност	.721
BIS_14	<---	Непланирана импулсивност	.534
BIS_15	<---	Непланирана импулсивност	.147
BIS_18	<---	Непланирана импулсивност	.341
BIS_13	<---	Непланирана импулсивност	.484
BIS_27	<---	Непланирана импулсивност	.184



BIS_29	<---	Непланирана импулсивност	.135
BIS_28	<---	Импулсивност на вниманието	.428
BIS_26	<---	Импулсивност на вниманието	.636
BIS_24	<---	Импулсивност на вниманието	.305
BIS_20	<---	Импулсивност на вниманието	.675
BIS_11	<---	Импулсивност на вниманието	.330
BIS_9	<---	Импулсивност на вниманието	.667
BIS_6	<---	Импулсивност на вниманието	.443
BIS_5	<---	Импулсивност на вниманието	.316
BIS_2	<---	Моторна импулсивност	.674
BIS_3	<---	Моторна импулсивност	.201
BIS_4	<---	Моторна импулсивност	.298
BIS_16	<---	Моторна импулсивност	.394
BIS_17	<---	Моторна импулсивност	.709
BIS_19	<---	Моторна импулсивност	.347
BIS_21	<---	Моторна импулсивност	.203
BIS_22	<---	Моторна импулсивност	.405
BIS_23	<---	Моторна импулсивност	.210
BIS_25	<---	Моторна импулсивност	.493
BIS_30	<---	Моторна импулсивност	.387

Корелации между факторите

Проведохме корелационни анализи, за да проверим какви са връзките между отделните подскали на BIS-11. Всички фактори бяха значимо свързани едни с други, като най-силната връзка беше между фактора *непланирана импулсивност* и *импулсивност на вниманието* (Таблица 5).

Таблица 5. Корелации между факторите на BIS-11

Фактори	Непланирана импулсивност	Импулсивност на вниманието	Моторна импулсивност
Непланирана импулсивност	---	.574**	.552**
Импулсивност на вниманието	.574**	---	.511**
Моторна импулсивност	.552**	.511**	---



Външна валидност

За оценка на външната валидност анализирахме патерна от прости и парциални корелации на трите фактора на BIS-11 с останалите методики в изследването ни. В **Таблица 6** са представени резултатите, като извън скобите са докладвани прости корелации, а в скобите са парциалните корелации. Парциалните корелации позволяват да бъде оценен уникалният принос на всеки фактор на BIS-11 към връзката с външните променливи, докато паралелно се контролира ефектът на другите два фактора. Поради тази причина всички връзки, споменати по-долу, се отнасят за парциалните корелации.

Непланираната импулсивност беше положително свързана с мерките за психопатия PCL:SV ($r = .171$), LSRP ($r = .104$), факторите гняв ($r = .120$) и враждебност ($r = -0.90$) от скалата за агресия (BWAQ). От скалите, измерващи интернализираща психопатология, този фактор имаше много силна връзка със скалата за алекситимия TAS-20 ($r = .197$) и по-слаби, но значими връзки със *ситуативна тревожност* ($r = .114$) и *личностова тревожност* ($r = .116$). По отношение на мерките за импулсивност, положителна връзка имаше със скалата UPPS ($r = .305$) и факторите *непреднамереност* ($r = .520$) и *непостоянство* ($r = .365$). Други положителни връзки бяха със скалата на Вендер за оценка на ХАДВ в детска възраст-WURS ($r = .091$). При демографските характеристики единствените значими връзки бяха с *Брой диагнози на зависимост* ($r = .101$) и нивото на *интелигентност IQ* ($r = -.165$), измерено с прогресивните матрици на Рейвън, където връзката беше силно значима.

Моторната импулсивност имаше значими корелации с всички мерки за психопатия PCL:SV ($r = .201$), LSRP ($r = .133$), поведенческо разстройство ($r = .104$), антисоциално личностово разстройство ($r = .124$), с всички фактори освен *враждебност* от въпросника за агресия (BWAQ). Имаше и значими корелации със скалите за импулсивност SSS-V ($r = .257$), UPPS ($r = .346$), WURS ($r = .119$). Що се отнася до интернализиращата психопатология, корелации имаше само със *ситуативна тревожност* ($r = -.094$) и *личностова тревожност* ($r = -.138$). Относно демографските характеристики моторната импулсивност имаше много силна връзка с *брой диагнози на зависимост* ($r = .152$) и слаба, но значима отрицателна корелация на *години образование* ($r = -.097$).

Импулсивността на вниманието имаше значими корелации със самооценъчната скала за психопатия LSRP ($r = .207$), с двата ѝ фактора първична психопатия ($r = .097$) и вторична психопатия ($r = .321$), както и цялостно положителна връзка с агресията ($r = .171$) и всички скали от интернализиращата психопатология: ASI ($r = .306$), STAI-S ($r = .287$), STAI-T ($r = .486$), BDI-II ($r = .357$), TAS-20 ($r = .298$). От скалите за импулсивност нямаше значими връзки единствено с фактора на SSS-V *търсене на тръпка и приключения* и фактора на UPPS *непреднамереност*. С другите фактори от тази група почти всички корелации бяха много силни. От демографските фактори *Възраст* ($r = -.179$) и *IQ* ($r = .156$) бяха единствените, с които имаше значима връзка.



Таблица 6. Прости и парциални корелации на BIS-11 с мерките за външна валидност с всички участници в изследването

	Непланирана импулсивност	Моторна импулсивност	Импулсивност на вниманието	Импулсивност (Общо)
Антисоциално поведение				
Поведенческо разстройство	.156** [.038]	.189** [.104**]	.158** [.047]	.201**
Антисоциално личностово разстройство	.154** [.052]	.193** [.124**]	.122** [.006]	.190**
Психопатия				
PCL:SV Обща стойност	.329** [.171**]	.341** [.201**]	.223** [-.011]	.363**
PCL:SV Фактор 1	.212** [.094*]	.245** [.160**]	.141** [-.019]	.244**
PCL:SV Фактор 2	.377** [.205**]	.374** [.207**]	.258** [-.003]	.410**
LSRP Обща стойност	.346** [.104**]	.343** [.133**]	.391** [.207**]	.428**
Първична психопатия	.169** [.020]	.211** [.111**]	.204** [.097*]	.232**
Вторична психопатия	.498** [.217***]	.423** [.115**]	.541** [.321**]	.579**
Агресия				
BWAQ обща стойност	.378** [.036]	.455** [.241**]	.494** [.303**]	.524**
Физическа агресия	.278** [.070]	.338** [.197**]	.278** [.091*]	.357**
Вербална агресия	.217** [-.045]	.327** [.193***]	.339** [.211**]	.347**
Гняв	.429** [.120*]	.446** [.202**]	.493** [.278**]	.542**
Враждебност	.141** [-.0.90*]	.207** [.075]	.334** [.284**]	.263**
Интернализираща психопатология				
Чувствителност към тревожност (ANXIS)	.100** [-.047]	.090** [-.043]	.271** [.306**]	.174**
Ситуативна тревожност (STAI-S)	.317** [.114*]	.157** [-.094*]	.376** [.287**]	.333**
Личностова тревожност (STAI-T)	.393** [.116*]	.217** [-.138*]	.557** [.486**]	.454**
Депресия (BDI-II)	.336** [.041]	.276** [.031]	.452** [.351**]	.417**
Алекситимия (TAS-20)	.428** [.197**]	.317** [.007]	.472** [.298**]	.479**
Импулсивност				
SSS-V Обща стойност	.296** [.045]	.396** [.251**]	.321** [.118*]	.404**
Дезинхибиция	.267** [.044]	.335** [.192**]	.300** [.126**]	.358**



Склонност към скука	.254** [.023]	.318** [.436**]	.319** [.165**]	.352**
Търсене на тръпка и приключения	.112** [.002]	.218** [.290**]	.086** [-.030]	.169**
Търсене на преживявания	.244** [.061]	.276** [.338**]	.260** [.106*]	.310**
UPPS Обща стойност	.552** [.305**]	.531** [.346**]	.604** [.448**]	.669**
Неотложност, свързана с негативни емоции	.518** [.115*]	.538** [.275**]	.604** [.420**]	.657**
Неотложност, свързана с позитивни емоции	.436** [.059]	.511** [.274**]	.543** [.339**]	.586**
Непреднамереност	.677** [.520**]	.441** [.138**]	.436** [.003]	.629**
Непостоянство	.587** [.365**]	.344** [-.115*]	.615** [.420**]	.611**
Търсене на усещания	.133** [-.160**]	.382** [.223**]	.251** [.158**]	.303**
WURS Обща стойност	.340** [.091*]	.335** [.119*]	.406** [.234**]	.428**
Демографски характеристики				
Възраст	-.028 [.076]	-.054 [.008]	-.167** [-.179**]	-.092*
IQ (Матрици на Рейвън)	-.089 [-.165**]	.002 [.018]	.083 [.156**]	-.010
Години образование	-.094* [-.064]	-.116** [-.097*]	-.010 [.078]	-.093*
Брой диагнози на зависимост	.259** [.101*]	.281** [.152**]	.219** [.043]	.305**
Пол (Мъж-1; Жена-2)	-.005 [-.017]	-.010 [-.021]	.028 [.052]	.003

** Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

В **таблица 6.1** простите и парциални корелации на BIS-11 и трите ѝ фактора с мерките за външна валидност са представени само за групата на контролите, като за сравнение в **таблица 6.2** корелациите са представени само за групата на зависимите. Общо при контролните участници, BIS-11 и трите ѝ фактора са по-високо корелирани с поведенческото и антисоциалното личностово разстройство, за разлика от участниците със зависимости, при които те са по-силно свързани с психопатията, независимо дали е оценена със самооценъчен въпросник (LSRP) или с интервю (PCL:SV). Въпреки че BIS-11 и трите ѝ фактора са свързани с агресията и при двете групи участници, нивата на асоциация са по-високи при контролите, с изключение на враждебността, където връзките са по-високи при участниците със зависимости. От друга страна, при зависимите се наблюдават по-силни корелации с алекситимията и чувствителността към тревожност.



Таблица 6.1. Прости и парциални корелации на BIS-11 с мерките за външна валидност в контролната група

	Непланирана импулсивност	Моторна импулсивност	Импулсивност на вниманието	Импулсивност (Общо)
Антисоциално поведение				
Поведенческо разстройство	.102 [-.091]	.183* [.001]	283** [.350**]	.220**
Антисоциално личностово разстройство	.195* [.111]	.250** [-.003]	.207** [.187]	.262**
Психопатия				
PCL:SV Обща стойност	.198* [.141]	.269** [.186]	.108 [-.059]	.240**
PCL:SV Фактор 1	.061 [.064]	.149 [.131]	.026 [-.089]	.099
PCL:SV Фактор 2	.281** [.175]	.317** [.195*]	.434** [-.024]	.315**
LSRP Обща стойност	.224** [.085]	.178* [-.008]	.313** [.136]	.282**
Първична психопатия	.072 [-.011]	.069 [-.002]	.162* [.043]	.117
Вторична психопатия	.387** [.222*]	.287** [-.016]	.434** [.243*]	.441**
Агресия				
BWAQ обща стойност	.387** [.061]	.400** [.119]	.521** [.363**]	.519**
Физическа агресия	.264** [.085]	.280** [-.001]	.297** [.122]	.336**
Вербална агресия	.169* [-.155]	.244** [.127]	.377** [.383**]	.309**
Гняв	.449** [.131]	.424** [.203]	.447** [.183]	.529**
Враждебност	.085 [.006]	.077 [-.090]	.273** [.284**]	.166*
Интернализираща психопатология				
Чувствителност към тревожност (ANXIS)	-.057 [-.201*]	.029 [.034]	.179* [.326**]	.051
Ситуативна тревожност (STAI-S)	.227** [.009]	.170* [.000]	.318** [.304**]	.282**
Личностова тревожност (STAI-T)	.368** [.123]	.238** [-.074]	.505** [.482**]	.437**
Депресия (BDI-II)	.308** [.055]	.258** [.073]	.436** [.326**]	.395**
Алекситимия (TAS-20)	.333** [.192]	.274** [.073]	.210* [.042]	.326**
Импулсивност				
SSS-V Обща стойност	.224** [-.025]	.297** [.174]	.238** [.190]	.305**
Дезинхибиция	.157* [-.100]	.265** [.173]	.214** [.227*]	.254**



Склонност към скука	.141 [-.037]	.199* [.137]	.185* [.110]	.210**
Търсене на тръпка и приключения	.161* [.034]	.223* [.168]	.080 [-.025]	.191*
Търсене на преживявания	.182* [.010]	.150 [-.019]	.244** [.297**]	.228**
UPPS Обща стойност	.618** [.378**]	.516** [.116]	.627** [.484**]	.705**
Неотложност, свързана с негативни емоции	.505** [-.200*]	.436** [.074]	.574** [.406**]	.603**
Неотложност, свързана с позитивни емоции	.371** [.089]	.375** [.085]	.493** [.365**]	.481**
Непреднамереност	.652** [.521**]	.440** [.023]	.416** [-.016]	.613**
Непостоянство	.499** [.340**]	.253** [-.152]	.488** [-.261*]	.494**
Търсене на усещания	.163* [-.059]	.314** [.173]	.240** [-.210*]	.287**
WURS Обща стойност	.320** [.068]	.232** [-.105]	.520** [.463**]	.419**
Демографски характеристики				
Възраст	-.136 [-.050]	-.086 [.073]	-.180* [-.200*]	-.158*
IQ (Матрици на Рейвън)	.017 [-.039]	-.010 [-.126]	.171* [-.294**]	.064
Години образование	.016 [-.039]	.004 [-.004]	.057 [.017]	.029
Брой диагнози на зависимост	---	---	---	---
Пол (Мъж-1; Жена-2)	.106 [.026]	.100 [.017]	.117 [.091]	.129

** Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

Таблица 6.2 Прости и парциални корелации на BIS-11 с мерките за външна валидност в групата на зависимите

	Непланирана импулсивност	Моторна импулсивност	Импулсивност на вниманието	Импулсивност (Общо)
Антисоциално поведение				
Поведенческо разстройство	.011 [-.044]	.039 [.033]	.055 [.127]	.041
Антисоциално личностово разстройство	.017 [-.014]	.049 [-.012]	.048 [.093]	.045
Психопатия				
PCL:SV Обща стойност	.102 [.049]	.110* [.112]	.098 [-.017]	.126*
PCL:SV Фактор 1	.005 [-.049]	.053 [.121]	.032 [-.017]	.036
PCL:SV Фактор 2	.174** [.132]	.142** [.076]	.141** [-.012]	.186**



LSRP Обща стойност	.318** [-.043]	.325** [.182*]	.395** [.287**]	.416**
Първична психопатия	.155** [-.113]	.213** [.157*]	.220** [.187*]	.236**
Вторична психопатия	.468** [.131]	.383** [.156*]	.534** [.372**]	.555**
Агресия				
BWAQ обща стойност	.278** [-.087]	.402** [.263**]	.436** [.367**]	.446**
Физическа агресия	.139** [-.068]	.252** [.268**]	.200** [.164*]	.238**
Вербална агресия	.169** [-.157*]	.311** [.155*]	.290** [.267**]	.308**
Гняв	.329** [.072]	.372** [.197*]	.469** [.316**]	.467**
Враждебност	.173** [-.154*]	.273** [.102]	.341** [.352**]	.312**
Интернализираща психопатология				
Чувствителност към тревожност (ANXIS)	.078 [-.063]	.086 [-.095]	.291** [.363**]	.175**
Ситуативна тревожност (STAI-S)	.317** [.124]	.088 [-.217]	.379** [.327**]	.310**
Личностова тревожност (STAI-T)	.394** [.163*]	.156** [-.228]	.555** [.458**]	.435**
Депресия (BDI-II)	.354** [.087]	.245** [-.015]	.439** [.293**]	.413**
Алекситимия (TAS-20)	.461** [.177*]	.312** [-.056]	.576** [.427**]	.535**
Импулсивност				
SSS-V Обща стойност	.226** [-.073]	.385** [.288**]	.295** [.158*]	.365**
Дезинхибиция	.228** [-.063]	.305** [.202**]	.287** [.205**]	.329**
Склонност към скука	.228** [-.084]	.323** [.179*]	.330** [.282**]	.352**
Търсене на тръпка и приключения	-.010 [-.084]	.177** [.255**]	.009 [-.092]	.073
Търсене на преживявания	.206** [.041]	.271** [.127]	.224** [.079]	.283**
UPPS Обща стойност	.427** [.119]	.436** [.344**]	.557** [.478**]	.568**
Неотложност, свързана с негативни емоции	.449** [.114]	.463** [.218**]	.582** [.427**]	.598**
Неотложност, свързана с позитивни емоции	.371** [-.026]	.454** [.245**]	.561** [.407**]	.548**
Непреднамереност	.660** [.511**]	.395** [.197*]	.471** [.017]	.619**



Непостоянство	.574** [.294**]	.297** [-.130]	.653** [.438**]	.595**
Търсене на усещания	-.001 [-.284**]	.336** [.343**]	.193** [.138]	.211**
WURS Обща стойност	.226** [.104]	194** [-.024]	.276** [.193*]	.278**
Демографски характеристики				
Възраст	-.005 [.169*]	-.035 [-.005]	-.188** [-.266**]	-.085
IQ (Матрици на Рейвън)	-.116* [-.292**]	.030 [.104]	.077 [.258**]	-.009
Години образование	-.034 [-.130]	-.031 [.033]	.068 [.134]	-.003
Брой диагнози на зависимост	.049 [-.005]	.069 [-.021]	.138** [.185*]	.100
Пол (Мъж-1; Жена-2)	.006 [.033]	.025 [.068]	.039 [-.066]	.027

** Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

Полови различия

Поради липсата на данни в литературата за полово обусловени разлики при измерванията със Скалата за импулсивност на Барат-11 факторни разлики между подskalите на BIS-11 по пол не бяха изследвани. Вместо това, полови разлики по подskalите и общата стойност на BIS-11 бяха тествани с t-тест за независими извадки (Independent Sample t-test) като част от процеса на външна валидизация на скалата. Не бяха открити полови разлики в нивата на импулсивност, оценена със скалата на Барат-11. В допълнение корелационният анализ също не показва значими връзки между пола и подskalите на BIS 11 (**Таблица 7**).

Таблица 7. Полови различия в подskalите на BIS – 11

	Мъже		Жени		t	p	Corr. (r)
	Ср.аритм.	SD	Ср.аритм.	SD			
Непланирана импулсивност	24.13	±4.91	24.08	±4.86	.14	p=.88	-.005
Моторна импулсивност	22.46	±4.79	22.36	±4.43	.25	p=.80	-.010
Импулсивност на вниманието	15.66	±3.91	15.89	±3.79	-.73	p=.46	.028
Общо	62.24	±11.41	62.32	±10.91	-.08	p=.93	.003



Групови разлики между лица със и без зависимост към психоактивни вещества

В Таблица 8 са представени резултатите на лицата в подгрупите на зависимите към хероин, амфетамини и полизависими, сравнени с резултатите на контролната група. Индивидите, диагностицирани със зависимост към психоактивни вещества, показаха консистентно по-високи стойности по всички дименсии на BIS-11 в сравнение с контролната група. Контролите нямаха статистически значими разлики със зависимите към хероин единствено по фактора импулсивност на вниманието. По всички други фактори подгрупите на зависимите имаха значимо по-високи резултати в сравнение с контролите. Значими разлики между подгрупите се наблюдаваха по факторите моторна импулсивност, импулсивност на вниманието и общата скала, където полизависимите индивиди имаха по-високи резултати в сравнение с индивидите, зависими към хероин.

Таблица 8. Междугрупови разлики в подskalите на BIS-11

	Контроли	ХЗИ	АЗИ	ПЗИ	F/p	Контраст
	Ср. Арит./ SD	Ср. Арит./ SD	Ср. Арит./ SD	Ср. Арит./ SD		
Непланирана имп.	22.55/ ±4.68	25.50/±4.64	24.95/±4.70	25.70/±4.77	18.428/ p<.0001	К< ХЗИ, АЗИ, ПЗИ
Моторна имп.	21.25/±4.38	22.62/±4.89	23.98/±4.23	24.36/±4.60	18.116/ p<.0001	К< ХЗИ, АЗИ, ПЗИ; ХЗИ<ПЗИ
Имп. на вниманието	14.95/±3.66	15.48/±3.63	16.50/±4.12	17.20/±4.01	11.639/ p<.0001	К<АЗИ, ПЗИ; ХЗИ<ПЗИ
Общо	58.75/±10.52	63.61/±10.78	65.44/±10.73	67.27/±11.22	21.962/ p<.0001	К< ХЗИ, АЗИ, ПЗИ; ХЗИ<ПЗИ

* К=Контроли; ХЗИ=хероиново зависими индивиди; АЗИ=амфетаминово зависими индивиди; ПЗИ=полизависими индивиди.

ДИСКУСИЯ

Изследването, което преведохме, имаше за цел да измери психометричните качества на българската версия на скалата за импулсивност на Барат, 11-та версия (BIS-11). Тествахме вътрешната консистентност на скалата, проверихме факторната ѝ структура, междуполовите и груповите разлики в средните резултати по цялата скала и факторите ѝ, както и връзките ѝ с други външни мерки за екстернализираща и интернализираща психопатология.

Една от основните ни цели беше да проверим факторната структура на скалата за импулсивност на Барат-11. Конфирматорни факторни анализи потвърдиха трифакторната структура на скалата, изведена от Patton et al. (1995). Резултатите ни бяха консистентни с изследванията и на други автори (Fossati et al., 2002; Someya et al., 2001; Lu et al., 2013). Както в оригиналната скала на BIS-11, така и в българската версия трите фактора бяха значимо свързани един с друг и показаха умерена коре-



лация помежду си. Най-силната корелация беше между *непланирана импулсивност* и *импулсивност на вниманието* ($r = .574$). Айтемите, които конструират факторите на нашата скала, бяха същите като тези на оригиналната Patton et al. (1995). Някои айтеми бяха отстранени поради ниско факторно тегло (под .30). Те спадаха към три категории, обясняващи тяхната ниска тежест: 1) айтеми, придаващи отрицателен смисъл или реверсирани айтеми (пример „Обичам да мисля за сложни проблеми“) (Woods, 2006); 2) айтеми с необичайна важност или с недостатъчна понятийност („Повече ме интересува настоящето, отколкото бъдещето“; „Обичам ребуси, логически задачи“; „Безгрижен съм“; „Мога да мисля само за едно нещо в момента“); 3) айтеми, чиито превод може да бъде несъответстващ на културалните разбирания на отговарящите (напр. „Сменям дома често“, може да бъде различно разбран, ако е представен като „Често спя при различни приятели/или често сменям квартири“) (Coutlee et al., 2014).

Коефициентът за вътрешната консистентност на цялата скала беше много добър ($\alpha = .84$). Тази стойност беше сходна с докладвания коефициент на оригиналната скала ($\alpha = .82$) (Patton et al., 1995). Вътрешната консистентност на факторите на BIS-11 в текущата извадка варираше от добра до много добра: *импулсивност на вниманието* ($\alpha = .82$); *моторна импулсивност* ($\alpha = .79$); *непланирана импулсивност* ($\alpha = .77$). Тъй като Patton et al. (1995) извеждат резултат само за общата скала, но не и за трите ѝ фактора, сравнихме нашите резултати с други изследвания, които докладват вътрешната консистентност на отделните подскали. Вътрешната консистентност на нашите фактори беше цялостно по-висока в сравнение с резултатите от изследванията на други автори: Fossati et al. (2002) *импулсивност на вниманието* ($\alpha = .72$), *моторна импулсивност* ($\alpha = .74$), *непланирана импулсивност* ($\alpha = .64$); Stanford et al. (2009). *импулсивност на вниманието* ($\alpha = .74$); *моторна импулсивност* ($\alpha = .59$); *непланирана импулсивност* ($\alpha = .72$).

Сравненията, които направихме между групите участници със и без зависимости, показаха статистически значими разлики. Въпреки неголямата разлика в средните стойности на двете групи (контролна група $M = 58.75$, $SD = \pm 10.52$; индивиди, зависими към психоактивни вещества $M = 63.85$, $SD = \pm 11.18$), хората от зависимата група показаха консистентно по-високи резултати. Този резултат беше очакван, тъй като и други изследвания докладват за това, че индивидите със зависимост към психоактивни вещества показват по-високи нива на импулсивност. В съответствие с литературата участниците от полизависимата група имаха по-високи резултати по всички скали в сравнение с другите подгрупи (Stanford et al. 2009, Ahn et al., 2014). Не бяха открити значими разлики при анализиране на данните между мъжете и жените в нивата на импулсивност. Patton et al. (1995) също докладват за липса на значими разлики между половете.

Проверката на външната валидност на скалата потвърди теоретично очакваните връзки. Общата скала корелираше с почти всички външни мерки. Намерихме очаквани връзки с другите мерки за импулсивност: SSS-V ($r = .404$), UPPS ($r = .669$) и WURS ($r = .428$). Тези връзки бяха очаквани, тъй като обикновено BIS-11 корелира ви-



соко с подобни самооценъчни скали (Stanford et al., 2009). В случая и трите скали измерват много сходни характеристики на импулсивността. Такива резултати имаше и при корелационните анализи в таблици 6.1 и 6.2, където участниците са разделени на контроли и зависими. По отношение на психопатията и антисоциалното разстройство BIS-11 също корелираше с всички скали. Корелации с психопатията имаше и при направените анализи в отделните групи. Не случайно две от най-високите корелации бяха с фактор 2 на PCL:SV и вторичната психопатия по LSRP. Тези фактори описват черти, които отговарят на антисоциалното личностово разстройство. При хората с такова разстройство са присъщи импулсивните и спонтанни действия, лишени от планиране (Hart et al., 2003; Levenson et al., 1995; American Psychiatric Association, 2013). Агресията беше другият конструкт, с който очаквахме скалата да е значимо свързана, тъй като основните компоненти на агресията като *физическа агресия, вербална агресия и гняв* се пораждат от слаб поведенчески контрол и неспособност за предвиждане на бъдещите негативни последици (Buss & Warren, 2000), които рефлектират високи нива на импулсивност. Velotti et al. (2016) изследват връзката между алекситимия, импулсивност и агресия и откриват, че алекситимията и високите нива на импулсивност могат да са добри предиктори за агресия. Сходно с тяхното проучване, ние също открихме връзка с алекситимията в анализа с цялата извадка и при отделните групи.

Въпреки че връзката между импулсивността и тревожността е спорна и Барат спира да я изследва в един етап от живота си (Stanford et al., 2009), различни изследователи намират такива връзки. Според Ozten et al. (2017) когнитивните дефицити при по-импулсивните хора водят до увеличаване на тревожността, която от своя страна допълнително задълбочава проблемите, свързани с вниманието и планирането. Jakubczyk et al. (2012) предполагат, че импулсивното поведение се дължи на първоначална подбуждаща го тревожност. Също описват и връзка с депресията при по-импулсивните хора, която обясняват с липсата на дългосрочна визия за себе си, поради хаотичния и неструктуриран начин на живот, който често може да доведе до депресия. В нашето изследване BIS-11 също корелираше със скалите за тревожност и депресия. Тези връзки са интересни, тъй като бяха налични при всички корелационни анализи в отделните групи, които направихме. Освен с цялата скала на BIS-11, най-силните корелации бяха с фактора импулсивност на вниманието. Като възможно обяснение на тези връзки може да бъде това, че нарушенията в способностите за фокусиране и задържане на вниманието са съпътствани от тревожност и депресивни преживявания по отношение на провалите, които са често явление при импулсивните хора, когато се захванат с някаква задача.

Друга от интересните връзки в нашето изследване беше с *брой диагнози на зависимост* ($r = .305$). Тази връзка най-вероятно се дължи на това, че употребата на наркотични вещества причинява значителни нарушения на системите в мозъка, свързани с регулиране на поведенческата инхибиция (Hamilton et al., 2015b; Seo, Patrick & Kennealy, 2008). Попаднал в среда с наркотични вещества, индивид с висока импулсивност би имал още по-големи затруднения да контролира употребата си, което от



своя страна е високорисков фактор за развиване на полизависимост. Balodis et al. (2010) също докладват в своето изследване за връзка на импулсивността с полиупотреба на вещества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самооценъчната скала на Барат (BIS-11, Patton et al., 1995) е кратък и бърз самооценъчен инструмент за оценка на импулсивност. Настоящото изследване имаше за цел да установи психометричните качества на скалата в българска популация. Репликирахме оригиналната трифакторна структура, предложена от Patton et al. (1995). Скалата демонстрира много добра вътрешна консистентност. Потвърдиха се теоретично очакваните връзки на скалата с мерките за външна валидност. Резултатите от изследването ни показват българската версия на BIS-11 като надежден инструмент за оценка на импулсивност, който може да намери широко приложение в клинични и не-клинични извадки в България.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА КОНФЛИКТ НА ИНТЕРЕСИ

Д-р Георги Василев има интереси като съсобственик и управител в „Български институт по зависимости“, където се провежда изследването.

DISCLOSURES

Dr. Georgi Vasilev has ownership interests in the Bulgarian Addiction Institute, where data collection took place.

БЛАГОДАРНОСТИ

Изследването беше финансирано по грант R01DA021421 от Националния институт за злоупотреба с наркотици (NIDA) и Международния център Фогърти (FIC) в САЩ на Жасмин Василева. Изказваме благодарността си към всички участници в изследването и на Рада Наследникова, Ивайло Райнов, Емилия Пенева и Виктория Доброжалиева за тестването на участниците в изследването.

ACKNOWLEDGEMENTS

This research was supported by grant R01DA021421 from the National Institute of Drug Abuse (NIDA) and the Fogarty International Center (FIC) to Jasmin Vassileva. We express our gratitude to all study participants and to Rada Naslednikova, Ivaylo Raynov, Emilia Peneva, and Victoria Dobrojalieva for testing study participants.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ahn, W. Y., Ramesh, D., Moeller, F. G., Vassileva, J. (2016). Utility of machine learning approaches to identify behavioral markers for substance use disorders: Impulsivity dimensions as predictors of current cocaine dependence. *Frontiers in Psychiatry*, 7:34. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00034>.
2. Ahn, W. Y., Vasilev, G., Lee, S. H., Busemeyer, J. R., Kruschke, J. K., Bechara, A., & Vassileva, J. (2014). Decision-making in stimulant and opiate addicts in protracted abstinence: evidence from computational modeling with pure users. *Frontiers in Psychology*, 5, 849. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00849>.
3. Ahn, W. Y. & Vassileva, J. (2016). Machine learning identifies substance-specific behavioral markers of heroin and amphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 247-257. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.008>.
4. American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*, Text Revision. Washington, DC: Author.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Washington, DC: Author.
6. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto alexithymia scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
7. Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto alexithymia scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
8. Balodis, I. M., Potenza, M. N., & Olmstead, M. C. (2010). Recreational drug use and impulsivity in a population of Canadian undergraduate drinkers. *Frontiers in Psychiatry*, 1, 129.
9. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & others. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
10. Bond, A. J., Verheyden, S. L., Wingrove, J., & Curran, H. V. (2004). Angry cognitive bias, trait aggression and impulsivity in substance users. *Psychopharmacology*, 171(3), 331-339.
11. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452.
12. Buss, A. H., & Warren, W. L. (2000). *Aggression Questionnaire (AQ): Manual*. Western Psychological Services, Los Angeles, CA.
13. Coutlee, C. G., Politzer, C. S., Hoyle, R. H., & Huettel, S. A. (2014). An Abbreviated Impulsiveness Scale (ABIS) Constructed through Confirmatory Factor Analysis of the BIS-11. *Archives of Scientific Psychology*, 2(1), 1–12. doi:10.1037/arc0000005
14. Cyders, M. A., & Coskunpinar, A. (2011). Measurement of constructs using self-report and behavioral lab tasks: Is there overlap in nomothetic span and construct representation for impulsivity?. *Clinical psychology review*, 31(6), 965-982.
15. Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
16. Eysenck, S. B., & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(1), 57-68.
17. First, M. B., Gibbon, M., & Spitzer, R. L. (1997). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders: SCID-II*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
18. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician Version (SCID – CV)*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
19. Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS 11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 815-828.
20. Haase, J. M. (2009). Co-occurring Antisocial Personality Disorder and Substance Use Disorder: Treatment Interventions. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1(2), 6.
21. Hamilton, K.R., Mitchell, M.R., Wing, V.C., Balodis, I.M., Bickel, W.K., Fillmore, M, Lane, S.D., ... & Moeller, F.G. (2015a). Choice impulsivity: Definitions, measurement issues, and clinical implications. *Personality Disorders*, 6(2), 182-198.
22. Hamilton K.R., Littlefield A.K., Anastasio N.C., Cunningham, K.A., Fink, L.H.L., Wing, W.C., Mathias, C.W.,...& Potenza, M.N. (2015b). Rapid-response impulsivity: definitions, measurement issues, and clinical implications. *Personality Disorders*, 6(2), 168-81.
23. Hare, R. D. (2003). *Manual for the Psychopathy Checklist-Revised (2nd Edition)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems, Inc.
24. Hare, R. D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E., Hart, S. D., & Newman, J. P. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 338.
25. Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (2003). Hare Psychopathy Checklist-Screening Version (PCL: SV). *MHS, Multi-Health Systems, Toronto, ON*.
26. Hartmann, A. S., Rief, W., & Hilbert, A. (2011). Psychometric properties of the German version of the Barratt Impulsiveness Scale, version 11 (BIS-11) for adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 112(2), 353-368.
27. Herrmann, E. S., Hand, D. J., Johnson, M. W., Badger, G. J., & Heil, S. H. (2014). Examining delay discounting of condom-protected sex among opioid-dependent women and non-drug-using control women. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 53-60.



28. Holgado-Tello, F.P., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I. et al. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Qual Quant* 44, 153. <https://doi.org/10.1007/s11135-008-9190-y>
29. Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., Topolewska-Wochowska, A., Serafin, P., Sadowska-Mazuryk, J., Pupek-Pyziół, J., ... & Wojnar, M. (2012). Relationships of impulsiveness and depressive symptoms in alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 841-847.
30. Lane, S. D., Cherek, D. R., Rhoades, H. M., Pietras, C. J., & Tcheremissine, O. V. (2003). Relationships among laboratory and psychometric measures of impulsivity: implications in substance abuse and dependence. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2(2), 33-40.
31. Lane, S. D., Moeller, F. G., Steinberg, J. L., Buzby, M., & Kosten, T. R. (2007). Performance of cocaine dependent individuals and controls on a response inhibition task with varying levels of difficulty. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 717-726.
32. LaNoue, M., Harvey, A., Mautner, D., Ku, B., Scott, K. (2015) Confirmatory factor analysis and invariance testing between Blacks and Whites of the Multidimensional Health Locus of Control scale. *Health Psychol Open*, 2(2):2055102915615045. doi:10.1177/2055102915615045.
33. Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158.
34. Lu, C. F., Jia, C. X., Xu, A. Q., Dai, A. Y., & Qin, P. (2013). Psychometric characteristics of Chinese version of Barratt Impulsiveness Scale-11 in suicides and living controls of rural China. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 66(3), 215-229.
35. Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274-282.
36. McGough, J.J. (2014). *ADHD*. Oxford American Psychiatry Library, University Press.
37. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
38. Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 193-198
39. Ozten, E., Tufan, A. E., Eryilmaz, G., Aloglu, D., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2017). Determination of Anxiety Sensitivity and Investigation of its Association with Impulsivity in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Patients. *Neuropsychiatry*, 7(5), 710-716.
40. Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
41. Pechorro, P., Maroco, J., Ray, J. V., & Gonçalves, R. A. (2015). Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale version 11 among a Portuguese sample of incarcerated juvenile offenders. *Psychology, Crime & Law*, 21(9), 854-870.
42. Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63(1), 29-38.
43. Popov, V., Nedelchev, D., Psederska, E., Georgieva, V., Bozgunov, K., Vasilev, G., Vassileva, J. (2016). Psychometric Characteristics of the Bulgarian Version of the Buss-Warren Aggression Questionnaire (BWAQ). *Clinical and Consulting Psychology*, 4(30), 37-53.
44. Psederska, Yankov, Bozgunov, Popov, Vasilev, & Vassileva (2020). Validation of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale in Bulgarian Substance Dependent Individuals. *Frontiers in Psychology*, doi: 10.3389/fpsyg.2020.01110.
45. Raven, J. (2003). Raven progressive matrices. In *Handbook of Nonverbal Assessment* (pp.223-237). Springer.
46. Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8. *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (pp. 97-110). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
47. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Substance use disorders and borderline personality: common bedfellows. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(9).
48. Seo, D., Patrick, C. J., & Kennealy, P. J. (2008). Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 13(5), 383-395.
49. Someya, T., Sakado, K., Kojima, M., Reist, C., Tang, S.W., & Takahashi, S. (2001). The Japanese version of the Barratt Impulsive Scale, 11th version (BIS-11): its reliability and validity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(2), 111-114.
50. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
51. Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385-395.
52. Taylor, G. J., Bagby, R. M. And Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (Paperback edition 1999)*. Cambridge University Press.
53. Vasconcelos, A. G., Malloy-Diniz, L., & Correa, H. (2012). Systematic review of psychometric proprieties of Barratt Impulsiveness Scale Version 11 (BIS-11). *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 9(2), 61-74.



54. Vassileva, J. & Conrod, P. J. (2019). Impulsivities and addictions: A multidimensional integrative framework informing assessment and interventions for substance use disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: 374* (1766), 20180137. <https://doi.org/10.1098/rstb.2018.0137>.
55. Vassileva, J., Paxton, J., Moeller, F. G., Wilson, M. J., Bozgunov, K., Martin, E. M., Gonzalez, R., Vasilev, G. (2014). Heroin and amphetamine users display opposite relationships between trait and neurobehavioral dimensions of impulsivity. *Addictive Behaviors*, 39 (3), 652-659.
56. Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Research*, 237, 296-303.
57. Verdejo-García, A. J., Perales, J. C., & Pérez-García, M. (2007). Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addictive Behaviors*, 32(5), 950-966.
58. Ward, M. F., Wender, P. H., Reimherr, F. W. (1993) The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 885-890.
59. Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.
60. Wilson, M. J., Abramowitz, C., Vasilev, G., Bozgunov, K., & Vassileva, J. (2014). Psychopathy in Bulgaria: The cross-cultural generalizability of the Hare Psychopathy Checklist. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 389-400.
61. Winhusen, T., Lewis, D., Adinoff, B., Brigham, G., Kropp, F., Donovan, D. M., Seamans, C. L., Hodgkins, C. C., DiCenzo, J. C., Botero, C. L., Jones, D. R., & Somoza, E (2013). Impulsivity is associated with treatment non-completion in cocaine-and methamphetamine-dependent patients but differs in nature as a function of stimulant-dependence diagnosis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 541-547.
62. Woods, C. (2006). Careless responding to reverse-worded items: Implications for Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(3), 189-194.
63. Yao, S., Yang, H., Zhu, X., Auerbach, R. P., Abela, J. R., Pulleyblank, R. W., & Tong, X. (2007). An examination of the psychometric properties of the Chinese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version in a sample of Chinese adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 104(3c), 1169-1182.
64. Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York, NY: Cambridge University Press.
65. Балев, Ж. (1994) Измерване на неклинична депресивност в горна училищна възраст: конфирматорен анализ на алтернативни модели. *Българско списание по психология*, 3, 29-54.
66. Балев, Ж., Бърн, Б., Барън, П. (2003) Факторна валидност на скалата на Бек депресия (Beck depression inventory – BDI-II) за български юноши: Латентна структура на скалата и изследване на нейната инвариантност. *Годишник на Софийския университет „Свети Климент Охридски“*, т. 89, 177-205.
67. Василева, Ж., Бозгунов, К., Василев, Г. (2012) Импулсивността и зависимостите от наркотични вещества. *Българско списание по психология*, 40 (3-4), 89-108.
68. Калчев, П. (2005). Българска версия на въпросника на А. Бъс и М. Пери за оценка на агресията. *Психологични Изследвания*, (2), 17-40.
69. Попов, В., Бозгунов, К., Василев, Г., & Василева, Ж. (2015). Психометрични характеристики на българската версия на самооценъчната скала за психопатия на Левенсън (LSRP). *Българско списание по психология*, 1-4, 253-278.
70. Щетински, Д., & Паспаланов, И. (2007). *Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта*. София, България: OS Bulgaria.



ЕТНОЦЕНТРИЗЪМ: РОЛЯ В КРОС-КУЛТУРАЛНАТА ПСИХИАТРИЯ

Васил Котетаров*, Асен Бешков**, Валентин Акабалиев**

*Клиника по психиатрия, УМБАЛ „Св.Георги“, Пловдив, България

**Катедра по психиатрия и медицинска психология,
Медицински факултет, Медицински университет – Пловдив, България

Резюме: Разгледано е явлението етноцентризъм: какво представлява, неговите корени и факторите, свързани с него – еволюционнобиологични, психологични и личностови, социални и културални. Обръща се внимание на значими изследвания на етноцентризма, както и възможните начини за редуциране на изразеността и разпространението му и ограничаване на влиянието му. За да успеем в създаването и подобряването на междугруповите връзки, е необходимо да разберем етноцентризма – неговите характеристики, причините за съществуването му и дали и как може да бъде ограничен. Акцентирайки на връзките на етноцентризма със социалната, еволюционната и крос-културалната психология и психиатрия, загатваме значението му в контекста на психиатричната теория и практика.

Ключови думи: етнос, етноцентризъм, култура, крос-културална психиатрия, видове етноцентризъм, социобиологични обяснения, етноцентрични личности, религия и етноцентризъм, образование и етноцентризъм, ограничаване на етноцентризма, крос-културална чувствителност

ETHNOCENTRISM: ITS ROLE IN CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY

Abstract: The phenomenon of ethnocentrism is presented: what is ethnocentrism, which are its roots and the factors, related to ethnocentrism – evolutionary biological, psychological and personal, social and cultural. Attention is turned towards significant research on ethnocentrism, as well as to the possible pathways to reducing its extent and distribution and restricting its influence. In order to create and improve inter-group connections, we need to understand ethnocentrism – its characteristics, the reasons for its existence and whether and how ethnocentrism could be reduced. By paying attention to the relationship between ethnocentrism and social, evolutionary and cross-cultural psychology and psychiatry we suggest its importance in the context of psychiatric theory and practice.

Keywords: ethnicity, ethnocentrism, culture, cross-cultural psychiatry, types of ethnocentrism, sociobiological explanations, ethnocentric personalities, religion and ethnocentrism, education and ethnocentrism, reduction of ethnocentrism, cross-cultural sensitivity

Въведение

През 1977 г. Kleinman провъзгласява началото на „нова крос-културална психиатрия“, интердисциплинарен подход, интегриращ антропологични методи и концептуализации с традиционните психиатрични подходи [39]. Перспективата, изразена от Kleinman и др. през 70-те години [25, 38], отразява важна посока за изучаването на културата и психопатологията – да бъде разбран социалният свят в рамките на психичното боледуване. Успоредно протичащите изследвания в областта на крос-културалната психология също идентифицират начини, по които културата оформя



дистреса и болестта [43, 24]. Най-общо културалната психиатрия изучава влиянието на културата върху психичните заболявания и връзката култура – психични заболявания; свързани с културата синдроми, обяснителни модели, идиоми на дистрес; крос-културалната психиатрия изучава и разглежда различията сред културите по отношение дефинициите, нагласите спрямо психичното здраве, болестта и лечението – предпочитани методи, търсене на помощ. Културата може да допринесе за индоктриниране на членовете ѝ с определени чувства, нагласи, ценности, вярвания, убеждения, предразсъдъци: религиозно индоктриниране, политическо индоктриниране при някои тоталитарни режими. Етносът представлява група от хора с общи, относително стабилни културални и психични особености, вкл. и езика, общо историческо минало, произход; тези хора населяват обща територия и имат съзнание за своето единство и отлики от други подобни групи. Етносът представлява културно-историческа категория, характерните черти на която се определят от социалните фактори. Настоящият текст разглежда явлението етноцентризъм поради поне няколко връзки между него и крос-културалната психология и психиатрия. Етносът и етноцентризмът касаят пряко социалната и еволюционната психология и психиатрия чрез връзката им с груповостта („трайбализма“) и противопоставянето между „вътрешни“ и „външни“ групи (in- vs out-groups). Собствената група/етнос е от изключително значение за оформянето на ядрото на културната идентичност на индивида – връзка с крос-културалната психология. Етноцентризмът допринася за изключителна свързаност със своята група, нейните ценности, убеждения, норми, очаквания, предразсъдъци, оттам и индиректно се свързва с обуславящи психопатологията влияния на културата. Предразсъдъците и дискриминацията, директно свързани с нивата на етноцентризъм, допринасят за психологични проблеми и адаптивни затруднения в процеса на акултурация сред малцинства, имигранти и бежанци – основен предмет на изследване на крос-културалната психиатрия. Етноцентризираната перспектива на клинициста е противоположна на културалната чувствителност и компетентност и може да му попречи да разбере различната гледна точка и разбиране на пациента от друг етнически, национален, расов произход и религиозна принадлежност за неговото боледуване, причините, които го обуславят, последиците и лечението. Тя би възпрепятствала прозирането на и за социалния свят на отсрещния и вътъканите в него жизнени проблеми, както и осъществяването на терапевтична връзка, основана на доверие и сътрудничество. Етноцентризмът на помагачия, не на последно място, би бил практически несъответен, а и неработещ в неотклонно оформящата се атмосфера на мултикултурализъм. Това са само някои от аргументите за значението на явлението, съответно и неговото изследване, в контекста на психиатричната теория и практика.



Етноцентризъм: дефиниция; фактори, свързани с етноцентризма

Етноцентризмът вероятно е универсален феномен [42, 44] и за първи път се появява в литературата преди повече от век в съчиненията на W. G. Sumner [65]. Чарлс Дарвин (1874) отбелязва, че племената проявяват склонност да симпатизират повече на членовете на собствената си група, отколкото на другите [21]. Съвременни учени са изследвали етноцентризма в различни условия, включително и според религията [5] и отношението към имигрантите [4].

Етноцентризмът често обуславя изграждането на представи за межкултурални различия, водещи до межкултурален конфликт и формиране на негативни стереотипи [69].

Думата етноцентризъм е образувана от сливането на две други думи - „етно“ (етнически) и „центризъм“ [15]. Терминът показва склонността на хората да вярват, че етносът, към който принадлежат, е „център на всичко“. Хората с етноцентрична нагласа се отнасят с подозрение към представителите на други етноси [59] и поставят своя етнос в „центъра на света“ [8]. Хората искат да бъдат близо до такива като тях и често изпитват страх от „различните“ [64], нещо, в което, освен всичко друго, можем да търсим и корените на психиатричната стигма.

Във връзка с тази своя нагласа хората се делят на групи и подгрупи [65]. Членовете на групата приемат своите обичаи за стандарт, спрямо който съотнасят обичаите на всички останали. Те са склонни да гледат на себе си като на хора, превъзхождащи външните групи [33].

Традиционните възгледи на Sumner включват не само възвеличаване на собствената група, но и негативно отношение към „другите“ [65]. Колкото по-големи са различията между групите, толкова по-голяма е и вероятността техните представители да се отнасят с пренебрежение към чуждите [7]. Sumner (1906) проучва предимно единни, хомогенни групи, които ясно се отличават от външните групи. Обединяването срещу другите групи е необходимо за оцеляването. Когато групите водят конкурентна борба, индивидите ценят живота на членовете на своята група повече от живота на членовете на чуждата група [65].

В САЩ съществуват съвместно различни култури. Една расова или етническа подгрупа е основна (вътрешна) група, а останалите групи, въпреки че живеят на територията на САЩ, са външни [61]. Положителните чувства към основната (вътрешната) група и отрицателните чувства към външните групи са в реципрочна връзка помежду си [12]. Представителите на мнозинството имат позитивно отношение към собствената си, вътрешна група, но проявено в различна степен и понякога без връзка с тяхното отношение към външните групи [12, 13], т.е. можем да чувстваме симпатия към членовете на нашата (вътрешна) група, без да изпитваме пренебрежение или враждебност към външните групи, което се доказва и от изследване, проведено сред индийци и пакистанци [37]. Благосклонното отношение към собствената (вътрешна) група е по-силно от неодобрението им спрямо външната група.



Сред австралийски студенти е направено проучване за трите форми на групов центризм – етноцентризм, фундаментализъм и антропоцентризм [8]. Студентите, които изразяват силно предпочитание към своята група, проявяват склонност да фаворизират хората и да показват пренебрежение към другите видове. Съществува корелация между предразсъдъците спрямо животните и предразсъдъците спрямо хората от външните (малцинствените) групи. Въпреки това, етноцентризмът, подобно на другите групови форми на центризм, корелира с отрицателните чувства към конкретни външни групи, но не и към външните групи като цяло. В едно проучване с голяма извадка се установява, че сред някои групи вътрешногруповите пристрастия са по-чести (без да се взема предвид неодобрителното отношение към външната група) [61]. Разграничаването между класическата форма на етноцентризма (положително отношение към своята група и враждебност към външната група) и по-често срещаното предпочитание на основната (вътрешната) група има методологическо значение [61]. Предубеждението към чуждите може би е разделителна линия между крайностите на класическия етноцентризм и отсъствието на етноцентризм.

Склонността към етноцентризм е универсална [42, 54, 63]. Има много изследвания на връзката между етноцентризм и етнически малцинства [29, 34, 48, 60, 61]. Проучено е отношението на различни националности към емигрантите, както и склонността да се купуват стоки, произведени в собствената страна [20, 27, 35, 55, 70]. Етноцентризмът повлиява и възприятието за други култури и оценката на компетентността на индивида, принадлежащ към други култури [54].

Sumner (1906) прави списък на културални групи (включително лапландци, обитатели на Карибските острови, гренландци, евреи), измислили думи, обрисувачи собствените им групи като изключителни – „мъже“, „хора“, „народ“, „избрани“ – или думи, които по някакъв друг начин показват тяхното превъзходство [65]. Разбира се, самите изследователи също не са чужди на етноцентризма [32]. Етноцентрична пристрастност съществува не само в индивидуалните и междугруповите отношения, но и сред учените, които изучават психологическите явления в различните култури [7, 32]. Campbell предлага методология, предназначена да смекчи „замъгляващото“ влияние на етноцентризма на учените върху научните им изследвания [16].

Изглежда, че всеки от нас е етноцентричен или най-малкото податлив спрямо влиянието на етноцентризма. Когато контактуваме с другите, възприятията ни за тях преминават през нашите „културални филтри“ [44].

Изглежда, че етноцентризмът е „автоматичен“ – той е част от приобщаването на децата към културата – процес, при който те усвояват културата и нагласите на обществото, в което живеят [40, 41]. Става дума за усвояване, а не за вродени идеи. Други автори смятат, че етноцентризмът има еволюционни (социобиологични) корени. Възможно е биологично адаптивното предимство да се увеличава за етноцентричните племенни групи не само чрез агресията, но и чрез други свързани с етноцентризма поведенчески модели [71]. В този смисъл групите, които са добре адаптирани, са постигнали успех, разделяйки света на „наши“ и „чужди“. В хода на еволюцията хората развиват афинитет към онези, с които са биологично свързани.



Биологичната перспектива не означава, че околната среда (култура, религия, политически убеждения, др.) не оказва въздействие върху етноцентризма, но е естествено хората да предпочитат тези, с които са биологично свързани – първо най-близките роднини, след това по-далечните, после своя етнос и най-накрая други хора [67]. Има доказателства, че е вероятно една етнически хомогенна култура да проявява по-високи нива на етноцентризъм от тази, в която са смесени елементи от различни култури – сравнение между японски и американски студенти [53].

Субективното усещане за уязвимост спрямо болести може да породи негативно отношение към членовете на външната група [26]. При едно проучване е анализиран поведенческият модел при междугрупови отношения, когато хората имат усещането, че са застрашени от заболяване [50]. Това проучване установява, че бременните жени са били най-етноцентрични (и най-уязвими) през първия триместър от бременността. Доказано е нарастване на етноцентризма при индивиди с усещане за повишена уязвимост спрямо болест [49]. Тъй като общуването с членове на вътрешната група може да създаде по-малък риск от заболяване, отколкото контактите с външната група, индивидите могат да развият психологически подход и механизми за избягване, които ги предразполагат към етноцентрични поведенчески модели [26]. Съществуват доказателства за индивидуално предразположение към фаворизиране на собствената група [30]. Възможно е колективизмът, който поставя груповия интерес над интереса на отделната личност, да се е развил като адаптация към условия, при които външните групи създават риск от заболяване [28]. Някои изследователи са открили различия в мозъчната активност между индивиди с индивидуалистична нагласа и индивиди с колективистични възгледи [19, 72].

Изследвани са редица психосоциални фактори, свързани с етноцентризма: *нарцисизъм, религиозен фундаментализъм, основни черти на характера, нетърпимост към неопределеността и авторитаризъм*. Многобройни проучвания показват, че етноцентризмът може да отслабне с течение на времето, тъй като хората натрупват опит при общуването със своята и с външните групи, който може да промени мнението им за външните групи в положителна посока [62]. Етноцентризмът е свързан с характеристики, които бихме могли да обобщим с понятието *широта на възгледите*. Установена е положителна корелация между нарцисизма (егоцентризма) и етноцентризма – нарцисизмът може да предразположи хората към етноцентрични нагласи [9]. Установена е значителна корелация между религиозния фундаментализъм, етноцентризма и религиозния етноцентризъм [3]. С други думи, религиозните фундаменталисти са склонни и към етноцентризъм по отношение на други религии и социокултурални групи.

Участниците в изследването на религиозния фундаментализъм на Altemeyer (2003) идват от семейства, в които възпитанието от най-ранна възраст е било фокусирано върху религията [3]. Връзката между религията и етноцентризма е изследвана и в Индия. Направено е сравнение между юноши – индуци и мюсюлмани – от една страна, и атеисти – от друга. Религиозните индивиди от двете групи са значително по-склонни към предразсъдъци и етноцентризъм в сравнение с нерелиги-



озните участници в проучването [31]. Между етноцентризма и фундаменталистките религиозни възгледи съществува корелация [45].

В проучване за отношението на американски студенти към родени в чужбина и в САЩ преподаватели били оценени и личностовите черти на студентите чрез петфакторния модел за личността (* Екстравертност * Невротизъм * Откритост * Отзивчивост * Съзнателност) [22]. Изследователите открили етноцентрично предубеждение към преподавателите, родени в чужбина. Студентите, които получили висока оценка за *отзивчивост* и *съзнателност*, имали положително отношение към родените в чужбина преподаватели.

Връзката между етноцентризма и непоносимостта към неопределеност е проучвана от Block and Block (1951) [10]. В американски университет участниците, които показват непоносимост към неопределеност, са по-склонни към етноцентризъм от онези, които я понасят без проблеми. Хората, които не могат да търпят неопределеност, са с по-висок резултат при измерване на склонността към етноцентризъм [66]. Забелязана е значителна разлика между индивидите с висок резултат при измерване на склонността им към етноцентризъм и индивидите с малка склонност към етноцентризъм. Етноцентризмът при студентите, понасящи неопределеността, е по-слабо проявен, а студентите, неспособни да понасят неопределеността, са по-склонни към етноцентризъм [17].

Родителите играят роля за формирането на етноцентризъм у техните деца. Изследвани са характерните черти на родителите и методите им на възпитание. Thomas (1975) оценява авторитаризма на родителите в седем тихоокеански островни култури [68]. Той установил авторитарен родителски стил в три от групите (Таити, острови Кук и Самоа). Във всяка от тях авторитаризмът бил положително свързан с етноцентризма. Редица изследвания показват връзка между характеристиките на родителите и етноцентризма на техните деца [47].

Можем ли да смекчим или ограничим етноцентризма?

Межкултуралната психология се опитва не само да разбере етноцентричните ограничения на нашето културално научно познание, но се стреми и да открие начини за смекчаване на индивидуалния етноцентризъм [7]. Общуването с хора от други култури вероятно представлява предизвикателство към нашите етноцентрични представи и такъв контакт би могъл да редуцира етноцентризма [15].

Висшето образование може да намали етноцентризма [33]. Скалата за авторитарна личност [1] е използвана и за оценка на етноцентризма [57, 58]. Направено е проучване сред 755 американски студенти, а на 505 от тях е направен повторен тест две години по-късно. След двете години в университета етноцентризмът на участващите в проучването студенти бил значително смекчен. Останалите 250 участници, прекъснали следването си, не показали съществени промени в етноцентричните си нагласи. При това проучване била констатирана значителна разлика между двата пола – мъжете показали по-високи нива на етноцентризъм от жените [33, 36].



Plant използва Скала за общ етноцентризъм (1958) [57], Adorno et al. (1950) [1]– Въпросник за общественото мнение: студентите – мъже и жени, показали значително по-ниски нива на етноцентризъм след 4-годишно обучение в колеж. Нивата на етноцентризъм при мъжете били по-високи от тези при жените и при първоначалното, и при повторното тестване. Анализът на резултатите показал, че етноцентризмът на жените намалял значително повече от този на мъжете [57].

При мащабно проучване в Нидерландия е установена отрицателна корелация между етноцентризъм и образователно равнище, но ролята на образованието само по себе си не е изяснена. (Професията и когнитивните способности корелират с образованието и може да са фактори, които водят до намаляване на етноцентризма) [46].

В САЩ е използвана Скала за етноцентризъм от Neuliep & McCroskey, 1997 [52]. Neuliep, 2002, използва Скала за генерализиран етноцентризъм [51]. Проучванията били проведени в началото и след завършването на съответните курсове. Установено е значително смекчаване на етноцентризма при студенти, изучаващи крос-културална психология (които са намалили нивата си на етноцентризъм и при двата теста). Студентите, изучаващи „Въведение в психологията“, не променили съществено своите етноцентрични нагласи. Изучаването на крос-културална психология може да помогне за преодоляване на етноцентризма [56].

Borden (2007) използва Скала за генерализиран етноцентризъм за тестване на студентите в началото и в края на курса, за да провери „хипотезата за социалните контакти“ – идеята, че междугруповият контакт може да намали напрежението между тях [2, 11]. Резултатите показват значително намаляване на етноцентризма сред студентите, участвали в курса за социално подпомагане – участието в подобни съвместни дейности може да смекчи етноцентризма.

Хипотезата за влиянието на социалните контакти често влиза в противоречие с опита. Тази хипотеза вероятно работи при условие, че действат и някои допълнителни фактори (социална и институционална подкрепа, потенциал за смислени взаимоотношения, равен статус между групите и междугрупово сътрудничество) [14].

Изследвана е ролята на мултикултурализма и на *чувствителността при междукултуралната комуникация* като фактори за прогнозиране на етноцентризма [23]. Използвана е Скалата за междукултурална чувствителност [18], Скала за мултикултурална идеология [6] и Скалата за генерализиран етноцентризъм [51]. Установява се значителна корелация между резултатите от Скалата за междукултурална чувствителност, Скалата за мултикултурална идеология и Скалата за генерализиран етноцентризъм. Увеличаването на чувствителността при междукултуралната комуникация и положителното отношение към мултикултурализма (прилагани на практика, например, в областта на образованието и при индивидуалното общуване на хора от различни култури) би могло да смекчи етноцентризма [23]. Тези корелации обаче не показват посоката на причинно-следствената връзка между измерените параметри. Възможно е по-етноцентричните индивиди да проявяват по-малка чувствителност при междукултуралната комуникация и да не проявяват склонност към мултикултурализъм. Възможно е и да има друга причина за получените резултати.



Заклучение

Етноцентризмът може да допринесе за оцеляването на групите, но въпреки това има много доказателства за препятствията, които той поставя пред комуникацията на междуличностово и межкултурално ниво. Въпреки че опитът в общуването с културални групи може да подпомогне преодоляването му, трябва да бъдем скептични към твърденията, че само благодарение на този опит ще постигнем тази цел.

В проучванията липсва научна (методологична и аналитична) строгост, необходима за доказване на причинно-следствените връзки. Междугруповото общуване, например, изисква допълнителна подкрепа и значими взаимоотношения, за да се въздейства ефикасно върху предразсъдъците спрямо външните групи.

Значимостта на етноцентризма като явление, възпрепятстващо межкултуралния интерес, чувствителност и компетентност на психиатъра и психолога, предполага необходимостта от неговото изследване и осъзнаване, съответно и интегрирането му като предмет на психиатрично-психологичното познание и практика.

Библиография

- Adorno, T., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D., & Sanford, N. (1950). *The authoritarian personality*. New York, NY: Harper.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Altemeyer, B. (2003). Why do religious fundamentalists tend to be prejudiced? *International Journal for the Psychology of Religion*, 13, 17-28
- Banks, A. J. (2016). Are group cues necessary? How anger makes ethnocentrism among whites a stronger predictor of racial and immigration policy opinions. *Political Behavior*, 38, 635-657.
- Banyasz, A. M., Tokar, D. M., & Kaut, K. P. (2014). Predicting religious ethnocentrism: Evidence for a partial mediation model. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8, 25-34.
- Berry, J. W., & Kalin, R. (1995). Multicultural and ethnic attitudes in Canada: An overview of the 1991 national survey. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 27, 301-320.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross cultural psychology: Research and applications* (2nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bizumic, B., & Duckitt, J. (2007). Varieties of group self-centeredness and dislike of the specific other. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 195-202.
- Bizumic, B., & Duckitt, J. (2008). "My group is not worthy of me": Narcissism and ethnocentrism. *Political Psychology*, 29, 437-453.
- Block, J., & Block, J. (1951). An investigation of the relationship between intolerance of ambiguity and ethnocentrism. *Journal of Personality*, 19, 303-311.
- Borden, A. W. (2007). The impact of service-learning on ethnocentrism in an intercultural communication course. *The Journal of Experimental Education*, 30, 171-183.
- Brewer, M. B. (1999). The psychology of prejudice: Ingroup love or outgroup hate? *Journal of Social Issues*, 55, 429-444.
- Brewer, M. B. (2007). The importance of being we: Human nature and intergroup relations. *American Psychologist*, 62, 728-738.
- Brewer, M. B., & Brown, R. J. (1998). Intergroup relations. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2) (pp. 554-594). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Brislin, R. (2000). *Understanding culture's influence on behavior* (2nd ed.). Fort Worth, TX: Harcourt.
- Campbell, D. T. (1970). Natural selection as an epistemological model. In R. Naroll, & R. Cohen (Eds.), *A handbook of method in cultural anthropology* (pp. 51-85). New York, NY: Natural History Press.
- Cargile, A. C. (2013). Mitigating inter- and intra-group ethnocentrism: Comparing the effects of culture knowledge, exposure, and uncertainty intolerance. *International Journal of Intercultural Relations*, 37, 345-353.
- Chen, G.-M., & Starosta, W. J. (2000). The development and validation of the international communication sensitivity scale. *Human Communication*, 3, 2-14.



19. Chiao, J. Y., Harada, T., Komeda, H., Li, Z., Mano, Y., Saito, D., ... Iidaka, T. (2010). Dynamic cultural influences on neural representations of the self. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22, 1-11.
20. Chrysoschoïdis, G., Krystallis, A., & Perreas, P. (2007). Ethnocentric beliefs and country-of- origin (COO) effect: Impact of country, product and product attributes on Greek consumers' evaluation of food products. *European Journal of Marketing*, 41, 11-12.
21. Darwin, C. (1874). *The descent of man and selection in relation to sex* (2nd ed.). New York, NY: A. L. Burt Co.
22. de Oliveira, E. A., Braun, J. L., Carlson, T. L., & de Oliveira, S. G. (2009). Students' attitudes toward foreign-born and domestic instructors. *Journal of Diversity in Higher Education*, 2, 113-125.
23. Dong, Q., Day, K. D., & Collado, C. M. (2008). Overcoming ethnocentrism through developing intercultural communication sensitivity and multiculturalism. *Human Communication*, 11(1), 27-38.
24. Draguns JG. 1980. Disorders of clinical severity. See Triandis & Draguns 1980, pp. 99-174
25. Fabrega H. 1975. The need for an ethnomedical science. *Science* 189:969-75
26. Faulkner, J., Schaller, M., Park, J. H., & Duncan, L. A. (2004). Evolved disease-avoidance mechanisms and contemporary xenophobic attitudes. *Group Processes and Intergroup Relations*, 7, 333-353.
27. Fernandez-Ferrin, R., Calvo-Turrientes, A., Bande, B., Artaraz-Minon, M., & Galan-Ladero, M. M. (2018). The valuation and purchase of food products that combine local, regional and traditional features: The influence of consumer ethnocentrism. *Food Quality and Preference*, 64, 138-147.
28. Fincher, C., Thornhill, R., Murray, D., & Schaller, M. (2008). Pathogen prevalence predicts human cross-cultural variability in individualism /collectivism. *Proceedings: Biological Sciences*, 275, 1279-1285.
29. Gittler, J. B. (1972). Jews as an ethnic minority in the United States. *International Journal of Group Tensions*, 2(4), 4-21.
30. Hammond, R. A., & Axelrod, R. (2006). The evolution of ethnocentrism. *Journal of Conflict Resolution*, 50, 926-936.
31. Hasnain, N. (2007). Does religiousness promote prejudice and ethnocentrism? *Psychological Studies*, 52, 123-125.
32. Hofstede, G. (2007). A European in Asia. *Asian Journal of Social Psychology*, 10, 16-21.
33. Hooghe, M. (2008). Ethnocentrism. In *International encyclopedia of the social sciences*. Philadelphia, PA: Macmillan Reference.
34. Hraba, J. (1972). The doll technique: A measure of racial ethnocentrism? *Social Forces*, 50, 522-527.
35. Hsu, J. L., & Nien, H. (2008). Who are ethnocentric? Examining consumer ethnocentrism in Chinese societies. *Journal of Consumer Behaviour*, 7, 436-447
36. Kimmelmeier, M. (2010). Gender moderates the impact of need for structure on social beliefs: Implications for ethnocentrism and authoritarianism. *International Journal of Psychology*, 45, 202-211.
37. Khan, S. S., & Liu, J. H. (2008). Intergroup attributions and ethnocentrism in the Indian subcontinent: The ultimate attribution error revisited. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 16-36.
38. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. 1978. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Intern. Med.* 88:251-58
39. Kleinman AM. 1977. Depression, somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry." *Soc. Sci. Med.* 11:3-10
40. LeBaron, M. (2003). *Bridging cultural conflicts: A new approach for a changing world*. San Francisco, CA: Wiley.
41. LeVine, R. A. (1982). Culture, behavior, and personality: An introduction to the comparative study of psychosocial adaptation. New York, NY: Aldine.
42. LeVine, R. A., & Campbell, D. T. (1972). Ethnocentrism: Theories of conflict, ethnic attitudes and group behavior. New York, NY: Wiley.
43. Marsella AJ. 1980. Depressive experience and disorder across cultures. See Triandis & Draguns 1980, pp. 237-89
44. Matsumoto, D., & Juang, L. (2013). *Culture and psychology* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
45. McCleary, D. F., Quillivan, C. C., Foster, L. N., & Williams, R. L. (2011). Meta-analysis of correlational relationships between perspectives of truth in religion and major psychological constructs. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3, 163-180.
46. Meeusen, C., de Vroome, T., & Hooghe, M. (2013). How does education have an impact on ethnocentrism? A structural equation analysis of cognitive, occupational status and network mechanisms. *International Journal of Intercultural Relations*, 37, 507-522.
47. Mosher, D. L., & Scodel, A. (1960). Relationships between ethnocentrism in children and the ethnocentrism and authoritarian rearing practices of their mothers. *Child Development*, 31, 369-376.
48. Mutisya, P. M., & Ross, L. E. (2005). Afrocentricity and racial socialization among African American college students. *Journal of Black Studies*, 35, 235-247
49. Navarrette, C. D., & Fessler, D. M. T. (2006). Disease avoidance and ethnocentrism: The effects of disease vulnerability and disgust sensitivity on intergroup attitudes. *Evolution and Human Behavior*, 27, 270-282. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2005.12.001>
50. Navarrette, C. D., Fessler, D. M. T., & Eng, S. J. (2007). Elevated ethnocentrism in the first trimester of pregnancy. *Evolution and Human Behavior*, 28, 60-65.
51. Neuliep, J. W. (2002). Assessing the reliability and validity of the generalized ethnocentrism scale. *Journal of Intercultural Communication Research*, 31, 201-216.



52. Neuliep, J. W., & McCroskey, J. C. (1997). The development of a U.S. and generalized ethnocentrism scale. *Communication Research Reports*, 14, 385-398.
53. Neuliep, J. W., Chaudoir, M., & McCroskey, J. C. (2001). A cross-cultural comparison of ethnocentrism among Japanese and United States college students. *Communication Research Reports*, 18, 137-146.
54. Neuliep, J. W., Hintz, S. M., & McCroskey, J. C. (2005). The influence of ethnocentrism in organizational contexts: Perceptions of interviewee and managerial attractiveness, credibility, and effectiveness. *Communication Quarterly*, 53, 41-56.
55. Nguyen, T. D., Nguyen, T. T. M., & Barrett, N.J. (2008). Consumer ethnocentrism, cultural sensitivity, and intention to purchase local products—Evidence from Vietnam. *Journal of Consumer Behaviour*, 7, 88-100.
56. Pettijohn, T. E II, & Naples, G. M. (2009). Reducing ethnocentrism in U.S. college students by completing a cross-cultural psychology course. *The Open Social Science Journal*, 2, 1-6.
57. Plant, W. T. (1958a). Changes in ethnocentrism associated with a four-year college education. *Journal of Educational Psychology*, 49, 162-165. <https://doi.org/10.1037/h0041244>
58. Plant, W. T. (1958b). Changes in ethnocentrism associated with a two-year college experience. *Journal of Genetic Psychology*, 92, 189-197.
59. Price, W. E, & Crapo, R. H. (2002). *Cross-cultural perspectives in introductory psychology*. Pacific Grove, CA: Wadsworth.
60. Prothro, E. T. (1952). Ethnocentrism and anti-negro attitudes in the Deep South. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 105-108.
61. Raden, D. (2003). Ingroup bias, classic ethnocentrism, and non-ethnocentrism among American whites. *Political Psychology*, 24, 803-828.
62. Ryan, C. S., & Bogart, L. M. (1997). Development of new group members' in-group and out-group stereotypes: Changes in perceived group variability and ethnocentrism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 719-732.
63. Shuya, P. (2007, November). Intercultural communication apprehension, ethnocentrism and their relationship with gender: A cross-cultural comparison between the US and China. Paper presented at the Annual Convention of the National Communication Association, Chicago, IL.
64. Strickland, B. S. (2000). Misassumptions, misadventures, and the misuse of psychology. *American Psychologist*, 55, 331-338.
65. Sumner, W. G. (1906). *Folkways: A study of the sociological importance of usages, manners, customs, mores, and morals*. New York, NY: Ginn & Co.
66. Taft, R. (1956). Intolerance of ambiguity and ethnocentrism. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 153-154.
67. Thayer, B. A. (2004). *Darwin and international relations: On the evolutionary origins of war and ethnic conflict*. Lexington, KY: The University Press of Kentucky.
68. Thomas, D. R. (1975). Authoritarianism, child-rearing practices and ethnocentrism in seven Pacific Islands groups. *International Journal of Psychology*, 10, 235-246.
69. Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*. New York, NY: McGraw-Hill.
70. Vida, I. (2008). The role of ethnic affiliation in consumer ethnocentrism. *European Journal of Marketing*, 42, 327-343.
71. Wilson, E. O. (1978). *On human nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
72. Zhu, Y., Zhang, L., Fan, J., & Han, S. (2007). Neural basis of cultural influence on selfrepresentation. *Neuroimage*, 34, 1310-1316.



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.



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, Биполярно 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.



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



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 преобладаващият брой 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 конструкти, 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., Rojjanasirrat, 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



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ ЗА ПУБЛИКАЦИЯ

GUIDELINES FOR AUTHORS

Българското списание „Психично здраве“ е базирано онлайн, с отворен достъп и е независимо периодично издание.

Списанието публикува рецензирани обзорни и оригинални научни статии и коментари. Обзорните статии следва да бъдат в обем до 2500 думи, а оригиналните – до 5000 думи. Приемат се и коментари, назначени от Редакционната колегия, в обем до 1500 думи.

Всички статии трябва да съдържат разширено резюме на английски език и ключови думи. Библиографският списък следва да бъде оформен по образца „Харвард“, по азбучен ред на фамилното име на първия автор, който е директно посочен в текста.

Ръкописите се изпращат до главния редактор с копие до отговорния редактор по електронна поща.