

българско списание

ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ



BULGARIAN JOURNAL

MENTAL HEALTH

ИЗДАТЕЛСКА КЪЩА СТЕНО

www.stenobooks.com

ISSN 2738-7550





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.**
проф. 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**
Prof. Dr. **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 Психометрични характеристики на скалата за оценка на рисков профил за употреба на наркотични вещества (Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) сред български юноши, ходещи на училище

Е. Пседерска, Г. Василев, Д. Неделчев, Ю. Георгиева, К. Бозгунов, Ж. Василева

PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE SUBSTANCE USE RISK PROFILE SCALE (SURPS) AMONG BULGARIAN ADOLESCENTS

E. Psederska, G. Vassilev, D. Nedelchev, Yu. Georgieva, K. Bozgunov, J. Vassileva

26 Различните фактори, формиращи нагласите спрямо евтаназия

Ралица Белева, д-р Кирил Бозгунов

The different factors affecting the attitude toward euthanasia

Ralitsa Beleva, Kiril Bozgunov, PhD

39 Съответствие между КМСК скалата и критериите на DSM-5 за разстройства, свързани с употребата на вещества

Маргарита Колева, Кирил Бозгунов, Елена Пседерска, Никол Добрева, Димитър Неделчев, Георги Василев, Жасмин Василева

Congruence between the KMSK scale and DSM-5 criteria for substance use disorders

Margarita Koleva, Kiril Bozgunov, Elena Psederska, Nicole Dobрева, Dimitar Nedelchev, Georgi Vasilev, Jasmin Vassileva



Психометрични характеристики на скалата за оценка на рисков профил за употреба на наркотични вещества (Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) сред български юноши, ходещи на училище

Е. Пседерска^{1,2}, Г. Василев^{1,3}, Д. Неделчев¹, Ю. Георгиева³,
К. Бозгунов¹, Ж. Василева^{4,5}

1. Български институт по зависимости, София, България

2. Нов български университет, Департамент „Когнитивна наука и психология“, София, България

3. Център за хуманни политики, София, България

4. Institute for Drug and Alcohol Studies, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, United States

5. Department of Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, United States

РЕЗЮМЕ: Целите на текущото проучване бяха насочени към проверка на валидността на скалата „Рисков профил за употреба на наркотични вещества“ (Substance Use Risk Profile Scale, SURPS; Woicik, Stewart, Pihl, & Congrod, 2009) – инструмент за оценка на четири научно подкрепени личностни рискови профили (импулсивност, безнадеждност, търсене на силни усещания и чувствителност към тревожност), които имат висока предиктивна валидност по отношение на бъдещата употреба на наркотични вещества сред младите хора. За целите на изследването бяха оценени факторната структура и психометричните характеристики на въпросника сред популация от български юноши (12–14-годишни).

Изследването беше проведено анонимно онлайн чрез платформата Google Forms в периода 13.11.2020 г. – 22.06.2021 г. Крайната извадка, използвана в анализите на данните, включва общо 475 души на възраст между 12 и 14 години, като от тях 217 са момчета и 248 са момичета.

Резултатите показват успешно репликиране на 4-факторния модел на оригиналната версия на въпросника с четирите основни подскали. Данните от конформаторния факторен анализ показаха относително добра съгласуваност на модела, като индикираха, че българският превод на скалата работи добре в извадка от български юноши на възраст между 12 и 14 години. Вътрешната консистентност, която скалата демонстрира, беше приемлива за факторите чувствителност към тревожност ($\alpha = 0.68$), импулсивност ($\alpha = 0.64$) и търсене на усещания ($\alpha = 0.65$). Факторът безнадеждност беше с много добра вътрешна консистентност ($\alpha = 0.81$).

Резултатите, получени в текущата българска извадка от юноши, са в голяма степен в синхрон с резултатите, получени при изследване на психометричните свойства и валидизиране на скалата сред популации от юноши в други европейски страни.

Получените резултати, откриващи висок процент юноши, попадащи в рисковите таргетни групи по отделните скали на въпросника, са солидна основа за бъдещото разработване и прилагане на училищна програма за селективна превенция, базирана на интервенции, свързани с развиването на специфични когнитивни стратегии и обучения в конкретни умения съобразно водещия рисков профил.



PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE SUBSTANCE USE RISK PROFILE SCALE (SURPS) AMONG BULGARIAN ADOLESCENTS

**E. Psederska^{1,2}, G. Vassilev^{1,3}, D. Nedelchev¹, Yu. Georgieva³,
K. Bozgunov¹, J. Vassileva^{4,5}**

1. Bulgarian Addictions Institute, Sofia, Bulgaria

2. New Bulgarian University, Department „Cognitive Science and Psychology“

3. Centre for Humane Politics, Sofia, Bulgaria

4. Institute for Drug and Alcohol Studies, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, United States

5. Department of Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, United States

The aims of the current study were to examine the validity of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS; Woicik, Stewart, Pihl, & Conrod, 2009), a self-report questionnaire that measures four well-validated personality risk profiles (Impulsivity, Hopelessness, Sensation Seeking and Anxiety Sensitivity) associated with increased vulnerability to substance use disorders among youth. The psychometric properties and the factor structure of the questionnaire were assessed in a population of Bulgarian adolescents aged 12 to 14 years.

The study was performed as an online, anonymous survey administered on Google Forms between 13.11.2020 and 22.06.2021. A total of 475 Bulgarian adolescents aged 12 to 14 years took part in the study, of whom 217 were males (46.7%) and 248 were females (53.3%).

Our findings support the replication of the original four-factor model of the SURPS. Confirmatory Factor Analyses (CFA) indicated acceptable model consistency, suggesting that the Bulgarian translation of the scale performed effectively among Bulgarian adolescents aged 12 to 14 years old. The scale exhibited acceptable internal consistency for the factors measuring anxiety sensitivity ($\alpha = 0.68$), impulsivity ($\alpha = 0.64$), and sensation seeking ($\alpha = 0.65$), whereas the hopelessness factor demonstrated very good internal consistency ($\alpha = 0.81$).

Our findings align well with previous psychometric and validation studies of the SURPS conducted among adolescent populations in different European countries. In addition, our results revealing that almost half of the participants scored higher on at least one of the SURPS risk factors, provide a strong foundation for the future development and implementation of school-based selective prevention programs. These programs can implement interventions aimed at the development of specific cognitive strategies and skills training tailored to the leading risk profile.

ВЪВЕДЕНИЕ

Разпространение на употребата на алкохол и други психоактивни вещества в България

Употребата на наркотични вещества (включително никотин и алкохол) е един от най-сериозните проблеми сред младите хора по света. Тази тенденция не е подминала България, като последните данни от проучванията, фокусирани върху употребата на наркотични вещества сред юноши от училищни популации, показват сериозно повишаване както на разпространението, така и на тежестта на употреба. Според European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) от 2016 година българските ученици на възраст 15-16 години показват по-високи стойности



от средните за 35 европейски държави по 6 от общо 8^{те} показателя за употребата на наркотични вещества. Пушенето, употребата на алкохол и тежкото запойно пиене през последните 30 дни са били с 10% по-високи от средните стойности за останалите европейски държави. Относно употребата на канабис през живота българските ученици споделят едни от най-високите стойности. Подобно, употребата на други наркотични вещества през живота, включително и приемът на нови психоактивни вещества (НПВ), са почти два пъти по-високи сред българските ученици в сравнение с учениците от другите европейски страни (Kraus, & Nociar, 2016).

В допълнение, последното представително проучване, проведено в България (Национален фокусен център за наркотици и наркомании, 2017) с 3 700 ученици в 9–12 клас, които се обучават в различни държавни и общински училища на територията на България, показва следните притеснителни данни:

- 26,2% от учениците в страната посочват, че са употребявали някога в живота си някакъв вид наркотично вещество. Най-голям дял от тях са употребявали марихуана (21,0%), както и хашиш (8,7%), амфетамини (4,9%), кокаин (4,5%), метамфетамини (3,5%), синтетични канабиноиди (3,2%), екстази (3,1%).
- 21,5% от учениците отбелязват, че са употребявали някакъв вид наркотично вещество 12 месеца преди провеждане на проучването, като най-голям дял са употребявали марихуана (19,0%), хашиш (5,9%), амфетамини (4,1%) и кокаин (3,7%).
- През последните 30 дни преди провеждане на проучването делът на употребяваните някакъв вид наркотично вещество е 13,3%, като най-голям процент от учениците отбелязват употреба на марихуана (11,1%) и хашиш (3,4%), както и на амфетамини (2,6%), кокаин (2,5%), хероин (2,2%), метамфетамини и екстази (2,0%). Най-висок процент от отговорилите посочват, че през последните 30 дни ежедневно или почти ежедневно са употребявали канабис (2,5%), както и амфетамини (1,2%) и синтетични канабиноиди (1,1%).
- 7,4% от учениците в страната са употребили за първи път канабис на възраст 16–18 години, 1,9% са посочили, че на тази възраст за първи път са употребили амфетамини, а 1,4% – кокаин.
- В по-ранна възраст (13–15 години), когато става дума за първа употреба на някакво наркотично вещество, отново изпъква употребата на канабис (10,9%), а също и на амфетамини (1,2%), кокаин (1,0%), метамфетамини и синтетични канабиноиди (по 0,9%).
- В най-ранна възраст (под 13 години) най-често учениците в страната започват да употребяват канабис (1,7%), амфетамини и метамфатимини (1,0%), опиоиди (0,9%), екстази (0,9%), кокаин и синтетични канабиноиди (0,8%).
- Като причини за първа употреба на наркотично вещество те най-често посочват „от любопитство, да опитат нещо непознато“ (6,7%), „за удоволствие, за да изпитат временен приятен ефект“ (5,8%) и „от скука, за разнообразие“ (3,2%).
- 13,9% от учениците посочват, че някога в живота си са употребили канабис в комбинация с алкохол, а 5,1% – през последните 30 дни.



В рамките на последното проведено европейско училищно проучване от European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD; Mokinaro et al., 2019) през 2019 година българските ученици на възраст 15–16 години показват по-високи стойности от средните за 35 европейски държави по следните показатели – започване на ежедневно тютюнопушене на възраст под 13 години (5.8%), както и най-висок процент на ежедневно пушещи (22%). Новата тенденция тук е, че България е на едно от първите места и по ежедневната употреба на електронни цигари сред младите хора. Особено опасни изглеждат данните, че в България младите хора възприемат амфетамините/метамфетамините като много лесно достъпни наркотични вещества, което корелира с нивата на ранно започване на употребата на тези наркотици, като България заема незавидното „първо“ място по този критерий. Други интересни резултати са откритите повишени стойности, свързани с употребата на анаболни стероиди сред младите хора в България, в сравнение със средните стойности на други европейски държави. Допълнителна съвременна тенденция е широкото разпространение на прекомерна ангажираност с електронни игри, особено в дни, когато младите хора са на училище.

Рискови фактори, свързани с увеличена уязвимост към започване и задълбочаване на проблемната употреба на психоактивни вещества

Увеличената употреба на психоактивни вещества сред младите хора отразява притеснителна тенденция. Редица изследвания регистрират, че ранното начало на употребата на вещества е консистентно свързано с увеличен риск от ескалиране на ежедневния прием и развиване на зависимост (Behrendt et al., 2009; de Wit et al., 2000). Въпреки това, връзките между ранната употреба и по-късното формиране на зависимост са изключително сложни и вероятно медиирани от различни личностни и средови фактори.

В литературата могат да бъдат открити различни етиологични модели, които се опитват да обяснят механизмите, които опосредстват връзките между ранното начало и задълбочаването на бъдещата употреба на алкохол и други наркотични вещества. Едни от най-влиятелните съвременни етиологични подходи са фокусирани върху идентифицирането на определени личностни характеристики, които увеличават значимо уязвимостта към прогресиране на употребата на наркотични вещества и формирането на синдром на зависимост. Изследователите в областта разграничават две основни категории личностни черти, които се свързват с увеличен риск от развиване на хронична употреба на психоактивни вещества. Първата категория – екстернализиращи черти – обхваща личностни характеристики и психопатологични състояния, свързани с поведенческа дезинхибиция. Основните личностни черти в рамките на екстернализиращия спектър са импулсивността, хиперактивността,



търсенето на усещания, които са свързани със специфични модели на поведение, при които действията изпреварват мисълта (Conrod & Nikolaou, 2016; Vassileva & Conrod, 2019). Индивидите, които се характеризират с високи нива на тези черти, реагират първично, ангажират се във високорискови поведения, влизат в ситуации, за които впоследствие съжालяват, като са водени от силното желание за приключения и тръпка в комбинация с намалената способност за обмисляне на дългосрочните негативни последици, свързани с техните действия. Другата основна категория са интернализиращите черти, които се характеризират с повишен негативен афект и увеличена склонност към преживяване на интензивни негативни емоции (напр. тъга, гняв, тревога), които са трудно преработваеми. Основните личностни черти в рамките на интернализиращия спектър са високите нива на тревожност, безнадеждност и депресивност, които поставят сериозни трудности пред индивидуалните способности за емоционална регулация (Conrod & Nikolaou, 2016; Vassileva & Conrod, 2019). Екстернализиращите и интернализиращите личностни черти, особено ако са силно изразени, могат да поставят индивида в увеличена уязвимост към формиране на проблемна употреба на психоактивни вещества. Важно е да се отбележи, че отделните личностни характеристики са свързани с различна мотивация за употреба, медирана от различни процеси на подкрепление (Castellanos-Ryan & Conrod, 2012). По този начин интернализиращите черти се свързват с употребата на психоактивни вещества като опит за себелечение, себерегулация или справяне с негативните емоции, като тук ключови са механизмите на негативно подкрепление – психоактивното вещество се търси и употребява, за да се облекчат негативните емоционални състояния. От друга страна, екстернализиращите черти се свързват с употреба на психоактивни вещества, мотивирана предимно от желанието да се усилят усещанията, да се предизвика тръпка и чувство за приключение и вълнение, като основни са механизмите на положително подкрепление – психоактивното вещество се търси и употребява поради удоволствените преживявания, които предизвиква.

Един от най-влиятелните етиологични модели в областта, който поставя фокус върху екстернализиращите и интернализиращи черти и психопатологични състояния, е 4-факторният личностно-базиран рисков модел на Castellanos-Ryan & Conrod (2012), който идентифицира четири по-тясно дефинирани личностни характеристики, които са свързани с увеличен риск от развиване на зависимости: 1) Импулсивност (Impulsivity – IMP), 2) Търсене на силни усещания (Sensation Seeking – SS), 3) Чувствителност към тревожност (Anxiety Sensitivity – AS) и 4) Безнадеждност (Hopelessness – H). Тези четири личностни черти са свързани по различен начин с индивидуалната чувствителност към позитивните и/или негативни подкрепящи ефекти на различни видове наркотични вещества, като по-този начин водят до различна уязвимост и склонност към употреба на специфични класове психоактивни вещества. Екстернализиращите личностни черти (импулсивност и търсене на силни усещания) отразяват повишената чувствителност към позитивните подкрепящи свойства на наркотичните вещества, като импулсивността е специфично свързана с употребата на стимуланти, а търсенето на усещания – с употребата на алкохол, канабис и полиупотребата на



вещества. Обратно, интернализиращите личностни черти (чувствителност към тревожност и безнадеждност) са свързани с употребата на наркотични вещества с анксиолитични или антидепресивни свойства, като опиоиди, бензодиазепини и седативи, както и със специфичната форма на алкохолна злоупотреба, която се развива като механизъм за справяне (coping). В последно време чувствителността към тревожност се свързва и с употребата на канабис.

Както беше отбелязано по-горе, колкото по-рано в живота започне редовната употреба на наркотични вещества и алкохол, то е толкова по-вероятно конкретният млад човек да развие злоупотреба или зависимост в зряла възраст. Тези наблюдения обуславят сериозното инвестиране в планирането, осъществяването и оценката на ефективността на различни превантивни стратегии и методи за предотвратяване, намаляване или отлагане на тази употреба като една от най-важните задачи в общественно-здравната политика.

Подходът на базирани в училищна среда интервенции за превенция на употребата на наркотични вещества е естествен, тъй като училищата предлагат големи популации от млади хора в контролирана среда, което дава отличен контекст за системни и устойчиви интервенции. Заедно с това е важно да отбележим, че научните изследвания, проведени до момента, показват, че ефективността на прилаганите програми, насочени към първична обща превенция (приложима към цялата популация от млади хора) спрямо отлагането на началото или предотвратяване на употребата на наркотични вещества, са или силно ограничени по ефект или такъв изобщо не се наблюдава. Едно от основните ограничения на съществуващите превантивни програми е, че техните интервенции са универсални и насочени предимно към поведенческите проявления на подлежащата патология (т.е. употребата на психоактивни вещества), като игнорират ключовите рискови фактори, които са строго специфични и увеличават риска от развиване на зависимост. Напоследък все повече усилия се влагат в създаването на личностно-центрирани подходи в превенцията и лечението на зависимости, чиито интервенции са насочени именно към прицелване в специфичните личностни черти, които са свързани както с повишен риск от употреба на психоактивни вещества, така и с появата на други проблеми (напр. междуличностни проблеми, трудности в емоционалната регулация). Един от основните уроци досега е, че най-ефективните превантивни технологии са базирани на прецизиране и фокусиране на техните дейности върху конкретните проблеми и рискови фактори сред младите хора, които могат да бъдат идентифицирани още в ранна юношеска възраст. Ето защо се наблюдава преход към по-кратки превантивни интервенции, насочени към селективни популации от млади хора в повишен риск, които целят изграждане на умения и развиване на алтернативни стратегии за справяне, съобразени с индивидуалната уязвимост, която отразява установените конкретни рискови профили.

Скалата за оценка на Рисков профил за употреба на наркотични вещества (Substance Use Risk Profile Scale, SURPS; Woicik, Stewart, Pihl, & Conrod, 2009) оценява четирите добре установени и подкрепени от научни данни личностни рискови



фактора, които имат висока предиктивна валидност по отношение на бъдещата употреба на наркотични вещества, включително и на алкохол. Въпросникът включва оценка на четирите личностни черти, идентифицирани от Castellanos-Ryan & Conrod (2012) като ключови фактори на уязвимост към проблемна употреба на вещества: 1) Импулсивност, 2) Търсене на силни усещания, 3) Чувствителност към тревожност и 4) Безнадеждност. Скалата е широко използвана и валидизирана за юноши в различни държани, като е преведена на различни езици. Идентифицирането на юношите, които се характеризират с повишен риск от употреба на наркотични вещества, дава възможност за планиране и успешно осъществяване на селективни (целеви) превантивни дейности, които са показали своята ефективност и устойчивост в различни популации от млади хора по света. Скалата е преведена на български език, като е адаптирана и валидизирана, но единствено в популация от възрастни (над 18 години), повечето от които са били зависими към наркотични вещества (Long et al., 2018). Важна предстояща цел е адаптирането на въпросника сред юноши, което включва както оценката на неговите психометрични характеристики, така и проверката на предиктивната му валидност по отношение на употребата на алкохол и други психоактивни вещества.

Цели

Целта на текущото проучване е да оценим факторната структура и психометричните характеристики на скалата SURPS сред популация от български юноши (12–14 годишни).

Метод

Процедура

Изследването беше проведено в периода 13.11.2020г. – 22.06.2021г. посредством онлайн анкета, базирана на платформата Google Forms, която беше разпространена чрез електронна поща, Facebook и други социални мрежи до професионалисти, образователни и социални групи. Изследването беше с продължителност около 15 минути, беше анонимно и не включваше възнаграждение за участниците.

Участници

В изследването бяха включени 476 лица на възраст между 12 и 14 години. Крайната извадка, използвана в анализа на данните, включва общо 475 души (един участник бе изключен от анализа, тъй като е посочил възраст (7 години) извън предварително зададените рамки на изследването (12–14 години). От общо 475 лица, 217 са момчета и 248 са момичета. 179 (37.7%) от участниците са на 12 години, 158 (33.3%) са на 13 години и 138 (29.1%) са на 14 години. Участниците са набрани



онлайн чрез анонимна анкета, като не са събирани никакви лични данни, които биха могли да спомогнат за идентифицирането на участниците.

Инструменти

Анкетата на изследването включваше следните въпросници:

Кратък въпросник за социо-демографска информация – пол, възраст и местоживееене (София, голям град, малък град, село и друга държава).

Скала за оценка на Рисков профил за употреба на наркотични вещества (Substance Use Risk Profile Scale; SURPS; Woicik, Stewart, Pihl, & Conrod, 2009; Long, Milcheva, Psederska, Vasilev, Bozgunov, Nedelchev, Gillespie, Vassileva, 2018). Въпросникът се състои от 23 айтема, оценявани по 4-степенна Ликертова скала (1 – „силно несъгласен“, 2 – „несъгласен“, 3 – „съгласен“ и 4 – „силно съгласен“). Отговорите на въпросите се групират в 4 подскали спрямо принадлежността им към определен рисков профил – 1) Импулсивност (5 айтема), 2) Търсене на силни усещания (6 айтема), 3) Чувствителност към тревожност (5 айтема) и 4) Безнадеждност (7 айтема). Юношите се класифицират като имащи повишен риск, ако стойностите им по някоя от четирите подскали са с 1 стандартно отклонение (SD) над средните стойности по съответния фактор за общата извадка. Скалата е преведена на български език в рамките на международен изследователски проект „Разновидности на импулсивност сред лица употребяващи опиоди и стимуланти“, финансиран от Националния институт по злоупотреба с вещества на САЩ (National Institute on Drug Abuse, NIDA) с Грант R01 DA021421. Въпросникът е успешно адаптиран и валидизиран за популацията от употребяващи наркотични вещества (опиати и/или стимуланти) в България на възраст над 18 години (Long et al., 2018).

Резултати

За целите на настоящото изследване проведохме серия от анализи със статистическите пакети на IBM SPSS Statistics, Version 24.0. (IBM Corp., 2016) и JASP Version 0.14.1.0. (JASP, 2020). Основната цел, която си поставихме, беше да установим дали българската версия на SURPS е валиден и надежден инструмент за оценка на риска от употреба на психоактивни вещества сред подрастващи на възраст между 12 и 14 години. За тези цели ще представим данните, получени в рамките на различни анализи, проведени в текущата извадка от юноши на възраст между 12 и 14 години. На първо място ще бъдат представени описателните статистики на демографските променливи (пол, възраст и населено място) в текущата извадка. На второ място ще бъдат обобщени данните, свързани с оценката на факторната структура на SURPS, вътрешната консистентност на отделните подскали на въпросника и взаимовръзките между тях. След това ще опишем данните от сравнителните анализи, които проведохме, за да определим наличието на евентуални полови различия в стойностите на отделните подскали на SURPS. На



последно място ще бъдат представени и данните от анализите на взаимовръзките между четирите подскали на въпросника и основните демографски променливи (пол, възраст, населено място), както и процентното разпределение на участниците, които се характеризират с повишен риск по отношение на всеки от четирите рискови профили на SURPS.

Описателна статистика на демографските данни

Извадката се състоеше от 475 участници, от които 217 момчета (45.7%) и 248 момичета (52.2%), като 10 души (2.1%) бяха отбелязали „друго“ на графата пол. Участниците в изследването бяха на възраст между 12 и 14 години. Средната възраст на цялата извадка беше 12.91 години ($SD = \pm 0.81$); на момичетата – 12.99 години ($SD = \pm 0.81$); на момчетата – 12.82 години ($SD = \pm 0.79$) и 13.10 години ($SD = \pm 0.99$) на участниците, отбелязали „друго“ на графата пол. В Таблица 1 е представено разпределението на всички участници, попълнили анкетата, по пол и възрастова група (12, 13 или 14 години).

Таблица 1. Разпределение на участниците по пол и възрастова група

Възрастова група	Момчета	Момичета	Друго	Общо
12 години	92 (42.4%)	83 (33.5%)	4 (40%)	179 (37.7%)
13 години	73 (33.6%)	84 (33.9%)	1 (10%)	158 (33.3%)
14 години	52 (24%)	81 (32.7%)	5 (50%)	138 (29.1%)
Общо	217	248	10	475

Забележка: Данните са представени като брой (%)

Тъй като изследването беше проведено онлайн и беше със свободен достъп, в него бяха включени участници от различни градове в България, както и жители на други държави. По тази причина разпределихме участниците в шест категории, отразяващи мястото на живеене по следните критерии: 1) град София; 2) Големи градове (над 100.000 жители), 3) Малки градове (под 100.000 жители), 4) Села, 5) Други държави и 6) Липсва информация. В Таблица 2 е представено разпределението на всички участници, попълнили анкетата, по пол и населено място. Най-големият брой участници (86.3%) бяха от град София (240 души, 50.5%) или от Малки градове (171 души, 35.8%), като общо 6 души (1.3%) не бяха отбелязали своето местожителство.

**Таблица 2.** Разпределение на участниците по пол и местожителство

Местожителство	Момчета	Момичета	Друго	Общо
София град	118 (54.4%)	119 (48%)	3 (30%)	240 (50.5%)
Големи градове (над 100.000 жители)	15 (6.9%)	26 (10.5%)	0 (0%)	41 (8.6%)
Малки градове (под 100.000 жители)	73 (33.6%)	94 (37.9%)	3 (30%)	170 (35.8%)
Село	8 (3.7%)	5 (2%)	1 (10%)	14 (2.9%)
Друга държава	1 (0.5%)	1 (0.4%)	2 (20%)	4 (0.8%)
Не е отбелязано	2 (0.9%)	3 (1.2%)	1 (10%)	6 (1.3%)
Общо	217	248	10	475

Забележка: Данните са представени като брой (%)

Факторна структура

Факторната структура на SURPS беше изследвана чрез конфирматорен факторен анализ (Confirmatory Factor Analysis; CFA), базиран на различни индекси за определяне на степента на факторната съгласуваност и съвместимост на айтемите, който беше извършен чрез статистическия софтуер JASP, версия 0.14.1.0. Конфирматорният факторен анализ на JASP е базиран на пакета lavaan (lavaan.org; Rosseel, 2012), на статистическия софтуер R (RCore Team, 2014). За оценка на съгласуваността на модела използвахме различни критерии, които оценяват относителната и абсолютна съгласуваност на модела: (1) хи-квадрат тест за оценка на разликите между наблюдаваните и очакваните ковариационни матрици; (2) съотношението χ^2/df (3) сравнителния индекс на съвместимост (Comparative Fit Index; CFI); (4) индекса на Тъкър-Люис (Tucker-Lewis Index (TLI)); (5) стандартизирания среден квадратен остатък (Standardized Root Mean Square Residual; RMR); (6) средната квадратична грешка на апроксимацията (Root Mean Square of Approximation; RMSEA) (Schreiber et al., 2006).

Въпреки че хи-квадрат тестът трябва да бъде незначим ($p > 0.05$), за да отразява добра съгласуваност на модела, това се наблюдава рядко в социалните науки (Alavi et al., 2020). По тази причина изследвахме и допълнителните индекси за относителна и абсолютна съгласуваност на модела. За индекса на съотношение χ^2/df стойност по-малка от 3.0 обикновено индикира добра съгласуваност на модела. За индексите TLI и CFI стойности над 0.90 се възприемат като признаци за добра съгласуваност на модела. За SRMR индекса стойности по-малки от 0.08 показват добро факторно съвместяване. За RMSEA стойности по-малки или равни на 0.06 отразяват добра съгласуваност, а стойности над 0.08 се разглеждат като индикация за недостатъчно добра съгласуваност на модела.



Тестваният модел показва допустима съгласуваност в текущата извадка (RMSEA = 0.06; SRMR = 0.07; TLI = 0.80; CFI = 0.83; $\chi^2/df = 2.75$) въпреки значимите разлики между наблюдаваните и очакваните ковариационни матрици, идентифицирани от хи-квадрат теста ($\chi^2(224) = 617.52$, $p < 0.001$). Въпреки че TLI и CFI индексите показаха малко по-ниска стойност от препоръчителната – 0.9, някои автори предполагат, че тези относителни индекси на съгласуваност не са надеждни индикатори за валидността на модела при по-големи извадки (> 200). Поради големината на текущата извадка (> 200) абсолютният индекс на съгласуваност (RMSEA), който показва допустима стойност, може да се разглежда като по-надежден спрямо относителните индекси на съгласуваност (TLI, CFI) (Fan et al., 1999). Цялостно резултатите от конфирматорния факторен анализ показват относително добра съгласуваност на 4-факторния модел на SURPS към текущите данни. Мерките за съгласуваност на модела са представени в Таблица 3.

Таблица 3. Мерки за съгласуваност на конфирматорния модел

	χ^2	df	TLI	CFI	SRMR	RMSEA (90% CI)
4-факторен модел SURPS	617.52	224	0.80	0.83	0.07	0.06 (0.06- 0.07)

Стандартизираните факторни тегла на отделните айтеми варираха между 0.35 и 0.73 за подskalата импулсивност; 0.34 и 0.53 за подskalата търсене на силни усещания; 0.47 и 0.62 за подskalата чувствителност към тревожност и 0.50 и 0.78 за подskalата безнадеждност. В Таблица 4 са представени стандартизираните факторни тегла за всички айтеми на въпросника.


Таблица 4. Факторни тегла на айтемите от конфирматорния факторен анализ

Подскала	Айтем	Факторно тегло
Импулсивност	2. Често не обмислям нещата, преди да говоря.	0.618
	5. Често се замесвам в ситуации, в които после съжалявам, че съм се замесил.	0.464
	11. Обикновено действам без да спра и да помисля.	0.725
	15. Като цяло аз съм импулсивен човек.	0.486
	22. Чувствам, че трябва да съм манипулативен, за да получа каквото искам.	0.354
Търсене на силни усещания	3. Бих искал да скачам с парашут.	0.501
	6. Наслаждавам се на нови и вълнуващи преживявания, дори и ако те са нестандартни.	0.341
	9. Харесва ми да правя неща, които малко ме плашат.	0.522
	12. Бих искал да се науча да карам мотор.	0.521
	16. Интересувам се от преживяването заради самото него, дори и да е нелегално.	0.515
	19. Бих се забавлявал да скитам на дълги разстояния в дива и ненаселена територия.	0.535
Чувствителност към тревожност	8. Плашещо е да се чувстваш замаян или да ти прилошее.	0.584
	10. Плаши ме, когато почувствам, че ритъмът на сърцето ми се променя.	0.554
	14. Изплашвам се, когато съм твърде нервен.	0.473
	18. Плаша се, когато преживявам необичайни телесни усещания.	0.621
	21. Плаши ме, когато не мога да се фокусирам върху задача.	0.504
Безнадеждност	1. Аз съм доволен или удовлетворен от живота като цяло.	0.715
	4. Аз съм щастлив.	0.781
	7. Вярвам, че в бъдещето ми има големи перспективи.	0.520
	13. Горд съм от постиженията си.	0.495
	17. Чувствам, че съм провал.	0.606
	20. Чувствам се приятно.	0.695
	23. Аз съм много ентузиазизиран относно бъдещето си.	0.497



Вътрешна консистентност и връзки между отделните подскали на SURPS

Вътрешната консистентност на целия въпросник и отделните подскали на SURPS беше оценена чрез алфа на Кронбах и средна корелация между айтемите. Стойности на алфа на Кронбах над 0.70 се разглеждат като маркиращи добра вътрешна консистентност. В настоящата извадка вътрешната консистентност на целия въпросник и отделните му подскали беше приемлива (α между 0.64 и 0.81). Тъй като алфата на Кронбах се влияе значимо от броя на айтемите и е сравнително ниска в по-кратки скали, някои автори предлагат да бъде използван критерий от над 0.60 като показател на адекватна вътрешна консистентност в по-кратки скали (Clark and Watson, 1995). Съгласно този критерий скалата SURPS може да бъде разгледана като надежден инструмент в текущата извадка. Въпреки това, за да гарантираме по-голяма надеждност на анализите, изчислихме допълнително и средните корелации между айтемите, които се разглеждат като по-чувствителни мерки на вътрешната консистентност и хомогенност на въпросниците (Clark & Watson, 1995). В настоящата извадка средните корелации между айтемите варираха между 0.24 и 0.38, което индикира добра вътрешна консистентност според критериите на Clark and Watson (1995). В Таблица 5 са представени средните стойности и стандартните отклонения за всяка от четирите подскали на SURPS в текущата извадка, както и стойностите на алфата на Кронбах и средните корелации между айтемите.

Таблица 5. Описателна статистика и вътрешна консистентност на четирите подскали на SURPS

Подскала	Средна стойност (SD)	α на Кронбах	Средна корелация между айтемите
Импулсивност	11.81 (2.59)	.64	.26
Търсене на усещания	16.05 (3.31)	.65	.24
Чувствителност към тревожност	11.85 (2.81)	.68	.29
Безнадеждност	12.91 (3.47)	.81	.38
Общо	52.64 (6.67)	.68	.09

df = 474

Допълнително бяха оценени и взаимовръзките между основните скали на въпросника, като анализирахме модела от двумерни корелации между четирите подскали на SURPS. В Таблица 6 са представени резултатите, като с удебелен шрифт са отбелязани стойностите на значимите корелации между факторите. Чувствителността към тревожност показва статистически значима отрицателна корелация с търсенето на усещания ($r = -0.267$, $p < 0.01$). Импулсивността беше значимо свързана с безнадеждността ($r = 0.259$, $p < 0.01$) и търсенето на усещания ($r = 0.341$, $p < 0.01$).

**Таблица 6.** Връзки между четирите подскали на SURPS

	Безнадеждност	Чувствителност към тревожност	Импулсивност	Търсене на усещания
Безнадеждност	–	0.070	0.259**	–0.025
Чувствителност към тревожност		–	0.030	–0.267**
Импулсивност			–	0.341**
Търсене на усещания				–

Забележка:

**Корелацията е със степен на значимост на ниво 0.01

*Корелацията е със степен на значимост на ниво 0.05

Полови различия

За да проведем сравнителни анализи за оценка на полови разлики в средните стойности на всяка от подskalите на SURPS, използвахме t-тест за независими извадки. За целите на анализите на данни изключихме участниците в изследването, които бяха отбелязали „друго“ в графата пол, тъй като тази група се състоеше от само 10 души и този брой беше крайно недостатъчен за провеждането на сравнителни анализи. В другите две групи се наблюдаваха статистически значими разлики само в интернализиращите подскали, измерващи безнадеждност и чувствителност към тревожност, като момчетата показаха по-високи средни стойности, в сравнение с момчетата и по двата фактора. Резултатите от сравнителните анализи са видими в Таблица 7.

Таблица 7. Описателна статистика и полови различия в подskalите на SURPS

Скала	Момчета (n= 217)		Момичета (n= 248)		t	p*
	Средна	SD	Средна	SD		
Безнадеждност	12.41	3.14	13.16	3.43	–2.443	< 0.015
Чувствителност към тревожност	11.62	2.73	12.14	2.80	–1.976	< 0.049
Импулсивност	11.83	2.27	11.71	2.73	0.415	< 0.678
Търсене на усещания	15.82	3.23	16.19	3.35	–1.311	< 0.190

df = 463; *Средните разлики са изчислени на ниво на значимост $p < 0.05$



Проведохме и допълнителни корелационни анализи, за да оценим връзките между отделните подскали на SURPS и основните демографски променливи (пол, възраст, местожителство). Резултатите, представени в Таблица 8, включват всички участници в текущата извадка. С удебелен шрифт са отбелязани само статистически значимите корелации. Възрастта беше положително свързана с фактора безнадеждност ($r = 0.144$, $p < 0.01$), което индикира, че с увеличаването на възрастта се покачват и стойностите по безнадеждност. Полът показва статистически значими корелации с факторите безнадеждност ($r = 0.166$, $p < 0.01$) и търсене на усещания ($r = 0.094$, $p < 0.05$), което свидетелства, че стойностите по тези подскали са по-високи при жените. От друга страна, местожителството беше отрицателно свързано с безнадеждността ($r = -0.153$, $p < .01$), чувствителността към тревожност ($r = -0.191$, $p < -0.01$) и търсенето на усещания ($r = 0.101$, $p < 0.05$). Местожителството в София или в големи градове в България е свързано с увеличени нива на безнадеждност и чувствителност към тревожност, а местожителството в малки градове или села е свързано с увеличени нива на търсене на усещания.

Таблица 8. Връзки между четирите подскали на SURPS и демографските променливи в цялата извадка

	Безнадеждност	Чувствителност към тревожност	Импулсивност	Търсене на усещания
Възраст	0.144**	0.060	0.046	0.046
Пол	0.166**	0.024	0.045	0.094*
Град	-0.153**	-0.191**	0.018	0.101*

Забележка:

**Корелацията е със степен на значимост на ниво 0.01;

*Корелацията е със степен на значимост на ниво 0.05.

Процентно разпределение на участниците, които се характеризират с повишен рисков профил

Данните в Таблица 9 описват броя и процентното разпределение на участниците, чийто краен сбор от точки по дадена подскала на SURPS е с поне едно стандартно отклонение над средната норма за всеки фактор. Изчислените средни норми за отделните подскали са както следва: безнадеждност > 16.38 точки; чувствителност към тревожност > 14.66 точки; импулсивност > 14.40 точки; търсене на усещания > 19.36 точки. В Таблица 9 са представени броят на участниците, които имат с поне 1 стандартно отклонение по-високи от горепосочените средни резултати, като е посочен и какъв процент от цялата извадка представляват. Общо 65 участници (13.68%) показват резултати над средните стойности по фактора безнадеждност, като по-голямата част от тях (63.08%) са от град София. Факторът чувствителност към тревожност имаше най-висок процент високорискови юноши, като 75 участници



(15.79%) показаха стойности с поне едно стандартно отклонение по-високи от средните за цялата извадка, като по-голямата част от тях (64%) бяха от град София. При фактора импулсивност 66 участници (13.89%) от общата извадка показват резултати над средните стойности, като по-голямата част от тях (65.15%) бяха от град София. По фактора търсене на усещания общо 73 участници (15.37%) надвишаваха средни резултати с минимум едно стандартно отклонение, като мнозинството от тях (65.15%) бяха от град София. Най-голям брой високорискови юноши се класифицират в профила чувствителност към тревожност, следван от профилите, оценяващи търсенето на силни усещания, импулсивността и безнадеждността.

Таблица 9. Процентно разпределение на участниците с едно ст. отклонение на средната норма

Фактор	Брой участници	% участници
Безнадеждност	65	13.68
Чувствителност към тревожност	75	15.79
Импулсивност	66	13.89
Търсене на усещания	73	15.37

Общо 43.58% (207 души) от общия брой участници в изследването показаха завишени резултати по поне един от четирите фактора, като: 31.58% (150 души) имаха завишени стойности само по 1 от факторите; 9.89% (47 души) имаха завишени стойности по 2 фактора; 1.68% (8 души) имаха завишени стойности по 3 фактора, а 0.04% (2 души) имаха завишени стойности по всичките 4 фактора.

Тези резултати ни дават начална приблизителна оценка на размера на възможните бъдещи таргетни групи от млади хора, които ще са обект на училищните програми за селективна превенция.

Дискусия

Основната цел на настоящото изследване беше оценката на факторната структура и психометричните характеристики на българската версия на SURPS сред училищна популация от български юноши на възраст между 12 и 14 години.

Репликирахме успешно 4-факторния модел на оригиналната версия на въпросника, който включва четири основни подскали: 1) импулсивност, 2) търсене на усещания, 3) безнадеждност и 4) чувствителност към тревожност. Данните от конфирматорния факторен анализ показаха добра съгласуваност на модела, като индикираха, че българският превод на скалата работи добре в извадка от български юноши на възраст между 12 и 14 години.



Вътрешната консистентност, която скалата демонстрира, беше приемлива за факторите чувствителност към тревожност ($\alpha = 0.68$), импулсивност ($\alpha = 0.64$) и търсене на усещания ($\alpha = 0.65$). Факторът безнадеждност беше с много добра вътрешна консистентност ($\alpha = 0.81$). Тези резултати наподобяват данните от предишни изследвания, които оценяват вътрешната консистентност на четирите подскали на SURPS. Едно от водещите изследвания в областта е проведено с голям брой ученици в Лондон, част от които са включени в превантивната интервенция Preventure, разработена от Conrod et al. (2010) и основана на личностно-базирания рисков модел на Castellanos-Ryan & Conrod (2012). В тази извадка α на Кронбах варира от 0.67 до 0.77, като стойностите за отделните фактори са следните: безнадеждност – 0.77; чувствителност към тревожност – 0.67, импулсивност – 0.67 и търсене на силни усещания – 0.69. Може да се види, че изчислените стойности на алфата на Кронбах в текущата извадка и в извадката на Conrod et al. (2010) са изключително близки, като и в двете изследвания най-високата вътрешна консистентност е демонстрирана от фактора безнадеждност.

В изследването на Conrod et al. (2010) са взели участие общо 5302 ученици, като 2028 (45.77%) са показали резултати с над 1 стандартно отклонение по поне един от рисковите фактори на SURPS и на тази база са били включени в селективната превантивна интервенция. Останалите 2403 (54.23%) ученици не са показвали рискови стойности по нито една от скалите на въпросника. Тези резултати, макар и по-високи от текущите предимно поради големината на английската извадка, са абсолютно сравними с настоящата извадка от юноши, като попадат в същия диапазон и в текущото изследване – 207 души (43.58%) в настоящото изследване, проведено в България, имаха завишени резултати по поне един от четирите основни рискови фактора на SURPS. Следва да се отбележи, че общо 57 участници (12% от общата извадка) в текущото изследване са показали повишени стойности по повече от един от факторите на скалата.

При обсъждането на резултатите от текущото изследване и тяхната съвместимост с данните на Conrod et al. (2010) е важно да се вземат предвид няколко основни фактора: 1) възрастта на юношите в българската извадка е по-ниска (12–14 години срещу 13–15 години); 2) българското проучване беше проведено онлайн; 3) участниците бяха включени на базата на автоселекция, а не бяха случайно подбрани; 4) в настоящото изследване липсват инструменти за измерване на реалната употреба на наркотични вещества сред младите хора, което ограничава изследването на предиктивната валидност на SURPS. Въпреки тези ограничения, сходните резултати между двете изследвания говорят в полза на потенциала на скалата SURPS в разработването и прилагането на селективни превантивни програми и интервенции по отношение на употребата на наркотични вещества сред училищни популации от юноши в България. Във всички случаи това изисква провеждането на бъдещи по-мощни проучвания сред младите хора в България, които да включват както инструменти за измерване на реалната употреба на наркотични вещества, така и други валидизирани и стандартизирани инструменти, измерващи депресия,



импулсивност, търсене на силни усещания и други психологични конструкти, които да позволяват кръстосаното сравняване на резултатите по отделните фактори на SURPS с данните от други скали.

В допълнение, резултатите от настоящото изследване подкрепят вече установените генерални полови различия, открити от предишни изследвания, в стойностите по отделните рискови фактори на SURPS, като характерно жените показват по-високи резултати по интернализиращите фактори – чувствителност към тревожност и безнадеждност, а мъжете – по-високи резултати по екстернализиращите фактори – импулсивност и търсене на усещания. В текущото изследване t-тестът за независими извадки идентифицира статистически значимо по-високи стойности за жените по факторите за чувствителност към тревожност и безнадеждност, но не открихме полови разлики в екстернализиращите фактори. Jurk et al. (2015) изследват психометричните характеристики на SURPS сред юноши от Англия, Ирландия, Германия и Франция, като техните анализи показват, че е налице значим основен ефект на езика върху резултатите по всички скали. Напълно очаквано, в изследването на Jurk et al. (2015) жените показват статистически значимо по-високи резултати по скалата за чувствителност към тревожност, докато момчетата показват статистически значимо по-високи резултати по скалата за търсене на силни усещания. Важно е да се отбележи, че тези данни също показват интеракция с езика, като половите разлики са по-значими сред немските и френски юноши. По тази причина е възможно половите различия, открити във факторите на SURPS, да се влияят от определени културални или езикови фактори, които следва да бъдат допълнително проучени.

По отношение на корелациите между отделните подскали на SURPS наблюдавахме теоретично очакваните връзки между скалата импулсивност и скалата търсене на усещания. В допълнение, идентифицирахме положителна корелация между скалата за безнадеждност и скалата за импулсивност, което предполага, че юношите с по-високи нива на безнадеждност се характеризират и с увеличена склонност към импулсивни поведения. Тези данни съответстват на някои съвременни концепции за импулсивността, които отчитат водещата роля на негативните емоции в отключването на импулсивни поведения (Cyders & Smith, 2008). От друга страна, чувствителността към тревожност беше отрицателно свързана с търсенето на усещания, което беше теоретично очаквано, тъй като се предполага, че юношите, които възприемат телесните корелати на тревожността като потенциално опасни, не биха показали склонност към нови и вълнуващи преживявания, често свързани именно с покачване в нивата на тревожност (Wagner, 2001). Открихме някои значими корелационни връзки между отделните рискови фактори на SURPS и социо-демографските променливи. Така например възрастта беше положително свързана с фактора безнадеждност. Тези данни могат да отразяват личностовата динамика на младите хора в този период на тяхното психологическо развитие. В допълнение, живеенето в голям град или в столицата е свързано с повишени стойности по интернализиращите фактори безнадеждност и чувствителност към тревожност, докато живеенето в малък град



или село е свързано с повишени стойности по фактора на търсене на усещания. Повишените нива на безнадеждност и чувствителност към тревожност в по-големите градове са регистрирани и в други изследвания и могат да отразяват по-трудните житейски обстоятелства, увеличени стрес и липсата на чувство за принадлежност към обществеността, свързани с живеенето в градска среда (McKenzie et al., 2013; Romans et al., 2010). От друга страна, повишените нива на търсене на усещания в малките градове и села могат да отразяват липсата на разнообразни алтернативи, по-еднообразния ритъм на живот и намалената възможност за вълнуващи преживявания, свързани с живеенето в по-малки градове и села. Като цяло, е важно да отбележим, че текущата извадка не съдържа достатъчно голям брой хора и по тази причина не е достатъчно представителна, което възпрепятства надеждното извличане на обобщени заключения и изводи на базата на тези резултати.

Ограничения на изследването

Въпреки че настоящата извадка от 475 участници е сравнително голяма, особено предвид условията, в които е проведено проучването, все пак тя не е достатъчна за извличането на генерални обобщения, които да са приложими за цялата популация от юноши в България, които посещават училище.

Също така предишни изследвания в областта (Jurk et al., 2015) показват, че резултатите по отделните поскали на SURPS се влияят от езика (културата), на който е преведена скалата, като този ефект е значим. Оттук сравненията с резултатите от други изследвания с училищни популации от Западна Европа и особено от Северна Америка (САЩ и Канада) трябва да се правят внимателно.

При обсъждане на ограниченията на настоящото изследване трябва да се вземе предвид и онлайн дизайнът на събиране на данни, който сам по себе си дава възможност за изкривяване на селекцията на участници. Също така сериозно ограничение на изследването е свързано с анонимността на онлайн проучването. Онлайн дизайнът на изследването беше избран с цел съзнателно предотвратяване на възможността за идентификация на участниците, но това не позволи включването на въпроси и събирането на информация относно реалната употреба на различни наркотични вещества (или липса на такава) от участниците. По тази причина това е една от ключовите насоки за продължаване и развиване на изследването в България, като основна бъдеща цел ще бъде ясното идентифициране на връзката между отделните подскали на SURPS и реалният риск от употреба на различни видове наркотични вещества. Друго ограничение, което също е свързано с търсената анонимност на участниците в изследването, е липсата на други въпросници и скали, които да бъдат използвани заедно със SURPS. Включването на допълнителни инструменти за оценка на същите или сходни психологически конструкти биха предоставили възможност за кръстосано засичане на резултатите по отделните скали на SURPS (импулсивност, чувствителност към тревожност, безнадеждност и търсене на силни усещания) с други широко използвани в научни проучвания въпросници, което би предоставило



ценна информация относно валидността на инструмента сред български юноши. Не на последно място е важно да се изследва и тест-ре-тест надеждността на въпросника, за да се проучи относителната стабилност във времето на четирите идентифицирани рискови профила.

Заклучения

В обобщение, настоящото изследване представя първи успешен опит за използване на скалата SURPS в България по нейното оригинално предназначение, а именно измерване и оценка на четири добре установени рискови фактори от интернализиращия и експернализиращия спектър, които са свързани с повишен риск от развиване на проблемна употреба на наркотични вещества и алкохол сред училищни популации от юноши.

Резултатите, получени в текущата българска извадка от юноши, са в голяма степен в синхрон с резултатите, получени при изследване на психометричните свойства и валидизиране на скалата сред популации от юноши във Великобритания, Германия, Франция, Ирландия и други, както като факторна структура, така и като нива на вътрешната консистентост и конкретни резултати по отделните скали.

Получените резултати, откриващи висок процент юноши, попадащи в рисковите таргетни групи по отделните скали на въпросника, са солидна основа за бъдещото разработване и прилагане на училищна програма за селективна превенция, базирана на интервенции, свързани с развиването на специфични когнитивни стратегии и обучения в конкретни умения съобразно водещия рисков профил.

Препоръки

На базата на основните резултати, получени в рамките на настоящото изследване, издигаме следните бъдещи препоръки:

1. Провеждане на представително изследване за България, проведено с училищна популация от юноши, което да използва скалата SURPS в комбинация с други изследователски инструменти, които да оценяват: 1) употребата на наркотични вещества (включително алкохол и никотин) сред юношите в България; 2) психологични конструктори, свързани с основните фактори на въпросника SURPS, като депресивност, импулсивност, търсене на силни усещания и други; и 3) Експлоративен факторен анализ на скалата в такава извадка.
2. Утвърждаване на подхода, свързан с използване на Селективна училищна превенция, като водещ при разработването, апробирането и прилагането на училищни превантивни стратегии и програми по проблемите на употребата на наркотични вещества;
3. Разработване и апробиране на българска програма за селективна превенция на употребата на наркотични вещества, която да се изпълнява в училищни



условия и да е базирана на 4-факторния модел на личностовите рискови фактори, свързани с увеличена уязвимост към бъдеща употреба на наркотични вещества, като едновременно с това използва научно-обоснования метод на съчетаване на когнитивно-поведенчески и мотивационни интервенции с изграждането на умения за справяне с конкретни, идентифицирани рискови профили сред младите хора.

4. Като последна стъпка можем да отбележим провеждането на изследвания, фокусирани върху оценката на ефективността на разработената програма за селективна превенция в редуцирането на честотата и тежестта на употребата на психоактивни вещества сред юноши. При доказано наличие на подобна ефективност програмата следва да бъде разпространена, като различни групи от професионалисти (училищни психолози и учители) бъдат обучени в нейното ефективно прилагане.

Acknowledgements

Research in this report was supported by the initiative Call for Europe – In Support of Childhood from UniCredit Foundation and UniCredit Bulbank to the Center for Humane Policy (Selective School Program for the Prevention of Maladaptive Behaviors; SUPRA) and, in part, by the National Institute on Drug Abuse (NIDA) and the Fogarty International Center at the National Institutes of Health (NIH) in the United States under award number R01DA021421 (PI Vassileva).

ЛИТЕРАТУРА

1. Национален фокусен център по наркомании (2017) Национално представително проучване сред учениците в гимназиален курс на обучение (9-12 клас) «Нагласи и употреба на психоактивни вещества».
2. <http://www.nfp-drugs.bg/bg/?&ittype=174&info=2693>
3. Alavi, M., Visentin, D. C., Thapa, D. K., Hunt, G. E., Watson, R., & Cleary, M. (2020). Chi-square for model fit in confirmatory factor analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9):2209-2211
4. Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 68–78.
5. Castellanos-Ryan, N., & Conrod, P. (2012). Personality and substance misuse: Evidence for a four-factor model of vulnerability. In J. C. Verster, K. Brady, M. Galanter, & P. Conrod (Eds.), *Drug abuse and addiction in medical illness: Causes, consequences and treatment* (pp. 47–62). Springer Science + Business Media.
6. Conrod, P.J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, N. (2010) Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 85-93.
7. Conrod, P., & Nikolaou, K. (2016). Annual research review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 371-394.
8. Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828.
9. DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R., Ogborne, A.C., 2000. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745–750.
10. Fan, X. T., Thompson, B., and Wang, L. (1999). Effects of sample size, estimation methods, and model specification on structural equation modeling fit indexes. *Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal*, 6(1), 56-83.
11. IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
12. Jurk, S., Kuitunen-Paul, S., Kroemer, N. B., Artiges, E., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., et al. (2015). Personality and substance use: psychometric evaluation and validation of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) in English, Irish,



- French, and German adolescents. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(11), 2234–2248.
13. Krank, M., Stewart, S. H., O'Connor, R., Woicik, P. B., Wall, A.-M., & Conrod, P. J. (2011). Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 36(1–2), 37–46.
 14. Kraus, L., & Nociar, A. (2016). ESPAD Report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
 15. Long, E. C., Milcheva, S., Psederska, E., Vasilev, G., Bozgunov, K., Nedelchev, D., Gillespie, N., Vassileva, J. (2018). Validation of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) with Bulgarian substance dependent individuals. *Frontiers in Psychology*, 26, 9:2296.
 16. McKenzie, K., Murray, A., & Booth, T. (2013). Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? An epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1019-1024.
 17. Mokinaro, S., Vincente, J., Benedetti, E., Cerrai, S., Colasante, E., Arpa, S., et al. (2020). ESPAD Report 2019: Results From European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
 18. R. Core Team. (2014). R: a language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R foundation for statistical computing.
 19. Romans, S., Cohen, M., & Forte, T. (2010). Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 567–575. doi:10.1007/s00127-010-0222-2
 20. Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
 21. Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., and King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review. *The Journal of educational research*, 99(6), 323-338.
 22. Vassileva, J., & Conrod, P. J. (2019). Impulsivities and addictions: a multidimensional integrative framework informing assessment and interventions for substance use disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 374(1766), 20180137.
 23. JASP (2020). A fresh way to do statistics. Retrieved from <https://jasp-stats.org/>.
 24. Wagner, M. K. (2001). Behavioral characteristics related to substance abuse and risk-taking, sensation-seeking, anxiety sensitivity, and self reinforcement. *Addictive Behaviors*, 26(1), 115–120.
 25. 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.



РАЗЛИЧНИТЕ ФАКТОРИ, ФОРМИРАЩИ НАГЛАСИТЕ СПРЯМО ЕВТАНАЗИЯ

Ралица Белева

магистър по клинична психология, email: ralitsa.belleva@gmail.com

д-р Кирил Бозгунов

Български институт по зависимости, email: kiril_bosgunov@abv.bg

Резюме: Настоящата публикация цели да разгледа темата за асистираното самоубийство и се фокусира върху нагласите спрямо активна и пасивна евтаназия при терминално болни пациенти в световен мащаб. Представен е един медицински, юридически и философски проблем, рамкиран от психологическия конструкт – нагласа. Обсъдени са различни фактори – религиозни, юридически, личностови, които влияят върху изграждането на психологическа нагласа (разглеждана като притежаваща когнитивен, афективен, поведенчески и мотивационен компонент) спрямо процедурата. Подробно е разгледан и етичният проблем, свързан с коморбидността на основното терминално заболяване с психични и психиатрични синдроми, в контекста на биопсихосоциалния модел. Представени са двете гледни точки – “за” и “против” асистираното самоубийство, на база широк теоретичен обзор.

Ключови думи: евтаназия, асистирано самоубийство, нагласа, терминални заболявания, коморбидност, религиозни убеждения.

THE DIFFERENT FACTORS AFFECTING THE ATTITUDE TOWARD EUTHANASIA

Ralitsa Beleva

MA, Clinical Psychology, email: ralitsa.belleva@gmail.com

Kiril Bosgunov, PhD

Clinical Psychology, email: kiril_bosgunov@abv.bg

Abstract: The following publication aims to explore the topic of physician-assisted suicide and focuses on the attitudes towards active and passive euthanasia in the terminally ill worldwide. A medical, juridical & a philosophical issue is presented, framed by a psychological construct – the attitude. Different factors have been discussed – religious, juridical, personality-related, which could influence the development of a psychological attitude (which has a cognitive, an affective a behavioral and a motivational component) towards the procedure. The ethical issue of comorbidity between the terminal illness of a patient and a psychological/psychiatric syndrome have been discussed in the context of the biopsychosocial model. The two main points of view – “for” & “against” physician-assisted suicide have been discussed in detail, based on a broad theoretical overview.

Key words: euthanasia, assisted suicide, attitudes, terminal illnesses, comorbidity, religious beliefs.



Въведение

Темата за асистираното самоубийство безспорно е актуална за българския социокултурен контекст. Дебатът „Евтаназия: достойна смърт или убийство?“ не е новост от медицинска, юридическа, философска и морална гледна точка. Още от дълбока древност хората търсят решения, когато традиционната медицина се оказва безсилна – предизвикването на смърт като проява на милосърдие (Манчева, 2013). Съвременните общества, обаче, разглеждат живота като висша ценност, което прекратява подобни практики, и на дневен ред се появяват редица дебати, поставящи евтаназията по средата между медицината и правото. Настоящата разработка е фокусирана върху проблема за нагласите спрямо процедурата.

Възможно е да се твърди, че моралният интегритет на едно общество може да бъде “измерен” от гледна точка начина, по който то се отнася към своите най-уязвими членове. Грижите за терминално болните пациенти е и сферата в медицината и психологията, в която се разиграват морални дилеми от различно естество, не и без крайности. Използването на морфин, за да се облекчат „болките на смъртта“, започва в средата на 19 век. През 1848-ма година д-р Джон Уорън, харвардски възпитаник, познат като лекаря, въвел анестезията в медицинската практика, пръв застава зад идеята на леталната доза морфин. В самия край на 19-ти век, по-конкретно – 1894-та година, американско-немският професор по политика и социална етика Филип Адлер споделя своята гледна точка, че при неизлечима болест пациентът трябва да има лично право да сложи край на живота си, дори това да включва участието на лекар. От тук тръгва и идеята за т. нар. **асистирано самоубийство**. Дискусията се задълбочава с пълна сила отново през 1957-ма година след публикуването на труда „*The Sanctity of Life and the Criminal Law*” от Гланвил Уилиамс (Williams, 1957).

От 2006-та година насам дебатът за легитимността на евтаназията е и една от най-активните области в сферата на биоетиката, а две години по-рано легализацията на пасивната евтаназия за първи път се обсъжда в Народното събрание (Манчева, 2011). Неоспорим е фактът, че асистираното самоубийство е свързано с научния подход, епохата на рационализма, модерната медицина и постмодерното общество – следователно множеството дискусии относно легализацията на евтаназията са напълно адекватни и навременни.

Целта на настоящата публикация е да разгледа нагласата спрямо активна и пасивна евтаназия, като се обърне внимание и на българската социокултурна среда. Етичните, медицинските и правните въпроси, свързани с евтаназията и терминалната палиативна грижа, са несъмнено сложни и предизвикателни. Влиянието на различни психологически фактори относно нагласата спрямо процедурата, както и справянето с последствията от тежките дебати във връзка с легализирането ѝ също са неоспорими. Клиничният психолог, заедно с други професионалисти, трябва да реши дали искането за асистирана смърт е рационално и автономно, незасегнато от лечими психологически смущения като депресия, когнитивни нарушения и др. Нещо повече – може да се твърди, че нагласата (установката) е изцяло психологически



конструкт, свързан с обществото, в което индивидът живее, както и с неговия независим личен опит.

Карл Юнг разглежда нагласата като „готовността на психиката да реагира/действа по определен начин“ (Jung, 1921), а след него Дмитрий Узнадзе я дефинира като „несъзнавана предразположеност (установка) на индивида към определена дейност в определена ситуация“ (Узнадзе, 1985). Може да се спомене и концепцията на К. Левин, който твърди, че „поведението е функция от различните личностни черти на индивида, рамкирани от средата, в която той живее“, или т. нар. уравнение на Левин: $B = f(P, E)$ ¹ (Lewin, 1935). В контекста на настоящата публикация нагласата ще се разглежда като *психологически конструкт, включващ в себе си когнитивен, афективен, поведенчески и мотивационен компонент.*

Исторически аспекти на евтаназията в Европа и по света

Разбирането защо някои терминално болни пациенти изпитват желание да забързат своята смърт е важна част от палиативната грижа и централно понятие, що се касае дебатът за легализация на т. нар. **активна евтаназия**. (Breitbart et al., 2000), (Tierman et al., 2002). **Пасивната евтаназия** е законна процедура в много държави, при известни обстоятелства – има се предвид спирането на медицинска намеса, което ще доведе до естествена смърт на пациента. Активната форма на евтаназията – прекъсването на живот след решение на болния, посредством смъртоносна инжекция, е de facto легална в шепя държави – Белгия, Холандия, Люксембург, Швейцария, Испания, Канада, Япония, част от САЩ, и то само след решение на специална комисия (лекар, онколог, психиатър и клиничен психолог). Защитниците на правото на евтаназия, макар и значително по-малко, се обосновават с абсолютната автономия на отделната личност, зачитането на нейната свобода и достойнство (Манчева, 2011). Според д-р Петко Лисаев, патоанатом и национален консултант по съдебна медицина, евтаназията е „възможно право на пациента“ или „морално задължение на лекаря“, посредством което улеснява и ускорява смъртта на пациент по желание на самия него с цел – прекратяване на страдание чрез медицински действия или съответно бездействия (Лисаев, 1999).

Противниците на евтаназията, от своя страна, споделят гледната точка за запазването на живота (the preservation of life) и живота като висша ценност – американската правна система разглежда евтаназията като убийство. Определяйки я като незаконна според Камисар – „*The Law on the Books Condemns All Mercy Killings*“, е важна част от подсилването на ценностната система на американското католическо общество. Друга критика е относно способността на пациента да вземе разширено, рационално и самостоятелно решение за активна евтаназия, имайки предвид неговото психично състояние вследствие болестта. Издига се и гледната точка, че при нали-

¹ Където В е поведение, f – функция, P – характеристики на отделната личност, а E – заобикаляща среда.



чието на възможност за еутаназия, то лекар би си позволил да я предложи като възможен вариант на пациент – тоест, решението не е изцяло на болния (Kamisar, 1958).

Подобно на много други дисциплини, психологията е неразривно свързана с еутаназията. Влиянието ѝ се открива в безбройните дебати, които се водят относно етичността на процедурата, както и във фокуса върху актуалното психично състояние на пациент, решил да прекрати живота си посредством медикаментозна инжекция. Предоставянето на качествена палиативна грижа за терминално болни пациенти включва задълбочаването на дискусиата относно еутаназията, разглеждайки я като възможна алтернатива (Mitchell & Owen, 2007). Психологът като специалист, който е наясно с концепцията за човешката автономия, значително допринася при разглеждането на асистираното самоубийство от етична гледна точка. Митчъл и Оуен коментират появата на ново течение в психологията, наречено палиативна психология, чиято основна цел е подобряването на грижите, които терминално болният пациент получава (Mitchell & Owen, 2007).

В друга австралийска публикация (Sanson et al., 2007) темата за еутаназията е определена като имаща значителни психологически последици. Призивът на текста е да подпомогне рационалното разглеждане на асистираното самоубийство от психологическа гледна точка, без сама да заема позиция по дебата. Идентифицирани са някои от възможните роли на психолозите по отношение на дебата за еутаназията, включително изследвания на психичното състояние, когнитивна оценка, терапия и застъпничество. Според авторите на статията е редно всеки психолог да притежава висока информираност по темата за еутаназията, като я приема за съвременен социален проблем.

От юридическа гледна точка проблемът еутаназия е не по-малко деликатен за обсъждане. **Швейцария** е първата държава, в която е приет законът за „убийство от милосърдие“ през далечната 1941-ва година. Малко по-късно, обаче, в страната се появява социалният феномен, наречен „**смъртен туризъм**“ (Манчева, 2013), който се практикува от страна на болни, търсещи възможност да прекратят живота си, но такава възможност липсва в тяхната родина (Стайков, 2015). В страната е декриминализирано подпомагането на самоубийства от алтруистични мотиви, следователно именно този „либерален“ режим спрямо активната еутаназия води до т. нар. „смъртен туризъм“ (Тодоров, 2017). Пример за това е Германия – последствията от злоупотребата с летални инжекции по време на Втората световна война са свързани изцяло със забрана на еутаназията и асистираното самоубийство. Това, от своя страна, кара немските граждани да търсят утеха в швейцарската болница **Dignitas** (Тодоров, 2017), (Стайков, 2015).

Спирайки се за момент на Германия, неоспорим факт е, че терминът еутаназия носи в себе си сериозна историческа обремененост, свързана с времето на националистическата диктатура на Третия Райх – „**Акция Т4**“ е следвоенно название за насилствена еутаназия на територията на страната. Документът бива подписан на 1-ви септември 1939-та година от Адолф Хитлер. Освен хората, принадлежащи към определена етническа и религиозна група, умъртвявани били и хора с физически



недъзи и умствена изостаналост, по претекст „социална целесъобразност“ (Манчева, 2013). Евтаназираните били и хора с шизофрения и хронично хоспитализираните индивиди (Strous, 2006). Известен исторически факт е, че лекарите и медицинските сестри, изпълнявали програмата за евтаназия на нацистка Германия, биват осъдени на смърт в Нюрнберг – т. нар. “Докторски процес” срещу Карл Бранд (личния лекар на А. Хитлер, осъществяващ плана “Акция Т4”), Йозеф Менгеле и т.н. Доктор Мартин Каушев повдига следните два въпроса по темата: 1) Защо след като програмата за евтаназия е разгласена публично, тя не предизвиква почти никаква съпротива от страна на медицинските специалисти и 2) не поставя ли сляпото осъществяване на тази програма, която се явява в категоричен противовес с Хипократовата клетва, под въпрос медицинската рационалност изобщо (Kaushev, 2006). Акцията Т4 отнема живота на повече от 200 хиляди души, оставяйки тъмно петно в съвременната ни история (Strous, 2006).

Към днешна дата **Холандия** е държавата в Европа с най-добре регламентирано право на смърт от законова гледна точка – но особено интересен се явява фактът, че евтаназията се практикува в страната от почти четири десетилетия преди да бъде декриминализирана (Георгиев, 2013). Холандия е и примерът, който се дава във всеки един случай, когато се обсъжда легализацията на дейността, независимо от гледната точка относно проблема (Van der Wal & Dillmann, 1994). От 1-ви април 2002-ра година неизлечимо болен човек може да бъде евтаназиран, ако са изпълнени всички условия (Janssen, 2002):

1. Пациентът е в състояние на страдание, без никакви изгледи за подобрене.
2. Пациентът е взел информирано и самостоятелно решение, което персистира във времето. Решението не е взето от лекар, близки или под влиянието на медикаменти.
3. Пациентът трябва да е напълно наясно със своето състояние – актуално и бъдещо.
4. Необходима е консултация с минимум един лекар, който не е лекуващият, който да потвърди сериозността на заболяването.
5. Смъртта трябва да настъпи по подходящ начин, посредством медикаменти/инжекция, с лекар, който присъства и извършва процедурата.
6. Пациентът трябва да има навършени 12 години. Ако пациентът е между 12 и 16 години, е необходимо изричното съгласие на родител.

В случай, че някой от шестте критерия не е изпълнен, евтаназията остава престъпление, а евтаназията на деца под 12 години винаги е престъпление. Тенденцията в страната е за покачване броя на желаещите да се подложат на процедурата. През 2003-та година това са 1,626 души, през 2010-та година – 4,050, а през 2016-та година – 6,091, което е 4% от общата смъртност в страната през същата година, по данни на University Medical Center Utrecht.



Коморбидността на основното заболяване с психични и психиатрични синдроми

Евтаназия и болестта на Алцхаймер – проблемът за когнитивната компетентност. Болестта на Алцхаймер представлява разновидност на деменцията, която освен с дълбок интелектуален и паметов упадък се характеризира и с наличие на неврологични огнищни симптоми (афазия, апраксия, агнозия). Протичането на болестта представлява прогресиращ дистрофичен мозъчен процес, който хистологично е сходен с измененията, които се наблюдават при старческата деменция (Hristozov, 1988). До голяма степен евтаназията се свързва с болестта на Алцхаймер от гледна точка качество на живот и желанието за достойна смърт (Alvargonzalez, 2012). Но е важно да се направи уточнението, че за вземане на решение за активна евтаназия е необходимо индивидът да бъде изцяло съхранен когнитивно и личностово, каквото не може да се наблюдава при пациенти с Алцхаймер, особено ако става дума за напреднал стадий на болестта. Тоест, става дума за т. нар. **компетентен пациент** – този пациент, който разбира своето медицинско състояние, неговото евентуално бъдещо протичане и развитие, както и рисковете и ползите от лечение или липсата на такова (Манчева, 2013). Следователно, според Алваргонзалез, независимо от хроничността на заболяването и тежките неврологични симптоми, да се говори за евтаназия при болестта на Алцхаймер би било неетично – използването на тежката симптоматика, за да се оправдае евтаназирането на страдащите от болестта.

През 2009-та година е проведено изследване в Бразилия, което включва извадка от болногледачи и лекари, като се търси тяхното мнение относно евтаназия и болни от Алцхаймер пациенти (Vilela & Caramelli, 2009). 50% от болногледачите са против процедурата, 27.5% не могат да вземат решение, а едва 22.5% я одобряват. От лекарската извадка одобрението е по-малко от 50%, а само 63.3% от тях дават правилно определение за асистирано самоубийство. Още един аргумент, правейки евтаназията спорна в случаите на болестта на Алцхаймер, е фактът, че при липса на адекватно лечение на симптомите когнитивният упадък излага пациента на висок риск от самоубийство (Draper et al., 2010).

Евтаназията и онкологичните заболявания – проблемът за коморбидността с депресивния синдром и тревожни разстройства. Онкопсихологията или психоонкологията е интердисциплинарна наука, която включва в себе си психология, медицина и социология – за да може помощта, осигурявана на пациента от психолога, да бъде оптимална, то той трябва да е запознат максимално добре с всички аспекти на болестта, лечението, прогнозата и страничните ефекти. Занимава се не само с оценка функционирането и терапия на онкоболни пациенти, но и с оказване необходимата подкрепа на грижещите се за болните професионалисти – лекари и медицински сестри (Fekete & Fekete, 2012). В публикацията се определя като специфична за онкоболния пациент коморбидността на злокачественото заболяване с различни психични синдроми – тревожни разстройства, депресивно разстройство (58% от изследваните са с лека, 28% с умерена и 10% с дълбока депресия, според резултати,



наблюдавани в немска извадка), като се твърди, че 3% от онкоболните дори планират самоубийство, като пряка последица от депресията (Fekete & Fekete, 2012).

Цитираните изследвания и резултатите от тях свидетелстват за поредната етична дилема относно еутаназията – коморбидността на заболяването с различни психични разстройства. В част от случаите главните предиктори за желанието за забързването на смъртта се явява наличие на депресивно разстройство и безнадеждност, но присъстват и различни, уникални фактори у всеки един пациент (Breitbart et al., 2000). В цитираното изследване се съобщават следните резултати:

1. 47% от пациентите демонстрират депресивна симптоматика (при депресивните пациенти вероятността появата на желание за забързване на смъртта е четири пъти по-голяма в сравнение с тези, които не показват депресивна симптоматика). Същите резултати се откриват повторно и в друго изследване, проведено 5 години по-късно (Marije et al., 2005).
2. 17% от изследваните терминално болни от рак пациенти са диагностицирани с клинична депресия, която се явява основна предпоставка за желанието за настъпването на смърт.
3. 17% от изследваните лица заявяват желание за забързване настъпването на смъртта.
4. 12% от пациентите не демонстрират депресивна симптоматика.

Деморализацията и депресивната симптоматика, съгласно австралийското законодателство, се очертават като клинични проблеми, достойни за психиатрична намеса, ако присъства темата за еутаназия (Kissane & Kelly, 2000). Следователно задачата на сециалиста тук, а и винаги, е да оцени своя пациент съгласно биопсихосоциалния модел, спрямо който разглеждаме здравето не просто като липсата на соматично заболяване. В Холандската психиатрична практика, към датата на настоящата публикация, едва 2% от исканията за активна еутаназия биват одобрявани, в сравнение с 37% от общите искания (Groenewoud et al., 1997).

Въпросът за адекватността и легитимността на приложението на еутаназия при наличие на психично заболяване е изключително сложен от етична, юридическа и морална гледна точка. Белгия и Холандия са единствените държави, към датата на публикацията, в която *душевна болест, произтичаща от соматична или психиатрична диагноза, се разглежда като валидна причина за еутаназия* (Naudts et al., 2006). Тя се позволява на основата на психично заболяване, ако пациентът се оцени като когнитивно компетентен и е в състояние на болка и страдание, които са резултат от неговата първоначална диагноза.

Признаването на психичното страдание като валидно основание за еутаназия, установено изрично в белгийското законодателство, е прецедент. По отношение както на медицинските, така и на етичните въпроси, дебатът за легитимността на тези основания продължава (Naudts et al., 2006). Държави, в които еутаназията е легална процедура, като Австралия, намират прилагането ѝ при наличие на психично заболяване за проблематично (Kissane & Kelly, 2000).



Качеството на взаимодействието между здравните специалисти и техните пациенти оказва пряко влияние на всяко медикаментозно лечение и терапия, които могат да бъдат препоръчани (Морисън, Бенет, 2013). Несъмнено работата с терминално болни пациенти е сравнително по-специфична и деликатна. Съгласно НЗОК и клинична пътека №81, терминално болен е всеки човек, чиято продължителност на живот е до 6 месеца след първоначално поставената диагноза. Времетраенето на палиативните грижи в терминален стадий – условията, при които всяка личност с терминално заболяване може да избира и получава палиативни грижи, с покритие от здравноосигурителни фондове за период шест месеца. Тази клинична пътека изпълнява решение на организационна структура от предхождащи клинични пътеки – т. нар. онкологичен комитет (КП, № 81, 2021, НЗОК).

Религиозни нагласи и евтаназия

Несъмнено религиозната опозиция в дебата за легализацията на евтаназията е изключително сериозна. Самият Феликс Адлер, защитник на личния избор и право на евтаназия, е бил силно религиозен – той, обаче, твърди, че желанието на пациент да се евтаназира не е задължително да е в разрез с религиозните догми (Dowbiggin, 2003). През 1949-та година в САЩ се организира подписка от протестанти, евреи и действащи лекари в подкрепа на асистираното самоубийство. Подписката е представена пред законодателните органи в щата Ню Йорк и бива силно критикувана от представители на консервативната католическа църква.

Съгласно **християнските** религиозни постулати участието в асистирано самоубийство е нарушение на шестата Божия заповед – „Не убивай!“. (5:17, 2012). В съвременен скандинавско изследване, целящо да провери нагласите на пастори спрямо евтаназията в постмодерни времена, едва един подкрепя идеята за хуманна смърт, описвайки я не като част от неговата идеология, но като въпрос на личен избор (Jylhäkangas et al., 2014).

Юдаизъм. В Талмуда (сборник за религиозни обсъждания на еврейския закон и етика) пише, че всеки човек, независимо от физическото му състояние, е жив и това се смята за свещено и заслужава уважение (The Babylonian Talmud, 1918). В изследване от 2011-та година, свързано с нагласи спрямо евтаназия, с таргет група жени в късна зряла възраст, изповядващи юдаизъм, се наблюдава категорично отхвърляне на всеки акт, който умишлено прекратява живота (Baeye et al., 2011).

Гледната точка на **исляма** е, че животът не принадлежи на човека, а на Аллах – следователно само Аллах може да се разпорежда с него, но човекът – не (Тодоров, 2017). Ислямската юриспруденция, основана на интерпретация на Светия Коран, не признава правото на доброволна смърт при наличие на неизлечима болест. Животът се разглежда като „божествено доверие“, което не може да бъде пречупено по активен или пасивен начин (Amaresh & Shadi, 2007). Случай, в който може да бъде изключена животоподдържащата техника, е само и единствено, ако 1) пациентът е



в състояние на мозъчна смърт и 2) пациентът е в състояние на мозъчна смърт и е донор на органи. Изброените са практика в Иран.

На изток, в страните, изповядващи **будизъм**, неразривна част от религията се явява учението за състраданието, което се оказва подкрепа не на евтаназията конкретно, но със сигурност споделя обща гледна точка с идеята за хуманната, достойна смърт (Bhikku, 1994). Според Р. У. Перет будистките традиции, за разлика от християнските, проявяват разбиране и към пасивната, и към активната евтаназия, при определени условия – физически терзания, макар и да няма ясна позиция спрямо процедурата (Perrett, 1996).

Хиндуизмът, от своя страна, предлага две гледни точки относно евтаназията: 1) прекратяването на нечии страдания е добро дело, но 2) преждевременното прекратяване на живот нарушава времевата последователност на цикъла на живот, следователно извършилият деянието ще понесе кармата на отишлия си (Clark, 2011). Причината за това хиндуизмът да няма ясна позиция относно легитимността на асистиранията самоубийство се корени в дългата и сложна индийска история, свързана със самоубийството – само по себе си разглеждано като объркващо кармичния път (Nimbalkar, 2007).

Нагласи спрямо евтаназията и религиозни убеждения в България

В България евтаназията е регламентирана лаконично – чл. 97 от Закона за здравето гласи „На територията на Република България не се прилага евтаназия.“ (Закон за здравето, 2005), а според чл. 28 от конституцията *“Всеки има право на живот. Посегателството върху човешкия живот се наказва като най-тежко престъпление.”* (Конституция на Република България, 1991). Професор Стойчев (Стойчев, 1993, с. 139) определя, че изключения от принципа са възможни само когато заболяването на човек застрашава здравето на другите или когато психическото заболяване на гражданин е счтено за потенциално обществено опасно. Извършването на активна евтаназия и подпомагането на самоубийство попада и под разпоредбите на Наказателния кодекс на Република България и е наказуемо (Тодоров, 2017).

Д-р М. Каушев дефинира евтаназията като *“израз на суверенното право на човек над собственото му съществуване”* (Каушев, 2006). Същият твърди, че именно този специфичен суверенитет на човека над собственото му съществуване е редно да бъде декриминализиран и да узакони премахването на непълноценния живот.

Според адв. д-р Иван Георгиев е редно правото на евтаназия да се свежда до това дали човек има правото да се разпорежда със своя живот, отказвайки се от него (Георгиев, 2013). Проблемът с легализацията на евтаназията у нас и по света е, че на практика става дума за убийство, макар и по алтруистични подбуди. Може ли да се признае правото на смърт? Законово, самоубийството не е забранено в нито една държава, включително в България то е ненаказуемо. Същата хуманност от гледна точка наказателно право е възможно да има и спрямо евтаназията.



Християнството, като най-разпространената религия на територията на България, е неразривна част от българския идентитет – от гледна точка убеждения, обичаи, традиции и чисто исторически. По различен начин стоят нещата в съвременна България. В българско изследване, целящо да провери религиозните нагласи на студенти, намиращи се на етапа пробуждаща зрялост, се твърди, че младите хора трудно могат да утвърдят религиозни ценности (Гарванова, 2016). Като обяснение на това М. Гарванова предлага факта, че в България липсва междупоколенческа приемственост, което затруднява формирането на религиозна идентичност при младите хора в посттоталитарната реалност след 1989-та година. В цитираното българско изследване, което се явява в унисон с откритията на самия Джефри Арнет, се съобщава за нарастване на силата на религиозните убеждения след периода на пробуждащата се зрялост – с появата на семейство, създаването на поколение и т.н. (Arnett & Jensen, 2015).

Макар и да няма официално изявление на **Българската православна църква**, тя „споделя” гледната точка на гръцката православна църква и на католическата църква, а именно: Православието осъжда категорично насилственото отнемане на човешки живот и в това число и самоубийството (Тодоров, 2017). Съгласно постулатите на християнската религия самоубийството е грях, следователно не се извършва заупокойна служба от свещеник в подобна ситуация – службата, опрощаваща греховете на починалия (Шиваров, Киров, 1992).

Болезтта и страданията на човека приживе се разглеждат от строгите християнски догми като изкупление на греховете, трупани през живота. Изводът, който може да се направи, е, че убеждението на Българската православна църква относно евтаназията се обяснява с убеждението ѝ относно самоубийството, според адв. Тодоров (Тодоров, 2017), но пряка връзка не може да бъде посочена, тъй като официално становище от нея, на практика, няма. Трите най-разпространени религии в България (християнство, ислям и юдаизъм) строго осъждат евтаназията с някои известни, доста условни, колебания относно спиране на животоподдържащите системи (пасивна евтаназия) (Тодоров, 2017).

Интересно е, че една и съща група хора отхвърля и евтаназията, и смъртното наказание с един и същи аргумент – само Бог може да дава и да взема живот (Йотов, 1998). Следва да бъде изтъкнато, че споровете дали постановяването на смъртна присъда или асистираното самоубийство не е от божествен (сакрален) характер, или става дума за социалноправна мярка? Но ако при смъртното наказание винаги съществува вероятността за съдебна грешка (осъждане на смърт на невинен човек), то при “забързването” на иначе болезнените последни дни на умиращ човек такава вероятност няма. Следователно сравнението на смъртното наказание при извършени най-тежки престъпления и евтаназирането на терминално болни хора е неоснователно. Криминализирането на евтаназията е в противоречие с хуманното отношение и зачитането на човешкото достойнство (Георгиев, 2013).

Имайки предвид усложнената демографска, медицинска и политическа ситуация в България към днешна дата, е редно да бъдат изследвани нагласите спрямо



социалния феномен – евтаназия и всички придружаващи я фактори. Към днешна дата, проучване, проведено в Ервопа през 1999 – 2000 г. с участието на България, твърди, че държавите в Източна Европа имат по-слабо приемане на концепцията за евтаназия и като цяло недобро разбиране относно процедурата (Cohen et al., 2006). Основна слабост на споменатата публикация е липсата на въпросник, пряко свързан с евтаназията и добавянето на айтеми към инструмента EVS (European Values Study), фокусиран върху културални и социодемографски фактори. Според д-р П. Манчева към 2013-та година се наблюдава нарастване на дела на уязвимите групи, включително на терминално болните пациенти и инвалидизираните граждани (Манчева, 2013). Повод за това е липсата на регламентираност относно дейността.

За последен път законопроект относно разрешаването на активна и пасивна евтаназия в Народното събрание се разглежда и отхвърля през 2011-та година. Законопроектът, предложен от проф. Любен Корнезов, предвижда самостоятелно вземане на решение за евтаназия от пациент или негови близки, т.е. активна евтаназия. Професорът се обосновава, казвайки, че „животът е благо, когато си полезен, а не когато го проклинаш”. Но въпросният законопроект се явява в разрез с редица нормативни документи у нас – Конституцията на Република България, Закона за здравето, Кодекса на професионалната етика и т.н. (Корнезов, 2011), (Манчева, 2011).

Заклучение

Ако си позволим да разгледаме правото на индивида на евтаназия като своеобразно олицетворение на свободата и част от нашето историческо време, то е редно да разгледаме и самата концепция за свободата. В човешката история централно място заема желанието и борбата за свобода, била тя духовна, икономическа или политическа. Ерих Фром я дефинира като най-висшата ценност, но и най-тежкото бреме на съвременния човек, като психологически проблем (Фром, 1941), защото преди всичко свободата, като право на избор, е отговорност – индивидът като свободен от икономическо и политическо влияние, но и човек с активна и самостоятелна роля в обществото.

Редно е евтаназията да бъде разглеждана като социален феномен, актуален за постмодерното общество и неразривна част от съвременната медицина и палиативни грижи. Принципът на автономия и правото на самоопределяне на отделния пациент се разглежда като една от основните ценности на медицинската етика. Нарастващият интерес към конструкта го превръща в една от най-динамичните области на биоетиката. Неминуемо изследвания в областта, свързани с нагласите спрямо асистираното самоубийство, евтаназията като медицински и юридически проблем, рамкиран от биопсихосоциалния модел, биха имали изключителна стойност за развитието на модерната медицина, клинична психология и палиативни грижи.



Литература

1. 5:17, Пета Книга Мойсеева (2012). Библия. София: Българско библейско дружество.
2. Гарванова, М. (2016). Религиозни убеждения във възникваща зрелост – българският случай. Хармония в различията. Сборник с доклади от Научната конференция “Хармония в различията”, София, 9.12.2016. С., Издателство “За буквите – О писменехъ”, 183-196, ISSN 2367-7899.
3. Георгиев, И. (2013). Правото на смърт (юридически аспекти на евтаназията). *Predizvikay pravoto, elektronno izdanie*. 20 Yanuari 2013. *Predizvikay pravoto, elektronno izdanie*. 20 Януари 2013 година.
4. Закон за здравето, 2005. Свалено от: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/01/16/zakon_za_zdraveto.pdf
5. Йотов, Б. (1998). *Смъртното наказание: За или против мораториума върху изпълнението на смъртните присъди*. Издателска къща “Сиела”: София.
6. Каушев, М. (2006). Биополитика и/или биоетика: Биополитика и човешки права – към генеалогията на проблема за евтаназията. *Социологически проблеми*, 1 (2). 158 – 176. Свалено от: http://eprints.nbu.bg/3636/1/biopower-and-human-rights-towards-a-geneology-of-the-problem-of-euthanasia_Content%20File-PDF.pdf
7. Конституция на Република България, в сила от 1991-ва година. Свалено от: https://www.cdpd.bg/userfiles/file/Documents_2018/Constitution_Republic%20of%20Bulgaria_Bg.pdf
8. Корнезов, Л. (2011). Закон за евтаназията. Четиридесето народно събрание, проект. Свалено от: <https://parliament.bg/bills/41/154-01-68.pdf>
9. Лисаев, П. (1999). *Деонтологично-правни въпроси на медицинската практика*. Издателска къща “Фотон”, Плевен.
10. Манчева, П. (2013). *Евтаназията: другият изход*. Издателство МУ проф. Параскев Стоянов – Варна, 2013. Свалено от: https://www.researchgate.net/profile/Paraskeva-Mancheva/publication/305495199_Evtanaziata_-_drugiat_izhod/links/5791dfb808ae33e89f74e546/Evtanaziata-drugiat-izhod.pdf
11. Манчева, П., Маджова, В., Забвунув, А., Русева, Ж, Христова, Св. (2011). Социалният феномен “евтаназия” – една епохална промяна в разбирането за мисията на медицината. *Scripta Scientifica Medica*, vol 23 (7), Medical University, Varna, 2013. Retrieved from: <https://journals.mu-varna.bg/index.php/ssm/article/download/4438/3957>
12. Морисън, В., Бенет, П. (2013). *Въведение в здравната психология*. София: Изток-Запад.
13. НЗОК, Национален рамков договор, Приложение 9: Клинични пътеки. Свалено от: https://www.nhif.bg/get_file?uuid=20931bc4-2e49-4f5d-bcca-f25442d5422c
14. Стайков, Д. (2015). Евтаназията – право на смърт, убийство или милосърдие? Университетско издателство ПУ “Паисий Хилендарски”, Свалено от: <http://web.uni-plovdiv.bg/paunov/Stidia%20luris/broi%202%20-%202015/Dimo%20Staykov.pdf>
15. Стойчев, С. (1991) *Конституционно право. Пето допълнено издание*. Издателска къща: “Сиела”.
16. Тодоров, Ц. (2017). Евтаназията в България, религиозни аспекти. *Проблеми на постмодерността*, том VII, брой 2. Свалено от: <https://pmpjournal.org/index.php/pmp/article/view/48/43>
17. Тодоров, Ц. С. (2017). *Конституционни проблеми на евтаназията*. УИ: СУ “Св. Климент Охридски”.
18. Узнадзе, Д. (1985). *Установка, поведение, дейност*. София, Издателска къща “Наука и изкуство”.
19. Фром, Е. (1941). *Бягство от свободата*. Издателска къща: Захарий Стоянов.
20. Христозов, Х. (1988). *Психиатрия*. Издателство: Медицина и физкултура.
21. Шиваров, Н., Киров, Д. (1992). *Беседи по религия*. Университетско издателство: СУ “Св. Климент Охридски” – София.
22. Alvargonzalez, D. (2012). Alzheimer’s disease and euthanasia. *Journal of Aging Studies*, 26. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/David-Alvargonzalez/publication/230781798_Alzheimer%27s_disease_and_euthanasia/links/5a7b5517a6fdcce697d746d6/Alzheimers-disease-and-euthanasia.pdf
23. Amaresh, K. & Shadi, H. (2007). Euthanasia: an islamic ethical perspective. *Iranian Journal of Asthma Allergy and Immunology*, 6. pp. 35 – 38.
24. Arnett, J. J., & Jensen, L. A. (2015). There’s more between Heaven and Earth: Danish emerging adults’ religious beliefs and values. *Journal of Adolescent Research*, vol. 30 (6), pp. 661-682.
25. Baeke, G., Wils J. P., & Broeckaert, B. (2011) ‘We are (not) the master of our body’: elderly Jewish women’s attitudes towards euthanasia and assisted suicide. *Ethnicity & Health*, 16 (3). pp.259-278, DOI: [10.1080/13557858.2011.573538](https://doi.org/10.1080/13557858.2011.573538)
26. Bhikku, T. (1994). *Buddhist Monastic Code I*. Chapter 4, Parajika.
27. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J., Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of American Medical Association*, 284 (22), p. 2907 – 2911. Retrieved from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193350>
28. Clark, M. (2011) *Development and religion. Theology and practice*. Edward Elgar Publishing, USA. Retrieved from: https://books.google.bg/books?id=DivHQc0-rwgC&hl=bg&source=gbs_navlinks_s
29. Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., Van der Wal, G., Deliens, L. (2006). European public acceptance of euthanasia: socio-demographic cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*, 63, pp. 743 – 756.,



30. Dowbiggin, I. (2003). *A merciful end: the euthanasia movement in modern America*. Publisher: Oxford University Press, 2003. Retrieved from: <https://bg1lib.org/book/893034/fa3d2c>
31. Fekete, A. & Fekete, Z. (2012). The psychological role in oncology. *Journal of Radiotherapy & Medical Oncology*, 18, (1), p. 27 – 29. Friedrichsen, M. & Milberg, A. (2006). Concerns about losing control when breaking bad news to terminally ill patients with cancer: the physician's perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), p. 673 – 682. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Anna_Milberg/publication/7029999_Concerns_about_Losing_Control_When_Breaking_Bad_News_to_Terminally_Ill_Patients_with_Cancer_Physicians'_Perspective/links/02e7e52e67ad46c33b000000/Concerns-about-Losing-Control-When-Breaking-Bad-News-to-Terminally-Ill-Patients-with-Cancer-Physicians-Perspective.pdf
32. Groenewoud, J. H., van der Mas, P. J., van der Wal, G., Hengveld, M., Tholen, A. J., Schudel, W., van der Heide, A. (1997). Physician assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *The New England Journal of Medicine*, 336. Retrieved from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199706193362506>
33. Igorevna, L. E. (2018). The problems of rendering psychological assistance to oncological patients in the region of Russian Federation. *European Journal of Oncology*, 23 (2), p. 99 – 102. Retrieved from: <http://mattioli1885journals.com/index.php/Europeanjournalofoncology/article/download/7554/7575>
34. Jung, C. (1921) *Psychological types*, Chapter X. Retrieved from: [https://www.cyjack.com/cognition/\(ebook%20pdf\)%20jung,%20carl%20-%20the%20psychological%20types.pdf](https://www.cyjack.com/cognition/(ebook%20pdf)%20jung,%20carl%20-%20the%20psychological%20types.pdf)
35. Jylhänkangas, L., Smets, T., Cohen, J., Utraiainen, T., Deliens, L. (2014). Descriptions of euthanasia as social representations: comparing the views of Finnish physicians and religious professionals. *Sociology of Health and Fitness*, 36, (3). Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/1467-9566.12057>.
36. Kamisar, Y. (1958). Some non-religious views against proposed mercy-killing legislation. *Minnesota Law Review*, 42 (6). Retrieved from: <https://scholarship.law.umn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3587&context=mlr>
37. Kissane, D. W. & Kelly, B. (2000). Demoralization, depression and the desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Brian-Kelly-24/publication/12526907_Demoralisation_Depression_and_Desire_for_Death_Problems_with_the_Dutch_Guidelines_for_Euthanasia_of_the_Mentally_Ill/links/54af5dbf0cf21670b35a73b8/Demoralisation-Depression-and-Desire-for-Death-Problems-with-the-Dutch-Guidelines-for-Euthanasia-of-the-Mentally-Ill.pdf
38. Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
39. Marije, L., Bom, J., Swarte, N. B., Heinz, P., Graeff, A., Bout, J. (2005). Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (7), p. 6607 – 6612.
40. Mitchell, K. & Owen, R. G. (2007). Euthanasia and palliative psychology in end-of-life care. *Australian Psychologist*, 35 (3).
41. Naudts, K., Ducatelle, C., Kovacs, J., Laurens, K., van den Eynde, F., Heeringen, C. (2006). Euthanasia: the role of the psychiatrist. *British Journal of Psychiatry*, 188. Retrieved from: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/5DCC4E8CA0C754C15E9FFE46CBF68B6D/S0007125000231498a.pdf/euthanasia_the_role_of_the_psychiatrist.pdf
42. Nimbalkar, N. (2007). Euthanasia – the Hindusanson perspective. National Seminar of Bioethics, 24th and 25th of January, 2007. Retrieved from: <http://www.vpmthane.com/Publications/Bio-Ethics/Namita%20Nimbalkar.pdf>
43. Perrett, R. W. (1996). Buddhism, euthanasia and the sanctity of life. *Journal of Medical Ethics*, 22. pp. 309 – 313. Retrieved from: <https://jme.bmj.com/content/medethics/22/5/309.full.pdf>
44. Sanson, A., Dickens, E., Melita, B., Nixon, M., Rowe, J., Tudor, A., Tyrrell, M. (2007). Psychological perspectives on euthanasia and the terminally ill: an Australian society discussion paper. *Australian Psychologist*, 33.
45. Strous, R. D. (2006). Nazi euthanasia of the mentally ill at Hadamar. *American Journal of Psychiatry* 163:1. Retrieved from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.163.1.27>
46. *The Babylonian Talmud*, translated by Michael Rodkinson, Volumes 1 – 10, 1918. Retrieved from: <https://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/FullTalmud.pdf>
47. Van der Wal, G. & Dillmann, R. J. M. (1994). Euthanasia in the Netherlands. *The BMJ*, volume 308. Retrieved from: – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2540255/pdf/bmj00441-0040.pdf>
48. Vilela, L. P. & Caramelli, P. (2012). Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patients. *Rev Assoc Med Bras*, 55 (3). pp. 263-7. Retrieved from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/dw3bC8VhB8wrPyNqpL7gRfg/?format=pdf&lang=en>
49. Williams, G. (1957). The sanctity of life and the criminal law. *The Yale Law Journal*. 67, (4). pp. 753-763. Published By: The Yale Law Journal Company, Inc. Retrieved from: <https://www.jstor.org/stable/794103?origin=crossref>



СЪОТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ КМСК СКАЛАТА И КРИТЕРИИТЕ НА DSM-5 ЗА РАЗСТРОЙСТВА, СВЪРЗАНИ С УПОТРЕБАТА НА ВЕЩЕСТВА

Маргарита Колева¹, Кирил Бозгунов¹, Елена Пседерска^{1,2}, Никол Добрева³,
Димитър Неделчев¹, Георги Василев¹, Жасмин Василева^{4*}

¹Български институт по зависимости – София

²Нов Български Университет – София

³Research Masters in Cognitive and Clinical Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, Netherlands

⁴Department of Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

* jasmin.vassileva@vcuhealth.org

Резюме: КМСК скалата е кратък скринингов инструмент, измерващ честотата, количеството и продължителността на употреба на различни психоактивни вещества, като опиати, кокаин, алкохол и тютюн. Въпреки наличието на множество инструменти за диагностициране на зависимости, малко от тях са насочени към изследване на самоизлагането на различни субстанции, като КМСК скалата. Проучвания, анализиращи съответствието между КМСК и зависимости, диагностицирани със Структурираното клинично интервю (SCID) за *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)*, показват допустима диагностична акуратност на КМСК скалата. Целта на настоящото проучване е да оцени съответствието между КМСК скалата и критериите за зависимост по *DSM-5*. Извадката съдържа 381 участници от България (210 участници с минала или сегашна зависимост и 171 контролни участници без история на зависимости). Корелациите между резултатите от КМСК скалата и броят критерии по *DSM-5* бяха отлични за опиати ($r = 0.917, p < 0.01$) и силни за стимуланти ($r = 0.738, p < 0.01$). Кривите на работната характеристика (ROC) показаха, че оптималният брой критерии, дискриминиращ най-добре наличието на диагноза по *DSM-5*, е 5 – както за разстройство свързано с употреба на опиати, така и на стимуланти. Резултатите показват, че КМСК скалата, оценяваща употребата на амфетамини и хероин, има много добри диагностични възможности и добре дискриминира между наличието и липсата на зависимост по критериите на *DSM-5*. КМСК скалата би могла да се използва като кратък скринингов инструмент за зависимост към опиати или стимуланти.

Ключови думи: зависимост към психоактивни вещества, инструменти за оценка, КМСК скала, *DSM-5*



CONGRUENCE BETWEEN THE KMSK SCALE AND DSM-5 CRITERIA FOR SUBSTANCE USE DISORDERS

Margarita Koleva¹, Kiril Bozgunov¹, Elena Psederska^{1,2}, Nicole Dobрева³, Dimitar Nedelchev¹, Georgi Vasilev¹, Jasmin Vassileva^{4*}

¹Bulgarian Addictions Institute, Sofia, Bulgaria

²New Bulgarian University, Sofia, Bulgaria

³Research Masters in Cognitive and Clinical Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, Netherlands

⁴Department of Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

*jasmin.vassileva@vcuhealth.org

Abstract: The *Kreek–McHugh–Schluger–Kellogg (KMSK)* scale is a brief screening instrument developed to quantify self-exposure to different classes of drugs. Studies examining the congruence between the *KMSK* and substance use disorders (SUD) diagnosed with the *Structured Clinical Interview (SCID) for DSM-IV* reveal acceptable diagnostic accuracy of the *KMSK* scale. The aim of the present study is to evaluate the congruence between the *KMSK* scale and *DSM-5* SUD criteria. The data were collected in Bulgaria and included 381 participants (210 participants with history of SUDs and 171 control participants with no history of SUD). The correlations between *KMSK* scores and the number of *DSM-5* criteria for SUD were excellent for heroin ($r = 0.917, p < 0.01$) and strong for amphetamines ($r = 0.738, p < 0.01$). Receiver operating characteristic (ROC) curves examined the concurrent validity of *KMSK* heroin and amphetamine scores with the respective *DSM-5* SUD criteria. The ROC analysis revealed that the cut-off score that best discriminates the presence of *DSM-5* diagnosis was 5 for both opioid use disorder and stimulant use disorder. Our findings suggest that the *KMSK* scales examining heroin and amphetamine self-exposure has very good diagnostic accuracy and could discriminate well between the presence and absence of *DSM-5* SUD diagnosis. The *KMSK* scale can be used as a brief screening tool for opioid and stimulant use disorders.

Keywords: screening instruments, *KMSK*, drug dependence, substance use disorders, *DSM-5*

Разстройствата, свързани с употреба на психоактивни вещества, продължават да са сериозен глобален проблем. Световният доклад за наркотици предвижда нарастване с 11% на употребата на вещества до 2023, (UNODC, 2021). Злоупотребата с наркотици е основен проблем както в развитите държави като САЩ, така и в развиващите се страни, като засяга и вреди на различни аспекти от живота на хората [1].

За по-добро разбиране на диагнозата „зависимост към психоактивни вещества“, както и за справянето с този проблем е от съществено значение да се анализират различните страни на проблема: разпространение, смъртност и последици върху психическото и физическото здраве на хората. Националният институт за злоупотреба с наркотици на САЩ (National Institute on Drug Abuse; NIDA [2]) е водеща организация, ангажирана с научни изследвания в сферата на зависимостите. NIDA определя зависимостта като „хронично, рецидивиращо заболяване, което се характеризира с компулсивно търсене и употреба на наркотици, въпреки вредните последици“. Съвременните невробиологични модели в областта дефинират зависимостите предимно като заболявания на мозъка, тъй като хроничната употреба на психоактивни вещества води до специфични изменения в структурата и функциите на определени



мозъчни региони, участващи във възнаграждението, стреса и самоконтрола [3]. Тези промени са дълготрайни и водят до вредни, често саморазрушителни поведения [4]. Епидемиологичните данни относно разпространението на употреба на психоактивни вещества в Европа показват, че около 28,9% от възрастните в Европейския съюз са опитвали незаконни вещества поне веднъж през живота си [5]. В допълнение, 3,7% от хората в Европейския съюз са употребявали амфетамини поне един път през живота си, 27,2% – канабис, 5,4% – кокаин, а 34% от случаите, търсещи лечение, са хора, зависими към опиоиди. През 2018 г. 77% от хората, постъпили в лечение, са употребявали хероин като основен наркотик [5]. Европейският доклад за наркотици подчертава, че проблемът с употребата на психоактивни вещества нараства с бърз темп през последните години, което е показател за необходимостта от навременна реакция. През 2019 г. 76% от случаите на смъртоносна свръхдоза са вследствие на злоупотреба с опиоиди. Съединените щати претърпяват най-тежката опиоидна криза през 2017–2020 година [6]. През 2019-та година са докладвани почти 72 000 смъртни случаи, от които повече от две-трети са свързани с опиоиди. През 2020 г. смъртните случаи от свръхдоза в САЩ нарастват с 13% в сравнение с 2019 г. [7]. В резултат от злоупотребата се предлага да се вложат около 10 млрд. долара годишно за справяне с опиоидната криза [8]. През периода от 12 месеца, приключващ през април, 2021 г., са установени 100,306 смъртни случаи от предозиране, което показва 28.5% увеличение спрямо същия период през предишната година [9].

Зависимостта към психоактивни вещества е централен проблем в сферата на психичното здраве, което налага необходимостта от използване на прецизни диагностични методи. Традиционно е прието зависимостта да се диагностицира като таксон. В рамките на тази формулировка се приема, че зависимостта е дихотомна категория – даден индивид може да покрие критериите или не, но не се отчитат степените на изразеност на разстройството. Категориалният модел е приет в традиционните класификатори на болестите (МКБ-10-Международна класификация на болестите 10-а ревизия, [10]; DSM-4, [11]). Макар общоприет и улесняващ конкретиката при диагностицирането, този подход не отразява съществените различия в степента на зависимост при различни хора. Crystal et al.[12] предлагат зависимостта да се разглежда като континуум, защото не е задължително човек да има наличие на тежка злоупотреба, за да приемем, че е налице зависимост. Според тях в континуума на зависимостта най-лекият вариант е умерената употреба. След нея се нарежда периодичната, стигаща до няколко пъти на ден. На базата на това може да се приеме, че скала, оценяваща количеството и следователно сериозността на употребата, би имала предимства при диагностицирането.

В България са направени малък брой адаптации на въпросници, свързани с оценката на зависимости, като сред тях са EuropASI (European Adaptation of a Multi-dimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence [13]) и AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test [14]). Използвани са скали за оценяване на тежест на абстиненцията (Clinical Opiate Withdrawal Scale; COWS [15]), Индекс за степен на зависимост (ASI; [16]) и други. Доколкото ни е известно, досега не е адаптиран



инструмент, който количествено да оценява употребата на психоактивни вещества. Такова оценяване би било полезно за по-точното диагностициране на зависимости както в клиничната практика, така и в сферата на изследванията. Общоприетите класификатори, използвани за диагностика на зависимостите в световен мащаб, са Международна класификация на болестите 10-а ревизия [17], DSM-IV [11] и по-новата версия DSM-5 [18]. Тяхната ефективност е установена в редица проучвания [19]. DSM-IV е остарял класификатор, но все още е актуален поради дългата си история и бавния преход към новата версия DSM-5. Peer et al. [20] разглеждат различията между двете версии и стигат до заключението, че DSM-5 е по-добър при извършване на диагностика, заради променената система на оценка. В DSM-IV не се отчита континуумната природа на употребата на психоактивни вещества. В тази версия на класификатора има две нива: злоупотреба и зависимост, като се приема, че лицата или имат съответния проблем, или не. За поставяне на диагноза за злоупотреба трябва да е наличен поне 1 от 4 симптома, а за диагноза за зависимост трябва да присъстват поне 3 от 7 симптома. В DSM-5 тези две нива се премахват поради липса на емпирични доказателства за наличие на отделни фактори. Зависимостта е дефинирана като една дименсионална диагноза с три степени – лека (2–3 симптома), средна (4–5 симптома) или тежка (6 или повече симптома) зависимост. Освен това бива премахнат критерият за злоупотреба, свързан с „незаконни дейности“, и се добавя критерият „крейвинг“ [21]. По-голямата успеваемост на DSM-5 във валидното диагностициране на пациенти произлиза от сензитивността на класификатора към наличието на малък брой симптоми, тъй като хора, които преди са били оценени с „не“, сега биха били оценени с „лека зависимост“, ако покрият дадените критерии [22].

На базата на критериите на DSM-IV е разработено Структурирано клинично интервю [23], което спомага поставянето на диагнози по ос 1 и ос 2. Структурираното интервю се администрира от клиницист или обучен специалист, работещ в областта на психичното здраве. Важно е провеждащият интервюто да е пряко запознат с диагностичните категории на DSM-IV или DSM-5. Интервюто е най-подходящо за възрастни (над 18 години), но с определени модификации може да се провежда и с юноши [24]. Структурираните интервюта за оценка на зависимост като SCID-I-CV (Structured Clinical Interview – Clinician Version; [23]) или SSAGA (Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism; [25]) предоставят по-детайлна информация от самооценъчните въпросници, но са по-трудни за администриране и отнемат повече време. Този вид методики се фокусират върху симптомите, а не върху излагането и употребата на вещества в рамките на целия живот.

Съществуват множество други инструменти за диагностициране на зависимости, като голяма част от тях са самооценъчни въпросници. Някои от най-популярните са: Скрининг тест за злоупотреба с наркотици (Drug Abuse Screening Test; DAST; [26]), Скрининг въпросник за зависимост от вещества (Dependence Screening Questionnaire; SDSQ; [27]), Кентърбърийски скрининг тест за алкохолизъм (Canterbury Alcoholism Screening Test; CAST; [28]), Тест за идентифициране на злоупотребата с алкохола (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT; [29]), Тест за идентифициране



на злоупотребата с наркотици (Drug Use Disorders Identification Test; DUDIT; [30]), както и разглежданата от нас *Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg* (KMCK) скала за оценка на злоупотреба с психоактивни вещества [31]. Самооценъчните методики са по-лесни и бързи за администриране, което дава възможност за събиране на голям обем данни относително бързо.

KMCK скалата има предимство пред структурираните интервюта за използване в клинични условия, поради бързото ѝ администриране. Структурата ѝ е на самооценъчен въпросник и съответно не е нужно интервюиращият да бъде обучаван дълго за провеждането на KMCK, което води и до по-малко вложени ресурси в сравнение с провеждането на SCID. Нейното адаптиране би допринесло както за клиничната практика, така и за провеждането на изследвания с по-голям брой участници.

Инструмент за отчитане на степен на употреба – KMCK

Скалата KMCK е инструмент за изследване на степента на употреба, който отчита какво е предпочитаното вещество на употребяващия [31]. При създаването ѝ е направена оценка на съответствието ѝ със Структурираното клинично интервю за DSM-IV (SCID-I-CV; [23]). Една от целите на създателите е тя да бъде използвана като кратък и ефективен инструмент за оценяване на честотата, количеството и продължителността на употреба в най-интензивния период на употреба на опиати, кокаин, алкохол и тютюн. Резултатът се формира от сбора на трите фактора: честота на употреба, продължителност и количество. Попълването ѝ отнема от 5 до 15 минути. KMCK скалата е подходяща за използване в здравни институции с голям брой пациенти, както и за клинични проучвания с голяма извадка. Оригиналното проучване на Kellogg et al. [31] изследва валидността на скалата и това колко е подходяща за диагностициране на зависимост към психоактивни вещества в клинични условия. Резултатите показват висока сензитивност и специфичност за опиати (100%, 99%) и за кокаин (97%, 94%). Kellogg et al. [31] отбелязват, че скалата оценява успешно зависимостта през целия живот, докато SCID-I е фокусиран върху изследването на тежестта на употребата в конкретен период с най-тежка такава. Лимитациите на оригиналното проучване са свързани с това, че извадката е малка и двете интервюта са провеждани от едни и същи интервюиращи. Скалата е преведена на испански и иврит [32], като оригиналната версия е на английски.

Множество автори използват скалата KMCK в различни изследвания. Проучване, изследващо C17T полиморфизъм на опиоидните рецептори при жени от афроамерикански произход, е едно от малкото проучвания, използващо KMCK като основна скала за оценяване [12]. Jackson et al. [32] провеждат проучване с цел оценяване на валидността на скалата и успешно показват ефективността ѝ. Tang et al. [33] изследват валидността на скалата в извадка от афроамериканци, пациенти от първичната медицинска помощ. Те оценяват чувствителността и специфичността на скалата за диагностициране на зависимост към вещества при клинични изследвания. Освен това добавят и скала за оценяване на зависимост към марихуана. Проучена



е и връзката между SCID-I по DSM-IV [23] и КМСК. Резултатите от проучването на Tang et al. [33] показват значителни корелации между КМСК и SCID в отговорите, отнасящи се за алкохол, кокаин и опиати, но не и за марихуана. Авторите допускат, че възможна причина за това може да е малкият брой регистрирани случаи на зависими от марихуана в извадката, както и това, че SCID и КМСК е възможно да изследват различни аспекти на зависимостта от марихуана, които не се припокриват. Един от възможните проблеми при оценка с КМСК е фактът, че участниците трябва да си припомнят историята си на употреба, което може да постави под съмнение валидността на резултатите [34]. Butelman et al. [34] анализират ефективността на скалата и при проучвания, фокусирани върху половите различия при лица, зависими към вещества. Отговорите от КМСК скалата показват полови различия в употребата на канабис и алкохол.

Една от основните причини за използване на самооценъчни въпросници при оценка на употребата на психоактивни вещества е, че в клинични условия задаването на директни въпроси на изследваното лице показва валидност само в 52% от случаите [35]. Алтернатива на този подход е използването на самооценъчни въпросници, при които човек няма да се чувства притеснен да сподели, а ще попълва сам и без чужда намеса. Въпросникът може да бъде сканиран в електронно здравно досие, което намалява времето за въвеждане на данни и увеличава акуратността на резултатите от прегледа на лекаря. Точно затова КМСК скалата е много използвана при голям брой хора и човек може индивидуално да я попълни без притеснение. Трябва да се вземе предвид, че КМСК има и недостатък – скалата изследва употребата на наркотици и много назад в миналото, което може да доведе до грешно представени данни от изследваното лице. Едно от основните предимства на КМСК спрямо SCID е, че КМСК изисква по-малко време за администриране отколкото SCID. В наличните проучвания за оценка на валидността на КМСК е използван SCID за DSM-IV. В настоящото изследване за пръв път се използва SCID за DSM-5 за оценка на съответствието между резултатите по КМСК и наличието на диагноза по DSM-5, и за пръв път е конструирана и изследвана отделна скала за оценка на зависимост към стимуланти. Настоящото проучване има за цел да установи връзката между КМСК скалата и DSM-5 критериите за зависимост към опиати (хероин) и стимуланти (амфетамини). Използваме КМСК скалата, преведена от английски на български. Извадката ни се състои от българи, като в настоящата разработка за пръв път се дава информация, полезна за оценка на това доколко скалата е културално-флексбилна, поради липсата на други изследвания с извадки извън САЩ. Досега не са правени изследвания в Източна Европа и не е ясно как тази социална среда би повлияла на резултатите, което прави сегашната разработка важна основа за бъдещи проучвания в този регион. Освен това в България липсват подобни адаптирани инструменти за оценка на зависимости. Както се поясни по-рано, различни проучвания са изследвали съответствието между КМСК и SCID и са установили корелации между двата инструмента [34]; [31]. Зависимостта от вещества е оценена със Структурираното клинично интервю за DSM-5. В настоящото изследване оценяваме връзката между минимум лека



степен на зависимост и резултатите по КМСК. Този подход дава възможност да се изследва валидността на скалата като скринингов инструмент, тъй като регистрира лица, които попадат във всички степени на зависимост. Основната хипотеза на изследването е, че скалата КМСК ще дискриминира успешно хора, диагностицирани със зависимост към хероин или амфетамини по критериите на DSM-5, от контролни участници, които нямат история на зависимост към психоактивни вещества.

МЕТОД

Участници

Данните бяха събрани в рамките на по-голямо изследване на импулсивност при лица с история на употреба на психоактивни вещества. Извадката се състоеше от 381 участници, от които 65 (25% жени) бяха монозависими към опиати, 73 (26% жени) бяха монозависими към стимуланти (амфетамини) и 72 (21% жени) покриваха критерии за зависимост към повече от едно психоактивно вещество (т.нар. полизависимост). 171 души бяха контролни участници без история на зависимости или проблемна употреба на психоактивни вещества.

Участниците, които спадат към групите на зависимите, бяха в ремисия към момента на провеждане на изследването, като 141 (67.14%) бяха в продължителна пълна ремисия според критериите на DSM-IV [>12 месеца]. В началото на всяка изследователска сесия бяха провеждани токсикологични уринни тестове за психоактивни вещества и тествувания с дреггер за алкохол. Участници с положителни резултати не бяха допускани в изследването. Първоначално с всяко лице беше проведено предварително интервю, на базата на което беше оценено дали лицето покрива критериите за участие в проучването. Интервютата бяха проведени от обучен член на екипа на Български институт по зависимости.

Съответните критерии за участие в изследването бяха: завършен 8-ми клас образование; способност да четат и пишат на български език; IQ над 75; да нямат болести или увреждания на централната нервна система; да не са имали травми на главата, довели до отворена рана или загуба на съзнание за повече от 30 минути; да нямат психични разстройства или разстройства на настроението; да не са ХИВ-позитивни; да не употребяват психотропни лекарствени средства към момента на изследването.

Процедури и инструменти

Тестуването се извърши в две изследователски сесии, проведени в непоследователни дни, всяка с времетраене около 4 часа. Сесиите включваха клинични интервюта, самооценъчни въпросници и компютризирани тестове, описани в други статии [36], [37]. Настоящата статия включва три от инструментите от батерията за оценка. Участниците получиха 70 лв. хонорар за участието си, както и 10 лв. за транспорт. Тестуването се извърши от обучен екип от психолози в Български институт по зависимости.



Скалата КМСК и останалите използвани методики бяха преведени от английски на български и бе направен обратен превод от български на английски за постигане на по-точно съответствие. Методиките бяха администрирани на 381 души като част от по-голямо проучване, насочено към изследване на ролята на импулсивността в развиването на зависимост към психоактивни вещества.

Употреба на алкохол и психоактивни вещества

Оценката на разстройство на употребата към вещества по *DSM-5* беше направена със структурираното клинично интервю – *SCID-I* [23]. Методиката беше преведена на български от експерти психиатри и психолози, членове на научния екип. В това интервю оценката на алкохола е в отделна секция от другите вещества поради широкото му разпространение и неговата легалност. Всяка една секция започва със скринингови въпроси, отчитащи количеството и честотата на употреба, за да може да се определи сериозността им и съответно да се нарече злоупотреба или зависимост. Въпросите се отнасят за най – интензивния период на употреба на интервюираното лице, с продължителност поне 12 месеца. Също така, за да е налично разстройство на употреба към вещества, два или повече от 11-те симптома за разстройство трябва да са налични за период от най-малко 12 месеца. Зависимостта се определя от наличието на специфичен брой симптоми, които присъстват по време на едногодишния период [18]. Критериите за алкохолна и наркотична употреба се оценяват, както следва: до 1 симптом = липса на зависимост; 2 или 3 симптома = лека зависимост; 4 или 5 = умерена зависимост; 6 или повече = тежка зависимост.

Интервютата бяха администрирани от обучен екип, супервизиран от доц. д-р Жасмин Василева от Virginia Commonwealth University – Ричмънд, САЩ и д-р Георги Василев, специалист психиатър, директор на Български институт по зависимости – София, с дългогодишен опит в диагностицирането и лечението на зависимости.

Скалата на Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg (КМСК; [31]) е създадена като бърз инструмент за скрининг, който може да бъде използван за оценка на количеството и честотата на употреба на алкохол и други наркотични вещества през целия живот, както и за идентифициране на зависимост към различни класове психоактивни вещества: никотин, алкохол, канабис, опиати и кокаин. Скалата предоставя оценка и относно периода на зависимостта или проблемната употреба на различни видове психоактивни вещества (сегашна употреба срещу употреба в миналото), като идентифицира и предпочитаното от индивида психоактивно вещество. Попълването на въпросника може да отнеме от 5 до 15 минути. Резултатите за всяка отделна субскала на въпросника се изчисляват, като се сумират трите спомагателни скали, оценяващи количеството, честотата и продължителността на употреба на отделните класове психоактивни вещества по време на най-интензивния за конкретния индивид период на консумация. В оригиналната статия на Kellogg et al., [31], граничен резултат от 2 точки по скалата за оценка на опиатна употреба, се разглежда като дискриминативен индикатор за зависимост към опиати. В настоящото проучване е добавена и скала за оценка на стимулантна употреба.



За измерване на флуидната интелигентност са използвани Стандартните прогресивни матрици на Рейвън [38]. Матриците на Рейвън са сред най-широко използваните IQ-тестове в международната клинична практика, като предоставят невербална и неповлияна от културални различия оценка на общата способност за абстрактно мислене, решаване на нови проблеми и адаптиране към нови ситуации [39]. Инструментът се състои от 60 визуални айтема с множествен избор, разделени в 5 серии, всяка от които включва по 12 айтема. Тестовите елементи във всяка серия са организирани в ред с нарастваща трудност. Всички тестови елементи (айтеми) представят модели от форми с липсващо парче. Участникът е помолен да идентифицира липсващия елемент, който завършва шаблона, като избере една от шест или осем опции за всеки елемент. Стойностите на IQ, оценени чрез този тест, варират между 55 и 132 точки.

РЕЗУЛТАТИ

Описателна статистика

Извадката се състои от 230 мъже и 151 жени на средна възраст 30.62 ($SD = 7.43$). Годишното образование в общата извадка са средно 13.76 ($SD = 2.79$). Средната стойност на оценката за IQ, получена от Raven, е 109.80 ($SD = 12.28$). Подробни данни за демографската информация на отделните групи от участници е представена в Таблица 1.

Таблица 1. Демографска информация и характеристики на зависимостите

	Контроли (1)	Хероин (2)	Амфетамини (3)	Полизависими (4)	Сравнени
N	171	65	73	72	
Възраст	30.08 (7.74)	36.43 (5.139)	26.52 (5.66)	30.83 (6.79)	2 > 1, 3, 4 3 < 1, 2, 4
N, % мъже	70 (40.9%)	49 (75.3%)	54 (74%)	57 (79.1%)	-
N, % жени	101 (59.1%)	16 (24.6%)	19 (26%)	15 (20.9%)	-
Години образование	15.27 (2.45)	13.49 (2.68)	13.05 (2.03)	13.24 (2.28)	1 > 2, 3, 4
IQ	111.60 (11.93)	106.73 (11.41)	108.16 (12.76)	109.89 (12.80)	1 > 2, 4
Период на ремисия (в години)	-	8.56 (6.28)	3.01 (3.30)	3.58 (4.44)	2 > 3, 4
Период на зависимост (в години)	-	8.38 (4.23)	4.65 (3.51)	-	-
Брой симптоми по DSM-5	-	9.38 (1.25)	6.60 (3.31)	-	-

Бележка: Резултатите са презентирани като средно аритметична стойност (SD).



Проведен е дисперсионен анализ (ANOVA), за да бъдат сравнени групите по основните демографски характеристики. Открити са разлики между стимулантно-зависимите, хероиново-зависимите, полизависимите и контролните участници във възрастта, годините образование и периода на успешна ремисия. Участниците, зависими към хероин, са с най-дълъг период на ремисия ($F(2,197) = 26.056$; $p < 0.001$). Резултатите от анализа на интелигентността и годините образование показват различие между контролните участници и употребяващите. Според анализа контролните участници средно имат повече години образование ($F(3,168) = 16.93$; $p < 0.001$) и по-висока интелигентност в сравнение с групите на употребяващите. Участниците, диагностицирани с монозависимост към амфетамини, са най-млади в сравнение с другите три групи.

Корелационни анализи

Проведохме корелационни анализи, за да оценим връзките между двата инструмента за оценка на зависимости. Анализите показаха значими корелации между резултатите по скалата КМСК, оценяваща опиятна зависимост, и броя покрити критерии по SCID-I за DSM-5 за зависимост към опиати (хероин) ($r = 0.917$, $p < 0.01$). Подобна взаимовръзка беше наблюдавана и при оценката на критериите за зависимост към стимуланти (амфетамини) ($r = 0.738$, $p < 0.01$).

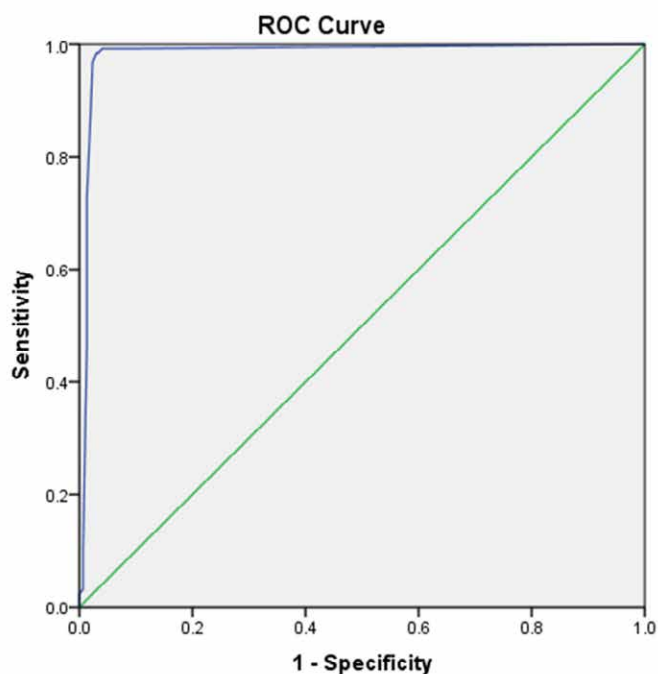
Анализ на кривата на работната характеристика (ROC curve)

Беше проведен анализ на кривата на работната характеристика (ROC curve), за да се установи критериалната валидност на КМСК спрямо SCID-I по DSM-5. Тази крива посочва как се променя специфичността (процентът на хората, които са правилно класифицирани като не притежаващи специфичната характеристика) и сензитивността (процентът хора, които са правилно класифицирани като притежаващи характеристиката) на определен диагностичен инструмент като функция от прага/критерия за класификация. Площта под тази крива (AUC) е измерител на диагностичната сила на инструмента и варира от 0.5 (нулева диагностична стойност) до 1 (перфектна диагностична стойност). В настоящото проучване за минимален критерий беше избрана категорията лека зависимост (минимум 2 налични симптома) на SCID-I за DSM-5, за да се извършат съответните анализи с помощта на ROC криви.

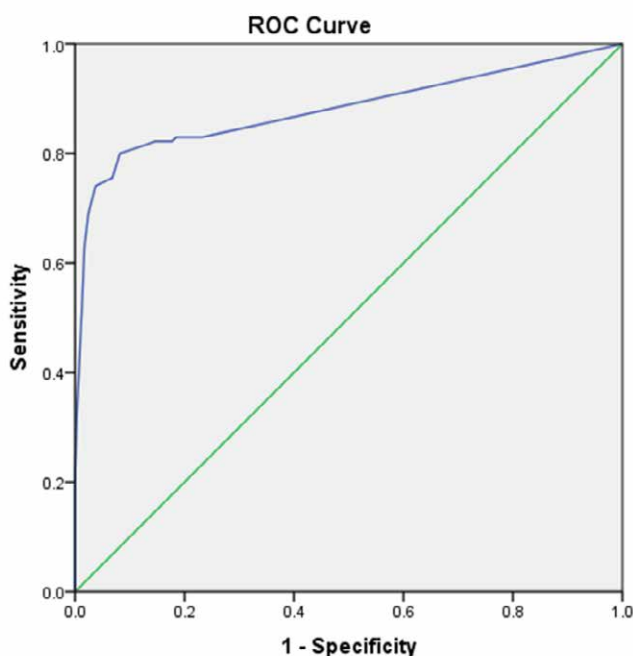
Анализът на данните показва, че площта под кривата има диагностична сила 98% за зависимите от хероин (Фигура 1) и 88% за зависимите към амфетамини (Фигура 2). Оптималният КМСК критерий беше избран след преглеждане на ROC кривите и селектиране на броя на DSM-5 критериите, водещи до най-високи специфичност и сензитивност. Проведеният анализ на кривата на работната характеристика (ROC curve) показва, че стойност от 5 точки по КМСК най-добре диференцира наличието на



лека зависимост по критериите на DSM-5 както към опиати (99% сензитивност, 96% специфичност), така и към стимуланти (82% сензитивност, 83% специфичност).



Фигура 1. ROC-крива за хероин



Фигура 2. ROC-крива за амфетамини



ДИСКУСИЯ

Настоящото проучване имаше за цел да оцени критериалната валидност и съответствието между КМСК скалата и интервюто SCID-I, което използва критериите на DSM-5 за оценката на разстройства, свързани с употребата на психоактивни вещества. Текущото изследване беше фокусирано върху два отделни вида психоактивни вещества – опиати и стимуланти, чиято прекомерна употреба се свързва с едни от най-тежките последствия за индивидуалното функциониране. Резултатите ни показват, че КМСК скалата има добри диагностични и дискриминативни способности, като успешно разграничава наличие и липса на разстройства, свързани с употребата на опиати и стимуланти. Данните, получени в рамките на текущото изследване, предполагат, че КМСК е надеждна, лесна и бърза за администриране скала, която може да се използва успешно както в клинични условия, така и при провеждането на изследвания с големи извадки хора. Допълнително предимство на КМСК е, че за разлика от структурираните интервюта за оценка на зависимости, нейното администриране не изисква специфично обучение и експертна оценка.

Резултатите от настоящото изследване са консистентни с данните, докладвани в други проучвания, които показват ефикасността и валидността на КМСК [31]; [34]. Откритите в текущото изследване силни корелации между SCID-I за DSM-5 и КМСК са сходни с резултатите на Tang et al. [33], които изследват връзките на КМСК с критериите за оценка на зависимост по DSM-IV. В настоящото изследване за пръв път е оценена взаимовръзката на КМСК със SCID-I за DSM-5. Резултатите показват, че стойностите по КМСК имат силна връзка с критериите за зависимост, предложени от Структурираното клинично интервю (SCID-I) за DSM-5. Основната ни хипотеза, която предполага, че КМСК ще оцени валидно наличието на зависимост и ще дискриминира успешно участниците, които покриват критериите за разстройства, свързани с употребата на опиати и стимуланти, от контролните участници, е подкрепена от резултатите ни и откритите високи нива на чувствителност и специфичност за скалите на КМСК, оценяващи употребата към опиати (99% сензитивност, 96% специфичност) и стимуланти (82% сензитивност, 83% специфичност). Скалата на КМСК, която оценява употребата на опиати, показва изключително добра сензитивност – 99%, което означава, че 99% от извадката е класифицирана правилно, като има само 4% вероятност лица, които не покриват критериите за опиятна зависимост по DSM-5, да бъдат диагностицирани неправилно като зависими, докато вероятността зависимите да бъдат правилно класифицирани е 96%. Скалата на КМСК за оценка на стимулантна зависимост също демонстрира относително добри резултати. Данните показаха, че в 82% от случаите, класифицирани като зависими към стимуланти по КМСК, оценката съответства на критериите на DSM-5, но в останалите 18% съществува вероятност участниците да бъдат неправилно диагностицирани с разстройство, свързано с употребата на стимуланти. Тези резултати показват, че инструментът има добра критериална валидност и би могъл да се използва както в научни изследвания, така и в клиничната работа. Откритият граничен резултат (праг) на КМСК е 5 точки както за скалата



за оценка на опиатна употреба, така и за тази, оценяваща употребата на стимуланти. За разлика от резултатите, получени в рамките на текущото изследване, граничният резултат за КМСК скалата за опиати, идентифициран от Kellogg et al. [31], е 2 точки. Тази разлика може да се дължи на културните различия, свързани със спецификата на настоящата извадка. Също така Kellogg et al. [31] използват симптомите за зависимост по DSM-IV, а настоящото проучване използва симптомите за минимум лека зависимост по DSM-5. Следователно критериите се различават, което също може да е причина за различните резултати.

Едно от основните ограничения на текущото проучване е неговият специфичен фокус единствено върху подskalите на КМСК, оценяващи зависимостта към опиати (хероин) и стимуланти (амфетамини). В бъдеще би могло да се направи проучване, което включва оценка и на проблемната употреба на алкохол, канабис, тютюн и кокаин. Също така в бъдещи проучвания би било полезно да се изследват трите степени на зависимост (лека, умерена и тежка) поотделно. В сегашното проучване за граничен критерий (праг) е избрана лека зависимост, което дава възможност методиката да бъде оценена като скринингов инструмент, оценяващ минимално наличие на проблемна употреба на психоактивни вещества. Също така в бъдещи изследвания би било добре да се осигури равен брой мъже и жени в извадката, за да се елиминират всякакви противоречиви данни вследствие на полови различия. Нашата извадка съдържа повече мъже (60.51%), отколкото жени (39.49%), което подкрепя хипотезата за половите различия при употребяващите. В контекста на зависимостите, особено към хероин, проучванията показват, че мъжете винаги преобладават значително [40]. Важно преимущество на проучването е относително голямата извадка. Допълнителен плюс са добре контролираните условия на изследването – всички участници са чисти от вещества към момента на участието си, което минимизира риска от невалидни данни. Значим плюс е фактът, че до този момент съответствието на скалата КМСК със симптомите по DSM-5 не е изследвано. Доколкото ни е известно, настоящото проучване е първото, което използва DSM-5, което е важно, тъй като това е актуалната общоприета диагностична класификация. Паралелно с това беше конструирана и скала за оценка на стимулантна употреба – един от най-широко разпространените класове психоактивни вещества. В бъдеще би било добре да се направи репликация на настоящото изследване, която би могла да затвърди сегашните резултати. Също така, е необходимо да се има предвид, че настоящото изследване е първото, направено в социална и културална среда извън Северна Америка. Възможно е спецификата на извадката да оказва влияние върху резултатите и са нужни още проучвания, за да се разбере дали културалната среда би променила резултатите в друга насока.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото проучване имаше за цел да установи валидността на КМСК скалата (*Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg*; Kellogg et al., [31]) и нейното съответствие с критериите на SCID-I за DSM-5. Резултатите, получени в рамките на текущото изследване, подкрепят хипотезата ни, че КМСК скалата е бърз, надежден и ефикасен инструмент за оценка на разстройства, свързани с употребата на опиати и стимуланти. В допълнение, за целите на изследването беше конструирана допълнителна скала за оценяване на зависимост към стимуланти, което допринася към литературата и дава основа за бъдещи проекти, изследващи злоупотребата със стимуланти. Адаптирането на КМСК скалата на български език е ценно за клиничната работа с лица с история на употребата на психоактивни вещества и за бъдещи клинични изследвания с обемна извадка. Тъй като SCID-I отнема много време и ресурси, КМСК скалата е добра алтернатива като бърз скринингов инструмент, улесняващ процеса на диагностициране и оценяване на тежестта на зависимостта.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА КОНФЛИКТ НА ИНТЕРЕСИ

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

DISCLOSURES

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

БЛАГОДАРНОСТИ

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

ACKNOWLEDGEMENTS

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



ЛИТЕРАТУРА

1. Zaami, S., Marinelli, E., & Vari, M. R. (2020). New trends of substance abuse during COVID-19 pandemic: an international perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 700.
2. NIDA (2017) The National Institute on Drug Abuse. Definition. <https://www.inspiremalibu.com/nida-defines-addiction/>
3. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.
4. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773.
5. EMCDDA (2020) Европейски доклад за наркотиците. Ключови аспекти. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021_en
6. Compton, W. M., Valentino, R. J., & DuPont, R. L. (2021). Polysubstance use in the US opioid crisis. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 41-50.
7. US Centers for Disease Control and Prevention Vital statistics rapid release; provisional drug overdose death counts. Sept 16, 2020. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>
8. Goodnough, A. (2017, June 30). \$45 billion to fight opioid abuse? That's much too little, experts say. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2017/06/30/health/drug-treatment-opioid-abuse-heroin-medicaid.html>
9. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2019. Hyattsville, Maryland. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:100685>.
10. World Health Organization. (2009). International Classification of Diseases-ICD.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Text Revision. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2000
12. Crystal, H. A., Hamon, S., Randesi, M., Cook, J., Anastos, K., Lazar, J., ... & Kreek, M. J. (2012). A C17T polymorphism in the mu opiate receptor is associated with quantitative measures of drug use in African American women. *Addiction biology*, 17(1), 181-191.
13. Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European addiction research*, 1(4), 208-210.
14. [14] World Health Organization. (2001). AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care (No. WHO/MSD/MSB/01.6 a). World Health Organization.
15. Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The clinical opiate withdrawal scale (COWS). *Journal of psychoactive drugs*, 35(2), 253-259.
16. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., ... & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199-213.
17. Brämer, G. R. (1988). International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 41(1), 32-36.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
19. Denis, C. M., Gelernter, J., Hart, A. B., & Kranzler, H. R. (2015). Inter-observer reliability of DSM-5 substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 153, 229-235.
20. Peer, K., Rennert, L., Lynch, K. G., Farrer, L., Gelernter, J., & Kranzler, H. R. (2013). Prevalence of DSM-IV and DSM-5 alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use disorders in a largely substance dependent sample. *Drug and alcohol dependence*, 127(1-3), 215-219.
21. Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... & Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
22. Hagman, B. T., & Cohn, A. M. (2011). Toward DSM-V: Mapping the alcohol use disorder continuum in college students. *Drug and alcohol dependence*, 118(2-3), 202-208.
23. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B.W. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I). New York: Biometric Research Department.
24. Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID. American Psychiatric Association.
25. Bucholz, K. K., Cadoret, R., Cloninger, C. R., Dinwiddie, S. H., Hesselbrock, V. M., Nurnberger Jr, J. I., ... & Schuckit, M. A. (1994). A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA. *Journal of studies on alcohol*, 55(2), 149-158.
26. Martino, S., Grilo, C. M., & Fehon, D. C. (2000). Development of the drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviors*, 25(1), 57-70.
27. Vázquez, F. L., Blanco, V., & López, M. (2007). Performance of a new substance dependence screening questionnaire (SDSQ) in a non-clinical population. *Addictive behaviors*, 32(5), 1082-1087.
28. Elvy, G. A., & Wells, J. E. (1984). The Canterbury alcoholism screening test (CAST): a detection instrument for use with hospitalised patients. *The New Zealand Medical Journal*, 97(750), 111-115.
29. Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a



- screening instrument for use in medical settings. *Journal of studies on alcohol*, 56(4), 423-432.
30. Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). Drug use disorders identification test. *European Addiction Research*.
 31. Kellogg, S. H., McHugh, P. F., Bell, K., Schluger, J. H., Schluger, R. P., LaForge, K. S., ... & Kreek, M. J. (2003). The Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg scale: a new, rapid method for quantifying substance abuse and its possible applications. *Drug and alcohol dependence*, 69(2), 137-150.
 32. Jackson, C. B., Varon, J., Ho, A., Marks, K. M., Talal, A. H., & Kreek, M. J. (2010). Identification of substance use and dependence among patients with viral hepatitis. *Digestive and Liver Disease*, 42(9), 650-656.
 33. Tang, Y. L., Khoury, L., Bradley, B., Gillespie, C. F., Ressler, K. J., & Cubells, J. F. (2011). Substance Use Disorders Assessed Using the Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg (KMSK) Scale in an Urban Low Income and Predominantly African American Sample of Primary Care Patients. *The American journal on addictions*, 20(3), 292-299.
 34. Butelman, E. R., Maremmani, A. G., Bacciardi, S., Chen, C. Y., Correa da Rosa, J., & Kreek, M. J. (2018). Non-medical cannabis self-exposure as a dimensional predictor of opioid dependence diagnosis: A propensity score matched analysis. *Frontiers in psychiatry*, 9, 283.
 35. Brown, R. L., Leonard, T., Saunders, L. A., & Papasouliotis, O. (2001). A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 14(2), 95-106.
 36. Ahn, W. Y. & Vassileva, J. (2016). Machine learning identifies substance-specific behavioral markers of heroin and amphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 247-257. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.008>.
 37. Long, E. C., Kaneva, R., Vasilev, G., Moeller, F. G., Vassileva, J. (2020). Neurocognitive and psychiatric markers for addiction: Common vs. specific endophenotypes for heroin and amphetamine dependence. *Current Topics in Medicinal Chemistry*. 20(7):585-597. <https://doi.org/10.2174/1568026620666200131124608>.
 38. Raven, J. (2003). Raven progressive matrices. In *Handbook of nonverbal assessment* (pp. 223-237). Springer, Boston, MA.
 39. Bilker, W. B., Hansen, J. A., Brensinger, C. M., Richard, J., Gur, R. E., & Gur, R. C. (2012). Development of abbreviated nine-item forms of the Raven's standard progressive matrices test. *Assessment*, 19(3), 354-369.
 40. Shand, F. L., Degenhardt, L., Slade, T., & Nelson, E. C. (2011). Sex differences amongst dependent heroin users: histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive behaviors*, 36(1-2), 27-36.