

българско списание

# ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ



BULGARIAN JOURNAL

# MENTAL HEALTH

ИЗДАТЕЛСКА КЪЩА СТЕНО

[www.stenobooks.com](http://www.stenobooks.com)

ISSN 2738-7550



Година 2 | Volume 2

Към съдържанието

брой | number **3** 2021



## 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

- 4** **Човешки ресурси в системата на здравеопазването за периода 2005–2019 г.**  
Христо Хинков  
**Human Resources in the Healthcare System for the period 2005–2019**  
Hristo Hinkov, National Center for Public Health and Analyses
- 18** **Психометрични характеристики на българската версия на Индекс за чувствителност към тревожност (ASI)**  
Димитър Неделчев, Елена Пседерска, Кирил Бозгунов, Георги Василев, Жасмин Василева  
**Psychometric Characteristics of the Bulgarian Version of the Anxiety Sensitivity Index (ASI)**  
Dimitar Nedelchev, Elena Psederska, Kiril Bozgunov, Georgi Vasilev, Jasmin Vassileva
- 34** **Стигмата „Психична болест“**  
Д-р Татяна Радева  
**The Stigma of Mental Illness**  
Tatyana Radeva, Medical University of Varna
- 43** **Промоция на психично здраве – концепции и модели**  
Ас. Иван Попов  
**Promotion of mental health-concepts and models**  
Assist. Prof. Ivan Popov, PhD
- 57** **В памет на проф. д-р Надежда П. Маджирова, к.м.н., д.м.н. (1945–2021)**  
Дроздстой Стоянов, МУ – Пловдив
- 59** **100 години от рождението на проф. д-р Тодор Ташев**  
Стефан Попов



# ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА ПЕРИОДА 2005–2019 Г.

Христо Хинков

Национален център по общественото здраве и анализи

**Резюме.** Направен е сравнителен анализ на данни за състоянието на човешките ресурси в здравеопазването, обхващащ 15-годишен период (2005–2019 г). Използваните основни източници на информацията са Националният статистически институт, Националният център по общественото здраве и анализи и Министерството на здравеопазването. Изследвани са данните за медицинския персонал – лекари, лекари по дентална медицина, медицински специалисти по здравни грижи. Информацията е представена по специалности, категории персонал, видове заведения, възраст, общо за страната и по области. В анализа са включени практикуващите медицински специалисти в лечебните и здравни заведения, независимо от тяхната ведомствена подчиненост. Включени са също така медицинските специалисти, работещи в самостоятелни детски ясли и яслени групи в състава на детски градини, индивидуалните и групови практики за първична и специализирана медицинска и дентална помощ, медицинският персонал към общините (заети в училищно здравеопазване и детски ясли). В анализа не са включени работещите извън страната медицински специалисти, както и тези, които работят, но на практика не упражняват своята професия (напр. във фармацевтичната промишленост и др.). Анализирани са данните за обучението на медицинските специалисти – съотношения, пропорции и тенденции.

**Ключови думи:** човешки ресурси, здравеопазване, осигуреност, медицински персонал, възрастово разпределение, медицински специалности, обучение.

## HUMAN RESOURCES IN THE HEALTHCARE SYSTEM FOR THE PERIOD 2005–2019

Hristo Hinkov, National Center for Public Health and Analyses

**Abstract.** A comparative analysis of data on the state of human resources in health covering a 15-year period (2005-2019) has been carried out. The main sources of information used are the National Statistical Institute, the National Center for Public Health and Analyses and the Ministry of Health. Data on medical staff – doctors, dental practitioners and healthcare professionals have been examined. The information is presented by specialties, categories of staff, types of establishments, age, total for the country and by districts. The analysis includes medical practitioners in medical and health institutions, regardless of their departmental subordination. Medical professionals working in independent crèches and nursery groups in kindergartens, individual and group practices for primary and specialized medical and dental care, medical staff in municipalities (employed in school health care and crèches) are also included. The analysis does not include healthcare professionals working outside the country, as well as those who work but do not practice their profession (e.g. in the pharmaceutical industry, etc.). Data on the training of healthcare professionals are analyzed - ratios, proportions and trends.



## Въведение

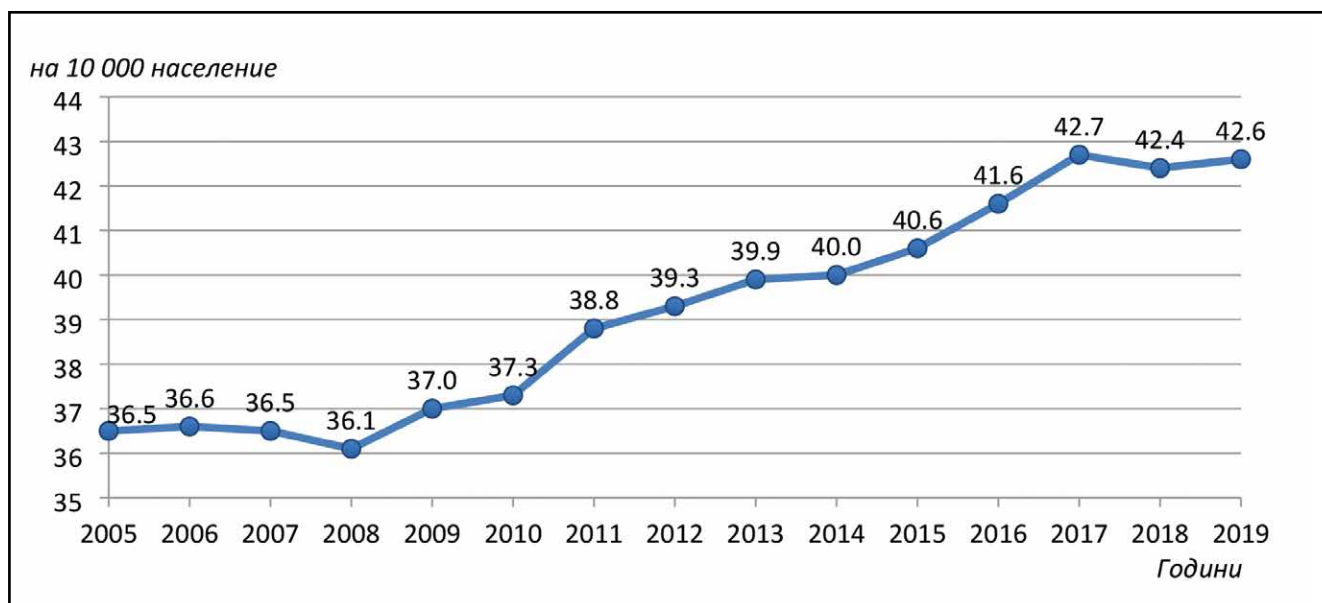
Известно е, че човешките ресурси в системите на здравеопазване в ЕС са малко или повече проблематични през последните десетилетия. Причините за това са комплексни, като между тях са процесите на глобализация, миграцията, промените в структурата на лекарската професия, застаряването на населението на ЕС, промяната в структурата на заболяемостта и др. Особено значение за качеството на медицинските услуги като цяло имат промените във вътрешната структура и пропорциите между отделните специалности в медицината както на хоризонтално, така и на вертикално ниво. На хоризонтално ниво се наблюдават диспропорции между отделни специалности, като някои стават дефицитни, а при други се наблюдава повишен интерес, което се свързва с непривлекателността на едни (патоанатоми, съдебни лекари, общопрактикуващи лекари, психиатри и др.) и атрактивността на други (неврохирурзи, кардиохирурзи и др.), което пък се обвързва с обществен престиж, високо заплащане и пр. На вертикално ниво (от гледна точка на образование и отговорности в системата на здравеопазването) през последните десетилетия се наблюдава траен недостиг на медицински специалисти по здравни грижи и помощен медицински персонал. Заедно с това при някои специалности (напр. свързани с рехабилитация, мануална терапия и др.) се наблюдава повишен интерес, вероятно поради възможностите за предлагане на частни услуги и повишено търсене. У нас през последните години усилено се говори за намаляващите човешки ресурси в системата на здравеопазването и дори оголването на цели региони от квалифициран медицински персонал. Настоящото изследване има за цел да провери доколко тази хипотеза е вярна, като се вземат предвид редица фактори, влияещи върху динамиката на този показател – вътрешна и външна миграция, застаряване, квалификация и кариерно развитие.

## Динамика на човешките ресурси в здравеопазването за периода 2005–2019 г.

### Лекари

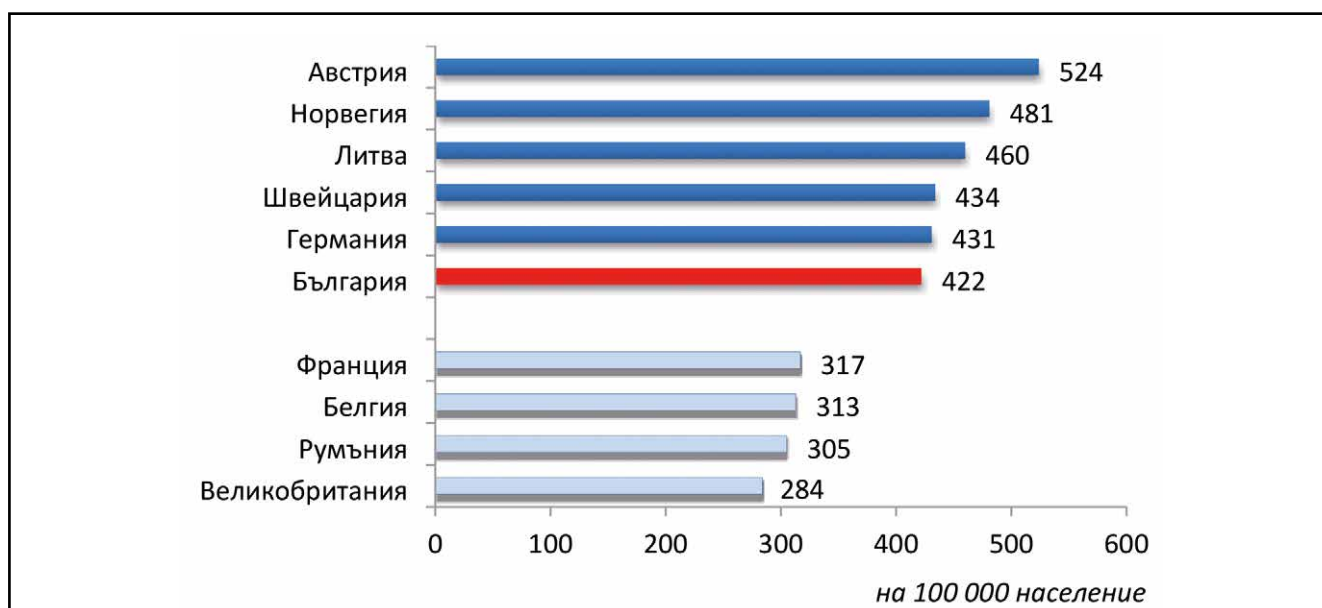
Към 31.12.2019 г. броят на лекарите в лечебните и здравни заведения в страната е 29 612, като той е с 5.0% по-голям в сравнение с началната 2005 г. на разглеждания период (2005 г. – 28 97) и с 0.2% по-малък в сравнение с предходната година (2018 г. – 29 667). Осигуреността на населението с лекари се увеличава през разглеждания период, като от 36.5 на 10 хиляди население за 2005 г. достига до 42.6 на десет хиляди през 2019 г. Нарастването на този показател се дължи както на увеличаване броя на лекарите, така и в известна степен на намаляване броя на населението.





**Фигура 1.** Лекари (физически лица) на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения към 31 декември.

Данните на Евростат показват, че осигуреността с лекари в България – 422 на 100 000 население, е близка до тази в Германия (431‰) и Дания (419‰) и доста по-висока от страни като Великобритания (284‰), Румъния (305‰), Белгия (313‰), Франция (317‰).



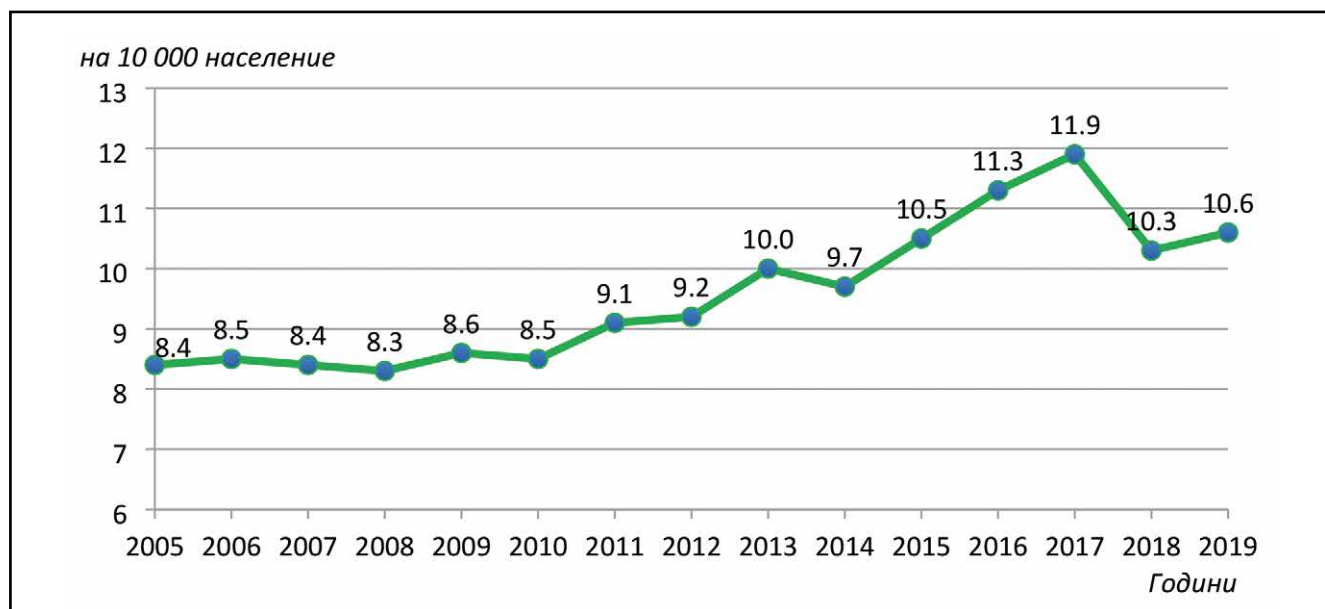
Източник: Евростат

**Фигура 2.** Лекари в някои европейски страни през 2018 г.



### Лекари по дентална медицина

Броят на лекарите по дентална медицина към 31.12.2019 г. е 7 376, като той е по-голям в сравнение с предходната година на разглеждания период. Осигуреността на населението с лекари по дентална медицина от 8.4 на 10 хиляди население през 2005 г. достига до 10.6 на 10 хиляди през 2019 г., като независимо от известните колебания следва изразената тенденция на нарастване на показателя през разглеждания период.

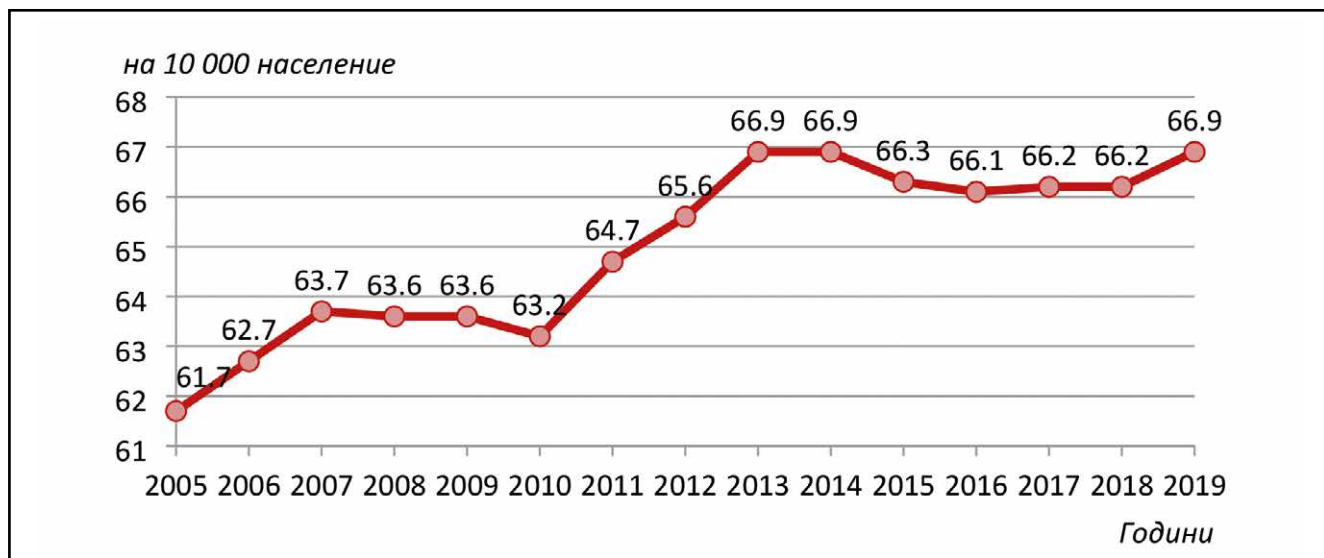


Източник: НЦОЗА

**Фигура 3.** Лекари по дентална медицина (физически лица) на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения

### Медицински специалисти по здравни грижи

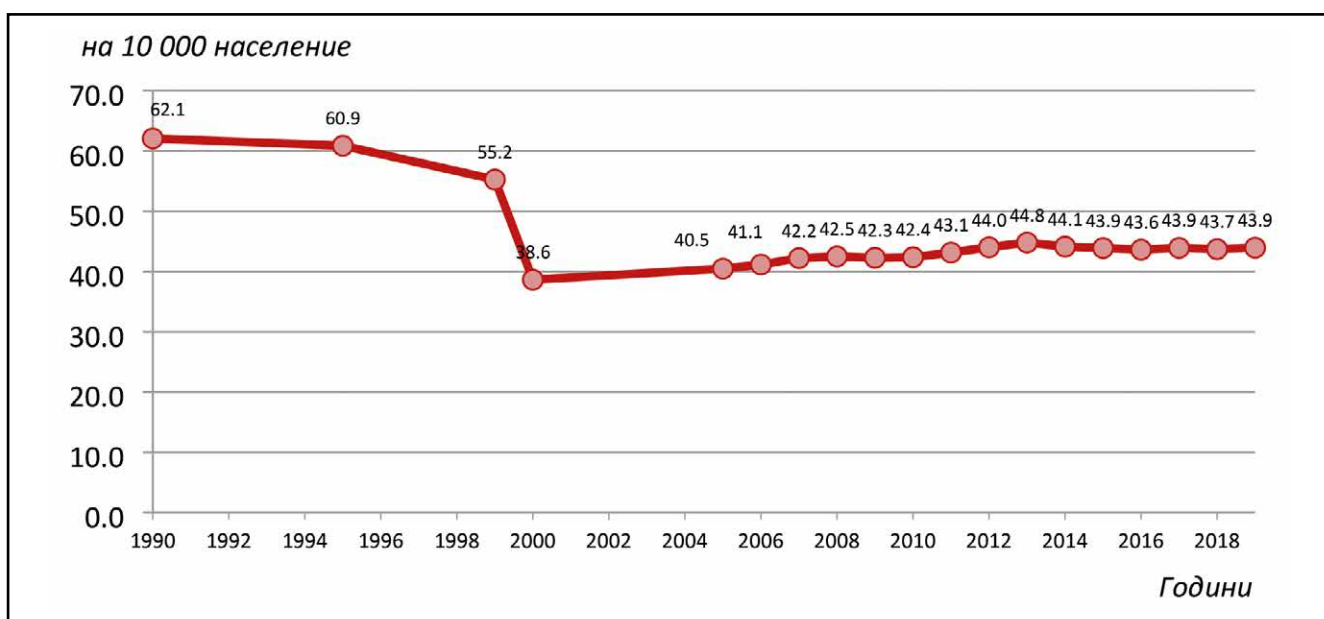
На 31.12.2019 г. броят на медицинските специалисти по здравни грижи е 46 491, като той е с 2.4% по-малък в сравнение с 2005 г. и по-малък в сравнение с всички години на разглеждания период, с изключение на 2017 и 2018 г. Осигуреността с медицинските специалисти по здравни грижи е 66.9 на 10 хиляди население за 2019 г. при 61.7 на 10 хиляди за 2005 г.



Източник: НЦОЗА

**Фигура 4.** Медицински специалисти по здравни грижи (физически лица) на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения

Данните за медицинските сестри от 1990 до 2019 г. показват силно намаление на техния брой и интензивен показател. Осигуреността с медицински сестри от 62.1 на 10 хиляди през 1990 г., достига 43.9 на 10 хиляди през 2019 г., като бележи най-значително намаление от 55.2‰ през 1999 г. на 38.6‰ през 2000 г.



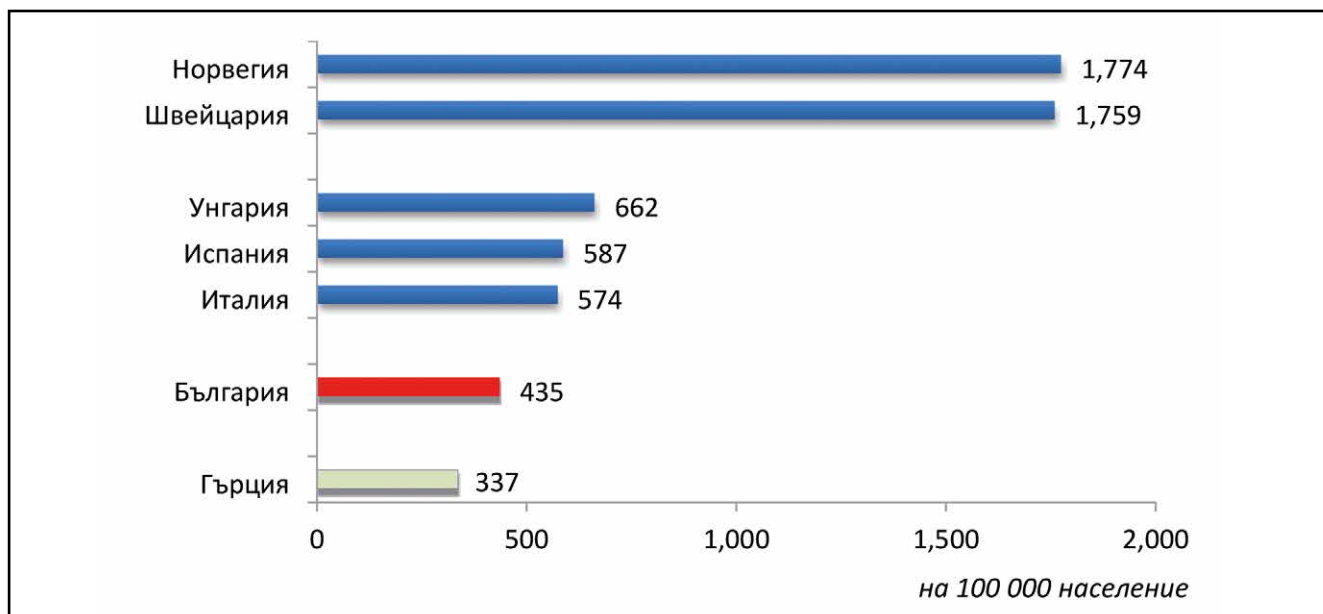
Източник: НЦОЗА

**Фигура 5.** Медицински сестри (всички профили) 1990–2019 г.





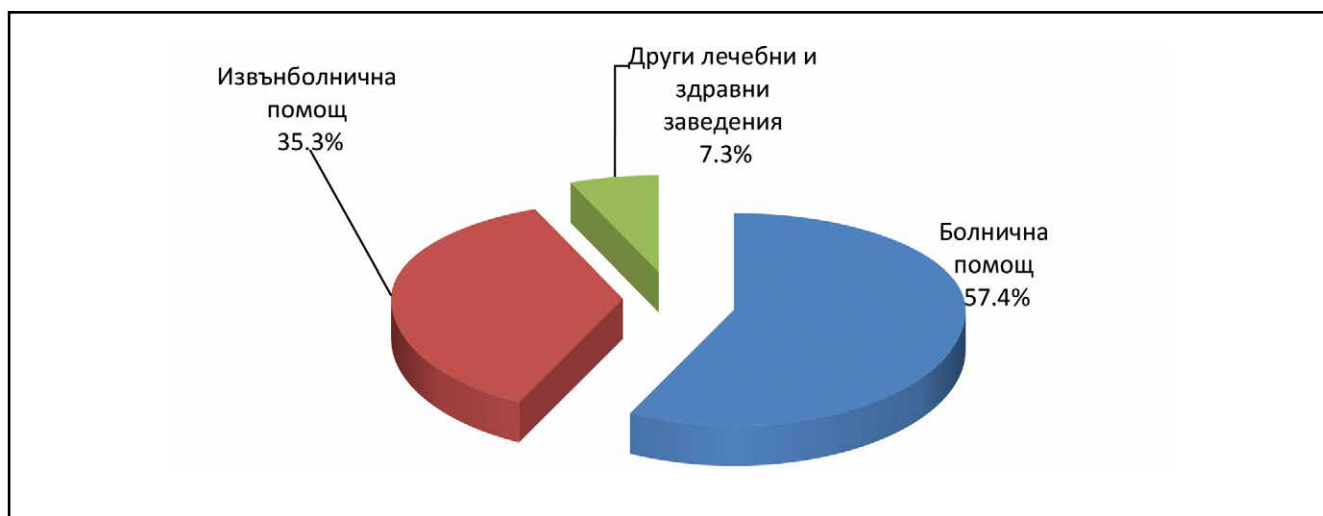
По данни на Евростат за 2018 г. осигуреността с медицински сестри в България – 435 на 100 000 население, е по-висока от тази в Гърция (337‰) и по-ниска от същата в Италия (574‰), Испания (587‰) и значително по-ниска от осигуреността с медицински сестри в Швейцария (1760‰) и Норвегия (1774‰).



Източник: Евростат

**Фигура 6.** Медицински сестри в някои европейски страни (2018 г.)

Към 31.12.2019 г. от всички практикуващи лекари специалисти в страната 57.4% са в лечебните заведения за болнична помощ, 35.3% – в заведенията за извънболнична помощ, и 7.3% – в други лечебни и здравни заведения. Разглеждан по видове заведения и специалности, най-голям е броят и делът на лекарите общо и за повечето специалности в лечебните заведения за болнична помощ.



Източник: НЦОЗА

**Фигура 7.** Лекари специалисти в болнична и извънболнична помощ



Относителният дял (%) на специалистите, работещи в лечебните заведения за болнична помощ от общия брой на тези специалисти, е показан на следващата графика.



Източник: НЦОЗА

**Фигура 8.** Относителен дял на лекарите по специалности, работещи в лечебни и здравни заведения за болнична помощ от общо лекари

На фигура 9 се вижда се, че около 50% е дялт на лекарите специалисти, работещи в болничната помощ по следните специалности:

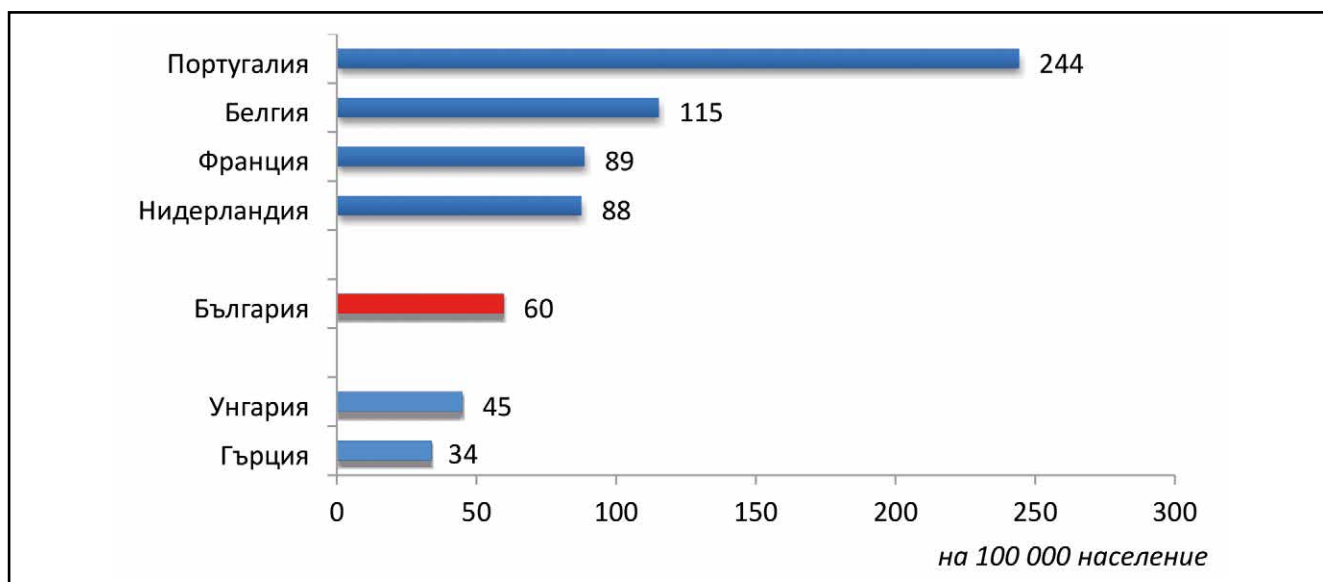


Източник: НЦОЗА

**Фигура 9.** Лекари по специалности, работещи в лечебни и здравни заведения за болнична помощ



Към 31.12.2019 г. броят на общопрактикуващите лекари, сключили договор с НЗОК, е 4 119, а осигуреността на населението с тях е 5.9 на 10 000. По данни на Евростат през последната представена година (2018 г.) България е с осигуреност с общопрактикуващи лекари 60 на 100 000, близка до Румъния (62‰) и до тази в Германия (71‰). Около и над 2 пъти по-голяма от тази в България е осигуреността с общопрактикуващи лекари в Белгия (115‰), във Франция (89‰), а значително по-ниска в Гърция (34‰) и Унгария (45‰).



Източник: Евростат

**Фигура 9.** Общопрактикуващи лекари в някои европейски страни (2018 г.)

В структурата на лекарите по специалности в лечебните заведения за болнична помощ най-голям е делът на лекарите по анестезиология и интензивно лечение, следван от тези по хирургия, кардиология, акушерство и гинекология, нервни болести, педиатрия, а най-малък е делът на лекарите по патофизиология и токсикология. В структурата на лекарите по специалности в заведенията за извънболнична помощ най-голям е делът на лекарите по очни болести, акушерство и гинекология, кардиология, нервни болести, педиатрия и др.

Данните сочат, че за разглеждания период 2005–2019 г. най-голямо е намалението на броя на специалистите по вътрешни болести (630) и епидемиология на инфекциозните болести (133), а най-много се е увеличил броят на лекарите по кардиология (898) и анестезиология и интензивно лечение (479). За същия период броят на общопрактикуващите лекари е намалял с 1 113 (от 5 232 на 4 119 души).

### **Лекари по специалности и по области (към 31.12.2019 г.)**

Общият брой на лекарите в лечебните и здравни заведения по области и относителният дял (%), който съставляват от общия брой на лекарите в лечебните и

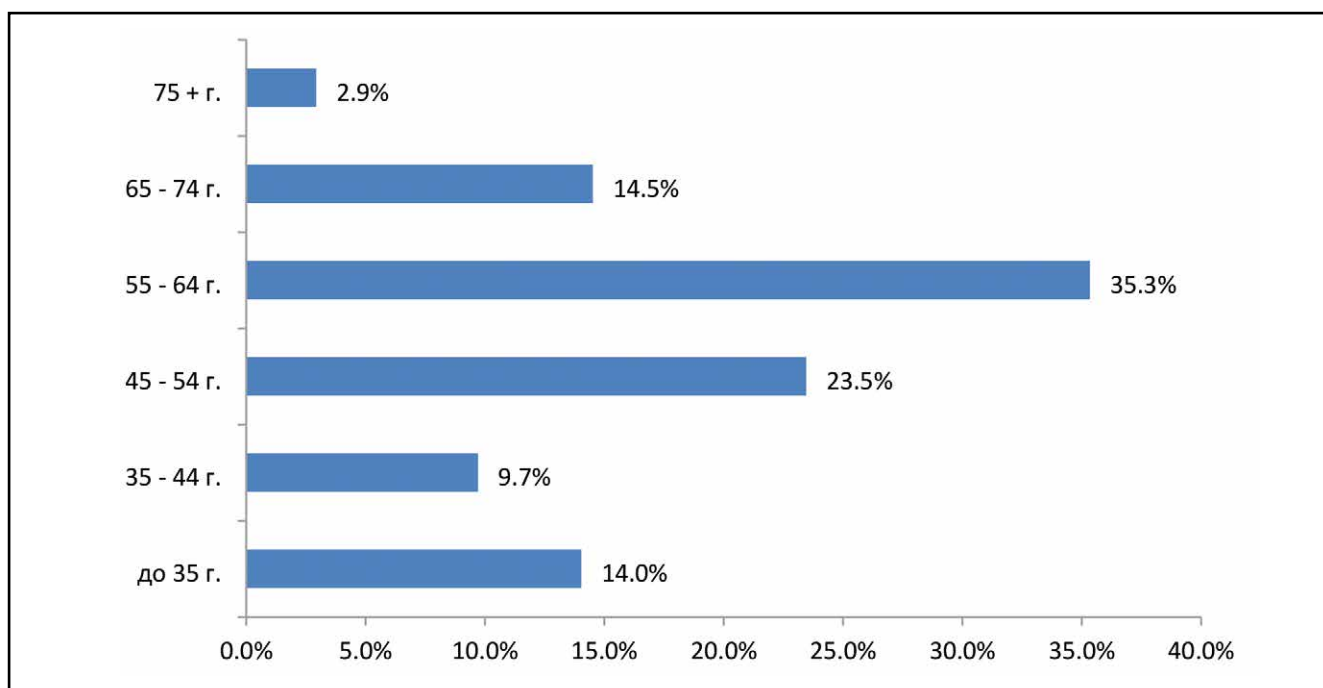


здравни заведения, е с най-високи стойности за областите: София (столица) – 6 801 и 23.0%, Пловдив – 3 402 и 11.5%, Варна – 2 383 и 8.0%, Плевен – 1 483 и 5.0%, Бургас – 1 363 и 4.6% и Стара Загора – 1 275 и 4.3%. Общият брой на лекарите в лечебните и здравни заведения в тези 6 области съставлява 52% от общия брой на лекарите в лечебните и здравни заведения в страната.

По области осигуреността с лекари всичко за 2019 г. варира от 24.8 на 10 хиляди население за област Кърджали до 62.8 на 10 хиляди население за област Плевен, като най-висока е в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници. Със стойности над средните за страната е и осигуреността с лекари за областите София–столица (51.2‰), Пловдив (51.0‰), Варна (50.7‰).

### Разпределение на лекарите по възраст

Анализът на броя на лекарите към 31.12.2019 г. и възрастовата им структура общо за страната показва, че най-голям е броят и отн. дял (%) на лекарите във възрастовата група 55–64 г. – 10 465 и 35.3%, следвани от броя и отн. дял (%) на лекарите на възраст 45–54 години – 6 946 и 23.5%. Лекарите на възраст под 35 години са 4 157, а делът им е 14.0% от всички лекари, лекарите на възраст 35 – 44 г. са 2 875, а делът, който съставляват от общия брой на лекарите в страната, е 9.7%, а тези на възраст над 65 години са 5 169 и имат отн. дял 17.5%, като в т.ч. от тях 4 300 или 14.5% от общия брой лекари са на възраст 65–74 г., 869 – 2.9% от всички лекари са на възраст над 75 г.



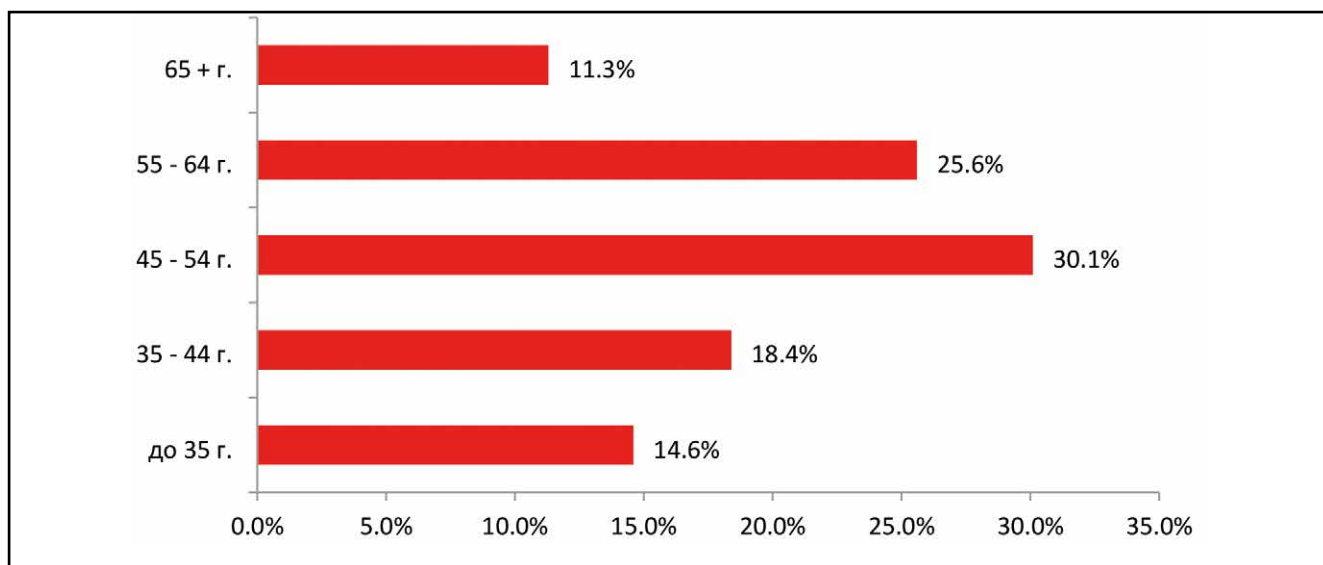
Източник: НЦОЗА

**Фигура 10.** Разпределение на лекарите по възрастови групи през 2019 г.



### Медицински специалисти по здравни грижи

Към 31.12.2019 г. броят на медицинските специалисти по здравни грижи в лечебните и здравни заведения в страната е 46 491. От тях 2 011 са фелдшери (4.3%), 3 269 акушерки (7.0%), 30 546 медицински сестри (65.7%), 6 009 лаборанти (12.9%), 1 702 зъботехници (3.7%). Осигуреността на 10 хиляди от населението към 31.12.2019 г. с акушерки е 4.7, с фелдшери – 2.9, с медицински сестри (вкл. детски) – 43.9, с лаборанти (медицински и рентгенови) – 8.6, със зъботехници – 2.4.



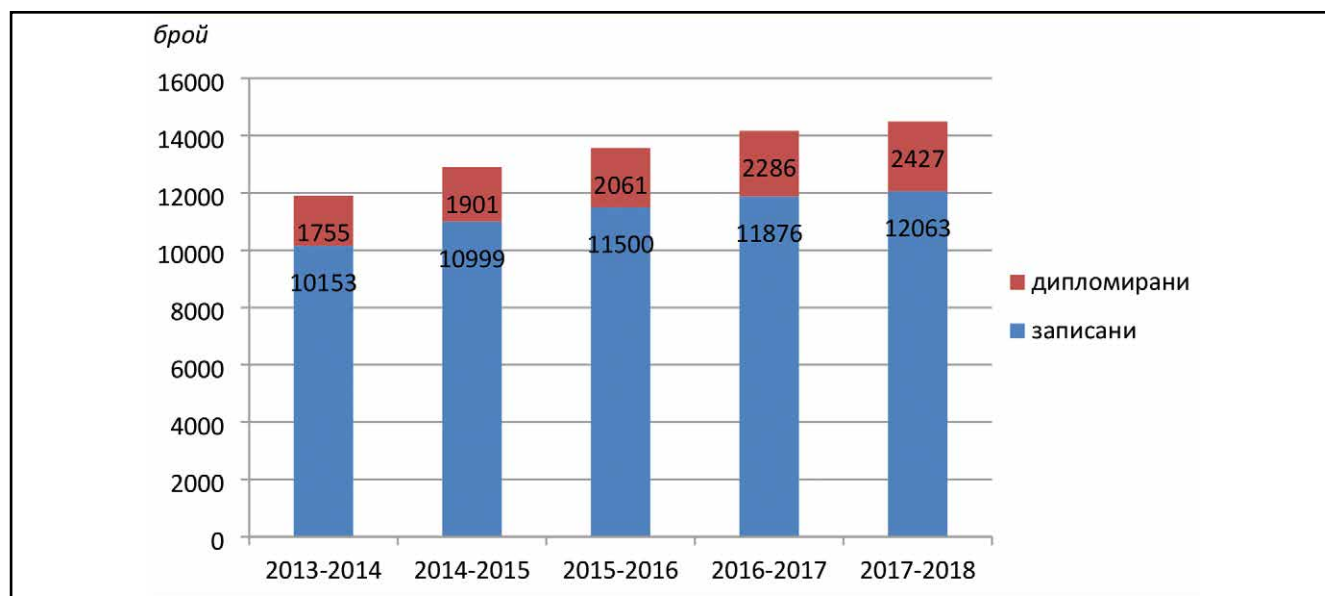
Източник: НЦОЗА

**Фигура 11.** Разпределение на медицинските специалисти по здравни грижи по възрастови групи през 2019 г.

### Обучавани студенти във висшите училища за специалностите медицина, фармация, дентална медицина, медицински сестри, акушерки за учебната 2017/2018 година

Данните за разглеждания петгодишен период 2013–2018 г. показват, че съотношението на записалите се за следване към завършилите и получили диплома остава относително постоянно.

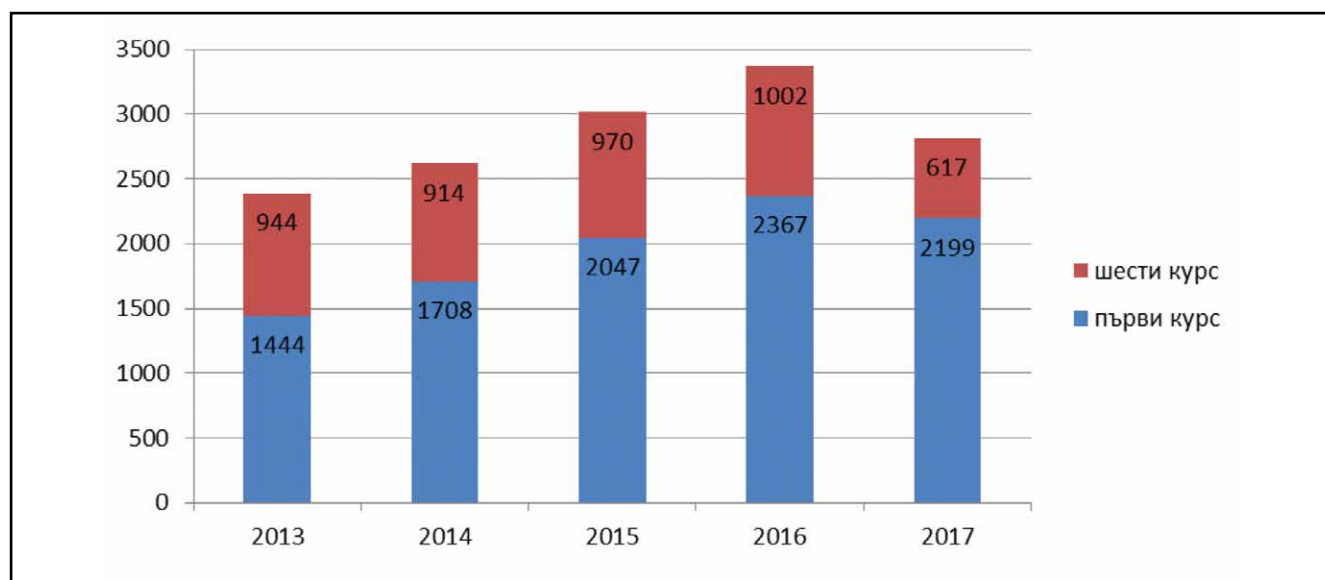




Източник: МОН

**Фигура 12.** Съотношение между постъпили и дипломирани студенти по медицина, фармация, дентална медицина и специалисти по здравни грижи за петгодишен период (всички ВУЗ)

Същото се отнася и за съотношението между първокурсници и шестокурсници. Това общо взето показва относително постоянен процес на преминаване в по-горен курс, т.е. плавен обучителен процес.

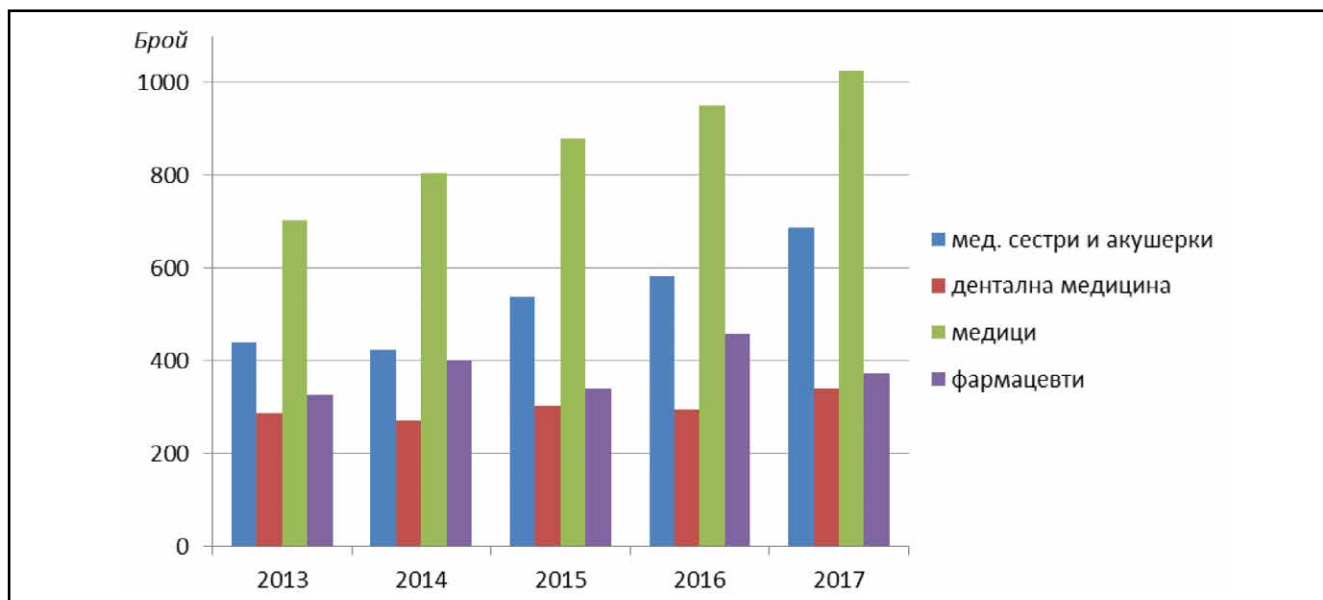


Източник: МОН

**Фигура 13.** Съотношение студенти първи курс към студенти шести курс за петгодишен период



Съотношението по специалности показва тревожна тенденция за изоставане на броя на медицинските сестри и акушерки в сравнение с лекарите-медици. Тази диспропорция съществува в началото на наблюдавания период и се наблюдава впоследствие през всяка една година до 2017 г.



Източник: МОН

**Фигура 14.** Дипломирани студенти по специалности за петгодишен период

## Изводи и заключения

Данните сочат, че като цяло броят на медицинските специалисти в България показва леко увеличение на осигуреността на населението с лекари – от 36.5 на 10 000 население през 2005 г. до 42.6 на 10 000 население през 2019 г. Най-вероятни предпоставки за това са както нарастването на броя на лекарите, така и намаляването на броя на населението в страната за всяка една година от разглеждания период. Заедно с това се наблюдава трайна тенденция към концентрация на медицински кадри в големите центрове в страната – над половината от медицинските специалисти са съсредоточени в няколко големи града. Неравномерно разпределение се наблюдава и по отношение на различните специалности, което е сериозна предпоставка за влошаване на качеството на медицинските услуги.

Осигуреността на населението с лекари по дентална медицина е нараснала от 8.4 на 10 000 население през 2005 г. на 10.6 на 10 000 население през 2019 г. Наблюдаваната тенденция, със слаби колебания през отделните години, е почти непрекъснато възходяща за разглеждания период.

Макар и с известни колебания през отделните години на периода 2005–2019 г. осигуреността с медицински специалисти по здравни грижи нараства и от 61.7 на



10 000 население през първата година на разглеждания период достига 66.9 на 10 000 през последната година.

Данните за медицинските специалисти по здравни грижи по видове показват, че най-голям е делът на медицинските сестри, като през 2019 г. те съставляват 66% от всички медицински специалисти по здравни грижи. Данните за осигуреността с медицински сестри за по-голям период показват добре изразена динамика. През 1990 г. този показател е 62.1‰, достига през 1999 г. 55.2‰, рязко намалява през 2000 г. до 38.6‰, след което постепенно нараства и достига 43.9‰ през 2019 г.

Разпределението на лекарите и медицинския персонал по здравни грижи в териториален аспект също е от съществено значение за осигуряване на адекватна медицинска помощ на населението в страната. Данните показват, че 52% от общия брой на лекарите практикуват в 6 области: София-столица, Пловдив, Варна, Плевен, Бургас и Стара Загора. Съотношението с населението ранжира с най-висока осигуреност с лекари областите Плевен, София-столица, Пловдив, Варна, а с най-ниска Кърджали, Добрич, Силистра, Ямбол и Разград. Най-висока е осигуреността с медицински специалисти по здравни грижи в областите Плевен, София-столица и Пловдив, а най-ниска в областите Перник, Добрич, Благоевград. Неравномерно е разпределението и на общопрактикуващите лекари по области. Половината от тях практикуват в 6 области – София-столица, Пловдив, Варна, Стара Загора, Бургас и Плевен. Въпреки това, показателят за осигуреност, който е зависим от броя на населението, е най-висок в областите Плевен, Кюстендил, Видин, Монтана, а най-нисък в областите Кърджали, Търговище, Разград.

Анализът на възрастовото разпределение на лекарите показва, че през 2019 г. 35.3% от тях са на възраст от 55 до 64 години, следвани от лекарите на възраст от 45 до 54 години (23.5%). Най-младите лекари, на възраст под 35 години, съставляват 14.0% от всички практикуващи лекари, а във високите възрасти тези дялове са съответно 65–74 г. – 14.5%, и над 75 г. – 2.9%. Възрастовото разпределение на медицинските специалисти по здравни грижи през 2019 г. показва, че най-голяма част от тях – 30.1%, са на възраст от 45 до 54 години, следвани от тези на възраст 55–64 години – 25.6%. Медицинските специалисти по здравни грижи на възраст под 35 г. са 14.6%, а тези над 65 г. възлизат на 11.3%.

Важен показател за състоянието и развитието на медицинския персонал е съотношението лекари сестри, като хипотетично оптимално съотношение е определено за 1 лекар да бъдат осигурени 3 сестри. През 2019 г. данните показват, че за България на 1 лекар се съотнасят 1.6 медицински сестри. За сравнение, в някои европейски страни това съотношение е 1 лекар към 2.3 сестри (Румъния и Полша), а в Норвегия същото съотношение е 1 лекар към 3.9 сестри. Този показател е от значение както за обема, така и за качеството на извършваната медицинска дейност в лечебните заведения. Диспропорцията между лекарите и медицинските сестри е заложена още при тяхното обучение.

**Референци**

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405407/>
2. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_physicians](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians)
3. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_nursing\\_and\\_caring\\_professionals](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals)
4. **НСИ 2017** <http://www.nsi.bg/bg/content/3316/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB>
5. **НЦОЗА, 2017** [http://ncphp.government.bg/index.php?option=com\\_content&view=category&id=166&Itemid=550&lang=bg](http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=category&id=166&Itemid=550&lang=bg)
6. **МОН, 2017**



# ПСИХОМЕТРИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА БЪЛГАРСКАТА ВЕРСИЯ НА ИНДЕКС ЗА ЧУВСТВИТЕЛНОСТ КЪМ ТРЕВОЖНОСТ (ASI)

Димитър Неделчев<sup>1</sup>, Елена Пседерска<sup>1,2</sup>, Кирил Бозгунов<sup>1</sup>, Георги Василев<sup>1</sup>,  
Жасмин Василева<sup>3\*</sup>

1. Български университет по зависимости. София 1336, България

2. Нов български университет. София, България

**Резюме:** Целта на статията е да разгледа психометричните характеристики на българската версия на самооценъчния въпросник Индекс за чувствителност към тревожност – Anxiety Sensitivity Index (ASI, Reiss et al., 1986). Българската версия на ASI беше попълнена от общо 655 участници, по-голямата част от които покриваха критерии за минала зависимост към хероин (N=136), амфетамини (N=124) или полизависимост (N=175), както и контролни участници, без история на зависимост (N=220). Вътрешната консистентност на скалата беше много добра ( $\alpha = 0.85$ ). Нямаше значими полови разлики в нивата на чувствителност към тревожност. Участниците със зависимости имаха значимо по-високи резултати в сравнение с контролните участници. При проверката на външната валидност бяха потвърдени теоретично очакваните връзки с подобни конструкти. Резултатите от българската версия на скалата бяха консистентни с тези на оригиналната скала ASI.

**Ключови думи:** чувствителност към тревожност, зависимости, психометрични характеристики

## PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE BULGARIAN VERSION OF THE ANXIETY SENSITIVITY INDEX (ASI)

Dimitar Nedelchev<sup>1</sup>, Elena Psederska<sup>1,2</sup>, Kiril Bozgunov<sup>1</sup>, Georgi Vasilev<sup>1</sup>, Jasmin Vassileva<sup>3\*</sup>

**Abstract:** The aim of the current study was to explore the psychometric characteristics of the Bulgarian version of the self-report Anxiety Sensitivity Index (ASI, Reiss et al., 1986). 655 participants completed the Bulgarian version of the ASI. The majority of the participants had past dependence on heroin (N=136), amphetamines (N=124) or polysubstance dependence (N=175), and control participants without history of substance use disorders (N=220). The internal consistency of the scale was very good ( $\alpha = 0.85$ ). There were no significant gender differences in anxiety sensitivity. 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 ASI were consistent with those of the original ASI scale.

**Keywords:** anxiety sensitivity, addictions, psychometric characteristics





## ВЪВЕДЕНИЕ

През годините редица клиницисти докладват за случаи на хора, преживели *страх от страха*. Първоначално, още без конкретна дефиниция, този феномен е описан от учени в различни области на психологията: психоанализа, бихевиоризъм и когнитивна психология (Reiss et al., 1986). Goldstein & Chambless (1978) дефинират концепцията за *страх от страха*, като извеждат за водещ страха от повтарящи се панически атаки при хора, които вече са имали такива. Опирайки се на тяхната дефиниция, Reiss et al. (1986) изграждат своя концепция за *страх от страха*, като предлагат термина *чувствителност към тревожност*, на базата на който са проведени редица изследвания. В последните години *чувствителността към тревожност* е един от основните конструкти, разглеждани като етиологичен фактор в развитието на тревожни разстройства, най-вече в развитието на паническо разстройство и агорафобия (Clark & Beck, 2010). Настоящата статия цели да разгледа развитието и значението на конструкта *чувствителност към тревожност* и да оцени психометричните характеристики на една от най-широкоразпространените скали за неговата оценка – *Индекс за чувствителност към тревожност* (ASI, Reiss et al., 1986).

### **Чувствителност към тревожност**

Първата концепция за *страх от страха* предлагат Goldstein & Chambless (1978). По тяхно мнение, подобно на кондиционирането на Павлов, човек с история на панически пристъпи се научава да очаква с ужас възможността от появата на нови пристъпи. Стъпвайки на тази концепция, Reiss & Mc Nally (1985, цит. по Reiss et al., 1986) представят *страх от страха* като процес, състоящ се от два компонента – *очакване за тревожност* и *чувствителност към тревожност*. Те определят *очакването за тревожност* като асоциативен процес, при който човек се е научил, че даден стимул буди тревожност/страх. При *чувствителността към тревожност* човек вярва, че преживяването на тревожност/страх може да доведе до вредни последици. Хората с високи нива на *чувствителност към тревожност* вярват, че тревожността и физическите симптоми могат да доведат до сериозни увреждания. Например болката в гръдния кош може да бъде интерпретирана като предстоящ сърдечен удар и наличието на ускорено сърцебиене може да бъде възприето като знак за предстоящ инфаркт (Reiss, 1991). Тези преживявания увеличават мотивацията за поведения, свързани с избягване на стимули, причиняващи тревога и безпокойство (Reiss et al., 1986).

Според теорията на Reiss (1991) *страхът* се състои от три основни компонента: *страх от нараняване*, *страх от тревожност (чувствителност към тревожност)* и *страх от негативна оценка*. Reiss обръща особено внимание на *чувствителността към тревожност*, като подчертава, че тя може да бъде разгледана както като предразполагащ рисков фактор за отключването на тревожна симптоматика, така и като следствие от вече развити панически атаки и тревожни разстройства. При тревожните разстрой-



ства чувствителността към тревожност засилва допълнително вече наличните симптоми и съответно играе важна роля в развитието и поддържането им (Taylor, 1999).

### **Индекс за чувствителност към тревожност**

Скалата *Индекс за чувствителност към тревожност*, разработена от Reiss et al. (Anxiety Sensitivity Index, ASI, 1986), е един от най-широко разпространените инструменти за оценка на чувствителността към тревожност (Wheaton et al., 2012). Оригиналната скала се състои от 16 айтема, оценявани по 5-степенна Ликертова скала. Високи стойности по скалата отразяват по-интензивни негативни емоции, съпътстващи преживяването на тревожност, т.нар. *страх от страха* (напр. „Плаша се, когато съм нервен“, „Когато не мога да се съсредоточа, се притеснявам, че полудявам“). Една от критиките към скалата е, че броят айтеми, които съдържа, е прекалено малък и възможността за надеждна оценка е съмнителна (Zinbarg et al., 1999). Именно поради тази критика към методиката Taylor and Cox (1998a, 1998b) правят два опита да ревизират и конструират нови, по-разширени версии на ASI. Така в свои изследвания те създават ASI-Revised (ASI-R, Taylor and Cox, 1998a) и Anxiety Sensitivity Profile (ASP, Taylor and Cox, 1998b). Двете скали са по-дълги версии на ASI, ASI-R се състои от 30-айтема, а ASP – от 60-айтема. И двете скали демонстрират 4-ри факторна структура. С времето тези две скали отпадат поради неконсистентността на факторните им решения в различни изследвания (Deacon, Abramowitz, Woods, & Tolin, 2003; Zvolensky et al., 2003 цит. по Taylor et al., 2007). Първоначално въпросникът е замислен да измерва чувствителността към тревожност като единен конструкт, но с времето скалата претърпява ревизии, а фокусът се измества върху мултидименсионалността на чувствителността към тревожност (Taylor et al., 2007). Скалата преминава през няколко редакции, като последната, трета версия на скалата – ASI-3, е разработена от Taylor et al. (2007). Разликата с първата версия на ASI е в това, че конструктът е разгледан като състоящ се от три отделни, но взаимосвързани фактора – страх от физически усещания, страх от публично наблюдавани симптоми, страх от загуба на когнитивен контрол.

В настоящото изследване се придържаме към оригиналната първа версия на скалата *Индекс за чувствителност към тревожност* (ASI, Reiss et al., 1986). Към момента на изследването не ни е известно да са налице други адаптирани скали за оценка на чувствителност към тревожност в България. Настоящата скала беше избрана като най-кратка и компактна за провеждане, като данните за адаптирането ѝ бяха събрани в рамките на по-голямо изследване, фокусирано върху оценка на импулсивност при зависими. Адаптирането на *Индекс за чувствителност към тревожност* ще даде възможност както за провеждане на по-точни изследвания, така и за оценка на конструкта в рамките на клинични интервенции в България.



## МЕТОД

### Участници

Извадката се състоеше от 655 участници, от които 461 мъже и 194 жени на възраст между 18 и 50 години (медиана от 27 години), които в периода 2010–2020 година взеха участие в по-обширно изследване на различни видове импулсивност при потребители на опиати и стимуланти. От тях 136 лица покриваха критерии за минала зависимост към хероин (102 мъже), 124 към амфетамини (84 мъже), 175 към повече от едно вещество (142 мъже) и 220 лица бяха в контролната група без предишна или текуща зависимост към наркотични вещества (133 мъже). По-голямата част от участниците, които спадат към групите със зависимост, бяха в продължителна ремисия към момента на участие в изследването, което беше допълнително проверено чрез използване на токсикологични уринни тестове и дрегер за алкохол. Средната продължителност на ремисията беше 2.99 (SD 3.07) години за амфетаминовата група, 6.74 (SD 5.95) години за хероиновата група и 2.99 (SD 4.02) години за полизависимата група. Средната продължителност на образованието на участниците беше 13 години (SD 2.69), като случаите варираха от 8 до 22 години. Интелигентността беше оценена с *Прогресивните матрици на Рейвън* (Raven, 2003). Средните стойности на интелигентността в извадката бяха със 107.43 (SD 13.74) IQ, отразяващи средно ниво на интелигентност.

### Процедура и инструменти

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

Част от избраните методики, които нямаха българска адаптация към момента на започване на изследването, бяха независимо преведени на български и обратно – преведени на английски, до получаване на задоволително сходство с оригинала.

*Прогресивните матрици на Рейвън/ Raven`s progressive matrices* (Raven, 2003) е методика, измерваща невербална интелигентност, която е широко използвана в българската клинична практика.

*Структурирано клинично интервю на DSM-IV ос 1 разстройства / Structured clinical interview for DSM-IV Axis I* (SCID-I-CV; First, Spitzer, Gibbon, Williams, 1997). 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*. Всяка секция започва със серия от скринингови въпроси, за да се определи дали честотата и количеството на употре-



бата са достатъчно значителни, за да се направи подробна оценка за злоупотреба и зависимост, или употребата е незначителна и не се нуждае от допълнителна оценка. 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 и интернализиращ спектър

Статистическите модели за психиатрична коморбидност разкриват два основни широкоспектърни фактора – екстернализиращ и интернализиращ спектър, които обясняват голяма част от съпътстващите симптоми на психичните разстройства в детска и зряла възраст. Основната разлика между двата фактора е в посоката на изразеност на емоциите и поведението. При екстернализиращите разстройства и черти маладаптивните когнитивни и емоции са насочени главно към заобикалящата среда. Този спектър включва поведения, които се проявяват под формата на агресия, поведенчески проблеми, хиперактивност и дефицит на вниманието, импулсивност и др. Интернализиращите разстройства и черти се свързват с вътрешно напрежение, характеризиращо се с преживяването на негативен афект и специфични когнитивни състояния. Такива са например депресия, тревожност, алекситимия и др. (Veltri et al., 2009). Този модел на разделение беше следван при описване на методиките, включени в изследването.

### 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, които формират два фактора: фактор 1 оценява интерперсонални отношения и афективни преживявания (напр. грандиозност, манипулативност, липса на състрадание, липса на разкаяние или чувство на вина и т.н.); фактор 2 оценява антисоциални и импулсивни поведения (напр. импулсивност, слаби задръжки на поведението, антисоциално поведение и т.н.). Подробен психометричен анализ на българската извадка е направен от Wilson et al. (2014). В текущата извадка инструментът имаше добра вътрешна консистентност за цялата скала ( $\alpha = 0.9$ ), както и за двете субскали ( $\alpha = 0.78$  и  $\alpha = 0.87$ ). Провеждащите PCL:SV интервюто бяха обучени от проф. д-р Жасмин Василева, която е отговорна за превода и адаптацията на методиката на български език в издателството Multi-Health 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, като част от айтемите са реверсирани. Създадена е с цел да отрази двуфакторния модел на психопатия в PCL-R (Hare et al., 1990), като първите 16 айтема отговарят на първична психопатия (манипулативно и себично поведение, липса на емпатия), докато вторите 10 айтема отразяват вторична психопатия (импулсивност и антисоциално поведение). Инструментът постигна добра вътрешна консистентност в текущата извадка ( $\alpha = 0.84$ ). Българската адаптация на скалата и оценка на психометричните ѝ качества е направена от Psederska et al. (2020).

*Антисоциално личностово разстройство / Antisocial personality disorder.* Наличието на поведенческо или антисоциално личностово разстройство беше оценено по модула ASPD от *Структурираното клиничното 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 – липса, 2 – подпрагово, 3 – наличие) на базата на поведенчески примери, извлечени от изследваното лице по време на интервюто. Поведенческо разстройство може да бъде диагностицирано, когато изследваното лице покрива поне три симптома от критериите за поведенческо разстройство. Антисоциално личностово разстройство може да бъде диагностицирано при данни за поведенческо разстройство в детска възраст и поне три покрити симптома от критериите на антисоциално личностово разстройство.

*Въпросник за агресия на Бъс и Уорън / Buss & Warren Aggression Questionnaire (AQ: Aggression Questionnaire; Buss & Warren, 2000).* Този широко разпространен самооценъчен въпросник за агресия се състои от 34 айтема, за които изследваните лица посочват до каква степен твърдението отговаря на личността им по 5-степенна Ликертова скала (от *съвсем не* до *напълно*). Въпросникът се състои от 5 субскали, 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). Използваната в настоящото изследване версия е адаптирана от Попов и съавт. (2016а). Скалата демонстрира отлична вътрешна консистентност ( $\alpha = 0.92$ ).

*Скала за импулсивност на Барат, 11 версия / Barratt Impulsiveness Scale-11 version (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995)* е скала от 30 айтема, измерваща поведенческите и личностните аспекти на импулсивността. Айтемите се оценяват по 4-степенна Ликертова скала, показваща доколко изследваното лице мисли или действа по съответния начин (от *рядко/никога* до *почти винаги/винаги*). BIS-11 се състои от 3 подскали – непланираща импулсивност, моторна импулсивност и импулсивност на вниманието. Скалата показва висока вътрешна консистентност ( $\alpha = 0.87$ ), а трите подскали – приемлива ( $\alpha = 0.75$ ,  $\alpha = 0.71$ ,  $\alpha = 0.75$ ). Скалата е адаптирана и в българска извадка (Неделчев и съавт., 2020).





*UPPS Скала за импулсивно поведение / UPPS Impulsive Behavior Scale (UPPS; Whiteside & Lynam, 2001)* е скала, измерваща пет 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. Петте ѝ скали са позитивна неотложност, негативна неотложност, непреднамереност, непостоянство и търсене на усещания. В текущата извадка общата скала показва отлична вътрешна консистентност ( $\alpha = 0.93$ ), както и четирите подскали ( $\alpha$ 's = 0.91-0.93).

*Скала за търсене на усещания, версия V / Sensation Seeking Scale-V version (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 вълнения и търсене на преживявания. Цялата скала показва висока вътрешна консистентност ( $\alpha = 0.91$ ), а четирите подскали – от приемлива до отлична (респективно  $\alpha = 0.83$ ,  $\alpha = 0.68$ ,  $\alpha = 0.9$ ,  $\alpha = 0.78$ ).

*Скала за оценка на хиперактивност и дефицит на вниманието (ХАДВ) / Wender Utah Rating Scale (WURS: Ward, Wender, & Reimherr, 1993)* е самооценъчен въпросник за ретроспективно оценяване на ХАДВ в детска възраст при възрастни хора. Съкратената версия се състои от 25 айтема, за всеки от които участниците посочват до каква степен са имали симптома в детска възраст по 5-степенна Ликертова скала (от *съвсем не или малко до доста много*). Скалата показва отлична вътрешна консистентност в текущата извадка ( $\alpha = 0.91$ ) и е използвана с български участници от Segalà et al. (2015). Неделчев и съавт. (2016) правят адаптация на българския превод на скалата.

### **Интернализиращ спектър**

*Индекс за чувствителност към тревожност / Anxiety Sensitivity Index.* Централният фокус на настоящата разработка е *Индекс за чувствителност към тревожност (ASI: Reiss, Peterson, Gursky, et al., 1986)*. За разлика от *Въпросник за оценка на тревожността на Спилбъргър*, скалата ASI не измерва тревожността, а чувствителността към нея, която е демонстрирана като независим конструкт. Тя се състои от 16 айтема, като изследваното лице посочва по 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 добра вътрешна консистентност в текущата извадка ( $\alpha = 0.85$ ).

*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 20 айтема, като първата 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 отлична вътрешна консистентност в текущата извадка ( $\alpha = 0.93$  и  $\alpha = 0.92$ ) и почти всички ново преведени айтеми показаха висока корелация с останалите айтеми в скалата ( $r > .68$ ), с изключение на айтем 35 („Чувствам се не на място“;  $r = 0.43$ ).

Скала за депресия на Бек-II / *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer, Brown, et al., 1996) се състои от 21 айтема, при които изследваните лица посочват в каква степен са изпитали всеки от посочените симптоми за депресия през последните 2 седмици чрез 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 нашата извадка скалата показва много висока вътрешна консистентност ( $\alpha = 0.93$ ).

Скала за алекситимия от Торонто-20 / *Toronto Alexithymia Scale-20* (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, като част от айтемите са реверсирани. Скалата демонстрира трифакторна структура – (F1) трудности в идентифицирането на чувства, (F2) трудности в описването на чувства, (F3) външно ориентирано мислене, което съответства теоретично на конструкта алекситимия (Bagby et al., 1994a). Попов и съавт. (2016b) правят адаптация на скалата в българска извадка.

## РЕЗУЛТАТИ

### Вътрешна консистентност

Вътрешната консистентност за целия инструмент беше оценена с алфата на Кронбах, изчислена върху полихоричната корелационна матрица (Holgado-Tello et al., 2010). Тези стойности заедно със средните точки и стандартното отклонение за скалата са видими в Таблица 1. Скалата демонстрира много добра вътрешна консистентност ( $\alpha = 0.85$ ).

**Таблица 1.** Описателна статистика и вътрешна консистентност на скалата в цялата извадка

Скала	Средна стойност	SD	$\alpha^*$ на Кронбах
Общо	17.94	9.01	0.85

\* изчислена въз основа на полихоричната корелационна матрица;



### Факторна тежест

За определяне на айтемите, които да останат в тествания модел на скалата на ASI, използвахме процедура за последователно отпадане на айтеми, описана от LaNoe, Harvey, Mautner, Ku, & Scott (2015). Айтемите на скалата показаха добри стойности, свидетелстващи за добра вътрешна структурна валидност между айтемите (Cronbach alpha  $>.70$ ), само един от общо 16 айтема (означен с потъмнен черен цвят в Таблица 2), имаше ниска факторна тежест (под  $.30$ ), поради което беше отстранен от модела (LaNoe et al., 2015).

**Таблица 2.** Факторни тегла на айтемите на ASI

№	Айтем	Факторна тежест
1	Важно е за мен да не изглеждам нервен	.611
2	Когато не мога да се съсредоточа, се притеснявам, че полудявам	.548
3	Страх ме е, когато съм разтреперан	.475
4	Страх ме е, когато се чувствам немощен / отмалял / отпаднал	.416
5	Важно е за мен да бъда в контрол на емоциите си	.684
6	Страх ме е, когато имам сърцебиене	.611
7	Неудобно ми е, когато ми къркорят червата	.353
8	Страх ме хваща, когато ми се гади	.477
9	Когато усетя, че имам сърцебиене, се притеснявам, че мога да получа инфаркт	.601
10	Страх ме хваща, когато не ми достига въздух	.598
11	Когато стомахът ми е разстроен, се притеснявам, че може би съм тежко болен	.364
12	Страх ме хваща, когато не мога да се съсредоточа върху нещо	.479
13	Околните забелязват, когато съм разтреперан	.223
14	Необичайните телесни усещания ме притесняват	.464
15	Когато съм нервен, се притеснявам, че сигурно съм душевно болен	.566
16	Плаша се, когато съм нервен	.556

### Полови и групови различия

В Таблица 3 са представени средните стойности и стандартните отклонения, разделени по пол за цялата извадка, както и резултатите от t-тестове за независими извадки за тези разлики. Не се наблюдаваха статистически значими разлики между мъжете и жените по средните стойности на скалата.

**Таблица 3.** Описателна статистика по пол

Скала	Мъже (n= 461)		Жени (n= 194)		t *	p
	Средна	SD	Средна	SD		
Общо	17.77	8.91	18.36	9.25	-0.756	< 0.450

\*df= 652

Описателните данни между двете основни изследвани групи – контролна и на индивиди с история на зависимост към психоактивни вещества, са представени в Таблица 4. Лицата с минала или сегашна зависимост към наркотични вещества имаха по-високи средни стойности в сравнение с хората без зависимост. Разликите между групите са статистически значими.

Резултатите, представени в Таблица 5, са на участниците от групата на зависимите, разделени в подгрупи, базирани на основния вид психоактивно вещество. Не се наблюдаваха статистически значими разлики между участниците в трите подгрупи по точките на общата скала.

**Таблица 4.** Описателни данни по група

Скала	Контролна група (n= 220)		Наркотична зависимост (n= 435)		t *	p
	Средна	SD	Средна	SD		
Общо	15.92	8.39	18.97	9.15	-4.134	< 0.000

\*df= 652

**Таблица 5.** Описателни данни в подгрупите на зависимите

Скала	Хероин зависими (n= 136)		Амфета- мин зави- сими (n= 124)		Поли зависими (n= 175)		F *	p
	Средна	SD	Средна	SD	Средна	SD		
Общо	17.99	9.12	18.47	9.20	20.09	9.079	2.281	< 0.103

\*df= 433

### Външна валидност

За оценка на външната валидност анализирахме модела от прости и парциални корелации между стойностите на скалата ASI с останалите методики в изследването ни. В Таблица 6 са представени резултатите, като извън скобите са показани прости корелации, а в скобите са парциалните корелации за скалата.

По отношение на демографските променливи/характеристики беше открита отрицателна значима връзка между чувствителността към тревожност и интелигентността, оценена чрез Прогресивните матрици на Рейвън ( $r = -.161$ ).



По отношение на мерките от екстернализиращия спектър чувствителността към тревожност корелираше с психопатията, оценена чрез чеклист за психопатия PCL:SV, както и с втори фактор на PCL:SV (импулсивна/поведенческа психопатия). На ниво на частичната корелация, когато останалите фактори бяха контролирани, корелацията с първи фактор (личностова психопатия) не остана значима. От друга страна, връзките с общите точки и втори фактор се запазиха положителни. ASI демонстрира слаби, но статистически значими връзки със самооценъчния въпросник за психопатия LSRP. При контролиране на факторите на скалата на LSRP връзката се запази само с общите точки на скалата и втория ѝ фактор. Със структурираното интервю за поведенческо и антисоциално разстройство ASI запази значимата си връзка само с антисоциалното разстройство, след контролиране на скалите една с друга. Интересни са резултатите с инструмента, измерващ агресия и нейните дименсии. При контролиране на факторите ASI имаше значима връзка с общите точки по скалата и двата ѝ подфактора гняв и враждебност. С инструментите, измерващи импулсивност, скалата имаше много слаби, но все пак значими връзки. Не беше изненадваща и отрицателната връзка със скалата за търсене на силни усещания.

При мерките от интернализиращия спектър ASI показва връзка със ситуативната и личностовата тревожност. Контролирани една с друга, значимата и най-висока връзка от всички скали е с личностовата тревожност. Положителна беше и връзката с индекса за депресия. Интересни са резултатите на този конструктор със скалата от Торонто за алекситимия. Имаше положителни връзки на ASI с общата скала на TAS и фактора трудности в идентифициране на емоции.

**Таблица 6.** Прости и (парциални) корелации на ASI, обща скала и критерийни променливи

Критерийни променливи	Общо
<b>Демографски характеристики</b>	
Възраст	-.006
IQ (матрици на Рейвън)	<b>-.161</b>
Година образование	-.029
<b>Екстернализиращ спектър</b>	
PCL:SV Общо	<b>.114</b>
PCL:SV Фактор 1	.112 (-.043)
PCL:SV Фактор 2	<b>.205 (.175)</b>
Levenson Self-report psychopathy	
LSRP Фактор 1	.154 (.033)
LSRP Фактор 2	<b>.300 (.263)</b>
LSRP Общо	<b>.245</b>
Антисоциално поведение	
Поведенческо разстройство	.111 (-.013)



Антисоциално разстройство	<b>.195 (.163)</b>
Buss Warren Aggression Questionnaire (BWAQ)	
Физическа агресия	.183 (-.070)
Вербална агресия	.145 (-.080)
Гняв	<b>.380 (.270)</b>
Враждебност	<b>.362 (.245)</b>
BWAQ Общо	<b>.361</b>
Wender Utah Rating Scale	<b>.331</b>
Barratt Impulsiveness Scale-11	<b>.196</b>
UPPS Impulsive Behavior Scale	<b>.218</b>
Sensation-Seeking Scale-V	-0.17
<b>Интернализиращ спектър</b>	
Ситуативна тревожност	.263 (.007)
Личностова тревожност	<b>.407 (.322)</b>
Beck Depression Inventory-II	<b>.371</b>
<b>Torronto alexithymia scale (TAS-20)</b>	
Трудности в идентифициране на емоции	<b>394 (.313)</b>
Трудности в описване на емоции	253 (-.010)
Външно ориентирано мислене	.017 (-.052)
Torronto Alexithymia Scale общо	<b>.320</b>

Извън скобите са простите корелации, в скобите са парциалните корелации, когато са контролирани останалите фактори. Удебелени са значимите парциални корелации (при  $df = 654$  и ниво на значимост  $p < .005$ ).

## ДИСКУСИЯ

Изследването, което проведохме, имаше за цел да оцени и опише психометричните характеристики на българската версия на скалата *Индекс за чувствителност към тревожност*. Тествахме вътрешната консистентност на скалата, като оценихме половите и груповите разлики в средните стойности по цялата скала, както и връзките на скалата с други външни мерки за интернализиращи и екстернализиращи черти и психопатология.

Вътрешната консистентност, която демонстрира скала в нашето изследване, беше много добра ( $\alpha = 0.85$ ). В оригиналното изследване, в което е описано разработването на скалата ASI (Reiss, Peterson, Gursky. et al., 1986), авторите му не измерват вътрешната консистентност на скалата, а само тест-ретест надеждността ѝ. Няколко години по-късно Reiss (1991) прави метаанализ на събраните дотогава данни със скалата ASI от различни изследвания и те показват, че скалата има висока надежд-





ност  $\alpha = .88$  (Peterson and Heibronner, 1987, цит. по Reiss, 1991) и  $\alpha = .80$  (Telch et al., 1989, цит. по Reiss, 1991).

Резултатите, които наблюдаваме в нашата извадка, не достигат степен на статистическа значимост, но показват сходна тенденция с другите изследвания – жените имат по-високи средни резултати в сравнение с мъжете. В сравненията между половете Reiss et al. (1986) докладват за по-високи средни стойности в нивата на чувствителност към тревожност в групата на жените. Такава тенденция се наблюдава и в изследванията на Stewart, Taylor & Baker (1997) и Stewart et al. (1997). Walsh et al. (2004) също изследват разликите между половете в нивата на чувствителност към тревожност, но при деца и юноши. Тенденцията в тяхното изследване е същата – момичетата показват цялостно по-висок резултат в сравнение с момчетата.

На база на събраната информация от проучванията, свързани със скалата за чувствителност към тревожност, очаквахме участниците с история на зависимост към вещества да имат по-високи резултати в сравнение с контролните участници, което беше потвърдено от резултатите в нашето изследване. Резултатите в нашето изследване показват, че участниците от групата на зависимите към психоактивни вещества показват консистентно по-високи и статистически значими резултати в сравнение с контролите. Различни изследвания, свързани с проучването на чувствителност към тревожност и разстройства, свързани с употребата на вещества, докладват за наличие на връзка между тях (Buckner et al., 2011; Lejuez et al., 2008; Stewart, Karp et al., 1997; Woicik et al. 2009). Woicik et al. (2009) разглеждат чувствителността към тревожност като важен фактор, който повишава психологическата уязвимост и предразполага към развиването на зависимост към психоактивни вещества при младежите. Buckner et al. (2011) описват употребата на психоактивни вещества като механизъм за справянето с високите нива на чувствителност към тревожност. В текущото изследване проведохме анализи, които сравняват нивата на чувствителност към тревожност между групите участници със и без зависимости.

Освен към психометричните параметри на скалата *Индекс за чувствителност към тревожност*, интересът на изследователите често е насочен и към връзките на чувствителността към тревожност с други психологически конструкти. Проверихме връзките на *Индекс за чувствителност към тревожност* с различни конструкти, като: психопатия, антисоциално личностово разстройство, агресия, импулсивност, търсене на усещания, ХАДВ, тревожност, депресия и алекситимия. В текущото изследване ASI показва слаби, но значими корелации с психопатията – общия резултат PCL:SV, PCL:SV Фактор 2, LSRP Фактор 2, общия резултат по LSRP и антисоциалното разстройство. Връзката на ASI с тези конструкти може би се дължи на специфичността на извадката, с която е направено изследването. По-конкретно, антисоциалното разстройство, фактор 2 на PCL:SV и фактор 2 на LSRP се описват като модели на поведение, свързани с високи нива на импулсивност и агресия. Такива прояви са наблюдавани и при хората със зависимости към психоактивни вещества (Alcorn et al., 2013; Walsh, Allen, & Kosson, 2007).



ASI показва значима корелация с личностовата тревожност, измерена със скалата на Спилбъргър (STAI; Spielberger et al., 1983). Тревожността е един от конструктите, най-често свързвани с чувствителността към тревожност. Данните от проведеното изследване на създателите на скалата ASI, както и от други изследвания в областта показват консистентно, че чувствителността към тревожност е отделен конструкт от тревожността, но все пак връзката помежду им е значима (Taylor, Koch & McNally, 1992; Taylor & Cox, 1998b). Освен с тревожността, ASI показва връзки, които се наблюдават и в други изследвания – със скалата за депресия на Бек (Lejuez et al., 2008), скалата за алекситимия от Торонто (Попов, Пседерска и съавт., 2016; White, McDonnell & Gervino, 2011), импулсивността (BIS-11, UPPS) (Ölmez et al., 2018) и агресията. Предишни изследвания не откриват статистически значими връзки между чувствителност към тревожност, оценена с ASI, и психопатия и антисоциално личностово разстройство (Hale et al., 2004; Lilienfeld & Penna, 2001).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самооценъчната скала *Индекс за чувствителност към тревожност* (ASI, Reiss et al., 1986) е кратък и бърз инструмент за оценка на чувствителност към тревожност при възрастни индивиди. В настоящото изследване измерихме психометричните характеристики на ASI в българска популация. Скалата демонстрира много добра вътрешна консистентност и показва добра дискриминативна способност между клинични и не-клинични извадки. Теоретично очакваните връзките между ASI и други психологически конструкти се подкрепиха и в нашето изследване. Резултатите ни показват, че българската версия на ASI може да бъде използвана като надежден инструмент за оценка на чувствителност към тревожност и може да намери широко приложение както в психотерапевтичната практика, така и в научни изследвания.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Alcorn III, J. L., Gowin, J. L., Green, C. E., Swann, A. C., Moeller, F. G., & Lane, S. D. (2013). Aggression, impulsivity, and psychopathic traits in combined antisocial personality disorder and substance use disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 25(3), 229-232.
2. 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.
3. 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.
4. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & others. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
5. Buckner, J. D., Proctor, S. L., Reynolds, E., Kopetz, C., & Lejuez, C. W. (2011). Cocaine dependence and anxiety sensitivity among patients presenting for residential drug use treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 22-30.
6. Buss, A. H., & Warren, W. L. (2000). Aggression Questionnaire (AQ): Manual. Western Psychological Services, Los Angeles, CA.
7. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press
8. Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index - Revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1427-1449.



9. 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.
10. 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.
11. Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*.
12. Hale, L. R., Goldstein, D. S., Abramowitz, C. S., Calamari, J. E., & Kosson, D. S. (2004). Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 697-710.
13. 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.
14. Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (2003). Hare Psychopathy Checklist-Screening Version (PCL: SV). MHS, Multi-Health Systems, Toronto, ON.
15. 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>
16. 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.
17. Lejuez, C. W., Zvolensky, M. J., Daughters, S. B., Bornoalova, M. A., Paulson, A., Tull, M. T., ... & Otto, M. W. (2008). Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. *Behaviour research and therapy*, 46(7), 811-818.
18. 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.
19. Lilienfeld, S. O., & Penna, S. (2001). Anxiety sensitivity: Relations to psychopathy, DSM-IV personality disorder features, and personality traits. *Journal of Anxiety disorders*, 15(5), 367-393.
20. Ölmez, S. B., Ataoğlu, A., Özçetin, A., Cangür, Ş., Kocagöz, Z. B., & Ataoğlu, B. B. (2018). The relationships among impulsivity, anxiety sensitivity and nonsuicidal self-injury characteristics in patients with phobias. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 45(5), 119-124.
21. 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.
22. Psederska, E., Yankov, G., Bozgunov, K., Popov, V., Vasilev, G., Vassileva, J. (2020). Validation of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale in Bulgarian substance dependent individuals. *Frontiers in Psychology*. 11:1110. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01110>
23. Raven, J. (2003). Raven progressive matrices. In *Handbook of Nonverbal Assessment* (pp.223–237). Springer.
24. Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153.
25. 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.
26. Segalà, L., Vasilev, G., Raynov, I., Gonzalez, R., & Vassileva, J. (2015). Childhood symptoms of ADHD and impulsivity in abstinent heroin users. *Journal of dual diagnosis*, 11(3-4), 174-178.
27. 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.
28. Stewart, S. H., Karp, J., Pihl, R. O., & Peterson, R. A. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of substance abuse*, 9, 223-240.
29. Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of anxiety disorders*, 11(2), 179-200.
30. 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.
31. Taylor, S. (Ed.). (1999). *The LEA series in personality and clinical psychology. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers
32. Taylor, S., & Cox, B. J. (1998a). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 12(5), 463-483.
33. Taylor, S., & Cox, B. J. (1998b). Anxiety sensitivity: multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour research and therapy*, 36(1), 37-51.
34. Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?. *Journal of anxiety disorders*, 6(3), 249-259.
35. Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176.



36. Veltri, C. O., Graham, J. R., Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., Forbey, J. D., O'Connell, C., ... & White, R. S. (2009). Correlates of MMPI-A scales in acute psychiatric and forensic samples. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 288-300.
37. Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E., & Comeau, N. (2004). Gender differences in childhood anxiety sensitivity index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 695-706.
38. Walsh, Z., Allen, L. C., & Kosson, D. S. (2007). Beyond social deviance: Substance use disorders and the dimensions of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 273-288
39. 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.
40. Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 401-408.
41. White, K. S., McDonnell, C. J., & Gervino, E. V. (2011). Alexithymia and anxiety sensitivity in patients with non-cardiac chest pain. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(4), 432-439.
42. 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.
43. 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.
44. Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive behaviors*, 34(12), 1042-1055.
45. Zinbarg, R. E., Mohlman, J., Hong, N. N., & Taylor, S. (1999). Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety.
46. Zuckerman, M. (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York, NY: Cambridge University Press.
47. Балев, Ж. (1994) Измерване на неклинична депресивност в горна училищна възраст: конфирматорен анализ на алтернативни модели. *Българско списание по психология*, 3, 29-54.
48. 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.
49. Калчев, П. (2005). Българска версия на въпросника на А. Бъс и М. Пери за оценка на агресията. *Психологични Изследвания*, (2), 17-40.
50. Неделчев, Д., Николова, С., Пседерска, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Шахиди, Р., Василева, Ж. (2020). Психометрични характеристики на българската версия на скалата за импулсивност на Барат - 11 (BIS-11). *Психично здраве*, (1).
51. Неделчев, Д., Попов, В., Пседерска, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Пенева, Е., Василева, Ж. (2016). Психометрични характеристики на българската версия на съкратената скала за хиперактивност и дефицит на вниманието на Вендер по критериите на Юта (WURS-25). *Списание по клинична и консултативна психология*, 2(28), 3-17.
52. Попов, В., Неделчев, Д., Пенева, Е., Пседерска, Е., Георгиева, В., Бозгунов, К., Василев, Г., Василева, Ж. (2016а). Психометрични характеристики на българската версия на самооценъчната скала за агресия на Бъс и Уорън. *Списание по клинична и консултативна психология*, 4(30), 37-53.
53. Попов, В., Пседерска, Е., Пенева, Е., Бозгунов, К., Василев, Г., Неделчев, Д., § Василева, Ж. (2016b). Психометрични характеристики на българската версия на самооценъчната скала за алекситимия от Торонто (TAS-20; Toronto Alexithymia Scale-20). *Психологични изследвания*, 2(19), 25-41.
54. Щетински, Д., & Паспаланов, И. (2007). Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта. *София, България: OS Bulgaria*.



# СТИГМАТА „ПСИХИЧНА БОЛЕСТ“

Д-р Татяна Радева

Катедра по психиатрия и медицинска психология към МУ-Варна  
Втора психиатрична клиника към УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

**Резюме:** Стигмата е дълбоко дискредитиращ атрибут, който оставя от целия човек само позорното петно. Тя е характеристика, която влиза в противоречие с нормите на групата; като под норми се разбира споделени убеждения как хората трябва да се държат. В резултат на стигмата пациентите са обречени на порочен кръг на маргинализация, отчуждение, бедност и социално изключване. Това е още по-важно днес, като се има предвид политиката на интегриране на психично болните в общността. Успехът на тази промяна на модела на грижа от институционализирането на страдащите към подход на грижа в обществото, който включва тяхната интеграция, изисква просветена общественост. Общественото мнение за психиатричните заведения е отрицателно. Хората с психични проблеми получават по-малко на брой и с по-ниско качество здравни и социални услуги. Пациентите възприемат съществуващите към тях нагласи и започват сами да ограничават поведението си. Роднините и приятелите също могат да страдат от стигма, поради връзката си с човек с психиатричен проблем. Днес медиите са силни институции и анализът на публикуваните новини, засягащи хора с психичното заболяване, е мярка за структурната стигма. Необходимо е специалистите по психиатрия да се мобилизират, за да се намали стигматизацията на психиатрията и психичните разстройства, особено шизофрения, в глобална перспектива.

**Ключови думи:** стигма, медии

## THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS

Tatyana Radeva, Medical University of Varna

**Abstract:** Stigma is a deeply discrediting attribute, it is a characteristic that contradicts the norms of the group; by norms is meant shared beliefs about how people should behave. As a result of the stigma, patients are doomed to a vicious circle of marginalization, alienation, poverty and social exclusion. This is even more important today, given the policy of integrating the mentally ill into the community. The success of this change in the model of care from the institutionalization to an approach which includes their integration, requires an enlightened public. Public opinion about psychiatric institutions is negative. People with mental health problems receive fewer and lower quality health and social services. Patients perceive their attitudes toward them and begin to limit their own behavior. Relatives and friends can also suffer from stigma due to their relationship with a person with a psychiatric problem. Today, the media are strong institutions and the analysis of published news concerning people with mental illness is a measure of structural stigma. Psychiatrists need to be mobilized to reduce the stigma of psychiatry and mental disorders, especially schizophrenia, in a global perspective.

**Key words:** stigma, media

Стигмата е дълбоко дискредитиращ атрибут, който оставя от целия човек само позорното петно. Тя е характеристика, която влиза в противоречие с нормите на групата; като под норми се разбира споделени убеждения как хората трябва да се държат. Обозначените индивиди са обединени в една категория, различна от обхващащата останалите хора категория: групата се разделя на „нас“ и „тях“. Не-стигматизираните се отдръпват, за да не бъдат случайно включени. В резултат на стигмата





пациентите са обречени на порочен кръг на маргинализация, отчуждение, бедност и социално изключване (Наков и др., 2010; Картър, 2002; Thornicroft et al., 2007, Апостолов, 2018).

Това е още по-важно днес, като се има предвид политиката на интегриране на психично болните в общността. Успехът на тази промяна на модела на грижа от институционализирането на страдащите към подход на грижа в обществото, който включва тяхната интеграция, изисква просветена общественост. В телевизионните програми се забелязва не само свързването на психичното болните с насилие, но също така и тенденция да се търси отговорност в политиката, която подкрепя деинституционализацията. Дори някои психиатри имат негативни нагласи спрямо страдащите от психични разстройства (Klin et al., 2008; Rose, 1998).

Общественото мнение за психиатричните заведения е отрицателно. Образът на „психиатрична болница“ обикновено е на голяма затворена институция, заключени врати и разположена в покрайнините на общността. В проучване, проведено в Германия през 2000 г. (Angermeyer), 25% от респондентите смятат, че болните са заключени постоянно, а 50%, че все още се използват усмирителни ризи. Синдромът NIMBY – Not In My BackYard – Не в моя двор – докато 81% от американците са отхвърлили идеята, че „най-добрият начин да се справите с психично болните е да ги държите зад заключените врати“, но значително по-малко (31%) действително биха приели психиатричен център в техния квартал. В допълнение общественият имидж на психиатрите е по-малко положителен в сравнение с този на други лекари. Като в развиващите се страни все още по-често се търсят традиционни лечители, а не лекари (Smith, 2015; Sartorius et al., 2010).

Установено е, че обществените мнения за психиатричното лечение са смесени. Проучванията показват, че то често е смятано за неефективно или дори увреждащо. Широката общественост има тенденция да надценява ефективността на психотерапията, като я препоръчва като единствено лечение дори при състояния като шизофрения (Sartorius et al., 2010).

Пет погрешни схващания за психотропните медикаменти преобладават в обществото:

- водещи до пристрастяване,
- до „седация без излекуване“,
- до „промяна на личността“
- „дрогирани“
- неефективни

Много изследвания сред обществото сочат недостатъчно различаване на отделните професии в областта на психичното здраве, особено между психиатрите и психолозите. Психиатрите са обвинявани, че разчитат прекалено много на лекарства. Те често се възприемат като „агенти на репресии“, чиято цел е да гарантират конформисткото поведение, и които могат да „виждат в съзнанието на хората“. От друга страна, психиатрите понякога се възприемат като оракули, чародеи или любя-





щи спасители. Друго погрешно схващане за психиатрите се отнася до тяхната роля в съдилищата като експерти, които свидетелстват за психичното здраве на обвиняемите. Често това се тълкува като „създаване на вратички за престъпниците“. Психиатрите са разглеждани и като опасни и манипулативни, експлоатиращи своите пациенти и злоупотребяващи с властта си. 35% от лекарите разглеждат психиатрите като по-нестабилни емоционално от другите лекари, а 51% като невротични (Patel et al., 2017).

Проучвания сред студенти по медицина показват, че ниският престиж и респект спрямо другите специалности са сред основните причини да не изберат психиатрията като кариера. Стереотипи като „специализирането на психиатрия е загубено време“ са широко разпространени сред семействата на студентите по медицина. Студентите по медицина смятат, че психиатрията няма солидна научна основа. Студентите могат също да възприемат психиатрите като странни, объркани мислители, които са сложни и трудни за разбиране. „Психиатрите трябва да са луди, защото могат да се справят с луди хора“ или че „работата с луди хора ще те направи луд“. Тези нагласи отразяват обществения образ на психиатрията като „не-истинска медицина“ (Sartorius et al., 2010, Patel et al., 2017).

В литературата има ограничена информация за източника на стигмата. Някои твърдят, че тенденцията към етикетиране (стигматизация) всъщност е стратегия за оцеляване. Групите, които обикновено са обект на стигма, са хомосексуалните, някои етнически групи, тези с физическо заболяване, както и тези с психично заболяване (Klin et al., 2008; Smith, 2015).

Най-разпространените стигматизиращи представи за психично болните (Наков и др., 2010; CIRRIGAN et al., 2002):

- Хората с психични заболявания са опасни.
- Психичните болести не се поддават на лечение.
- Психичните болести зависят от наследствени фактори, над които нямаме контрол.
- Много, ако не всички, психични болести се причиняват от самите болни, които нямат воля или характер, за да се справят с проблемите си, а бягат в болестта и занимават околните със себе си.
- Хората с психични заболявания не могат да носят отговорност за своето поведение.
- Те не могат да оцелеят извън психиатричните болници, социалните домове и грижите на близките си.
- Общуването с тези хора е затруднено.
- Те не могат да работят.
- Психичните болести се причиняват от родителите на психично болните и от начина, по който те са отгледали децата си.
- Всички психично болни са еднакви. Всъщност това е основата на всички останали убеждения – то позволява характеристиките да бъдат приписани на всички.



Стигма в обществото	
Стереотип	Негативни убеждения за групата – опасни, некомпетентни
Предразсъдък	Съгласие със стереотипите и/или емоционална реакция – страх, гняв
Дискриминация	Поведенчески отговор към предразсъдъците – избягване, отказ на помощ, отказ на трудови и жилищни възможности
Авто-стигма	
Стереотип	Негативни убеждения за групата – опасни, некомпетентни
Предразсъдък	Съгласие със стереотипите и/или емоционална реакция – ниско самочувствие
Дискриминация	Поведенчески отговор към предразсъдъците – отказ от преследване на цели и нужди

Хората с психични проблеми имат трудности с намирането на жилище: повечето собственици на жилища, както и администрацията на общинските жилища предпочитат да си нямат работа с тях и най-често просто отказват да им дадат под наем помещение. Безработицата е огромен проблем за хората с психични разстройства. Работодателите най-често просто отказват да вземат на работа хората с психиатрична диагноза. Работещите хора с психични заболявания често се оплакват от негативните нагласи на работодателя и колегите. Достъпът до образованието е ограничен за болните. Социалната изолация, включително от страна на роднините, е една от последиците на стигмата.

Хората с психични проблеми получават по-малко на брой и с по-ниско качество здравни и социални услуги. Стигмата допринася за намаленото търсене на здравна помощ. По-малко от 30% от хората с психично-здравни проблеми търсят лечение. Тези проблеми са задълбочени от нежеланието на болните да се придържат към предписаното лечение. Хората отказват също да ползват извънболнични дневни и рехабилитационни програми. Клиницистите имат склонност да negliжират физическите симптоми на пациентите с известно психично заболяване. Хората с тежки психични проблеми живеят по-кратко от другите (според някои оценки, до 8,8 години по-малко). Самоубийството е една от основните причини за смъртност при хората с тежко психично заболяване; смята се, че стигмата, на свой ред, е сериозна причина за самоубийствата. Хората с психични проблеми са по-лесна жертва на всякакъв вид насилие и други престъпления (Апостолов и Кожухаров, 2020; 2017).

Правата и възможностите на хората с психично-здравни проблеми могат да бъдат ограничавани не само чрез пряк отказ за достъп до определени услуги или възможности. Дискриминацията може да се случи чрез закони или разпоредби, неписани норми и правила, на поведение или практики, които никой не оспорва. Например



заделянето на по-малко средства (в сравнение със заделените за други проблеми в здравната сфера) за лечението на сериозните психични разстройства и тяхната рехабилитация, било в болнични условия, било в общността, е проява на структурна дискриминация.

Хората с психични проблеми възприемат съществуващите към тях нагласи и започват сами да ограничават поведението си. Не е необходимо вече да бъдат дискриминирани – те сами започват да се дискриминират. Например те не само очакват отхвърляне от приятели или настоящи или потенциални партньори, но и сами вече са убедени, че заслужават отхвърляне, и не предприемат никакви опити да получат желаното от тях. Те са убедени, че не могат много неща – да работят, да се грижат сами за бюджета си, да имат пълноценни връзки. Ако не вярват, че психичните заболявания са лечими, те нямат основания да упорстват в получаването на здравна помощ и да бъдат редовни при взимането на лекарствата и понасянето на страничните им ефекти. В някои случаи това поведение ражда порочен кръг.

Роднините и приятелите също могат да страдат от стигма поради връзката си с човек с психиатричен проблем. В отговор много от тях правят усилие да скрият съществуването на проблеми. Професионалистите от системата за психично-здравни грижи също имат трудности да признаят, че страдат от някакви психични проблеми, пък дори и от депресията, която се възприема като най-малко стигматизираща от всички сериозни психични заболявания. Ако пък техен роднина или колега се разболе, психиатрите се стремят да прикрият този факт.

Днес медиите са силни институции и анализът на публикуваните новини, засягащи хора с психичното заболяване, е мярка за структурната стигма. Шизофренията е най-често срещаната негативна метафора, използвана от медиите. Асоциира се с престъпност и насилие без медицински и научни причини за това. Наблюдава се приписването на психиатричната диагноза без медицинска или научна съгласуваност – диагностика, направена от властимащи лаици, съседни или роднини. Освен това изследванията показват ниска честота на положителни истории, свързани с шизофрения в новините, докато има голямо разпространение на сюжети, свързващи психично заболяване с насилие. Налице е и липса на по-задълбочена дискусия с професионалисти от психиатричната сфера. Не се дава глас на хората с шизофрения и техните страдания (Guarniero et al., 2017; Corrigan et al., 2005; Nairn et al., 2005).

Описанията на психичните заболявания и психично болните са изкривени поради неточности, преувеличения или погрешна информация. Болните са представени не само като странни и различни, но и като опасни. Така медиите засилват заблужденията и стигмата (Klin et al., 2008).

В международен план медиите изглежда не желаят да анализират ролята си в утвърждаването на стигмата, която тежи върху шизофренията. Опити за срещи и дискусия върху темата обикновено са възпрепятствани от пълната липса на желание за участие от страна на основните медии. Steve Hewlett (британски професор по журналистика и програмен директор в британска телевизия): „Много по-лесно е да подсилиш убежденията на зрителите, отколкото да вървиш срещу тях.“ Натискът за печалба



води до търсенето и създаването на „сензационни“ новини и продукти, допринасящи за изкривените образи и стереотипи. В научните издания преобладава безличност – всичко е относно шизофренията, но никога не за пациенти с шизофрения. Акцентът е върху „гените, трансмитерите и невроните на пациента“ (Guarniero et al., 2017; Ferriman, 2000).

В негативен контекст се използват и „наркоман“, „дрогиран“. Средствата за масова информация допринасят също за негативните нагласи към използването на ЕКТ и възприемането ѝ като жестока и болезнена интервенция, причиняваща мозъчно увреждане и използвана като наказание за лица с психични разстройства, които са агресивни или не сътрудничат. Проучвания установяват, че не само новините във вестници и списания, но и жанрове като сапунени опери, филми и драми имат много силно влияние върху убежденията и нагласите на зрителите и читателите към психично болните (Guarniero et al., 2017; Andrade et al., 1996; Klin et al., 2008).

Филмите имат голямо влияние върху вярвания в обществото. Образите и идеите във филмите се запечатват без затруднения в общественото въображение. Скорошно проучване показва, че повечето филмови герои с шизофрения проявяват насилие към себе си или към другите и почти една трета от тези герои са свързани с хомицидно поведение. Повечето от тези пациенти (73%) са мъже. Насилието и хомицидното поведение, в тези филми, удовлетворяват фантазията и желанието, които много хора изпитват, до известна степен, и в някакъв момент от живота им. Чрез обрисуване на желанието за насилие като чужд продукт, под формата на болен от шизофрения или психотичен пациент, стигматизиращите филми поставят безопасно разстояние между зрителя и насилието на екрана (Rice et al., 2015; Owen, 2012).

Domino (1983) прилага въпросник относно психичните заболявания на студенти преди и след гледане на „Полет над кукувиче гнездо“ (1981). Резултатите показват, че отношението към психичните заболявания става значително по-негативно след гледане на филма. В допълнение много филмопроизводители и зрители смятат шизофренията за раздвоение на личността. Представянето на психиатричното лечение също често е отрицателно, с изображения на неефективни и наказателни електрошокове, принудително задържане и преобладаване на психоаналитично лечение. „Холивудската митология за психиатрията“ представя идеята, че успешното лечение не се основава на медикаменти и постепенен напредък, а на една-единствена катарзисна сесия (Smith, 2015; Sartorius et al., 2010).

Често срещана тематика във филмовата индустрия е за тънката линия между гениалност и лудост (Arasena, 2012):

- „A Beautiful Mind“ (Красив ум, 2001) – Филмът разказва за живота на математика и нобелов лауреат по икономика Джон Наш и преживяванията, свързани с неговото заболяване – шизофрения. Симптомите, които са показани във филма, са слухови и зрителни халюцинации и параноидни налудности.
- „The Soloist“ (Солистът, 2009) – Героят на историята е Натаниъл Ейърс – бездомен уличен музикант, след като психично заболяване променя живота му.



- „Black Swan“ (Черен лебед, 2010) – По време на филма не се споменава, че героинята е психотична, но симптомите, които са показани във филма, са характерни за психотичен епизод.

Примери за „Хомицидни мании“:

- „Psycho“ (Психо, 1960) – Основан върху престъпленията на сериен убиец, който чува гласове, на майка му, които му казват да убива.
- „American Psycho“ (Американски психар, 2000) – Сюжетът на филма се основава на богат млад инвеститор, който живее два различни начина на живот. През деня е обсебен от успех, статут и стил. През нощта той се превръща в психотичен убиец, който изнасилва и убива непознати и познати без ясна подбуда или цел.
- „Mr. Brooks“ (Мистър Брукс, 2007) – главният герой е бизнесмен и сериен убиец със слухови и зрителни халюцинации.
- „Me, Myself & Irene“ (Аз, моя милост и Айрин, 2000) – „... Чарли се превръща в циничния, агресивен сексуален перверзник и пияница Ханк... ако не си изпие хапчетата...“

Режисьорите почти са забравили, че има друга част от психозата – негативните симптоми. Кинематографичното представяне е изопачило истинската картина толкова много, че дори лекарите се объркват за разликата между психопат-убиец и болен с психоза.

- Реалистичен, но смуцаващ – „Clean, Shaven“ (1995) – сюжетът е за мъж, страдащ от шизофения, опитващ се да намери осиновената си дъщеря.
- Съчувствен, но нереалистичен – „Benny & Joon“ („Бени и Джун“, 1993) – Странният самотник Сам (Джони Деп) се влюбва в красивата, психично болна Джун (Мери Стюарт Мастерсън), живееща със своя свръхгрижовен брат Бени.

В реалния свят психиатрите рядко имат романтична връзка с пациентите си. Този изключително рядък и неетичен феномен е изобразен в много филми. Във филми като „12 маймуни (1995)“ и „The Jacket (2005)“ жени терапевти нарушават границите на връзката лекар-пациент. Въпреки че тези истории са пленителни за зрителя, това е погрешно послание за почитеността на лекарите.

Всички проучвания показват, че детските филми обрисуват подобна картина на психично болните – опасни и агресивни аутсайдери. Етикетите включват фрази като „луд“, „психо“ и „лунатик“. Героите с психични разстройства споделят няколко прилики: кавказка (европейска) раса, мъжки пол, самотни и обичайно плашещи другите герои и влизачи в ролята на „злодей“ (Smith, 2015).





Бърз и кратък преглед на българските медии показва следните примери:

- „Психично болен опита да краде ток, подпали цял блок” - dnes.bg, 2019
  - “Преди време е настаняван за лечение, но после пак е пуснат да се прибере... Настояваме държавата да се намеси. Оказва се, че не се полагат необходимите грижи за психично болните и те са на свобода. В близост до всички нас и опасни за обществото...”
- „МВР започва обход на психично болните. Кварталните ще проверяват по домовете им създават ли проблеми” – monitor.bg, 2019
  - „Това е записано в глава трета от Плана за изпълнение на Стратегията за превенция на престъпността 2019-2020 година на МВР... да се осъществява активна превантивна дейност и системен контрол на лицата, злоупотребяващи с алкохол и други упойващи вещества, както и над тези, страдащи от психични заболявания, които не са настанени в съответните болнични заведения... идеята е кварталните полицаи да минават периодично през домовете на хората, които могат да създадат риск за обществото. Това са основно граждани с психични заболявания...”
- „89 обвинения срещу нападателя от Крайстърч проверяват дали е луд” – news.bg, 2019
- „Полицията издирва луд алкохолик ” – e-burgas.com
- „Вкарват в лудница мъжа, отвлякъл деца в Бургас ” – fakti.bg
- „Вкараха Селена Гомес в лудница” – monitor.bg
- „Анджелина Джоли затворена за 3 дни в лудница” – vesti.bg
- „Вкараха здрав мъж в лудницата, според съседите се държал неадекватно” – bTV

Необходимо е специалистите по психично здраве да се мобилизират, за да се намали стигматизацията на психиатрията и психичните разстройства, особено шизофрения, в глобална перспектива. Battaglia et al (1990) установяват, че презентация от психиатър по въпросите на психичното здраве пред гимназиални ученици не само е подобрило познанията за психичното здраве, но и е подобрило нагласите за търсене на помощ и към психиатрите. Промяната на представянето на психиатрията в медиите е важна предпоставка за промяна на общественото мнение. Намалването на стигмата ще насърчи болните да търсят помощ, която може да облекчи страданието им, ще подпомогне тяхната интеграция в обществото, ще предотврати икономическите и семейни вреди. По същия начин – задълбочена и последователна, дискусиата по въпросите на политиката за психично здраве може да повлияе на вземащите решения в подходящото разпределяне на ресурсите.

#### Литература:

1. Апостолов Ж., Кожухаров Х. (2020) Пропалс на митралната клапа и паническо растройство. *Българско списание за психиатрия* 5 (1), 30-33.
2. Апостолов Ж., Кожухаров Х. (2017) Шизофрения или Анти-NMDA-R енцефалит. *GP News* 18 (4), 37-38.
3. Апостолов Ж. (2018) Шизофренията – еволюционна перспектива. *Българско списание за психиатрия* 3 (4), 316-321.
4. Картър Р. (2002) С любов към психично болния. *Издавателство Българска психиатрична асоциация, София.*
5. Наков В., Мартинова Х., Дончев Т. (2010) Стигма при хора с психично разстройство. *Доклади от юбилейна научна*





- конференция «ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕЗ 21 ВЕК – РЕАЛНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВИ» 30 IX. – 2 X. 2010 г. гр. Плевен, Том II: 559-562.
6. Andrade C., Rao N. (1996) Medical students toward electroconvulsive: An Indian perspective. *Convulsive Therapy*, 12(2), 86–90.
  7. Aracena Y (2012) Psychosis in Films: An Analysis of Stigma and the Portrayal in Feature Films. *Master's Theses, City College of New York*.
  8. Battaglia J., Coverdale J., Bushong C. (1990) Evaluation of mental illness awareness week program in public schools. *American Journal of Psychiatry*, 147, 324–329.
  9. Corrigan P., Watson A. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16–20.
  10. Corrigan P., Watson A., Gracia G., Slopen N., Rasinski K., Hall L. (2005) Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, 56, 551–556. doi:10.1176/appi.ps.56.5.551.
  11. Ferriman A. (2000) The stigma of schizophrenia. *BMJ*, 320, 522. doi:10.1136/bmj.320.7233.522.
  12. Guarniero F., Bellinghini R., Gattaz W. (2017) The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil. *International Review of Psychiatry*, DOI: 10.1080/09540261.2017.1285976.
  13. Klin A., Lemish D. (2008) Mental Disorders Stigma in the Media: Review of Studies on Production, Content, and Influences. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 13:5, 434-449, DOI: 10.1080/10810730802198813.
  14. Nair, R., Coverdale, J. (2005). People never see us living well: An appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 281–287. doi:10.1111/j.1440-1614.2005.01566.x.
  15. Owen P. (2012) Portrayals of schizophrenia by entertainment media: A content analysis of contemporary movies. *Psychiatric Services* 63: 655–659.
  16. Patel K., Caddy C., Tracy D. (2017) Who do they think we are? Public perceptions of psychiatrists and psychologists. *Advances in Mental Health*, DOI: 10.1080/18387357.2017.1404433
  17. Rice T., Hoffman L., Sher L. (2015) Portrayal of violent male psychiatric patients by entertainment media and the stigma of psychiatric illness. *ANZJP Correspondence*. DOI: 10.1177/0004867415579465.
  18. Rose D. (1998) Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8(3), 213–228.
  19. Sartorius N., Gaebel W., Clelland H., Stuart H., Akiyama T. et al. (2010) Wpa guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9, 131–144.
  20. Smith B. (2015) Mental Illness Stigma in the Media. *The Review: A Journal of Undergraduate Student Research* 16: 50-63. Web.[date of access]. <<http://fisherpub.sjfc.edu/ur/vol16/iss1/10>>.
  21. Thornicroft G., Rose D., Kassam A., Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190, 192–193. doi:10.1192/bjp.bp.106.025791.



# ПРОМОЦИЯ НА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ – КОНЦЕПЦИИ И МОДЕЛИ

Ас. Иван Попов

Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването, Факултет по обществено здравеопазване  
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна,

## Резюме:

Промоцията на здраве може да е насочена към множество фактори и аспекти на здравето, но е възможно да не адресира психичното здраве, докато промоцията на психично здраве като подход се фокусира изключително върху стимулирането на психично здраве и благополучие сред целевите групи. Това предполага, че крайните резултатите при двата подхода могат да се различават, поради което както психичното здраве е неразделна част от здравето, така и промоцията на психично здраве е необходимо да бъде интегрална част от цялостната стратегия за промоция на здраве.

**Ключови думи:** психично здраве, промоция на психично здраве, превенция, обществено психично здраве, общност

## PROMOTION OF MENTAL HEALTH-CONCEPTS AND MODELS

Assist. Prof. Ivan Popov, PhD

Department of Social Medicine and Health Care Organisation, The Faculty of Public Health  
Medical University-Varna

## Abstract:

Health promotion can focus on many factors and aspects of the health, but may not address mental health, while mental health promotion as an approach focuses exclusively on promoting mental health and well-being among target groups. This suggests that the end results of the two approaches may differ, so that both mental health is an integral part of health and mental health promotion needs to be an integral part of the overall health promotion strategy.

**Key words:** mental health, mental health promotion, prevention, public mental health, community

## Концепции и дефиниции

### Психично здраве

Определението на СЗО за психично здраве гласи: „...състояние на благополучие, при което човек реализира своите способности, може да се справи с нормалните стресови ситуации, да работи продуктивно и е способен да допринася за своята общност“.

Thompson (2007) дефинира психичното здраве като „успешно психическо функциониране, което води до продуктивни дейности, пълноценни взаимоотношения с другите хора, способност за адаптиране към промените и справяне с негодите ...



психичното здраве е основа за формиране на позитивно мислене, комуникативни умения, учене, емоционална устойчивост и самоуважение „.

От дефинициите става ясно, че психичното здраве е състояние, което не е само отсъствие на психично заболяване, а е интегрална част от здравето на човек и детерминира качеството на живот.

### **Лошо психично здраве**

Терминът лошо психично здраве се използва за описание на редица негативни психични състояния, включително разстройствата, които отговарят на критериите за психиатрично заболяване. Тук се отнасят и тези психични проблеми, които не отговарят на критериите за психиатрично разстройство.

Проблемите с психичното здраве могат да бъдат категоризирани като общи психични разстройства (тревожност, депресия), които могат да бъдат преходни, тежки психични разстройства (шизофрения, биполарно разстройство) и различни поведенчески разстройства. В общественото здравеопазване се избягва да се използва терминът психично разстройство, тъй той се асоциира основно с биологичния модел/генезис на психичните проблеми и заболявания, както и да се избегне стигмата, която често съпровожда психичното разстройство.

Понятието психично заболяване има различни значения и тълкувания в различните дискурси (Macklin, 1972). Концепцията за психично заболяване, като всяка дисциплина има своя собствена гледна точка при тълкуването и разбирането на тази концепция (Aneshensel and Phelan, 1999). При медицинския модел на психичното заболяване фокусът е върху вътрешните процеси на индивида (интрапсихични, биохимични) и поведението, докато социалният модел се фокусира върху външно проявеното, манифестирано, социално неприемливо поведение, което е обозначено като девиантно, отклоняващо се от социалните норми и приемливи модели на поведение в конкретно общество и култура (Aneshensel and Phelan, 1999). Тоест, социалният модел корелира и е детерминиран от ценностите и нормите на дадено общество и/или етническа група.

Тези различия в тълкуването и разбирането на психичното заболяване водят и до различия във вижданията относно подходите за справяне.

## **Континуум на психичното здраве. Психичното здраве и болест като динамични величини**

Въпреки че психичното здраве и психичното заболяване често се използват като различни термини, те не се изключват взаимно и могат да съществуват по различно време в рамките на един човешки живот. Психичното здраве може да бъде представено (концептуализирано) като континуум от негативни психични състояния, проблеми, разстройства, до позитивно психично здраве и благополучие. Така



в единия край на конитунуума е разположено доброто психично здраве, докато тежките психиатрични разстройства са краен вариант на този континуум от различни състояния/отклонения.

Графика 1 илюстрира как психичното здраве и психичното заболяване са разположени на два различни континуума, като доброто психично здраве (психично благополучие) е на единия край, докато лошото психично здраве (отслабено/нестабилно) е разположено на другия край на този континуум. На лявата част от хоризонталната ос тези със сериозно психично заболяване са ситуйрани на левия край, докато тези, които нямат симптоми, са разположени на десния край на оста. Обобщено това означава, че психичното здраве (добро или лошо) е фон, на който по някое време в живота си човек може да развие психично заболяване, т.е. някой, който има налично психично заболяване, може да е имал в някакъв период от времето добро психично здраве, докато друг може да е с лошо психично здраве без да има психично заболяване. Това показва, че психичното здраве и психичното разстройство не са статични, а динамични величини, които в зависимост от много фактори могат да се променят във времето.

Въпреки че лошото психично здраве само по себе си не е наличие на психично заболяване, то се характеризира с емоционален дистрес и психосоциално увреждане, което може да прерасне в разстройство.



**Графика 1.** Континуум на психичното здраве/психичното заболяване. Графиката е адаптирана от „Mental health for Canadians: Striking a balance” (Jake Epp, “Mental health for Canadians: Striking a balance,” Health & Welfare Canada (1988) quoted in Kathy GermAnn and Paola Ardiles, Toward Flourishing for All... Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention Policy Background Paper (2009) 82).



Концептуално двойният континуум е подходящ за ползване при хронични състояния, които могат да бъдат трайна и устойчива част от живота на някого, като например биполярното разстройство, което протича с епизоди и ремисии между тях. Моделът на единния континуум е подходящ за ползване в общественото здравеопазване, където проблемите с психичното здраве не се разглеждат като статични величини, докато въздействието на факторите на средата може да бъде трайно.

## Рискови и протективни фактори

Рисковите фактори са свързани с по-голяма вероятност за възникване или по-тежко и продължително протичане на заболяванията. От своя страна, протективните фактори са тези условия, които подобряват устойчивостта на хората към рисковите фактори и разстройствата.

Рисковите и протективните фактори могат да бъдат обособени на три отделни нива: индивид, общност и структура/организация.

Индивидуалните протективни фактори са идентични на характеристиките на доброто психично здраве, като самочувствие, емоционална устойчивост, позитивно мислене, социални умения, умения за справяне със стрес и др. Поради тази причина интервенциите, които са насочени към засилване на протективните фактори, се припокриват с дейностите по промоция на психично здраве.

Необходимо е детерминантите, които се обхващат от различните интервенции, да са податливи на влияние и да включват както специфични, така и по-обща рискови и защитни фактори.

Рискови и защитни фактори са тези, които са характерни за няколко психични проблеми и разстройства едновременно. Тези интервенции, които успешно адресират тези фактори, могат да генерират широк спектър от положителни резултати. Например бедността и насилието в детството са общи за депресията, тревожността и злоупотребата с психоактивни субстанции. По този начин интервенции, които успешно адресират бедността и насилието над децата, може да се очаква, че ще имат влияние върху тези три разстройства.

Съществуват и специфични за болестта рискови и защитни фактори, които са свързани с развитието на едно конкретно заболяване. Например негативното мислене е специфично и свързано с депресията, а тежката депресия е специфично свързана със суицида.



## Детерминанти на психичното здраве

Психичното здраве е детерминирано от взаимодействието на различни фактори на различни етапи от индивидуалното развитие на човек. Най-общо това са социо-културални, биологически, психологически детерминанти, като тук се включват генетична предразположеност, наследственост, семейна среда, пол, житейски събития, травми в детството, работна среда и др.<sup>1</sup>

### **Социо-икономически фактори и психично здраве**

Като цяло за обществата с по-висок жизнен стандарт и по-малко неравенства са характерни по-високи нива на психично здраве и благополучие. Едно от обясненията за това е, че лишенията и ограниченията са катализатор на негативни емоционални и когнитивни реакции към неблагоприятните социо-икономически условия.

Когато животът в детството е съпроводен от бедност и лоши материални условия, това може да повлияе негативно върху процеса на развитие и да доведе до по-слаби когнитивни умения. При подрастващите това увеличава риска от депресия, злоупотреба с психоактивни субстанции, престъпност и други негативни последици.

От друга страна, рискови фактори, като слаби образователни постижения, ниски доходи, принадлежност към малцинствени групи, не винаги водят до проблеми с психичното здраве, напротив, представители на тези групи могат да имат по-високи от очакваните нива на психично здраве. Едно от обясненията е, че с подобряването на психичното здраве самооценката се влияе по-малко от социалния статус и повече от житейския опит и позитивните взаимоотношения с другите хора.

Наследствените/биологични фактори не могат да бъдат обект на интервенция от страна на общественото здравеопазване, докато психологическите и социо-културалните детерминанти могат да бъдат повлияни от подходи като превенция и промоция на психично здраве.

<sup>1</sup> Разграничението между наследственост и фактори на средата е донякъде условно, тъй като семейството е едновременно наследствен и средови фактор. Когато човек е с оптимално психично здраве, живее в добри социално-икономически условия, но въпреки това развие психично заболяване, вероятно това е детерминирано от влиянието на биологичните фактори. От друга страна, човек, който е с добро психично здраве, но живее в лоши социално-икономическа среда и развие психично заболяване, вероятни детерминанти са неблагоприятните социални фактори.





### Социо-културални и икономически детерминанти на психичното здраве

Рискови фактори	Протективни фактори
<p>Лесен достъп до алкохол и психоактивни вещества</p> <p>Изоляция и отчуждение</p> <p>Липса на образование и жилище</p> <p>Отхвърляне от страна на връстници</p> <p>Лоши социални и битови условия</p> <p>Бедност</p> <p>Неравенства</p> <p>Насилие и престъпност</p> <p>Стрес на работното място</p> <p>Безработица</p> <p>Дезорганизация и липса на кохерентност в общността</p>	<p>Интеграция на малцинствените групи</p> <p>Овластяване</p> <p>Позитивно междуличностно функциониране/взаимодействие</p> <p>Социално включване и участие</p> <p>Социална подкрепа</p> <p>Силни и ефективни общностни връзки и мрежи</p> <p>Достъп до социални и здравни услуги</p> <p>Устойчива заетост</p>

### Индивидуални и семейни детерминанти

Рискови фактори	Протективни фактори
<p>Слаб успех и академични постижения</p> <p>Дефицит на внимание</p> <p>Насилие и отхвърляне в детството</p> <p>Хронично безсъние</p> <p>Хронична болка</p> <p>Емоционална незрялост/лабилност</p> <p>Злоупотреба с психоактивни вещества</p> <p>Конфликт в семейството и семейна дезорганизация</p> <p>Самота</p> <p>Тежко заболяване</p> <p>Биохимичен дисбаланс</p> <p>Психично заболяване на родител, близък човек</p> <p>Злоупотреба с психоактивни вещества от страна на родител и близки хора</p> <p>Смърт на близък човек</p> <p>Стресови житейски събития</p> <p>Лоши социални умения/компетентности</p> <p>Инвалидност</p>	<p>Умения за справяне със стрес</p> <p>Годност да играе и да се забавлява</p> <p>Умения да понася несигурност</p> <p>Адаптивност</p> <p>Годност да изразява емоциите си</p> <p>Самоувереност и положителна самооценка</p> <p>Ранно излагане на когнитивни стимули</p> <p>Социални умения</p> <p>Емоционална зрялост и устойчивост</p> <p>Позитивни връзки и усещане за принадлежност</p> <p>Позитивни и пълноценни връзки и взаимоотношения родител-дете</p> <p>Активно и про-социално поведение</p> <p>Умения за управление на конфликти</p> <p>Подкрепа от страна на семейство и приятели</p> <p>Умения за решаване на проблеми</p> <p>Елементарни моторни умения</p> <p>Умения да отлага удоволствия</p>



Стратегиите за промоция на психично здраве редуцират тези фактори, които имат каузално влияние и предразполагат към възникването на психични разстройства и лошо психично здраве, както и продуцират, засилват влиянието на тези, които са свързани с психичното здраве и благополучие.

## Обществено психично здраве

Обществено психично здраве се отнася към тези мерки, чрез които може да се промотира позитивно психично здраве сред общата популация.

Кралският колеж на психиатрите във Великобритания отбелязва, че „общественото психично здраве се фокусира върху една широкообхватна превенция на психичните заболявания и промоцията на психично здраве през целия живот на човек... няма обществено здраве без обществено психично здраве“. Психичното здраве е един от основните детерминанти на доброто физическо здраве, социалните умения и емоционална компетентност, което води до по-добро качество на живот и функциониране на отделните индивиди и общности. Общественото психично здраве е важно, защото:

- психичните разстройства имат значително влияние върху общественото здраве;
- психичните разстройства имат икономическо измерение и се заплаща определена цена за тяхното лечение;
- нивата на психичните разстройства е възможно да се увеличават;
- психичното здраве е важен фундамент на общественото здраве.

Ползите от ефективното прилагане на интервенциите, свързани с общественото психично здраве, могат да бъдат различни, като някои от тях са:

- ограничават възникването и влиянието на психичните заболявания и подобряват качеството на живот;
- водят до икономически ползи и спестяват обществен ресурс;
- намаляват здравните и социални неравенства;
- спомагат за поставяне на равенство между психичното и физическото здраве;
- допринасят за постигането на положителни здравни, социални, икономически резултати;
- постигат всичко това чрез сътрудничество на всички заинтересовани страни;

Подобряването на психичното здраве и намаляване на личните и социалните разходи при наличието на психично заболяване изискват комплексен подход от страна на общественото здравеопазване, който включва промоция на здраве, превенция, лечение и рехабилитация (WHO, 2004a; WHO, 2004b).



## Промоцията на психично здраве като компонент от общата стратегия за промоция на здраве

Промоцията на психично здраве като отделен компонент може да бъде успешно интегрирана в цялостната политика по промоция на здраве, но също така е необходимо двата подхода да бъдат аргументирани и популяризирани отделно един от друг (Herrman, 2001).

Промоцията на здраве може да се съсредоточи върху множество фактори и аспекти на здравето, но е възможно да не адресира психичното здраве, докато промоцията на психично здраве като подход се фокусира изключително върху стимулирането на психично здраве и благополучие сред целевите групи. Това предполага, че крайните резултатите при двата подхода могат да се различават, поради което както психичното здраве е неразделна част от здравето, така и промоцията на психично здраве е необходимо да бъде интегрална част от цялостната стратегия за промоция на здраве.

В случаите, когато ресурсите са ограничени и промоцията на психично здраве не може да бъде отделен компонент, възможното и ефективно решение е интегрирането на компонентите в съществуващите програми за промоция на здраве. По този начин се създава една многокомпонентна програма за промоция на здраве, която използва комплексен подход и е насочена към общите детерминанти на психичното и физическото здраве.

### Промоция на психично здраве – същност и интервенции

Интервенциите в областта на общественото психично здраве могат да се групират в три основни направления:

1. Промоция на психично здраве;
2. Превенция на психичните разстройства;
3. Ранна интервенция при възникване на психично разстройство.

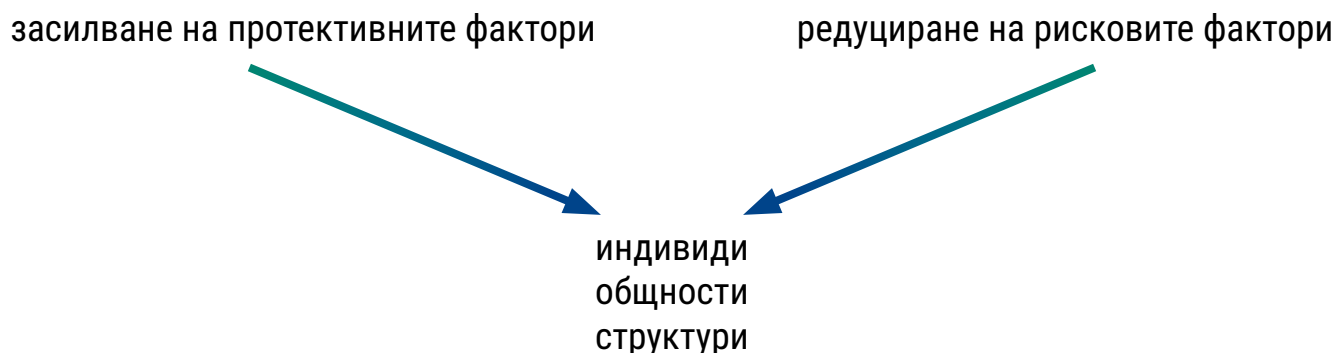
Тези подходи се допълват един друг и не са взаимозаменяеми (Sartorius, 1990), като при някои от тях част от дейностите могат да се припокриват или съвпадат. Тук можем да направим разграничение и между обхвата на различните подходи – докато превенцията може да бъде насочена към рискови групи и общности, промоцията на психично здраве може да бъде насочена и към популации, за които са характерни сравнително добро ниво на функциониране и качество на живот. В този контекст промоцията на психично здраве е повече от превенция на психични разстройства, но като подход включва и някои от специфичните дейности на превенцията (Lehtinen, Riikonen and Lahtinen, 1997).

Промоция на здравето е процесът на създаване на здравословна обществена политика, благоприятстваща здравето среда и подпомагане на хората за промяна



в начина им на живот с цел оптимизиране на здравето им (Бончева, П., Докова, К. 2018). От своя страна, една от основните задачи на промоцията на психично здраве е да интегрира психичното здраве като важен и значим аспект в системата от ценности на отделните индивиди, семейства и общества, като по този начин те да могат да вземат информирани и ефективни решения относно начина си на живот, което да доведе до тяхното по-добро функциониране и благополучие. От друга страна, като се отчита връзката между физическото и психичното здраве, много от интервенциите, насочени към подобряване на психичното здраве, ще промотират физическо здраве, както и обратното. В този контекст промоцията на психичното здраве придобива по-широк обхват и смисъл, тъй като може да бъде ефективен инструмент както при превенцията на психични разстройства, така и при предотвратяването на различни, свързани с рисковото поведение заболявания и усложнения, като злоупотреба с психоактивни вещества, сексуално преносими заболявания, ранна бременност и др.

Промоцията на психично здраве включва широк спектър от дейности за подобряване и подкрепа на психичното здраве и се реализира на три нива (графика 2): индивиди, общности и структури.



**Графика 2.** Рискови и протективни фактори на три нива

Най-общо тук се включват широк спектър от психосоциални интервенции, които са насочени към социално-икономическата среда, житейските условия, работното място, социалните умения, емоционална компетентност, взаимоотношенията, свободно време и др.

- **Индивиди** – подобряване на емоционалната компетентност и устойчивост чрез интервенции за развиване на самоувереност, социални умения, умения за справяне, вземане на решения и др.

- **Общности** – интервенции, насочени към социалното включване, изграждане и развиване на здравни и социални услуги, които подкрепят психичното здраве, стратегии за превенция на насилието и тормоза в училище, психично здраве на работното място, изграждане на мрежи за самоподкрепа и др.



• **Намаляване на структурните бариери пред психичното здраве** – инициативи за намаляване на дискриминацията и неравенствата, заетост, осигуряване на достъп до услуги и интервенции, подкрепа за уязвими индивиди и групи и др.

Тези отделни нива се преплитат и взаимодействат по сложен начин, тъй като почти всеки индивид функционира както в дадена общност, така и в определена институционална среда. Поради това отделните подходи и интервенции не са взаимозаменяеми, но се допълват, като са насочени към специфичните нужди на конкретна целева група в даден момент.

Някои от специфичните начини за промоция на психично здраве включват:

- Интервенции в ранното детство (домашни визити за бременни жени, психо-социална подкрепа преди започване на училище, предоставяне на храна и подкрепа за групи в неравностойно положение и др.)
- Подкрепа на личностовото развитие на деца и подрастващи (програми за развиване на социални умения, емоционална компетентност и др.);
- Социо-икономическа подкрепа на жени в уязвимо положение (жертви на насилие и др.) – осигуряване и подобряване на достъпа до професионално образование, заетост, финансова подкрепа, жилищно настаняване и др.);
- Социална подкрепа на възрастни лица (изграждане на общностни и дневни центрове, инициативи за сближаване и сприятеляване и др.);
- Програми, насочени към малцинствени групи и към хора, пострадали от природни бедствия;
- Интервенции за промоция на психично здраве в училище (изграждане на позитивна училищна среда, развиване на социални умения, емоционална компетентност и др.)
- Интервенции за промоция на психично здраве на работното място (програми за превенция на стреса, ефективна комуникация и др.);
- Превенция на насилието;
- Дейности за промоция на психично здраве в места за лишаване от свобода.

## Промоция на психично здраве: целеви групи и места за намеса

При изграждането на стратегии и програми за промоция на психично здраве е необходимо да се формулират специфичните целеви групи и общности. Такова разграничение и обособяване на отделни целеви групи nerядко е сложен процес, тъй като цялото население би имало полза от промоцията на психично здраве, а не само тези, които страдат или са изложени на риск от развитие на психично разстройство. Едно възможно решение е да има отделни програми за промоция на психично здраве, насочени към:



- специфична група/общност,
- общата популация,
- тези, които страдат или са изложени на риск от развитие на психично разстройство.

От друга страна, често времето и ресурсите, с които разполагаме, са ограничени, което налага да се приоритизират групите и местата, към които ще бъдат насочени интервенциите при промоцията на психично здраве.

Училището, работното място, общността съставляват едни от основните места за намеса, където детерминантите на психично здравето се адресират чрез различни интервенции, които са специфични за всяко едно от тях. Какъв подход и интервенции ще приложим, зависи от нуждите, мястото и спецификите на общността, като трябва да бъдат отчетени различни социокултурални фактори като етнически произход, ценности, вярвания, норми, безработица, грамотност, образование и др.

В таблица 1 са посочени някои от специфичните целеви групи и места за намеса, както и възможните компоненти и методи, които могат да са част от структурата на програма за промоция на психично здраве.

**Таблица 1.** Места за намеса и интервенции

Място	Подход	Цели	Методи
Затвор	Промоция на психично здраве, превенция	<ul style="list-style-type: none"> <li>• управление на гнева,</li> <li>• контрол на импулсите</li> <li>• ефективна комуникация</li> <li>• вземане на решения,</li> <li>• здравно образование</li> <li>• превенция на рецидив при история на употреба на психоактивни вещества</li> <li>• повишаване на самооценката, себеуважението</li> <li>• положителни взаимоотношения</li> <li>• позитивно мислене</li> <li>• стратегии за справяне със стреса</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Групови и индивидуални сесии</li> <li>• Спортни и културни прояви</li> <li>• Тематични дискусии</li> <li>• Групи за самоподкрепа</li> </ul>
Училище	Промоция на психично здраве, превенция	<ul style="list-style-type: none"> <li>• социални умения и емоционална устойчивост,</li> <li>• ефективна комуникация,</li> <li>• здравно образование</li> <li>• изграждане на позитивна училищна среда</li> <li>• превенция на употребата на психоактивни вещества</li> <li>• превенция на тормоза и насилието</li> <li>• повишаване на самооценката</li> <li>• положителни взаимоотношения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Работа в малки групи</li> <li>• Спортни прояви</li> <li>• Ролеви игри</li> <li>• Клубове по интереси</li> <li>• Подкрепа и обучение по метода „връстници обучават връстници“</li> <li>• Съвместни дискусии и семинари с ученици, учители, родители</li> <li>• Културни прояви</li> </ul>





Малцинствени групи	Промоция на психично здраве	<ul style="list-style-type: none"> <li>• интервенции, адресиращи адаптацията, интеграцията, образованието, засилване на груповата кохезия и свързаност и др.</li> <li>• мерки, насочени към създаване на по-добри възможности и условия за професионално образование и заетост</li> <li>• достъп до здравни и социални услуги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Съветване и консултиране</li> <li>• Насочване</li> <li>• Обучение на културални медиатори</li> <li>• Фолклорни фестивали</li> <li>• Развиване на културална компетентност</li> </ul>
--------------------	-----------------------------	--	---

Универсални интервенции като развиване на социални умения, емоционална компетентност и устойчивост, здравно образование, ефективна комуникация могат да бъдат прилагани в различен контекст, докато интервенции, насочени към факторите на средата и засилване на интеграцията, груповата кохезия, нивото на образование, трябва да бъдат едни от основните компоненти при работа с малцинствени общности.

Всички интервенции под една или друга форма са насочени към индивидуалното и общностното развитие, като на ниво индивид адресират освен вътрешния свят, така и неговите външни проявления – функциониране и взаимодействие със средата.

Интервенциите могат да са различни, но общата крайна цел при работа с всички общности и групи е добро психично здраве и пълноценно функциониране, което да доведе до по-високо качество на живот и благополучие. Като индикатори на благополучието можем да посочим положителната емоция, ангажираността и положителните взаимоотношения.

Поради многото различни фактори, които детерминират психичното здраве, за да бъде успешна една програма за промоция на психично здраве, то тя трябва да се базира на интегриран и мултидисциплинарен подход. Това може да бъде постигнато чрез ефективно сътрудничество между институции, експерти, неправителствени организации, общности и т.н.

## Промоция на психично здраве в общността

Общността може да бъде пространствено населено място (квартали, села, градове) или социално конструирана и споделена идентичност (малцинствена общност). С термина общност обичайно се описват взаимоотношения, ценности, идентичности и интереси, които свързват група хора. Семействата, кварталите, училищата, работните места, клубовете по интереси, ромските махали представляват отделни общности, като всяка една от тях има свои собствени специфики и особености.

Психичното здраве/благополучие е важен фактор, който позволява на всеки човек да реализира своя потенциал не само като индивид, но и като член на общността,



към която принадлежи. От друга страна, лошото психично здраве може да доведе до увреждания и проблеми, които да окажат негативно влияние върху общността чрез повишване на заболяемостта и смъртността, слаби образователни постижения, престъпност и др.

Базираните в общността програми за промоция на психично здраве са дейности и инициативи, които допълват съществуващите клинични интервенции. Общностните програми за промоция на психично здраве могат да са по-достъпни и адекватни на местните нужди, защото са ситуирани на повече от едно място (училище, квартал, клубове и др.), като всички членове на общността могат да се възползват от предлаганите услуги, за разлика от клиничните интервенции. Чрез оценяване на психичното здраве в общността (психиатрична епидемиология) се измерват нивата и разпространението на психичните разстройства, въз основа на което могат да бъдат изграждани и оценявани инициативи и грижи, свързани с психичното здраве.

Базираните в малцинствени общности (етнически малцинства, мигранти и др.) програми за промоция на психично здраве могат да бъдат надежден инструмент за справяне с някои проблеми свързани с интеграцията, акултурацията и взаимодействието с доминиращата култура. При изграждането и изпълнението на програми сред такива общности трябва да се отчитат социокултуралните различия, като се проучат разбиранията, вярванията, традициите и ценностите на общността относно важни фактори, като властовото разстояние, половите роли, ролята и очакванията относно младите и възрастните членове в общността, вижданията относно психичните заболявания, разбиранията относно дихотомията норма-девиация и др.

Всеки отделен индивид живее и функционира в дадена общност, която си взаимодейства с други общности и групи, като всички те са съставна част на обществото като цяло. Това предполага, че програми, насочени дори към една специфична група, ако бъдат достатъчно ефективни, те могат да постигнат ефекта на доминото, постигайки устойчивост на положителните промени, а оттам и тяхното мултиплициране върху общата популация. За всичко това е необходимо участието и ангажирането на членовете на общността, които трябва да се разглеждат като активни граждани, които имат с какво да допринесат, а не само като пасивни ползватели на услуги. По този начин подходите за промоция на психично здраве изместват фокуса от проблемите и дефицитите в отделните общности и социални групи към техните силни страни и качества, които им позволяват да се развиват, справят с различни предизвикателства и функционират като пълноценни индивиди.

#### Literature:

1. Aneshensel, C.S. and Phelan, C. (1999). The sociology of mental health: Surveying the field. In C.S. Aneshensel and C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 3–17). Netherlands: Springer.
2. Barry, M., & McQueen, D. (in press). The nature of evidence and its use in mental health promotion. In H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health*.
3. Brown, J.S., Learmonth, A.M. and Machereth, C.J. (2015). *Public Mental Health and Well-being; Principles into Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
4. Centre for Mental Health. (2010). *The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10*.
5. Friedli, L. and Parsonage, M. (2007). *Mental Health Promotion: Building an Economic Case*. Northern Ireland: NIAMH.
6. Goldie, I. (2010). *Public Mental Health Today: A Handbook*. UK: Pavilion Publishing/Mental Health Foundation.
7. Goldie, I., Elliott, I., Regan, M., and Bernal, L. (2016). *Mental Health and Prevention: taking local action*. London: Mental



- Health Foundation.
8. Goldie I, Edwards J, O'Sullivan C, Regan M, Elliott I. (2016). A whole Community Approach to Prevention in Mental Health. London: Mental Health Foundation.
  9. Health Education Authority. (1997). Mental health promotion: A quality framework. London: Author.
  10. Hosman, C. & Jané-Llopis, E. (1999). Political challenges 2: Mental health. In *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*, Chapter 3, 29-41. International Union for Health Promotion and Education, IUHPE, Paris: Jouve Composition & Impression.
  11. HM Government (2011) No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. HM Government.
  12. IDEA. (2010). A glass half full: how an asset approach can improve community health and wellbeing. Available at: [http://www.local.gov.uk/c/document\\_library/get\\_file?uuid=bf034d2e-7d61-4fac-b37e-f39dc3e2f1f2](http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=bf034d2e-7d61-4fac-b37e-f39dc3e2f1f2).
  13. Knapp M, McDaid D, Parsonage M Eds (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case. Department of Health.
  14. Knifton, L and Quinn, N, (2013). Public mental health: global perspectives. Maidenhead: Open University Press.
  15. Lehtinen, V., Riihonen, E. and Lahtinen, E. (1997) Promotion of Mental Health on the European Agenda. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland.
  16. Macklin, R. (1972). Mental health and mental illness: Some problems of definition and concept formation. *Philosophy of science*, 39(3), 341–365.
  17. Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (1999). *The social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press. Mentality. (2003). Making it effective: A guide to evidence based mental health promotion. Radical mentalities [briefing paper 1]. London: Mentality. Available: <http://mentality.org.uk>
  18. Mykletun A, Bjerkeset O, Overland S et al (2009) Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *British Journal of Psychiatry*, 195, 118-125.
  19. McManus S, Meltzer H, Campion J (2010) Cigarette smoking and mental health in England. Data from the Adult Psychiatric Morbidity Survey. London: National Centre for Social Research.
  20. Mental health for Canadians: Striking a balance” (Jake Epp, “Mental health for Canadians: Striking a balance,” Health & Welfare Canada (1988) quoted in Kathy Germann and Paola Ardiles, Toward Flourishing for All... Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention Policy Background Paper.(2009).
  21. McManus S, Meltzer H, Brugha T, et al (2009) Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey. Health and Social Information Centre, Social Care Statistics.
  22. Muir, R and Quilter-Pinner, H. (2015). *Powerful People: Reinforcing the power of citizens and communities in health and care*. London IPPR. Available at: <http://www.ippr.org/publications/powerful-people-reinforcing-the-power-of-citizens-and-communities-in-health-and-care>.
  23. Orley, J., & Weisen, R.B. (1998). Mental health promotion. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 1, 1–4.
  24. Prevention of Mental Disorders, EFFECTIVE INTERVENTIONS AND POLICY OPTIONS. (2004). A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.
  25. Royal College of Psychiatrists. (2010). No Health Without Public Mental Health: The Case for Action (Position statement PS4/2010). Royal College of Psychiatrists.
  26. Sartorius, N. (1990). Preface. In D. Goldberg & D. Tantam (Eds.), *The public health impact of mental disorders*. Toronto: Hogrefe and Huber.
  27. Sartorius, N. (1998). Universal strategies for the prevention of mental illness and the promotion of mental health. In R. Jenkins & T.B. Ustun (Eds.), *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care* (pp 61-67). Chichester: John Wiley.
  28. Sainsbury Centre for Mental Health (2009). *The chance of a lifetime: preventing early conduct problems and reducing crime*. London: SCMH.
  29. Thompson, M.L. (2007). *Mental illness*. Westport, USA: Greenwood Press.
  30. Herrman, H. (2001). The need for mental health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
  31. Walker, L., Moodie, R., & Herrman, H. (2004). Promoting mental health and wellbeing. In R. Moodie & A. Hulme (Eds.), *Hands-on health promotion*. Melbourne: IP Communications.
  32. WHO. (2001b). Strengthening mental health promotion [Fact sheet, No. 220]. Geneva: World Health Organization.
  33. WHO. (2004a). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: WHO: Available: [http://who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh](http://who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh). Pdf
  34. WHO. (2004b). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization. Available: [http://who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
  35. Бончева, П., Докова, К. (2018). Промоция на здравето в българското средно училище. Варненски медицински форум, т. 7, прил. 3.



## В ПАМЕТ НА ПРОФ. Д-Р НАДЕЖДА П. МАДЖИРОВА, К.М.Н., Д.М.Н. (1945–2021)

Дроздстой Стоянов, МУ – Пловдив



Надежда Маджирова е родена през 1945 г. Завършила във Висшия медицински институт, гр. Пловдив и е специализирала психиатрия в Държавната психиатрична болница в гр. Раднево.

Постъпва на работа в Катедрата по психиатрия и медицинска психология на ВМИ (понастоящем Медицински университет-Пловдив), през 1976 г. Защитава дисертация за придобиване на степен „кандидат на медицинските науки) през 1985 г. и е хабилитирана за старши научен сътрудник през 1989 г. Доктор на медицинските науки и професор. Ръководител на Катедрата от 2003 до 2012 г. и началник на клиниката по психиатрия на УМБАЛ „Свети Георги“ от 2003 до 2007 г. Дългогодишен хоноруван преподавател в Пловдивския университет „Паисий Хилендарски“ и консултант по детска психиатрия.

Проф. Маджирова е автор, редактор и съавтор на множество учебници, учебни ръководства, научни монографии и статии в реферирани списания. Между тях с особено значение са публикации в *Schizophrenia Research* (1995), *Journal of Affective Disorders* (2009), участие в монографичния сборник „*Psychopathology: Theory, Perspectives and Future Approaches*“, Nova Science Publishers, New York (2013). Нейните произведения са цитирани от независими източници в международната литература 149 пъти.



Проф. Надежда Маджирова е създател на иновативното направление хронобиология в психиатрията, посветено на разстройствата на циркадианния ритъм при пациенти с психични заболявания. Нейните фундаментални приноси бяха насочени към определянето на ролята и значението на десинхронизацията и стабилността на ритъма в диагностиката и в психофармакотерапията.

Надежда Маджирова беше ръководител с визия за бъдещето, притежаваше неподражаема интуиция за качествата на хората, воля и целеустременост. Имаше удивителен талант във всички измерения на художественото изкуство: живопис, дърворезба, стъклопис и други.

Проф. Маджирова принадлежеше на Медицинския университет така, както той принадлежи на нея и на нейната памет.



## 100 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА ПРОФ. Д-Р ТОДОР ТАШЕВ

Стефан Попов  
УМБАЛ „Свети Георги“, Пловдив

Катедрата и клиника по психиатрия има 75-годишна история. В началото в една сграда се помещават Клиниките и Катедрите по психиатрия и неврология под името невропсихиатрия. За рождена дата на катедрата трябва да се счита 01.03.1946 г. когато д-р Кирил Чолаков е избран за директор на Невро-психиатричната клиника към ВМИ Пловдив. Следват години на упорити настойчиви усилия за създаване на стационарна база по неврология и психиатрия и формиране на работен екип.

Проф. Т. Ташев е най-близкият ученик и сътрудник на проф. Кирил Чолаков заедно с проф. В. Йончев, проф. А. Джалдети и д-р П. Молдованска.



От ляво надясно прави: проф. Т. Ташев, проф. В. Йончев, проф. А. Джалдети и д-р П. Молдованска. Седнал – Проф. Кирил Чолаков





В края на 1965 год. за ръководител на катедрата е избран достойният ученик и сътрудник на проф. Чолаков доцент Тодор Ташев.

Житейският път на проф. д-р Тодор Георгиев Ташев започва на 2.09.1921 г. в будното родопско село Петково, Смолянски окръг. Той завършва Пловдивската духовна семинария и чрез приравнителни изпити класическия отдел на Първа мъжка гимназия в Пловдив. Медицина завършва през 1948 г. в София.

Още като стажант лекар в Държавната болница в Пловдив проявява интереси към неврологията и психиатрията и участва в научните заседания на катедрата – т.нар. научни среди. Веднага след завършването си през 1949 г. той е назначен за асистент в невро-психиатричната клиника на ВМИ „И. П. Павлов“ – Пловдив. През 1953 год. той вече е много добре подготвен невролог и психиатър. По настояване на проф.д-р К. Чолаков той идва на работа в Катедрата по психиатрия и е неин първи главен административен асистент. По-късно завежда научната работа в Катедрата.



Държавната болница в Пловдив, около 1950 г.



## Научно творчество

През 1960 год. д-р Ташев защитава кандидатска дисертация на тема „Барьерната функция на мозъка при душевно болни преди и след активно лечение“ и е един от първите кандидати на науките във ВМИ – Пловдив. През 1963 год. е избран за хоноруван доцент и в края на 1965 год. – за редовен доцент и ръководител на Катедрата по психиатрия при ВМИ – Пловдив. През 1970 год. е избран за професор. През 1978 год. защитава докторска дисертация на тема „Проблеми на депресиите“.

Научното творчество на проф. д-р Т. Ташев е богато и разнообразно. Извънредно продуктивен научен изследовател, той е автор на 8 монографии, 6 научно-популярни книги и 2 брошури. Участва в написването на 6 учебника по психиатрия за студенти, в 2 практически ръководства, в едно двутомно ръководство за лекари и специалисти по психиатрия и в едно ръководство по диференциална диагноза на психичните заболявания. Автор е на 232 научни публикации, статии и доклади, отпечатани в реномирани наши и чужди списания и сборници (Германия – тогава ГДР, и ГФР, Австрия, САЩ и др.).

## Приемствеността в катедрата

Целенасочени изследвания Т. Ташев провежда съвместно с М. Роглев и върху проблема на генетиката на депресивните състояния, представени в редица публикации: „Особености в протичането и унаследяването на манио-меланхолната психоза“ (1969), „Върху делението на меланхолията от клинично-генетично гледище“ (1971).

Извършено е сравняване на особеностите на психопатологичните синдроми и клинични форми при психично болни роднини от първа степен – родители, деца и сиблинги (1976). Със съвременни статистични методи М. Роглев изследва ролята на генетичните и средовите фактори при определяне на морбидния риск при афективните разстройства.

Събрани са убедителни доказателства в полза на двойно-праговия мултифакторен полигенен модел, който достатъчно адекватно отразява генетичната и клинична хетерогенност на манио-депресивните заболявания и взаимоотношенията между униполарната и биополарната форма.

Същевременно се доразвиват утвърдени методики като структуриране на визуално отчитане на синдромите, ключове за експресна оценка, профилни бланки за невротичност, темперамент и депресиограми (В. Влахова-Николова, 1980); математически модел на структурата на изследваните с ТПВ признаци (В. Влахова-Николова, 1980, 1981).



## Добрите ученици на проф. Ташев

С определена клинична насоченост са и биохимичните проучвания на М.Роглев и сътрудници, при които са изследвани катехоламини и индоламини при депресивно болни.

Под ръководството на проф.Ташев са защитени няколко кандидатски дисертации с основно психотерапевтична насоченост: Психотерапията в електросън от Цв.Бранков; Психотерапия при натрапливо-фобийни състояния от С. Бакалова; Върху някои ефекти на малките дози алкохол от П. Молдованска; циркадианни ритми на депресивния синдром от Н. Маджирова.

Под неговото вещо ръководство се развиват следните направления: „Психотерапия при сексуални смущения по методиката на Мастърс и Джонсън и Х. Каплан“ от С. Попов, „Когнитивна психотерапия при неврози и депресии“ от М. Роглев и „Разговорна психотерапия“ от В. Влахова.

Проф. д-р Т. Ташев е увлекателен лектор. Аудиторията при неговите лекции винаги е препълнена. Дълги години той изнася научно-популярни лекции от името на Съюза на учените. Той е 5 години зам.-председател на Съюза на научните работници в Пловдив. Председател е на Пловдивското дружество по психиатрия и член на ръководството на Републиканското дружество по психиатрия.

През 1960 г. излиза първата монография на Т. Ташев „Детето. Психично развитие и болестни отклонения“, която едновременно е и първият системен труд у нас по проблемите на детската медицинска психология, дефектология, психиатрия и психология.

Интерес представлява монографията му „Провиненото дете“ (1966). Това е книга, от която лъха обич и загриженост към децата с проблемно поведение. Повече от 30 години научно-изследователската дейност на Т. Ташев е свързана с проблема на депресивните състояния.

За първи път у нас той въз основа на собствени наблюдения и опит, съпоставени със съществуващите схващания на водещи представители на психиатричната наука, провежда целенасочено, системно проучване по този проблем. Това е отразено в публикуваната през 1964 г. монография „Депресивни състояния“.

Може би най-известният труд на проф. Ташев е тясно свързан с неговата докторска дисертация на тема „Съвременни проблеми на депресията“. Обобщените резултати от своите изследвания върху проблема на депресивните и манийни състояния и докторската си дисертация Т. Ташев представя в монографията „Манио-депресивни заболявания“ през 1979 г.





Цenen принос в диагностиката, клиниката и терапията на неврозите и реактивните психози представлява монографията „Психогенни заболявания“ (1976).

## Приноси към клиничната психология

В катедрата се сформира сектор по медицинска психология под ръководството на проф. Тодор Ташев и доц. Веселина Влахова и се внедряват множество психометодики.

През 1968 г. те създават първия в страната клинично-диагностичен въпросник Невротично-депресивен тест (НДТ) и с това се поставя началото на психодиагностичното направление в психиатрията у нас.

Проф. Ташев е създател на „Самооценъчен депресивен тест (СДТ)“ и „Темпераментово-поведенчески въпросник (ТПВ)“. В ТПВ Т. Ташев обособява група въпроси, разкриващи преморбидните личностови тенденции съобразно схващанията за депресивната личност на Теленбах-Шимода, Фройд и Кречмер. ТПВ представлява значителен принос в личностовата диагностика, като се има предвид сложността в структурата, многообразието и неповторимостта на отделната личност както в общопсихологичен, така и в клинично-психологичен аспект.

Скалата за страх и тревога (ССТ) е самооценъчен въпросник, изграден от достъпно формулирани признаци. Измерва тревожността в три степени, съобразно стойностите на получения индекс на тревожност (ИТ). На същия принцип е създадена Оценъчна скала за депресия (ОСД).

Успешно са прилагани и внесени в страната през 1967 и 1971 г. от Т. Ташев световноизвестни тестове – личностов рисувателен тест на Е. Вартег, очертаващ рефлексографен, характеров и смислов профил на личността, и Паули-тест, надежден за диагностициране на психичната активност.

### Насоки в научно-изследователската дейност

В това направление заслужава да се споменат следните проучвания: Клинично-психологични изследвания на лица в напреднала възраст (1971); интелектуално-психична активност у възрастни лица в светлината на Паули-тест (1973); сравнителни проучвания на психичното развитие и характеровите особености в детска възраст (1973); върху структурата на личността на възрастни лица според рисувателния тест на Вартег (1975); върху психичния облик на възрастния човек (1975); сравнителни личностови проучвания с рисувателния тест на Вартег (1980); формиране на личността при липса на родител (1984, 1987); значението на патобиографията в психодиагностиката на депресиите (съвместно с М. Роглев, 1984); медико-психологични аспекти на студентската възраст (1976, 1985, 1990) и др.

По-целенасочено се проучват сексуалните разстройства в различни аспекти – невротичност, депресивност, тревожност, темперамент, характер – с комплект от тестове на Т. Ташев (С. Фингаров, В. Влахова, Б. Кукладжиев, С. Попов, С. Агопая, 1987) и с психогалванометрия (Роглев, 1976).



Методиките на Т. Ташев дават възможност за получаване на надеждни психодиагностични данни за алкохолната злоупотреба. На този проблем са посветени няколко интересни научни разработки (1975, 1978, 1979, 1982, 1983, 1987, 1989, 1990), между които повлияването на психичния темп и работоспособност под въздействието на малките дози алкохол с Паули-тест.

От 1982 г. се провеждат паралелни изследвания на нивото на антидепресанти в кръвта и клиничната картина чрез СДТ и ОСД, търси се корелация между дексаметазоновия тест и промените в депресиограмите.

Проф. д-р Т. Ташев е увлекателен лектор. Дълги години той изнася научно-популярни лекции от името на Съюза на учените.

Той е 5 години зам.-председател на Съюза на научните работници в Пловдив. Председател е на Пловдивското дружество по психиатрия и член на ръководството на Републиканското дружество по психиатрия.

Проф. д-р Т. Ташев е награждаван е с орден „Кирил и Методий“ – I степен и грамота „1300 години България“.

Избран е за депутат в Седмото Велико народно събрание, но и през това време не прекъсва контакта си с Катедрата по психиатрия и пациентите, като в продължение на 4 години извършва свободен прием на обществени начала.

Проф. Ташев често организира тържества в клиниката в сегашната учебна зала в приземния етаж, по време на които цари непринудена и приятелска атмосфера.



Входът на Клиниката и Катедрата по психиатрия и медицинска психология, ок. 1985





## Човекът Ташев

Проф. Тодор Ташев е изключително скромен и етичен човек, при който водещи качества са уважение, зачитане и смирение. Той създава спокойна и творческа атмосфера. Никога не се изтъква, не се пъчи с постиженията си, които са достойни за учен от световна класа. Разликата между него и някои съвременни „учени“ е от земята до небето.

Уважава колегите си, за него те бяха „Марин, Надя, Вера, Стефан, Ненко“ и т.н. Винаги се интересува и пита „Как си, как сте в къщи?“. Клиниката и катедрата (общо цяло) са за всички втори дом, семейство.

На сутрешните рапорти мълчаливо изслушва, никога не се намесва, нито прекъсва. Никога не повишава тон, обидни думи и квалификации са напълно чужди за него.

За главните визитации, които са веднъж седмично, и за двете отделения се посетила червена пътека. Професорът минава покрай всеки пациент и казва тихо по няколко думи, без да конфронтира нито пациента, нито лекуващия лекар.

В сърцата на своите ученици и последователи проф. д-р Тодор Ташев ще остане завинаги като изтъкнат учен, обаятелен преподавател и скромен човек. Той продължава пионерското дело на основателя на Катедрата и Клиниката по психиатрия проф. Кирил Чолаков и заслужено се счита за родоначалник на Пловдивската психиатрична школа.

### Книгопис:

1. М. Роглев, С. Бакалова, В. Балабанова, В. Влахова-Николова, С. Георгиев. Проф. д-р Тодор Ташев - 40 години преподавателска, научна и лечебна дейност. Сборник материали от Научната сесия, Медицински университет – Пловдив, 20.12.1991
2. Лична кореспонденция от проф. М. Роглев, озаглавена „Психиатрична клиника на МУ – Пловдив от миналото през настоящето“
3. Лична кореспонденция от доц. В. Влахова, изпратена до Научната конференция, посветена на 100-годишнината от рождението на проф. Т. Ташев
4. Снимков материал: Архив на Клиника по психиатрия, Интернет