

БЪЛГАРСКО СПИСАНИЕ
**ПСИХИЧНО
ЗДРАВЕ**



BULGARIAN JOURNAL
**MENTAL
HEALTH**

ИЗДАТЕЛСКА КЪЩА **СТЕНО**

www.stenobooks.com

ISSN 2738-7550



Година 5 | Volume 5

Към съдържанието

брой | number **1** 2024



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
проф. **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
Prof. **Jasmin Vassileva**
Virginia Commonwealth University



СЪДЪРЖАНИЕ

- 4** **Здравна политика в областта на соматичното и психичното здраве на децата и подрастващите: философия, цели и секторни подходи, основани на доказателства. Потребността от генериране на данни за постоянен мониторинг и оценка**
Доц. Михаил Околийски
Health Politics in the Field of Simatic and Mental Health of Children and Adolescents“
Assoc. Prof. Mihail Okoliyski
- 20** **Първоначална оценка на полюсни случаи от афективните разстройства от специалисти в помагащите професии**
Разработката е осъществена от индивидуалните и съвместни усилия на Иван Ангелов, Изабела Радева, Калин Петков, Кери Губерова, Лора Ботева, Мария Атанасова, Том Узунов
Initial Assessment of Polar Cases in Affective Disorders: An Examination of the Screening
Capacity of Helping Professionals
Lora Boteva, Maria Atanasova, Kery Guberova, Kalin Petkov, Tom Uzunov, Izabela Radeva, Ivan Angelov
- 43** **Невробиология, психология и терапия на алкохолната зависимост**
Албена Кадиева¹, Мариана Млякова, Марина Спасова², Пресиян Начев
Neurobiology, psychology and therapy of alcohol dependence
Albena Kadieva¹, Mariana Mlyakova, Marina Spasova³, Presiyan Nachev



ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В ОБЛАСТТА НА СОМАТИЧНОТО И ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ НА ДЕЦАТА И ПОДРАСТВАЩИТЕ: ФИЛОСОФИЯ, ЦЕЛИ И СЕКТОРНИ ПОДХОДИ, ОСНОВАНИ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА. ПОТРЕБНОСТТА ОТ ГЕНЕРИРАНЕ НА ДАННИ ЗА ПОСТОЯНЕН МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

Доц. Михаил Околийски

Национален център по общественото здраве и анализи

Резюме: Майчиното и детското здраве в България е основен акцент в усилията на всяко правителство за развитие и укрепване на здравната система. Политиката за устойчиво подобряване на майчиното и детско здраве е залегнала в Закона за здравето и националните стратегически и програмни документи, чрез реализацията на които се очаква да се изпълнят ангажиментите на страната във връзка с целите, заложи в редица международни стратегически и програмни документи, вкл. във връзка с постигане на глобалните цели за устойчиво развитие и средните показатели за Европейския съюз. Публикацията ще направи опит за описване на обхвата и целите на общественото-здравната политика за децата в България, както и философията, през която са определени като национални цели. Направен е анализ на проблемите, които здравната политика цели да реши, както и очакваното въздействие. На базата на изследователски доклади и здравно-политически документи и отчети е направена оценка на постигнатите резултати, като се правят предложения за подобряване на ефективността на интервенциите.

Ключови думи: Здравна политика; психично здраве на децата и подрастващите; педиатрична грижа; общественото здраве; права на децата

HEALTH POLITICS IN THE FIELD OF SIMATIC AND MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS“

Assoc. Prof. Mihail Okoliyski

Summary: Maternal and child health in Bulgaria is a major focus of the government's efforts to develop and strengthen the health system. The policy for sustainable improvement of maternal and child health is enshrined in the Health Act and national strategic and program documents, through the implementation of which it is expected to fulfill the country's commitments in relation to the goals set in a number of international strategic and program documents, including in relation to achieving the global goals for sustainable development and the average indicators for the European Union. The publication in two parts will attempt to describe the scope and goals of public health policy for children in Bulgaria, as well as the



philosophy through which they are defined as national goals. An analysis of the problems that the health policy aims to solve, as well as the expected impact, has been made. Based on research reports and health policy documents and reports, an assessment of the achieved results has been made, and proposals are made to improve the effectiveness of interventions.

Въведение

Майчиното и детското здраве в България е основен акцент в усилията на правителствата за развитие на здравната система. Политиката за устойчиво подобряване на майчиното и детско здраве е залегнала в Закона за здравето и националните стратегически и програмни документи, чрез реализацията на които се очаква да се изпълнят поетите ангажименти на страната по отношение на целите, заложи в редица международни стратегически документи, вкл. във връзка с постигане на глобалните цели за устойчиво развитие и средните показатели за Европейския съюз (1). За целите на по-доброто изпълнение на здравната политика и по-ефективното планиране на бъдещите действия в тази област е нужен критичен анализ на изпълнението на всяка една от заложените дейности и съответните здравни показатели.

Основни национални политики за здраве на децата и подрастващите

Макрорамката на философията, обхвата и целите на опазването на здравето и насърчаването на здравословния начин на живот на децата и подрастващите в България се определят на първо място от **Националната здравна стратегия 2030** (2). Тя е фундаменталният здравно-политически документ в сферата на здравеопазването и определя както дългосрочните, така и средносрочните и краткосрочните приоритети и свързаните с тях дейности. Националната здравна стратегия на базата на основания на доказателства относно функционирането на здравната система задълбочен анализ на предизвикателствата създава пътна карта за конкретен отговор на потребностите на всички български граждани. НЗС е и един от ключовите политически документи, изисквани от Европейската комисия, за да има условия да се реализира Планът за възстановяване и развитие. Липсата на политическа устойчивост забави приемането на стратегията, като след редица консултации, на заседание на Министерския съвет на 27.09.2023 г. Правителството я представя за официално приемане. След това тя отново беше разгледана от 7 комисии, като в Народното събрание постъпиха 48 становища и беше взето решение да се сформира работна група, която да вземе под внимание всичко споменато в становищата и да изработи крайния и окончателен вариант на Стратегията. След последващи консултации Национална здравна стратегия 2030 и План за действие за периода 2023–2026 г. са приети от Народното събрание на 26 април 2024 г.



Националната здравна стратегия 2030 е разработена въз основа на анализите на здравно-демографските показатели и на състоянието на системата на здравеопазване в ежегодните доклади за здравето на гражданите, които показват, че през последните десетилетия българската здравна система изостава спрямо здравните системи на страните от ЕС по отношение на ключовите фактори за устойчиво развитие, включително грижите за децата.

В НЗС е предвидено да се извърши междинна оценка на изпълнението ѝ през 2026 г., като се очаква анализът на резултатите от прилагането ѝ да послужат при развиването на новия План за действие 2027–2030 г. Финалната оценка на изпълнението на НЗС ще бъде извършена през 2031 г.

НЗС си поставя амбициозни цели, свързани със сигнификантното подобрене на здравето на децата и младите хора в България. Предвижда се на първо място достъпът до висококачествени грижи да бъде улеснен. Сред другите ѝ цели е създаване на условия и практикуване на ефективна превенция на заболяванията и промоция на здраве посредством здравно образование и подобряване на информираността на семействата относно здравните рискове пред децата. Сериозен приоритет на НЗС са действията в областта на ранното детско развитие чрез комплексен подход, който включва усилия на различни институции и партньори от здравния, социалния и образователния сектор. Ще бъде обърнато специално внимание на нуждата от подобряване на емоционалните връзки между децата и техните родители и близки в различни периоди на тяхното развитие, като чрез консултации, патронажни грижи и комплексни педиатрични грижи ще бъдат предотвратявани хронични заболявания, проблеми в развитието и други здравни рискове. Направен и е опит за оптимизиране на обхвата на различните скринингови програми за бременни и новородени. През 2024 г. се въведоха три нови скрининга за ранно детско развитие, които се провеждат при раждането на бебето.

В болничната помощ се цели въвеждането на модерни подходи за комплексно лечение на деца с различни заболявания. Основен фокус на тези усилия е създаването на **Национална детска болница**, която да предоставя комплексни високоспециализирани медицински услуги за деца и да бъде основно координиращо звено на интегрирана мрежа за болнична педиатрична грижа, включваща структури на регионално и областно ниво. За създаването на Националната детска болница Министерството на здравеопазването създаде **Здравна инвестиционна компания за детска болница** (3). Мисията на тази компания е ефективното изпълнение на ролята на държавата в лицето на Министерството на здравеопазването за организиране и контрол на дейностите по проектиране, изграждане и пускане в експлоатация на Национална многопрофилна детска болница, която да отговаря на националните нужди на детското здравеопазване и да подсигури прилагане на актуалния световен опит и стандарти за най-добра грижа за децата. Структурата на бъдещата детска болница се предвижда да бъде приета след широк експертен дебат и обществено обсъждане с участието на водещи експерти, Европейската инвестиционна банка (ЕИБ), Белгийско-испански консорциум IDOM и Обществения съвет.



В сферата на подобряването на условията за обучение и повишаване на **капацитета на медицински специалисти** по въпросите на детското здраве ще бъдат насърчавани и разработвани програми за здравно образование по въпросите на бременността и рисковете от абортите, подобряване на здравословното поведение, здравословното раждане. Като сериозен проблем се отчита крайно недостатъчният брой медицински сестри, както и небалансираното териториално разпределение на лекарите и намаляването на специалисти в определени релевантни медицински специалности. През последните 30 години броят на медицинските сестри в страната е намалял почти 2 пъти – от 53 810 през 1990 г. на 28 827 през 2022 г. (4) Проблем е и намаляващият брой на акушерките в страната. По данни на МЗ лекарите и останалите медицински специалисти са неравномерно разпределени в страната, а усилията на министерството са съсредоточени върху задържането на човешки ресурс в по-слабо населените и развитите райони на България чрез допълнително финансиране на заведенията в тези райони. По данни на МЗ са извършени нормативни промени в чл.55, ал.2, т.3 в от Закона за здравното осигуряване, в сила от 7.02.2023 г., гласящи, че „националните рамкови договори съдържат методика за финансиране осигуряването на медицински персонал в лечебни заведения, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в лечебни заведения за болнична помощ по чл.45, ал.2а от същия закон, а именно приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ, които осигуряват достъп до дейности от пакета, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса“ (5).

Ключова роля за реализацията на Националната здравна стратегия има изпълнението на **Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа в Република България и План за действие за изпълнение на Националната стратегия 2030 г.** (6). Чрез тях се прави усилие за приемственост и постигане на дългосрочна перспектива за развитието на педиатричната грижа в страната. Стратегията е отворен динамичен документ, който чрез създадения механизъм за оперативно планиране и мониториране на резултатите може да бъде допълван и развиван с участието на всички заинтересовани страни в интерес и с грижа за здравето на децата на България.

С цел осигуряването на междусекторно сътрудничество на партньорите в образователния, здравеопазния и социалния сектор, както и правосъдието и организациите на гражданското общество за превенция на психичните заболявания и ефективно лечение и рехабилитация на психичните разстройства през 2024 г. продължи интензивната работа по **Националната стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021–2030** (7). Един от подходите за подобряване на психичното здраве е основан на разбирането, че формирането на психично-здравната устойчивост започва да се формира още от раждането на детето и поради това всички интервенции трябва да бъдат налични за употреба през целия период на детството. Тези действия включват и системна подкрепа за родителите, скрининг за потенциална употреба на психологическо, емоционално или физическо насилие,



злоупотреба с алкохол и наркотици, съвети за ранно детско развитие и др.

Дейностите по промоцията на психичното здраве на децата и подрастващите трябва да намерят своето развитие и в уроци в рамките на образователната система. Във връзка с това в Плана за възстановяване и развитие бе предвидено създаването и въвеждането на **Здравно и психично здравно образование** (8), като бъдат въведени програми за подкрепа на психичното благополучие, включени в учебната програма за всички възрастови групи във всички български училища. С тяхна помощ децата от малки ще бъдат подкрепени да анализират чувствата си и тези на другите, да се справят с трудните емоции и ситуации, като избират ефективни стратегии за справяне. Въпреки създаването на междуведомствена работна група, тази дейност все още буксува и предвиденото въвеждане през настоящата учебна година е отложено за неопределено бъдеще.

В България грижата за психичното здраве все още не е достатъчно добре координирана между социалната и здравната система. Нужно е подписването на Меморандум за сътрудничество и координация между МЗ и МТСП относно процедурите и съвместните действия в предоставянето на услугите в областта на психичното здраве за деца и възрастни.

Дейността в областта на детската психиатрия трябва да е про-активна и чрез лесни за достъп форми на обслужване да предоставя консултации на семейства, дневни терапевтични и рехабилитационни услуги, при нужда стационарни услуги, и то по възможност базирани в една структура. Поради това след предложение на Националния съвет по психично здраве бе прието създаването и на клиника по детско психично здраве в бъдещата Национална детска болница. Освен това бе одобрено и цялостното ремонтиране и преоборудване на Клиниката по детска психиатрия в София, както и на други 18 държавни психиатрични болници, центрове по психично здраве и психиатрични отделения към многопрофилни болници.

Една от най-добрите практики на Министерство на здравеопазването за адресиране на здравните неравенства, вкл. в сферата на майчиното и детско здраве, е създаването и надграждането през последните над 10 години на професията **здравен медиатор** (9). Здравният медиатор служи като посредник между уязвимите малцинствени общности и здравните и социалните служби. Той/тя се ползва с доверието и на хората от общността, и на институциите и е придобил/а необходимите знания, умения и компетентност, за да върши своята високоотговорна работа. Ако през 2007 г. в България при стартирането на програмата работят 57 здравни медиатори, заплатени от държавния бюджет, в около 30 общини, днес над 340 здравни медиатори продължават да работят на терен. Една от основните дейности е работата по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021–2030 г. и осигуряването на патронажна грижа и осъществяване на връзка и достъп до здравните и социални заведения.

В Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2021–2030 г. (10) е предвидено продължаване на изпълнението на мерките, гарантиращи равен достъп до качествено здравеопазване, включително квалифицирани



грижи за бременни жени, независимо от техния здравноосигурителен статус. Чрез нея се планират и осъществяват дейности, насочени към активна промоция на здраве и профилактика, повишаване на качеството и обхвата на медицинските и здравни грижи за майките и децата, подобряване на диагностиката и лечението и развитие на здравно-социалните услуги, наред с подобряване на компетенциите на медицинските и немедицинските специалисти, работещи в областта на майчиното и детско здраве. **Наредба №26 за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени** (11) дефинира предоставянето на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени. Създадени и разкрити са 31 здравно-консултативни центъра за майчино и детско здраве.

Въпреки това одитът на Сметната палата за периода от 01.01.2021 г. до 31.12.2022 г. (1) относно изпълнението на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 г. показва, че нито майките, нито бебетата у нас са оптимално обхванати с полагащите им се профилактични прегледи и скрининг. Планираните от държавата средства за скрининг на майки и новородени не се усвояват пълноценно. Като цяло Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021–2030 г. не се изпълнява ефективно и предвидените по нея дейности не се промотират и комуникират добре. Програмата се финансира от бюджета на МЗ и за нея са планирани по около 4.7 млн. лв. годишно в одитирания период.

На 13.12.2023 г. Парламентът прие промени в **Закона за тютюна, тютюневите и свързаните с тях изделия** (12). С въвеждането на определението за „изделия, съдържащи никотин“ те се регламентират и като по този начин те попадат в обхвата на забраната за предлагането, продажбата и употребата на такива изделия от деца по чл. 30, ал. 2, т. 3 от Закона за тютюна, тютюневите и свързаните с тях изделия и чл. 5б, ал. 3 и 4 от ЗЗДет. Към изделията, съдържащи никотин, са включени и тези, които са съставени изцяло или частично от никотин на прах, отделни частици, паста, гел или друга форма, или комбинация от тях, включително предлагани и на малки порции в пакетчета („паучове“) или порести пликчета, които намират все по-широко разпространение сред децата и младежите. С промените в закона се цели намаляване на привлекателността на нагреваемите тютюневи изделия и повишаване на информираността на потребителите относно нивото на риска, свързан с употребата на тези изделия. Регламентирана е забрана за предлагането и продажбата на нагреваеми тютюневи изделия с характерни вкусово-ароматни качества и съдържащи овкусители, в която и да е от съставните им части, даващи възможност за промяна на мирисата или вкуса на съответните тютюневи изделия или на интензитета на техния дим или аерозол, което най-вече привлича децата и младите хора.

В тази връзка е добра новина, че на първо четене през месец юли 2024 г. Парламентът забрани продажбата на вейпове на лица под 18 години. Забраната обхваща вещества, субстанции, течности на базата на растения, билки или плодове, които не



съдържат тютюн или никотин, и могат да бъдат консумирани чрез процес на горене, нагриване, изпарение или др., както и растения и вещества, забранени в Закона за контрол върху наркотичните вещества. Въвеждат се и санкции за нарушението ѝ.

Националната стратегия за борба с наркотиците (2020–2024 г.) (13) е базирана на интегриран, балансиран и основан на доказателства подход към проблемите, свързани с намаляване на търсенето и предлагането на наркотици. Данните от отчетите по изпълнението на стратегията показват намаляване на броя на обхванатите участници от различните целеви групи спрямо предишната година. Само в три града в страната има програми по индикативна превенция, като достъпът на деца и семейства до специализирани интервенции е силно ограничен. Липсата на програми за индикативна превенция в съчетание с липсата на програми за лечение и рехабилитация на деца и младежи е основен проблем в системата за осигуряване на услуги и грижи за младите хора и следва да стане приоритет в развитието на политиките в областта на зависимостите. Друга голяма сфера, която остава непокрита, е въвеждането на превантивни дейности в местата за забавление – там, където младежите под 18 г. се събират най-често в свободното си време и където рискът от употреба на наркотици, както и от остра интоксикация вследствие на употребата на наркотици или комбинираната употреба на наркотици и алкохол е най-голям и може да има фатален изход. Отсъствието на актуална информация е пречка за адекватен и бърз отговор на проблема и представлява спънка за развитието на нови, отговарящи на нуждите и променящите се нагласи на младежите, превантивни стратегии. С промени в Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, публикувани на 10.05.2024 г. се цели по-добрата организация на превенцията на употреба на ПАВ, както и по-ефективната организация, мониторинг и оценка на службите за лечение и рехабилитация, включително програмите за метадоново субституиране.

Обхватът на **вакцинопрофилактиката** в детската възраст бележи тенденция към леко повишаване в сравнение с наблюдавания спад в периода на пандемията от COVID-19 (2020–2021 г.). Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021–2024 г. (14) осигурява безплатна 9-валентна ваксина срещу човешки папилома вирус на момичетата на 10–14-годишна възраст, като след усилия на Коалицията срещу ЧПВ и МЗ се отбелязва известен напредък. Въпреки това България продължава да е на едно от последните места по ваксинация срещу HPV – едва около 2% от всички подлежащи на ваксиниране с HPV ваксина момичетата. Нужно е разработването на нова национална програма за периода 2025–2030 г., която да включва амбициозни мерки за разширяването на ваксинационното покритие, включването на момчетата като таргетна група, както и организирането и провеждането на Национална информационна кампания.

През месец юли Народното събрание прие **Законопроект за изменение и допълнение на Закона за предучилищното и училищното образование** № 50-454-01-15, станал печално известен като Закона срещу „пропагандата на нетрадиционна сексуална ориентация“. Този закон нарушава основни човешки права и създава опасен прецедент по стигматизиране и риск от дискриминация на легитимни сексуални и



личностни поведения и ориентации. Мотивите за приемането на този закон не отразяват валидните научни доказателства, а евентуалното прилагане на закона ще възпрепятства младите хора да получават адекватна и обективна научна информация по въпросите на сексуалността и важни насоки за здравето и безопасността на юношите под формата на здравна информация и ще дискриминира свободния избор на индивида. Законът противоречи на Конституцията на България и на международните договори за защита на правата на човека. Освен това той е в противоречие и с Реформа б: Съвременно здравно образование в българското училище, част от Националния план за възстановяване и устойчивост. Тази реформа предвижда създаването и въвеждането на здравно, психично-здравно и сексуално образование за всички български деца в училище, съобразено с тяхната възраст. Забраната да се говори за различните форми на сексуалното поведение и свободната, основана на вътрешното себеусещане за сексуално поведение, има риск да доведе до затормозяване, развиване на депресивни състояния и идеация за самоубийство при млади хора с различна от хетеросексуална ориентация.

Електронното здравеопазване и Националната здравно-информационна система (НЗИС)

Електронното здравеопазване е в основата на изпълнението на стратегическите цели и приоритети на Националната здравна стратегия 2030. Различните модули на електронното здравеопазване подкрепят планирането и изпълнението на всички дейности по профилактичния календар за децата и възрастните хора, насърчават здравословния начин на живот и така могат да доведат до подобрене на здравните показатели на гражданите на Република България, които са едни от най-лошите в целия ЕС.

Развитието и постоянното надграждане на Националната здравно-информационна система (НЗИС) чрез използване на съвременни здравни технологии допринася за ефективното здравно обслужване, ефективното обслужване на пациентите и техните деца и повишаването на качеството на здравните услуги. Пълното разгръщане на потенциална на НЗИС ще създаде и по-добри възможности за предоставяне на различни дистанционни здравни услуги.

Постигнатото създаване и развитие на НЗИС (15) включва индивидуално пациентско досие, всички медицински прегледи, изследвания, ваксини, хоспитализации, резултати от изследвания, рецепти, както и профилактичните дейности. В приложението eЗдраве всеки български гражданин, който е здравноосигурен, има достъп чрез КЕП или чрез сдвояване с приложението с асистирание от РЗИ, РЗОК или офисите на Информационно обслужване до своите индивидуални данни, както и до тези на децата под 18 г. (16) Така родителите не само имат пълен достъп до здравните данни на децата си и така по-ефективно да планират и да получават достъп до медицински услуги, но могат да бъдат и контролбори на всички медицински дейности,



които се отчитат към НЗОК. Това ще допринесе към по-добрата отчетност и намаляването и недопускането на неизвършени или фалшиви дейности, хоспитализации или скъпи изследвания и лекарствени продукти.

Осъществяване на здравната политика за деца и подрастващи, генериране на данни за мониторинг и оценка

Институционална рамка

Изпълнението на политиките за майчино и детско здраве в България се основава на поетите ангажименти на страната, залегнали в национални стратегически документи с хоризонт до 2030 г. – Национална здравна стратегия 2030, актуализираната Национална стратегия за демографско развитие на населението в Р България (2012–2030 г.); Националната стратегия за хората с увреждания, Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ и Актуализирания план за изпълнението ѝ и други стратегически документи. Като член на Европейския съюз (ЕС), на Организацията на обединените нации (ООН) и на Световната здравна организация (СЗО), България има ангажименти и по изпълнението на целите, заложили в международни стратегически и програмни документи като Конвенцията на ООН за правата на детето, Цели за устойчиво развитие 2030 на ООН, Глобалната стратегия за здравето на жените, децата и подрастващите (2016–2030); Препоръките на Съвета за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст от 2018 г.; Рамката за пълноценна грижа на СЗО, Световна банка и УНИЦЕФ от 2018 г.; Рамката за пълноценна грижа в ранно детство в Европейския регион на СЗО от 2020 г.

Политиките се изпълняват предимно от Министерството на здравеопазването и неговите структури – РЗИ, НЦОЗА, НЦЗПБ, лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, включително ЗКЦ и ЦКОДУХЗ; центрове за резидентни услуги – ЦСЗСГ за ДУ с ПМГ и ЦСЗСГ за ДВРП с ПСЗГ, но и от други релевантни министерства, ведомства, областни управи, общини и НЗОК. Подходът на ООН Политическа съгласуваност за устойчиво развитие в сферата на здравните политики на децата не се използва достатъчно ефективно, за да се планира и осигури междусекторното сътрудничество при концептуализирането и изпълнението им. Така често липсва не само капацитет и възможност за интервениране, но и навременното планиране и осигуряване на нужната финансова подкрепа през различните цикли на подготвянето на финансовите рамки. НЗОК осигурява плавното и навременно финансиране на почти всички медицински и лекарствени потребности на децата и подрастващите, но не участва активно в процеса на консултации относно въвеждането на нови терапии и иновативни подходи за рехабилитация. Поради липсата на Диагностично свързани групи (ДСГ) (17) коморбидността на заболяванията в детска възраст не бива адресирана достатъчно ефективно, а се следва моделът на лечение по клинич-



ни пътеки, които макар да осигурява спазването на терапевтичните процедури, не гарантира качество, както и адресирането на придружаващите заболявания. Създаването на новата Национална детска болница би могло да спомогне за по-ефективното лечение на децата в тази посока.

Система за генериране на данни, които да обезпечат обосноваването на политическите цели

Комитетът на ООН по правата на детето разгледа комбинираните шести и седми периодични доклади на България по време на своите заседания, проведени на 17 и 18 януари 2024 г. (18), и прие заключителни забележки, които касаят различни аспекти на здравето на децата и информационната подкрепа за превенцията, профилактиката и лечението. Комитетът препоръчва на България да укрепи рамката на своята национална информационна система за децата, за да позволи ефективен мониторинг и анализ на положението на децата, включително чрез разпределяне на достатъчно ресурси и за систематизиране на наблюдението и анализ на данните за децата. Системата за генериране на данни в България обхваща всички области на Конвенцията за правата на детето, като данните са разделени по възраст, пол, увреждане, географско местоположение, етнически произход, националност и социално-икономически произход. Голяма част от данните са включени в Годишния доклад за здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия. Годишният доклад се изготвя въз основа на анализ на здравно-демографското състояние и дейността на системата на здравеопазване. Докладът се внася в Народното събрание на Република България и се публикува на интернет страниците на Министерството на здравеопазването и на Националния център по обществено здраве и анализи.

КООНПД препоръчва специално внимание да е отделено на подобряване на събирането, качеството и анализа на данни относно детските бракове, насилие срещу деца, детско психично здраве, детски труд, детско правосъдие, положението на децата в неравностойно положение, включително ромски деца, деца с увреждания, деца в алтернативни грижи и деца, търсещи убежище, и мигранти. Нужни са гаранции, че статистическите данни се споделят между съответните ведомства, професионални групи и организации на гражданското общество и се използват за формулирането и оценка на политики и проекти за правата на децата.

Участие на заинтересованите страни във формулирането и прилагането на политиката. Външен мониторинг

Съгласно основополагащите принципи, заложили във всички цитирани стратегически документи, всяко дете следва да се ползва от най-високия достижим стандарт на здраве и на улеснения за лечение на заболявания и за възстановяване и рехабилитация на здравето си.



Мониторинговите анализи на дейностите от Плана за действие за периода 2021–2023 г. (19) към Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021–2030 г. се изготвят от Министерството на здравеопазването на базата на обобщени данни от постъпили в МЗ отчети за изпълнение на дейностите от Плана за действие, както и от 10-те Центъра за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ), от лечебни заведения, сключили договори с МЗ за провеждане на неонатален слухов скрининг и изследвания за биохимичен скрининг в изпълнение на Програмата, от 31 Здравно-консултативни центъра за майчино и детско здраве (ЗКЦ), 28 Регионални здравни инспекции (РЗИ) и Националния център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА); данни от НЗОК и информация от МЗ.

Един от проблемите за релевантното мониториране и оценка на усилията в този сектор е фактът, че мониторингът на изпълнението на политиката не е поверен на външен, независим оценител.

Вложени ресурси (човешки, финансови, технологични)

Финансовият ресурс, осигуряван за извършване на високотехнологични изследвания и консултации на бременни здравнонеосигурени жени с висококвалифицирани специалисти с цел за ранно откриване на различни вродени аномалии на плода, диагностициране на евентуални хромозомни или структурни аномалии и други дейности по Програмата, не се усвоява в пълен размер. Същевременно не се осигуряват средства за изпълнение на дейностите с образователен и информационен характер, включени в Плана за действие към Програмата за периода 2021–2023 г., поради което не са провеждани ефективни кампании за повишаване на осведомеността на населението, особено в селата и сред уязвимите групи, за промоция на здравето и за възможностите, създадени по Програмата; за ползите от тях за запазване на здравето, включително репродуктивното здраве и на живота на майките и децата (1).

Общите разходи на МЗ по бюджетна програма „Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, майчино и детско здравеопазване“ са 48 268,1 лв. за 2021 г. и 54 089,7 лв. За 2022 г. Освен това за дейности по асистирана репродукция държавата е осигурила 19 409,1 лв. за 2021 г. и 19 086,3 лв. за 2022 г. Увеличението на финансовите средства през 2022 г. спрямо 2021 г. е във връзка с предвидените в чл. 1, ал. 5, т. 3 област „Здравеопазване“ от Закона за държавния бюджет на Република България за 2022 г. по централния бюджет за Министерството на здравеопазването средства. Финансирането чрез бюджета на Националната здравноосигурителна каса се регулира чрез Закона за бюджета на НЗОК за 2022 г. (ЗБНЗОК), като са одобрени приходи и трансфери – всичко в размер на 6 116 304,9 хил. лв.

От общите средства на НЗОК за осигуряването на достъпни, качествени и ефективни здравни услуги в обхвата на задължителното здравно осигуряване, с акцент върху всеки период – преди забременяване, по време на бременността, раждането, следродилния период и за децата от 0–18 г., се изпълняват медицински и здравни дейности по програми „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ на НЗОК.



Към 31.12.2022 г. в страната функционират 4 домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) и 10 центъра за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ). Към 31.12.2022 г. в страната функционират 4 домове за медикосоциални грижи за деца (ДМСГД) с общ капацитет 485 деца, разпределен между трите вида основни дейности, които се извършват в домовете: за резидентна грижа – 285 деца, за дневни грижи за деца от общността – 142 деца, за недоносени деца – 58. През 2022 г. са преминали общо 1 339 деца, от които на резидентна грижа са преминали 295 деца, 294 от които с увреждания, на дневна грижа са преминали 731 деца, 313 деца са преминали през отделенията за рисково новородени и недоносени деца.

Анализът на броя на преминалите деца на резидентна грижа показва, че той намалява, но това се счита за положителен показател с оглед на предприетата политика за деинституционализация и закриване на ДМСГД. За сравнение през 2021 г. на резидентна грижа са преминали 362 деца, като 356 от тях са с увреждания. При грижата за недоносени деца също се наблюдава намаление на броя на преминалите деца от 336 през 2021 г. на 313 през 2022 г. Увеличение има при децата от общността с увреждания и хронични заболявания, които са получили дневни грижи – от 731 преминали през 2021 г., на 756 през 2022 г. През 2022 г. в страната функционират 10 центъра за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ). Във всички 10 ЦКОДУХЗ амбулаторно се осъществява диагностика, физикална терапия, медицинска и психосоциална рехабилитация на деца с увреждания и хронични заболявания. Осигурява се подкрепа на родителите чрез обучение в грижите за дете с увреждане и чрез осигуряване на почасови услуги, които включват индивидуални и/или групови занимания с децата. Осигурени са и мобилни услуги за обслужване в ЦНСТ или в дома на детето.

Едно от най-важните условия, за да може системата за медицински услуги за деца и подрастващи да изпълнява ефективно функциите чрез осигуряването и задържането на млади лекари и други медицински специалисти в страната, е възможността за професионално развитие. По тази приоритетна цел властите трябва постоянно да създават привлекателни условия за придобиване на специалност и упражняване на професията. Причините един млад медицински специалист да вземе решение да работи на определено място и по определена специалност зависи от много условия – заплата, условия на работната среда, атрактивността на населеното място и условията за живот на специалиста и семейството му, но шансовете за израстване, продължаващо обучение и надграждане на уменията са определящи.

Друг сериозен проблем на достъпа е доплащането при получаване на здравни услуги в България. Неформалните разходи на домакинствата възлизат на 34%, което е двойно в сравнение с останалите пациенти в Европа. Според СЗО това значително доплащане ограничава достъпа до здравеопазване в България, като едно от пет домакинства е направило плащания, които надвишават кацитета му за разходи за здраве с поне 40%. Това води до обедняване и невъзможност да се покриват други основни нужди като храна, жилище и електричество. Най-големите разходи при доп-



лащането са за амбулаторни лекарства и те са основната причина за „катастрофалните“ разходи за здравеопазване в България. Този вид разходи засягат най-бедните домакинства, възрастните хора и живеещите в селските райони на страната. (20)

Здравните власти у нас са амбицирани да отделят повече средства за профилактика, поради което в бюджета на НЗОК за 2024 г. най-голямото увеличение на бюджета бе за извънболничната помощ и профилактичните дейности. В Националната здравна стратегия 2030 се акцентира върху превенцията и навременното откриване на заболявания, за да се намаляват разходите за здравната система и се гарантира качествено лечение и живот на населението в общността. Това важи в особено голяма степен за здравеопазването на децата и подрастващите. Ако все по-успешно с навременна диагностика, скринингови програми и ранни интервенции се предотвратят възникването и задълбочаването на заболявания на децата и младите хора, ефектът ще бъде подобряване на демографското състояние на страната и на здравните показатели на населението. Към момента обаче създадената среда за прилагане на политиката за детско и майчино здраве все още не подпомага в достатъчна степен постигането на заложените здравно-политически цели. Липсва адекватно регионално разпределение на човешките ресурси и достъпа до медицинска помощ, като необходимостта от различен тип доплащания натовазва неимоверно семейните бюджети на гражданите и довежда до допълнителна бедност най-уязвимите индивиди и семейства. Наблюдаваните тенденции по преобръщането на тенденцията да се инвестират най-много средства от НЗОК в стационарната помощ и лекарствени средства към по-големи инвестиции в превенцията на заболяванията и извънболничната помощ не може да компенсира забавеното с много години подценяване на важността на сензитивни действия по възможно най-ранното откриване, диагностициране и адресиране на всички заболявания на майките и техните деца.

Дискусия, заключения и препоръки

Анализите на състоянието на политиките за детско здраве по ключови показатели, съпоставено със страните от Европейския регион, очертават някои трайно негативни и тревожни тенденции, голяма част от които се дължат на недобрата координация на тези политики, липсата на адекватно финансиране на дейностите, както и липсата на лидерство за изпълнението на заложените цели. Резултатите са затруднен достъп на групи от населението до качествено здравеопазване, включително и до лекарства и ваксини, здравословна храна, висококвалифицирана медицинска помощ. Пандемията от COVID 19 засегна особено тежко най-уязвимите групи и отправи допълнителни предизвикателства пред общественото здравеопазване, като задълбочи здравните неравенства.

Съществените разлики в детската смъртност по населени места насочват към планиране на мерки за подобряване на качеството на детското здравеопазване в отдалечените и слабо обезпечени с ресурси региони, както и за намаляване на



здравните неравенства при достъпа до здравни услуги (финансовото и кадрово обезпечаване, включително за провеждане на дейности по профилактика и промоция на здраве със семействата), предоставяне на мобилни услуги от екипи, където няма добре изградена мрежа от структури за извънболнична помощ. Колаборацията с други сектори (социалния, образователния, общински структури и др.) са важен елемент за постигането на тази цел, но липсват ясни процедури и пътеки за конкретните общи действия.

Далеч не всяко дете има ефективен достъп до здравни грижи, а броят на педиатрите намалява с всяка година. Деца разчитат за живота си на дарителски кампании, а в същото време над половината от бюджета за детско здравеопазване се изразходва за болнична помощ. Системните недостатъци се характеризират с нарастването на публичните средства за здравеопазване и запазването на високите нива на доплащане от пациентите без постигане в желаната степен на медицинските резултати и удовлетвореност от пациентите. Ръстът на разходите за медицински дейности в стационарната помощ и лекарствени продукти изпреварва ръста на средствата по бюджета поради разкриване на нови дейности и разширяване обхвата на договорните партньори на НЗОК. Отсъства все още интегрирана информационна система за проследяване и контрол върху дейностите и разходите, като това прави регулацията и контрола върху разходите много трудни. Системата цялостно е небалансирана в полза на разходите за болнична помощ и лекарства спрямо тези за дейности в извънболничната помощ и особено свързаните с превенция и профилактика. Наблюдава се липса на ефективно взаимодействие между отговорностите на лекарите в извънболничната и болничната системи, което прави континуитета на грижите за децата хаотичен и неефективен. Цялостната система е ориентирана към последващия контрол, а не към контрола на здравния резултат. Медицинските специалисти са неравномерно разпределени на територията на страната и има значителни териториални дисбаланси в наличните ресурси. Това са само част от проблемите пред системата на здравеопазването, за които алармират лекари и граждански организации. (21)

Всички тези факти застрашават реализирането на тези политики, като ги превръщат в пожелателни и добре развити документи, които не биват реализирани според заложените си цели и приоритети. Липсата на политическа устойчивост и приемственост между сменящите се екипи в отделните ведомства води до рестартирането на програмите отначало, без да се мониторира и анализират по валиден начин както изпълнението им, така и предизвикателствата и пропуските пред конкретните дейности. Това прави системното изпълнение на политиките в сферата на майчиното и детско здраве много трудно.

Липсата на системност води до недоволство на населението от качеството на предоставяните услуги и от големия и нерегламентиран размер на доплащанията. Предвид това, необходимостта от подобряване на комуникацията с гражданите и професионалистите изглежда от решаващо значение за по-нататъшните реформи. Здравната система изисква някои радикални промени, които могат да се случат



само с политическа воля и обществена подкрепа. Основанието за постигане на това изискване е достигането до общи принципи и споделени ценности. Националното значение на здравната реформа изисква тези решения да бъдат съгласувани и широко подкрепен от широк кръг избиратели, включително граждански организации, профсъюзи, общините и научната общност.

Нужно е да се предприемат действия за утвърждаване на общ вътрешен ред в рамките на Министерството на здравеопазването, за разработване на национални стратегически документи и програми с ясни отговорности, изисквания към структурата и съдържанието, включването на индикатори за измерване на ефектите и провеждане на обществени консултации. Освен това за осигуряване на публичност и прозрачност на дейността по програмата трябва да се възложат отговорности за публикуване на документите във връзка с планирането и отчитането на дейностите, както и за публикуването на полезна информация за целевите групи, за проведените инициативи, създадените възможности, публикации, презентации и събития.

Литература

1. Одит на Сметната палата за периода от 01.01.2021 г. до 31.12.2022 г. относно изпълнението на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021–2030 г. <https://www.bulnao.government.bg/bg/oditna-dejnost/dokladi/>
2. Национална здравна стратегия 2030: <https://strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?id=1604>
3. Здравна инвестиционна компания за детска болница 2024 г. <https://reports.appk.government.bg/public/Public/Reports?orgId=172>
4. Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите за 2023 г. <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/godishen-doklad-za-zdraveto/>
5. Закон за допълнение на Закона за здравето осигуряване. УКАЗ № 30, издаден на 1 февруари 2023 г. <https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=185640>
6. План за действие към Националната здравна стратегия 2030: <https://strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?id=1604>
7. Националната стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021–2030 г. <https://strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?id=1604>
8. Национален план за възстановяване и устойчивост, https://mig.gov.bg/wp-content/uploads/2022/07/bg-finalrrp_2022_04_06_08_30_tca_.pdf
9. История и роля на здравните медиатори. Национална мрежа на здравните медиатори. http://www.zdravenmediator.net/index.php?pagetype=text&page_id=37
10. Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2021–2030 г. https://old.mh.government.bg/media/filer_public/2021/04/14/programa-majchino-detsko_zdrave-21-30.pdf
11. Наредба №26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени: <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/naredbi/>
12. Законопроект за изменение и допълнение на Закона за тютюна, тютюневите и свързаните с тях изделия. Министерство на икономиката и индустрията. 2024 г.: <https://www.mi.government.bg/public-discussion/zakonoproekt-za-izmenenie-i-dopalnenie-na-zakona-za-tyutyuna-tyutyunevite-i-svarzanite-s-tyah-izdeliya-2/>
13. Национална стратегия за борба с наркотиците (2020–2024 г.): <https://old.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-strategiya-za-borba-s-narkoticite-2020-2024-g/>
14. Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2021–2024 г. Министерски съвет: <https://strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?id=1409>
15. Националната здравноинформационна система (НЗИС): <https://his.bg/>
16. Електронно здравно досие: <https://my.his.bg/login>
17. Диагностично свързани групи (ДСГ): <https://www.nhif.bg/bg/hospitals/related-groups>



18. Препоръки към България на Комитета на ООН по правата на детето. 07.02.2020г: <https://sacp.government.bg/%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0-%D0%B1%D0%B0%D0%B7%D0%B0/%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%8A%D0%BA%D0%B8-%D0%BA%D1%8A%D0%BC-%D0%B1%D1%8A%D0%BB%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F>
19. Отчет за 2021 г. на НЦОЗА за изпълнение на дейностите от плана за действие за периода 2021–2023 г. към Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021–2030 г.: https://ncpha.government.bg/uploads/main-activities/Otchet_NCOZA_NPPMDZ_2021.pdf
20. Bulgaria: health system summary 2024. European Observatory on Health Systems and Policies 2024. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/bulgaria-health-system-summary-2024#:~:text=At%208.6%25%20of%20GDP%2C%20health%20expenditure%20is%20on,by%20public%20sources%20%28primarily%20SHI%20contributions%20and%20taxes%29>.
21. Седем стъпки, с които Националната стратегия за детско здраве 2030 да не остане просто документ, отлежаващ върху нечие бюро. Национална мрежа за децата. Август 2023 г. <https://nmd.bg/sedem-stapki-s-koito-nacziionalnata-strategiya-za-detsko-zdrave-2030-da-ne-ostane-prosto-dokument-otlezhavasth-varhu-nechie-byuro/>



ПЪРВОНАЧАЛНА ОЦЕНКА НА ПОЛЮСНИ СЛУЧАИ ОТ АФЕКТИВНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА ОТ СПЕЦИАЛИСТИ В ПОМАГАЩИТЕ ПРОФЕСИИ

Експеримент за изследване на капацитета за скрининг на афективни разстройства на специалисти от помагащите професии

Разработката е осъществена от индивидуалните и съвместни усилия на Иван Ангелов, Изабела Радева, Калин Петков, Кери Губерова, Лора Ботева, Мария Атанасова, Том Узунов

Резюме:

Ранното разпознаване на афективните разстройства от помагащи професионалисти извън психиатрията е ключово за навременното включване на психиатрична помощ. Често пациентите с такива разстройства не са наясно със състоянието си и търсят помощ в различни здравни и социални структури – при общопрактикуващи лекари, училищни психолози, социални работници или консултанти в частни практики и кризисни центрове. В тези първи линии на контакт за пациента и/или неговите близки уменията на специалистите да се ориентират за състоянието и симптомите, да оценят тяхната тежест и да преценят необходимостта и неотложността от психиатрична намеса е от съществено значение. Въпреки наличието на базова подготовка, съществува въпрос доколко този тип специалисти са в състояние да направят обоснована начална хипотеза за състоянието на пациента и адекватна преценка за нужната интервенция.

Настоящата статия описва експеримент, при който на група специалисти от помагащите професии са предоставени за оценка два случая на противоположни състояния от спектъра на афективните разстройства – депресия и мания. Поставената им задача е да вземат решение и приложат необходимата диагностика, да направят оценка на рисковете и съпротивите на пациента и да представят план за работа с тях в първичната консултация.

Ключови думи: афективни разстройства, депресия, мания, първична оценка, насочване, роли на практиците в психичното здраве

Използвана методология: 1) преглед на научната и практическа литература, свързана с ранната оценка и насочване при афективни разстройства 2) практически анализ на предварително зададени случаи на депресия и мания с широко използвани диагностични инструменти 3) въпросник за изследване на трудностите и предизвикателствата при работата с първоначалното оценяване на афективни разстройства.



INITIAL ASSESSMENT OF POLAR CASES IN AFFECTIVE DISORDERS: AN EXAMINATION OF THE SCREENING CAPACITY OF HELPING PROFESSIONALS

Lora Boteva, Maria Atanasova, Kery Guberova, Kalin Petkov, Tom Uzunov, Izabela Radeva, Ivan Angelov

Abstract: This article examines the ability of non-medical mental health professionals to assess affective disorders. The focus is on the initial consultation and the clinical decision-making process in cases of depression and mania. Through an analysis of data from facilitated group work, including case analysis, literature selection, and self-evaluation, the accuracy of diagnostic assessments and the impact of individual clinical experience are evaluated. Challenges in recognizing affective disorders, as well as the roles of individual practitioners and interdisciplinary collaboration, are discussed. The results highlight the need for additional training and the development of standardized approaches to improve early recognition and appropriate referral by mental health professionals.

Keywords: affective disorders, depression, mania, initial consultation, diagnostic assessment, clinical decision-making, interdisciplinary collaboration, mental health professionals, referral process.

I. Въведение

В статията ще разгледаме първоначалното разпознаване¹ от специалисти от помагащите професии и диагностичния процес при афективните разстройства, като посочим различията в неговото приложение при крайни състояния на настроението. Ще опишем ролите, компетентностите и правомощията на различните специалисти, участващи в оценката, чрез представянето на два клинични случая, илюстриращи тези крайности.

Същност и честота на афективните разстройства

Разстройствата на настроението или афективните разстройства се описват с изразени смущения в емоциите (тежки спадове, наречени депресия, или възходи, наречени хипомания или мания, както и смесени състояния между тях). Това са често срещани психиатрични разстройства, които водят до увеличаване на заболяемостта и смъртността. За целите на тази статия използваме диагностичните критерии за афективни разстройства по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5.

Афективните разстройства са вторите най-често срещани психични проблеми² след тревожните разстройства, с които се обръщат хората към специалистите в първичната консултация.

1 Rauch, J. B., Sarno, C., & Simpson, S. (1991). Screening for Affective Disorders. *Families in Society*, 72(10), 602–609. <https://doi.org/10.1177/104438949107201003>

2 Baik SY, Crabtree BF, Gonzales JJ. Primary care clinicians' recognition and management of depression: a model of depression care in real-world primary care practice. *J Gen Intern Med*. 2013 Nov;28(11):1430-9. doi: 10.1007/s11606-013-2468-3. Epub 2013 May 7. PMID: 23649784; PMCID: PMC3797334.



Според проучванията в България пожизнената болестност от афективни разстройства за двата пола е 6,2%^{3,4}. Въпреки че в страната само 6% от хората търсят помощ от професионалист по повод психичен проблем⁵, адекватната първична оценка на афективните разстройства е критичен фактор за подходящо насочване, лечение и прогноза за пациентите, тъй като те са изложени на повишен риск от самоубийство, насилие и значима заболяемост⁶. При нелекувани или погрешно диагностицирани разстройствата на настроението рискът от самоубийство при биполярното афективно е 29,2%, а при еднополярното голямо депресивно разстройство (17,3%)⁷.

Роля на специалистите в първичната оценка

Поради страх от стигматизиране, психични защити или неинформираност, хората е вероятно да потърсят помощ за психичните си проблеми първоначално при специалисти извън психиатрията. Мнозинството от тези помагачи професионалисти могат да правят предположения и скрининг за наличието на афективните разстройства, но официалната диагностика е в компетентностите само на тесен кръг специалисти. Диференциалната диагноза на тези състояния е сложна и изисква медицински опит⁸, компетентности и правомощия. Познаването на спецификата и ролите на професионалистите спрямо оценяването на афективните разстройства би довело до правилното и навременно насочване на пациентите към нужната за състоянието им грижа и специалист⁹. Ранната адекватна помощ спомага за предотвратяването на усложнения.

За нуждите на навременното и добро насочване на хората с прояви на афекти на настроението е необходимо разпознаването на границите на ролите, компетентността и правомощията на различните професионалисти, ангажирани в психично-здравната помощ. В различните страни практиките варират, а в България все още няма законова регламентация на психологическата практика. Практикуващите лекари и работещите в различни структури за предоставяне на психологическа помощ са стратегически разположени, за да помагат на клиентите, като провеждат скрининг за афективни разстройства и правят подходящи психиатрични направления.

- 3 Околийски, М. и съавт. (2010г.) Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007): Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства „Българско списание за обществено здраве“ II, (2): 2–13
- 4 По данни на последното национално представително епидемиологично проучване (2017 г.) пожизнената болестност от чести психични разстройства в България е 14,54%. Тези данни показват връзката между нивата на стреса и разпространението на тази група психични разстройства в България. / EPIBUL-2 conducted by a team of NCPHA, 2017
- 5 Зарков, З, Околийски, М. Обращаемост към психичноздравни професионалисти в България. Резултати от епидемиологичното проучване ЕПИ-БУЛ 2003–2007. Рецептор 2012; 1: 18–24 6. Zarkov, Z, Okoliyski, M. Turning to mental health professionals in Bulgaria. Results of the epidemiological study EPIBUL 2003-2007. Receptor 2012; 1: 18–24
- 6 Boursiquot, P.-E., & Brasch, J. S. (2016). Depression, euphoria, and anger in the emergency department. In M. B. Riba, D. Ravindranath, & G. S. Winder (Eds.), *Clinical manual of emergency psychiatry* (2nd ed., pp. 83–104). American Psychiatric Association.
- 7 Mood Disorders and Rapid Screening: A Brief Review, Helene Vossos^{1*}, Ozioma Nwosu-Izevbekhai, *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 6, 2024 <https://doi.org/10.29245/2578-2959/2024/2.1314>
- 8 Rauch, J. B., Sarno, C., & Simpson, S. (1991). Screening for Affective Disorders. *Families in Society*, 72(10), 602–609. <https://doi.org/10.1177/104438949107201003>
- 9 Psychologists endeavor to collaborate with other professionals when appropriate to facilitate effective care". American Psychological Association. (2021). Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care. Retrieved from <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>



Как може да се оцени подготвеността на помагащите професионалисти извън психиатрията да са полезни в този процес ?

Методология

Статията ще се фокусира и върху изследването на способността на случайна извадка от помагащи специалисти извън психиатрията да извършат самостоятелна оценка/скрининг за афективни разстройства. Изследваните лица са подбрани по единствен критерий – специалисти от помагащите професии с мотивация за след-дипломно обучение в областта на кризисните интервенции. Очакванията към тях са да направят първична оценка на предоставени от преподавател психиатър случаи на афективни разстройства с използване на стандартизиран инструментариум и указания от преподавателя за тълкуване на резултатите. В настоящата разработка представяме работата на студентите, като оценката на резултатите ще се осъществи от обучаващия психиатър. Втората задача към студентите специалисти е да направят преглед на литература, свързана със същността на оценката на афективните разстройства, на базата на която да обосноват резултатите от диагностиката си. Обективните резултати ще бъдат оценени също от обучаващия психиатър. Тъй като изследваните лица са едновременно обект и субект на изследването, е използван и въпросник за самооценка на участниците, приложен след проучването на допълнителна литература и анализирането на случаите. В краткия въпросник се изследва какви са нагласите към темата след изпълнените практически задачи и какви трудности и предизвикателства на този етап представлява проблематиката за тях.

Отчитаме факта, че така конструираният експеримент няма представителна стойност, поради множество фактори – липсват достатъчно дефинирани критерии, контролна група, диагностициране на изходното състояние на изследваните участници, отчитане на индивидуалните различия в професионалното образование и опит и други. Очакваната полза от този опит е да се установи доколко този фасилиран групов анализ на случаите на афективни разстройства и краткото обучение и самообучение на студентите по темата е довело до търсения резултат – разпознаване на вида и тежестта на афективните разстройства и информирано съдействие с колегите от психиатричната общност.

II. Оценка на афективното разстройство в първичната консултация

Цели на първичната консултация

Целта на първичната оценка на афективните разстройства е да идентифицира наличието, тежестта и естеството на разстройството, като същевременно го разграничи от други психични и медицински състояния. Тя включва и оценката на риска от



агресия и автоагресия на пациента¹⁰. Внимателната оценка на риска от увреждане на себе си или на околните е от решаващо значение, тъй като въпросите, свързани с риска, са от основно значение при определянето на решението за последващото лечение на пациента. (Boursiquot, P.-E., & Brasch, J. S.)

Основни предизвикателства пред първичната оценка

Основни предизвикателства при първичната оценка на афективните разстройства са ограниченото време и ресурси за провеждането ѝ, сложността на диференциалната диагноза, коморбидността с други заболявания, атипичните прояви, спецификите на различните възрастови групи, трудностите при оценката на тежестта и риска, съпротивите на пациента и социалната стигма, свързана със заболяванията на психиката.

Ще разгледаме основните стандартизирани модели, през които се прави оценката на афективните разстройства, въпреки съгласието ни с отправените критики към тях¹¹.

Диагностични критерии за афективни разстройства

Диагностиката на афективните разстройства е комплексен процес, в който най-широко използвани засега са стандартизирани диагностични критерии, включени в Класификацията на депресивните разстройства в двете основни системи – МКБ-11 (с прилагане от 2022 г.) и DSM-5 (въведена през 2013 г., с текстова ревизия [DSM-5-TR] през 2022 г.) – много сходна¹². Диагностичните критерии за разстройства на настроението в **МКБ 10** обхващат айтемите от **F30 - F39**. В **МКБ-11** афективните разстройства обхващат раздел **L1-6A6**.

Според МКБ-10¹³ при афективните разстройства основното нарушение е промяна в настроението или афекта от депресия (със или без свързана тревожност) до силна приповдигнатост. Тази промяна в настроението обикновено е придружена от промяна в общото ниво на активност и повечето други симптоми са или вторични, или лесно разбираеми в контекста на такива промени. Повечето от тези разстройства са склонни да се повтарят и появата на отделни епизоди често е свързана със стресови събития или ситуации. Единичните епизоди се разграничават от биполярните и други множествени епизоди на заболяването, тъй като значителна част от пациентите имат само един епизод на заболяване, а на тежестта им се придава особена важност поради последиците за лечението и за предоставянето на различни нива на терапевтична грижа.

10 Boursiquot, P.-E., & Brasch, J. S. (2016). **Depression, euphoria, and anger in the emergency department**. In M. B. Riba, D. Ravindranath, & G. S. Winder (Eds.), *Clinical manual of emergency psychiatry* (2nd ed., pp. 83–104). American Psychiatric Association.

11 Stojanov D, Korf J, de Jonge P, Popov G. The possibility of evidence-based psychiatry: depression as a case

12 В англоговорящите страни и Франция най-често се използват DSM-5-TR и МКБ-11. В Русия и България по-често се прилага МКБ-10, но се наблюдава преход към МКБ-11.

13 The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research



Според МКБ-11 групата на афективните разстройства се разделя на биполярни и депресивни разстройства. Разстройствата на настроението се определят според специфични видове афективни епизоди и техните характеристики във времето. Основните видове афективни епизоди са депресивни, маниакални, смесени и хипоманийни епизоди. Афективните епизоди не са самостоятелно диагностицирани единици и следователно нямат свои собствени диагностични кодове. Освен това афективните епизоди са основните компоненти на повечето депресивни и биполярни разстройства¹⁴.

Афективните разстройства проявяват различни специфики при отделните възрастови групи (деца, младежи, възрастни и в късна възраст хора), които следва да се познават и съобразяват при диагностичния процес.

Определение за разстройствата от маниакалния спектър

Сред афективните разстройства, наричани още разстройства на настроението, има група заболявания, чиято характеристика е емоционалната приповдигнатост. Това са разстройствата от маниакалния спектър. Разстройствата от маниакалния спектър са психично заболяване, което влияе върху качеството на живота на страдащия от него, неговите социални, професионални отношения и води до сериозни усложнения. По данни на Световната здравна организация манията заема 6-то място сред причините за инвалидност в света. Въпреки това, много хора, страдащи от маниакално разстройство, не осъзнават опасността от своето състояние и не се обръщат сами за помощ към специалистите. Клиничната картина на манията е специфична, но диагностицирането ѝ често е трудно. Това се обяснява с факта, че в чиста форма маниакалното разстройство на личността се среща в изключителни случаи, обикновено е проява на други психични патологии. Боледуват хора от различна възраст и пол, но най-често първите признаци на мания се появяват на възраст 30-35 години. Това психично заболяване се характеризира с повишено настроение, хиперактивност, безпокойство, раздразнителност, безцелно поведение, рисково поведение, нарушено мислене и възприятие. Може да се прояви самостоятелно като остро маниакално разстройство или да бъде част от биполярно афективно разстройство (БАР), когато се редуват епизоди на мания и депресия.

Манията, наричана още маниакален синдром, е състояние на необичайно повишени нива на възбуда, афект и енергия или „състояние на повишена обща активност с повишена афективна експресия, заедно с лабилност (нестабилност) на афекта“. Често се смята, че манията е огледален образ на депресията: докато депресията се характеризира с отпадналост и психомоторно забавяне, манията включва повишено настроение, което може да бъде еуфорично или раздразнително. Със засилването

14 МКБ-11



на манията раздразнителността може да стане по-изразена и да доведе до насилие или тревожност¹⁵.

Прояви на разстройствата от маниакалния спектър

Характеризират се с периоди на манийни епизоди, които са придружени от силно повишаване на настроението, енергията и активността. Индивидът изпитва необичайно високо ниво на еуфория или радост. Повишена енергия и активност. Пациентът става хиперактивен, неспокоен и не се нуждае от почивка. Прави няколко неща едновременно и е в постоянно движение. Има ускоряване на мисловните процеси. Човек чувства, че мислите му се движат твърде бързо, идеите мигат и се променят бързо, което затруднява концентрацията върху едно нещо. По време на маниакално състояние нуждата на пациента от почивка намалява. Той може да спи няколко часа или дори да остане напълно без сън, без да се чувства уморен или сънлив. Пациентът с разстройствата от маниакалния спектър е склонен към неочаквани изблици на гняв и има нисък праг на поносимост и изпитва трудност при концентриране и фокусиране върху една задача. Пациентът лесно се разсейва, вниманието постоянно прескача от един обект на друг, характеризира се с прекомерна приказливост, безпричинна тревожност, промени във възприятието като повишена чувствителност към звуци, усещане за живот в друг свят. Клиничната картина на заболяването продължава от няколко дни до шест месеца. През този период човек се стреми да реализира всички свои идеи. Ако другите се опитват да се намесят или разубедят, те се сблъскват с агресия или нервност на пациента, което неизменно води до конфликтни ситуации. Въпреки патологичното желание да доведе въпроса до крайната точка, пациентът често се отказва наполовина.

Диагностика на разстройствата от маниакалния спектър

Диагностиката на разстройствата от маниакалния спектър¹⁶ изисква специално внимание и строг диференциран подход, тъй като много от неговите прояви могат да бъдат симптоми на други психични заболявания. Диагностиката се извършва от психиатър. Трудността на диагностицирането се състои и във факта, че пациентите, като правило, подчертават и помнят епизоди на депресивно състояние, тъй като те са неприятни и болезнени, но симптомите на маниакалното разстройство се възприемат от пациента като нормално поведение. Също така е важно симптомите на мания да представляват отклонение от нормалните изходни поведенчески характеристики на пациента. Психиатърът провежда клинично интервю с пациента. За целите на анамнезата се събират данни за възможни рискови фактори: психични проблеми при близки роднини, наличие на стресови събития в живота. Препоръчително е лекарят да се свърже с близките на пациента, за да получи повече информа-

¹⁵ Сергин А. Маниакално разстройство (мания) – симптоми и лечение

¹⁶ Според съвременните диагностични стандарти (DSM-5 и ICD-11) не съществува самостоятелна диагноза „маниакално разстройство“. Вместо това, манията винаги се разглежда като част от биполярните разстройства или като симптом на друго състояние.



ция за поведението, настроението и промените, които е забелязал, и как симптомите, които се появяват, се различават от обичайното състояние на пациента. Това е полезно за потвърждаване на диагнозата и оценка на степента, до която манията засяга живота на пациента.

Използват се стандартизирани психологически тестове или въпросници за оценка на симптомите и определяне на тежестта на манията. Най-често психиатрите използват скалата на Young (Young Mania Rating Scale (YMRS) или Altman.

Преди началото на лечението трябва да се направи внимателна диференциална диагностика, за да се изключат вторични причини¹⁷. Съществуват няколко други психични разстройства със симптоми, подобни на маниакалното разстройство. Тези разстройства включват шизофрения, голямо депресивно разстройство, синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност и някои личностни разстройства, като например гранично личностно разстройство. Въпреки че не съществуват биологични тестове, които могат да диагностицират маниакалното разстройство, могат да се направят кръвни изследвания и/или образни изследвания, за да се изключат медицински заболявания с клинични прояви, подобни на маниакалното разстройство. Допълнителните методи за изследване включват ЯМР, ЕЕГ, Компютърна томография на мозъка.

Подход към пациента и управление на риска и съпротивите

„Когато пациентът в депресия, еуфория или гняв пристигне в центъра за спешна помощ, първостепенната грижа е за безопасността. Въпреки че в рамките на няколко мига може да стане ясно, че пациентът вероятно е маниакален, вниманието трябва да се насочи към оценка на нивото на възбуда на пациента и нуждата от безопасна, слабо стимулираща среда“¹⁸.

Оценката и спешните интервенции при пациент с екстремно разстройство на настроението първоначално се извършват едновременно: настроението се наблюдава и следи, като същевременно се полагат усилия за овладяване на ситуацията. След като се обърне внимание на непосредствените проблеми, свързани с безопасността, може да се пристъпи към оценка¹⁹.

Работата със съпротивите изисква внимателен подход. Пациентите в маниен епизод са в повишено възбудено състояние и лесна раздразнителност, хиперактивни, вербално агресивни, липсва им критичност към симптомите, изпитват недоверие към специалистите. Съпротивите могат да включват отказ да се признае проблемът, минимизиране на симптомите и при директно конфронтиране с тях от специалиста могат да отключат агресивно поведение. Оценката на риска от агресия се прави през Скалата на YMRS, MOAS или Контролен списък за насилие по Brøset²⁰.

17 Сергин А. Маниакальное расстройство (мания) – симптомы и лечение

18 Boursiquot, P.-E., & Brasch, J. S. (2016). Depression, euphoria, and anger in the emergency department. In M. B. Riba, D. Ravindranath, & G. S. Winder (Eds.), *Clinical manual of emergency psychiatry* (2nd ed., pp. 83–104). American Psychiatric Association.

19 Boursiquot, P.-E., & Brasch, J. S. (2016). Depression, euphoria, and anger in the emergency department. In M. B. Riba, D. Ravindranath, & G. S. Winder (Eds.), *Clinical manual of emergency psychiatry* (2nd ed., pp. 83–104). American Psychiatric Association.

20 <https://www.risk-assessment.no/files/bvc-versions/BVC%20French.pdf>



При пациентите с мания трябва да се преценява и рискът от суицид, поради високата степен на импулсивност на поведението им.

Препоръчва се специалистът да избягва конфронтация, да не опровергава налудните идеи и убеждения, да се фокусира върху последствията от състоянието и затрудненията, свързани с тях, и да предложи партниране и грижа за овладяването им. Поради хиперактивността, вероятната възбудена, препускаща и хаотична реч на пациента, специалистът трябва да структурира разговора с насочващи въпроси и повтаряне на ключови фрази.

Диагностика на разстройствата от депресивния спектър

Диагностиката на разстройства от депресивния спектър изисква внимателен и строго диференциран подход, тъй като много от техните прояви могат да се припокриват с други психични и соматични заболявания. Диагнозата се поставя от психиатър или клиничен психолог, като се вземат предвид клиничната картина, продължителността на симптомите и тяхното въздействие върху функционирането на пациента.

Трудността на диагностицирането се състои в това, че пациентите често не търсят помощ в ранните фази на разстройството, а отлагат консултацията до момента, когато симптомите станат силно изразени и ограничават способността им за справяне с ежедневието. Освен това, някои депресивни състояния се проявяват със соматични симптоми (главоболие, умора, безсъние), което може да затрудни ранното разпознаване на психичното разстройство.

За поставяне на диагнозата психиатърът провежда клинично интервю с пациента, за да събере информация за анамнезата, продължителността на симптомите и евентуални рискови фактори като фамилна обремененост, наличие на стресови събития, хронични заболявания или употреба на вещества. Препоръчително е да се събере информация от близки на пациента, особено при тежки депресивни състояния, когато пациентът може да не осъзнава напълно мащаба на своята симптоматика. Семейството и близките могат да предоставят ценни наблюдения за промени в поведението, социалната изолация и наличието на суицидни тенденции.

При оценката се използват и стандартизирани психологически тестове и въпросници за оценка на симптомите и определяне на тежестта на депресия^{21,22}. Най-често прилаганите инструменти включват:

- Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) – за клинична оценка на тежестта на депресията
- Beck Depression Inventory (BDI-II) – самооценъчна скала за измерване на депресивните симптоми.

21 Siniscalchi KA, Broome ME, Fish J, Ventimiglia J, Thompson J, Roy P, Pipes R, Trivedi M. Depression Screening and Measurement-Based Care in Primary Care. *J Prim Care Community Health*. 2020 Jan-Dec;11:2150132720931261. doi: 10.1177/2150132720931261. PMID: 33185122; PMCID: PMC7673056.

22 Depression Assessment Instruments <https://www.apa.org/depression-guideline/assessment>



- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) – широко използван инструмент за първична диагностика.
- Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) – за детайлно проследяване на симптомите.
- Интервюто може да бъде допълнено с Тест на Zung за тревожност или кратък скринингов въпросник като GAD-7 за тревожност.
- Скала за суицидни намерения SUICIDAL INTENT SCALE (SIS) Beck; или Columbia Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS²³

Диференциалната диагноза има ключова роля за изключване на други състояния, които могат да наподобяват депресия, като: биполарно разстройство (при което депресивните епизоди се редуват с манийни или хипоманийни фази), тревожни разстройства, шизоафективно разстройство, органични заболявания и злоупотреба с вещества, която може да предизвика депресивен епизод. При съмнения за неврологично заболяване или когнитивни нарушения се препоръчват допълнителни невроизобразителни методи (ЯРМ, ЕЕГ, компютърна томография).

Подход към клиента и управление на риска и съпротивите

При дълбоко депресивните пациенти са необходими осигуряването на безопасна среда и внимателно наблюдение, особено за тези, при които има висок риск от суицид. Работата с пациента изисква емпатия, търпение и професионален подход. Съпротивите могат да включват отказ да се признае проблемът, минимизиране на симптомите или страх от стигматизация. Преодоляването им може да стане чрез изграждане на доверие, обяснение на процеса на лечение и подчертаване на конфиденциалността.

Разлики в диагностичния подход при депресия и мания

Диагностичният подход при депресия и мания има съществени разлики, които произтичат от противоположния характер на симптомите, диагностичните критерии и начина на протичане на тези разстройства. В клиничната практика оценката се извършва през комбиниран подход от наблюдение на поведението, клинично интервю, обективни тестове и събиране на информация от близките или насочващите пациента.

Клиничната картина на депресията включва преобладаващо понижено настроение, анхедония, умора, психомоторно забавяне, чувство за безполезност или вина, суицидни мисли. Пациентите често съобщават за проблеми със съня (инсомния или хиперсомния), драстични промени в апетита и трудности при концентрация. Докато клиничната картина при манийния епизод включва повишено настроение и/или раздразнителност, повишена енергия, намалена нужда от сън, ускорено мислене и

²³ <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/>



говор, чувство за грандиозност, повишена импулсивност и ангажираност в рискови поведения (разточителни разходи, повишена сексуална активност, необмислени решения).

Според диагностичните критерии на DSM-5, МКБ-11 продължителността на депресивния епизод трябва да е поне две седмици, докато за маниен епизод може да говорим, ако имаме налични симптоми поне една седмица или по-малко, ако става въпрос за тежко протичане и необходимост от хоспитализация. При депресията пациентите по-често имат осъзнатост за симптомите, затова в диагностиката се използват както скали за оценка от клинициста, така и скали за самооценка. Най-често използваните инструменти за диагностика на депресия са Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) и PHQ-9. При манията пациентите често нямат разбиране за наличие на болест и подценяват тежестта на състоянието си, за това скалите за самооценка са по-рядко приложими, а най-често използваните са Young Mania Rating Scale (YMRS) и Mood Disorder Questionnaire (MDQ).

И при двата епизода се прави оценка на рисковете от състоянието, като при депресията се изследва основно рискът от суицидност през оценяването на идеите, намеренията и плановете за самоубийство. При манията се изследва и прави оценка наличието на импулсивни и рискови поведения, риск от агресия и автоагресия, психотични симптоми, нарушена преценка за собственото състояние, загуба на социално и професионално функциониране.

За диференциалната диагноза при депресията трябва да се изключат медицински причини (хипотиреоидизъм, анемия, неврологични или други заболявания), медикаментозна депресия, злоупотреба с вещества и шизоафективно разстройство. При депресията е от критично значение да се оцени и рискът от биполарно разстройство, тъй като 40% от пациентите, диагностицирани с еднополярна депресия, всъщност имат биполарно афективно разстройство, чиято диагноза може да се постави по-късно в живота им, а при биполарните пациенти има риск антидепресантите да предизвикат маниен епизод.

Манията по подразбиране се смята за част от биполарно афективно разстройство, като ако е първи епизод, трябва да се изключат органични причини като неврологични заболявания или употреба на стимуланти. За диференциалната диагноза трябва да се разграничи от хипомания, ако има по-леки симптоми, и ако има психотични симптоми – от шизофрения.

Ще представим кратък анализ на два клинични случая – афективно манийно разстройство и депресивно разстройство при двама различни пациенти в хипотезата за два полярни случая в контекста на биполарното афективно разстройство, разгледани като двете крайни прояви на едно психично състояние. Така представените случаи целят да представят хипотезата, че наличието на едно състояние в един пациент, описвано като мания или депресия в цикличността на своето проявление, в разгънатата широкоспектърна психична палитра от психосоматични прояви във времето, може да доведе до ескалацията на другото психично състояние, т.е. да



се разгърне широкоспектърната картина на биполярното афективно разстройство, като циклично се редуват маниен епизод с депресивен епизод.

Представените случаи, тяхното разглеждане в контекста на анамнезата, проявлението, диагностичния инструментариум, прогнозата и плана за работа водят до формулирането на няколко важни извода, които ще бъдат представени по-долу в настоящата разработка.

III. Клиничен случай 1: Първична оценка на депресивен епизод в амбулаторна среда (Ментален експеримент)

Представяне на случая

Случай на 18-годишна ученичка, придружена за консултация от родителите си, търси помощ за първи път във връзка със следните оплаквания: Пациентката се оплаква от безсилие, безпомощност, претоварване („просто не може да се справи с целия натиск в училище“), скорошна загуба от раздяла (раздяла с интимен приятел), тежко безсъние (сън 3-4 часа на нощ), загуба на апетит и силна неволева загуба на тегло (7 кг в рамките на 6 седмици), Обща загуба на интерес и трудности в концентрацията. Липса на енергия и на изпитване на удоволствие от неща, които преди са ѝ го носели. Лесна раздразнимост и избухливост.

Процес на оценка

Към момента на първичната оценка няма данни за минали психични заболявания. Няма данни и за семейната история.

Външен вид: Добре облечена тийнейджърка с добра хигиена.

Социален статус: Определението „добре облечена“ предполага относително задоволен материален статус, заедно с продължаващото ѝ обучение в изискваща учебна среда. Няма наблюдения и получени оплаквания за ограничени средства и възможности.

Психичен статус

Ориентация: Адекватна е и отговаря правилно, когато е питана за лична информация, местоположение и час.

Поведение и психомоторика, волева активност: Хипобулия: намалена действена активност поради слаба или липсваща мотивация, липса на енергия, трудности в поставянето на цели и вземане на решения.

Емоции: Дистимия: болестно понижено настроение, преобладават астенични емоции (тъга, страх, мъка). Пациентката определя настроението си като „много



потиснато“ и го определя на 2 от 10. Дисфорична. Лесно раздразнима и избухлива. Емоционален дистрес от преживяната раздяла, може да се явява преципитиращ фактор за отключването на депресивния епизод.

Перцепция: Пациентката съобщава за чуване на глас, който ѝ казва, че „не е добра“. Гласът е конгруентен с настроението. Тя запазва известна критичност към това преживяване, което поставя въпроса дали става дума за слухова халюцинация или псевдохалюцинация. Няма данни как пациентката локализира този глас (външен/вътрешен), както и дали го преживява като натрапчива мисъл и се препоръчва допълнително изследване за изясняване на психотичния компонент, налични ли са налудности и други психотични симптоми. От друга страна, слуховите халюцинации се появяват в най-тежката фаза от развитието на депресивния епизод с психотични черти, което съвпада с историята на заболяването на пациентката.

Мислене: Невротично мислене, повлияно от депресивното ѝ състояние. Суицидни мисли, появили се и с нарастваща честота през последните дни. Мисли, че „не е добра“, преживявани като глас, не е изяснено дали това е вътрешен глас.

Внимание: Хипопраксия: понижено активно внимание (не може да се концентрира достатъчно дълго, за да чете списания).

Когниция: Намалена способност за планиране и вземане на решения.

Инсайт за състоянието ѝ: Достатъчно съзнание за болестта, за да съдейства.

Оценка на риска от суицид, агресия и себенеглижиране: Има мисли за самоубийство, появили се през последните дни, и тяхната честота се увеличава. Няма конкретен план и суицид, има удържач в някаква степен фактор – вярването, че убийството е морално неприемлив избор „грях“ и провокиращ фактор – появата на натрапливия обезценяващ глас. Голямата загуба на тегло и загубата на желание за ежедневни дейности е показател за рискове за здравословното ѝ състояние, поради неглижиране и намалена способност за грижа за себе си.

Използваният диагностичен инструмент – Скала за оценка на депресията на Монтгомъри-Осберг (MADRS) – отчита 37 точки, което е висок резултат за депресия.

Предполагаема диагноза с оглед насочване към специалист психиатър за пълна диагностика: Според категоризацията на МКБ-11: **Единичен тежък депресивен епизод с психотични симптоми, Предположения за диференциална диагноза (която е отново в компетентността на психиатъра):** Поради ранното начало на депресивния епизод и за да се разграничи от възможно начало на биполарна депресия, да се свали анамнеза за наличието на хипоманиакални симптоми, да се провери фамилната обремененост, при съмнения да се използват специализирани скринингови въпросници и да се проследи реакцията на лечението.

Заклучение: Оценката за наличие на депресивен епизод с психотични симптоми, висок суициден риск, намален капацитет за грижа за себе си (изразан в силната загуба на тегло) и психотичните симптоми са индикатори за хоспитализиране за прилагане медикаментозно лечение, наблюдение и терапия.



Интервенция и насочване от психолога

Подход към пациента: Подходът трябва да е адаптиран към емоционалното и когнитивно състояние на пациента. Поради депресивното си състояние пациентката споделя за проблеми с концентрацията и трябва да се избягват сложните и дълги обяснения. Естеството на заболяването ѝ може да се обсъди през обръщане внимание на основните симптоми и техните възможни обяснения. След което да се въведе темата за необходимата диагностика. За насочването към психиатър за диагноза трябва да се подходи внимателно, с нормализиране на необходимостта от невропсихологична оценка през компетентностите, които психиатърът като медицинско лице може да осигури в детайлното проучване и точната оценка на състоянието.

Подходящи терапевтични стратегии: когнитивно-поведенческа терапия, междуличностна терапия

Подход и сътрудничество с родителите/семейството – обяснение за естеството на заболяването, необходимото лечение и етапи на възстановяване, очертаване ролята на близките като подкрепяща среда и насоки за наблюдение на симптомите, когато пациентът е в извън болнична среда. Проследяване и адаптиране на лечението.

Препоръка за психотерапевтично лечение, насочено към приемане на раздялата, работа с емоциите – тъга, мъка. Работа с надеждата, структуриране на цели, намиране на позитивното в целите и ежедневието. Разработване на нови адаптивни модели за справяне.

Планът за работа с пациента включва: насочване за психиатрична оценка, задълбочено клинично интервю, фармакотерапия и поддържаща психотерапия (преформулиране и реструктуриране през психоедукация за кризисната интервенция. Оказваната подкрепа е въз основа на био-психо-социалния подход към терапията.

В момента, в който се възвърне принципът на надеждата и започне формулиране на цели, да се премине към психотерапия. Други възможни посоки на действие след първоначалното възстановяване – мотивационно интервюиране, работа с емоции, емоционална интелигентност и самооценка, упражнения за поддържане и подобряване на когнитивните функции. Добре е да обхващат и следните характеристики: внимание, памет, екзекутивни функции, визуална перцепция и невербален интелект. Може да се предложи фототерапия – за подобряване на когницията. Подобряване на общото състояние с подходящ хранителен и двигателен режим. Подкрепящата родителска среда дава благоприятна прогноза.



IV. Клиничен случай 2: Първична оценка на остра мания в извънболнична среда

Представяне на случая

Млад мъж, 27 г., студент, доведен от приятели поради нехарактерно възбудено поведение, агресивност и липса на самокритичност, нетипично импулсивно и компулсивно поведение.

Симптоми: повишено настроение, повишено самочувствие, грандиозни идеи, раздразнителност, избухливост, намалена нужда от сън, вербална хиперактивност, компулсивно чистене, промискуитетно поведение, импулсивни покупки, надхвърлящи възможностите.

Процес на оценка

Клинично интервю и наблюдение

Настоящи клинични наблюдения: Забелязва се, че пациентът е на моменти раздразнителен и приповдигнат. Той крачи из стаята и отказва да седне, когато е по-молен от лекаря. Речта му е бърза и силна и е трудно да бъде прекъснат. Лесно се разсейва и прескача от една тема в друга.

Минали заболявания: По данни на съпровождащите го лица пациентът не употребява наркотици, няма медицински проблеми и не приема лекарства по лекарско предписание. Липсват данни за фамилна анамнеза и за медицински или психиатрични разстройства.

Професионална анамнеза: Пациентът е студент по социални науки. Няма данни за професионална заетост и наличие на професионален стрес.

Социално-битови условия: По данни на съпровождащите го лица пациентът е закупил ново компютърно оборудване и плейър, въпреки че съквартирантът му твърди, че пациентът не може да си позволи подобни вещи.

Вредни навици: По данни на близки в последните две седмици употребява голямо количество алкохол. Не приема наркотици и не употребява медикаменти. През последната седмица е спал с три различни жени, поведение, което е много различно от обичайното му.

Анамнезата е снета по данни на болния и придружаващите го лица – в случая приятелите, които са довели пациента в клиниката. Това е първо негово посещение по повод симптомите. Близките съобщават следните обезпокоителни прояви при пациента:

Пациентът не е спал през последните 3 или 4 седмици. Забелязали, че стои цяла нощ, почиствайки апартамента си. Закупил ново компютърно оборудване и плейър,



въпреки че съквартирантът му твърди, че пациентът не може да си позволи подобни вещи. Пациентът също се е хвалил пред приятелите си, че през последната седмица е спал с три различни жени, поведение, което е много различно от обичайното му. Бил много раздразнителен и избухлив. През последните 2 седмици пиел „много алкохол“, което е нехарактерно.

Психичен статус

Пациентът показва помрачено съзнание на фона на повишена самооценка, прекалена самоувереност и мегаломанни идеи, свързани с мисълта, че му е предопределено да стане „велик“. Съзнанието е сумрачно, с ниска критичност и с изместен фокус на преценка на обективната реалност по отношение собственото си съхранение както във финансов план, така и по отношение на собственото здраве. При пациента се забелязват компулсивни прояви, изразяващи се в еднотипни действия като постоянни почиствания на апартамента. Преобладаващото състояние се характеризира и с аменция, която е по отношение на собствената личност и може да се дължи на психосоматично изтощение след продължително безсъние и повишената двигателна активност, а също така и на органични мозъчни увреди, което изисква провеждането на скенер за изключване на мозъчно увреждане след провеждане на консулт с невролог. Пациентът не показва данни за халюцинации, но идеите за свръх-величие са обективна наченка на налудни идеи, които са индикация за проява на мания с психотични симптоми. Липсата на сън с продължителност един месец води до наличие на разсеяност и при беседа проявява хаотично поведение, като прескача от една тема в друга, което говори за нарушена адаптивност, дезориентираност на фона на проявена флукутация. Ориентацията за собствената личност е изкривена, поради повишената самооценка, наличие на свръхценни идеи, а също така и безразборните сексуални контакти са предпоставка да бъде проведено изследване за невросифилис, след консултация с невролог. Лесното разсейване и прескачането от една тема в друга са индикация на понижена устойчивост на вниманието, а също дезориентираност и отвлекаемост. Странното облекло на пациента – яркооранжева блуза и червени панталони и два различни чорапа потвърждават неговата хаотичност и дезадаптивност.

Изразена хиперактивност с възможна проява на ажитация и агресивност. Речта му е бърза, силна и е трудно да бъде прекъснат. Речевият напор е на фона на нарушения на съдържанието на мисловните процеси, водещи до псевдо налудни мисли. При извършената беседа с пациента той е видимо раздразнителен и приповдигнат. Пациентът показва психомоторната възбуда и маркери на опозиционно и деструктивно поведение. Няма преки данни за прояви на автоагресия, както и прояви на вербална и физическа агресия. Подчинението е предимно пасивно, като степента на контакт е средна, без ясно да изпъква позиция на позърство и няма данни за стремеж за подчертаване на болестното състояние, а по-скоро омаловажаване и не приемане на симптомите, които показват нарушено здравословно състояние. Степента на съпротивите, които оказва пациентът, е сравнително висока.



Превъзбудено общо емоционално състояние, характеризиращо се с приповдигнато настроение, раздразнителност и избухливост, без агресивни и автоагресивни прояви, еуфоричност и експанзивност, граничещи с дисфория. Дълбочината, интензивността и продължителността на емоционалното състояние е с висока степен и при наличие на фрустриращ фактор или конфронтиращо поведение от страна на околните има реална опасност да се превърне в деструктивно поведение, проявяващо се в помрачено съзнание и агресивни и разрушителни прояви, което носи риск за собственото здраве, а също така и риск за здравето на околните.

Пациентът не дава индикации за възможност за коригиране на емоциите. Адекватността на емоционалните реакции е занижена. Няма наличие на суицидни мисли. Занижена критичност на мислене и поведение, което е предпоставка за нарушения в абстрактно-логичното мислене, а по-точно в операциите анализ, синтез и обобщение. Нарушената способност да прави ясни преценки и заключения, болестната превключваемост от една тема към друга, липсата на релевантност на отговорите са критерии, които определят нарушение на мисловните операции на ниво висша нервна дейност. Нарушения се наблюдават и в съдържателно ниво на мисловните операции по отношение на лекомислие, повърхностност, липса на критичност към собственото здраве и благосъстояние. Нарушения има също така и по отношение на силата на убежденията по отношение на obsесивност и свързани идеи за величие. При пациента няма индикации за паметови нарушения, свързани с нарушения от типа на хиперамнезия, хипомнезия, амнезия, парамнезия. Няма индикации за нарушение във функционирането на памет за близкото минало и запомняне и възпроизвеждане на текущи събития. Тези факти изключват протичането на дегенеративни дементни процеси.

Диагностичен инструментариум и резултати

За диагностичната дейност беше използван следният диагностичен инструментариум: Скала на Йънг за оценка на мания YMRS – Направената оценка показва резултат от 37 точки, което говори за силно манично поведение, което определя висок риск за пациента и за околните и склоност към разрушително поведение.

THE MODIFIED OVERT AGGRESSION SCALE (MOAS) – При изследването резултатът е 6 точки / 4 точки за вербална агресия и 3 точки за отказ от сътрудничество/. Направеното изследване, което показва 7 точки, поставено в хипотеза на евентуално несъгласие с пациента, опит за преосмисляне на убежденията, може да достигне 10 точки, т.е. вербалната агресия може да ескалира във физическа агресия към предмети. Направеното изследване и предположения са основание да определим, че резултатът на теста е висок риск от агресивно поведение по всички направления.

Тези фактори определят висока оценка от агресия на пациента и очакване за силни съпротиви.



Скринингът за коморбидни разстройства и диференциалната диагноза са в компетенциите и правомощията на психиатъра

Интервенция и насочване²⁴

При тежка мания първичната амбулаторна оценка трябва да доведе до бързо решение за хоспитализация, за да се избегнат опасни последици. При сътрудничащи пациенти може да се започне медикаментозно лечение в амбулаторни условия, но при липса на критичност принудителната хоспитализация е необходима за безопасността на пациента и околните.

При така описаните висок риск за пациента и висока съпротива от негова страна се използва протокол, изискващ парадоксален подход. Не се използва конфронтация с убежденията на болния, не се прави опити той да се разубеди и не се „върви“ срещу неговите съпротиви.

При липса на критичност на пациента към състоянието му и доброволно постъпване за лечение поради повишените рискове се използват процедурите по Закона за здравето на принципа на задължителното лечение. Насочващият специалист подава сигнал до спешния телефон и докладва за пациент в болестно поведение и повишен риск за себе си и околните.

До момента на хоспитализация, за да не се допусне ескалация на агресия в извънболнични условия, пациентът трябва да бъде интервениран през внимателно отчитане и адаптиране („вървене със“) съпротивите и без директно конфронтиране.

При постъпването си в болничното заведение пациентът е обект на незабавна кризисна интервенция за осигуряване на неговото съдействие, а не отказ да се лекува и предотвратяване на ескалацията на агресията му чрез последващо имобилизиране. Кризисната интервенция в тези случаи изисква много специфични умения за осмисляне в ситуацията, сложно и продължително въздействие. При случаите на мания, особено с психотични симптоми, са необходими най-малко 3 сесии, без строго дефинирана продължителност, но в рамките на 20 минути до 1 час.

При последващо действие спрямо пациента се използва биопсихосоциалният подход за интервенция, психотерапия, психо-социална рехабилитация, а именно: прилагане на лекарствена терапия, КПТ, телесно-ориентирана терапия, социална рехабилитация – чрез групова взаимопомощ и семейна подкрепа, и др.

²⁴ По материали лекция акад. проф. Д. Стоянов



V. Изследване на нагласите на специалистите от помагащите професии спрямо работата с афективни разстройства през въпросник за самооценка

Участниците в работната група за анализ на случай на афективни разстройства направиха самооценка на нагласите си относно работа с тях през полуструктуриран въпросник с 15 въпроса с отворен край и множествени отговори. Първите 5 въпроса обхващат демографска информация – образователна степен, година на завършване на образование, професионална квалификация, професионална роля, вид месторабота и години професионален опит. Първият от въпросите, свързан с афективни разстройства, бе с каква честота се налага на изследваните специалисти да работят с тях. Следващите два въпроса са свързани с предизвикателствата в първичната оценка, като единият касае капацитета за първично оценяване на афективното разстройство, а другият използването на скринингови и диагностични инструменти. Следващите два въпроса са свързани с предизвикателствата при взаимодействието с пациента и неговите близки. Четвъртата група въпроси е посветена на взаимодействието и насочването към други професионалисти, търсенето на спешна помощ при оценка на нужда от хоспитализация. И последната група въпроси е свързана с нуждите от допълнителни ресурси и идеите за оптимизиране на системата. Твърденията, включени в множествения избор, са подбрани на базата на най-често срещаните проблеми, за които споменахме в цитираната в обзора литература.

VI. Роли, компетентности и правомощия на професионалистите, работещи в областта на психичното здраве, в извършването на първична оценка на афективни разстройства

В България единствено психиатрите имат пълното право да диагностицират и лекуват афективни разстройства. (Специално тежките форми, като тежък депресивен епизод, БАР, дистимия)

Клиничните психолози могат да правят оценка и формулировка на случая през стандартизирани тестове и интервю, но не и да поставят диагноза и назначават медикаментозно лечение. При съмнение за тежки афективни разстройства могат да насочат към психиатър.

Психолозите без клинична специализация могат да направят оценка на емоционалното състояние, формулировка на случая и консултация, но не и официална диагностика и при съмнение за афективно разстройство трябва да насочат към клиничен психолог или психиатър.



Общопрактикуващите лекари могат да извършат първична оценка, да използват скринингови въпросници и да назначат медикаментозно лечение при леки и умерени форми на депресия и насочват към психиатър при неуспех на медикаментозното лечение и по-тежки форми на разстройства.

Част от ситуационните предизвикателства в България²⁵ за навременното и адекватно оценяване и третиране на депресията са малкият брой клинични психолози и психиатри и редица проблеми около регламентирането на практиката на останалите психолози, сред които: липсата на ясна дефинираност на професията на психолога, липса на закон за психотерапията и регламентация на психотерапевтичната практика и липса на регистър на психолозите.

VII. Резултати

Резултатите от анализите на случаите и от прегледа на литературата се определят от оценката на преподавателя психиатър, задал експерименталното задание

Резултати от въпросника за самооценка на участниците

Клиничните психолози нямаха затруднения в използването на диагностичните инструменти, тъй като те са част от практиката им. „Предизвикателствата не са в процеса на оценка и насочване, а в някои от процедурите и разпоредбите за хоспитализиране, наличните възможности за дългосрочно лечение, психотерапия, социална реинтеграция и подпомагане на пациентите. Много слабо е разработена ролята на клиничния социален работник, който би трябвало да играе ключова съпровождаща роля в целия процес.“ (клиничен психолог, над 20 години професионален опит)

Останалите участници – психолози, консултанти и социален работник, посочиха разнообразни предизвикателства в работата си по темата за афективни разстройства, сред които ограниченото време за оценка, неясната симптоматика, липсата на достатъчно опит и познания относно диагностиката, трудности при работата със съпротивите на пациента, липсата на критичност от страна на пациента към състоянието му, съпротивите и несъдействието от страна на близките, като почти всички засегнаха проблема за стигматизацията от психичните заболявания.

Участниците споделиха разбирането, че силната стигматизация на психичните заболявания създава тревожна, нечувствителна, отхвърляща и дори враждебна среда спрямо хората с психични разстройства, която не благоприятства възстановяването. Това повдига въпроса за работа в посока повишаване в обществото на раз-

25 „Барометър на депресията“ – доклад Проф. д-р Вихра Миланова, Доц. Михаил Околийски, Доц. Владимир Након, Захари Зарков, М. Димитрова, Ц. Гълъбова, 2022 г



бирането за естеството, последиците и възстановяването си от тези заболявания и ролята на социалната подкрепа в този процес.

Извадката психолози, която участва в експеримента, сподели, че първоначално са имали нужда от допълнителна информация, проучвания и разяснения за прилагането на диагностичните инструменти, но вследствие на експеримента, практиката и проучванията около него са развили информирана представа за първичната диагностика, осъществявана от психиатъра. Това от своя страна спомага за ясно очертаване на техните роли и за по-ранно и добре подготвено насочване и сътрудничество със специалистите от психиатричната грижа.

Относно темата за взаимодействието между специалисти от помагащите професии и психиатри, почти всички участници го оценяват като налично, но не достатъчно ефективно. А един от участниците споделя и следното разбиране какви промени в системата биха подпомогнали съвместната работа с пациентите с афективни разстройства:

„Като цяло психиатричното обслужване в страната е фрагментарно, несистемно и неотчитащо индивидуалните нужди на пациентите, особено тези с афективни разстройства. Необходимо е профилиране на услугите, както и приемственост на грижата на пациента след приключване на стационарното лечение. Най-често психиатричните стационари измерват междинните резултати (брой хоспитализации) на дейността, но не отчитат крайните резултати от нея (принос към здравето). Преобладава медицинският модел за психичната болест. Кадрите са почти изключително медицински и решението на проблемите се търси по линията на справяне със синдрома и липса на проследяване в периода след активното лечение. Добре би било да бъдат отчетени приносите на немедицинските компетентности, в т. ч. и психологическото консултиране или психотерапията.“ (магистър психолог, работещ в училище, над 6 години професионален опит)

VIII. Заключение и предложения

Първичната оценка на тежките психични разстройства е специализиран и сложен процес, който изисква специфични знания, умения и компетентности, развивани от определен кръг професионалисти и интегриран биопсихосоциален модел на интервенция и грижа. Специалистите от помагащите професии извън психиатрията могат да допринесат за навременното и адекватно насочване и получаване от пациентите на тези грижа чрез практическо обучение за ролята им в скрининговия процес.

На базата на този опит намираме за полезно в програмите за обучение на общо-практикуващите психолози да се обърне специално внимание на запознаването им с особеностите на първичната оценка на тежки разстройства, основни скринингови инструменти, ролите и правомощията на различните специалисти в различните ета-



пи на диагностицирането и добрите практики, свързани с нея, както мултидисциплинарното насочване и сътрудничество при случаите на дълбоки психични проблеми.

Настоящата статия подчертава важноста на първичната консултация при афективни разстройства, като демонстрира значението на развитите знания и умения за скрининг при всички специалисти, имащи досег с психичното здраве, прецизната първична оценка и мултидисциплинарния подход. Основните изводи включват:

Ранното разпознаване на симптомите значително подобрява прогнозата на пациентите.

Мултидисциплинарният подход, включващ психиатри, психолози и лични лекари, е ключов за адекватната интервенция.

За бъдещото развитие на практиката имаме следните предложения:

- Усъвършенстване на обучението на специалистите от помагащите професии за ранно разпознаване на необходимостта от психиатрична намеса при афективни разстройства и работа със скринингови инструменти.
- По-ефективно интегриране на психологическите и психиатричните грижи.
- Развитие на национални стратегии за ранна диагностика и подкрепа на пациентите с афективни разстройства.
- Резултатите от представените клинични случаи потвърждават необходимостта от систематичен и персонализиран подход при първичната оценка и лечението на афективните разстройства.

ЛИТУРАТУРА

1. Арабаджиев, Зл. (2022–2023). Лекционен курс СДО Психиатрия за психолози. МУ Пловдив.
2. Арабаджиев, Зл., Стоянов, Д., & Томчева, С. (2024–2025). Лекционен курс СДО Кризи и кризисни интервенции. МУ Пловдив.
3. Атанасов, Т., & Машоново, Е. (2023). Клинично интервю. В: Медицинска психология (ред. Д. Стоянов, Зл. Арабаджиев). Лакс Бук.
4. Зарков, З., & Околийски, М. (2012). Обращаемост към психично здравни професионалисти в България. Резултати от епидемиологичното проучване ЕПИБУЛ 2003-2007. Рецептор, 1, 18–24.
5. Миланова, В., Околийски, М., Наков, В., Зарков, З., Димитрова, М., & Гълъбова, Ц. (2022). Барометър на депресията – доклад. <https://depressioncare.eu/src/files/local/BULGARIA.pdf>
6. Околийски, М., & съавт. (2010). Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003–2007): Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства. Българско списание за обществено здраве, 2(2), 2–13.
7. Радева, Т. (2022). Диагностика на психични и поведенчески разстройства в реалната практика. Психиатрията през погледа на терапевта. Варна.
8. Раевский, А. А., Грехов, Р. А., & Кондратьев, Г. В. (2020). Аффективные расстройства в практике клинического психолога: учебно-методическое пособие. ВолгГМУ.
9. Сергин, А. (н.д.). Маниакальное расстройство (мания) – симптомы и лечение.
10. Циркин, С. Ю. (2012). Аналитическая психопатология. Издателство Бином.)
11. Baik, S. Y., Crabtree, B. F., & Gonzales, J. J. (2013). Primary care clinicians' recognition and management of depression: A model of depression care in real-world primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 28 (11), 1430–1439. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2468-3>
12. Boursiquot, P.-E., & Brasch, J. S. (2016). Depression, euphoria, and anger in the emergency department. В: M. B. Riba, D. Ravindranath, & G. S. Winder (Eds.), *Clinical manual of emergency psychiatry* (2nd ed., pp. 83–104). American Psychiatric Association.



13. Gaudiano, B. A., Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2009). Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depression and Anxiety*, 26, 54–64. <https://doi.org/10.1002/da.20470>
14. Mood Disorders and Rapid Screening: A Brief Review. (2024). *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 6. <https://doi.org/10.29245/2578-2959/2024/2.1314>
15. Rauch, J. B., Sarno, C., & Simpson, S. (1991). Screening for affective disorders. *Families in Society*, 72(10), 602–609. <https://doi.org/10.1177/104438949107201003>
16. Siniscalchi, K. A., Broome, M. E., Fish, J., Ventimiglia, J., Thompson, J., Roy, P., Pipes, R., & Trivedi, M. (2020). Depression screening and measurement-based care in primary care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 2150132720931261. <https://doi.org/10.1177/215013272093126>
17. Stojanov D, Korf J, de Jonge P, Popov G. The possibility of evidence-based psychiatry: depression as a case. *Clin Epigenetics*. 2011 Apr;2(1):7–15. doi: 10.1007/s13148-010-0014-2. Epub 2010 Nov 30. PMID: 22704266; PMCID: PMC3365372. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3365372/>
18. Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale. (2017, November 9). Haute Autorité de Santé. Updated on June 12, 2019.
19. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. (2017, November 8). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
20. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research.
21. World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. <https://iris.who.int/handle/10665/375767>
22. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD 11. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>



НЕВРОБИОЛОГИЯ, ПСИХОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ НА АЛКОХОЛНАТА ЗАВИСИМОСТ

Албена Кадиева¹, Мариана Млякова, Марина Спасова², Пресиян Начев

1. ДСХ „Свети Василий Велики“, Пловдив, България
2. 172 ОБУ „Христо Ботев“, Нови Искър, България

Резюме: Алкохолната зависимост е сложен феномен, обусловен от невробиологични, генетични и социални фактори. Етанолът действа върху множество рецептори в мозъка, включително GABA-A, NMDA и допаминови рецептори, като модулира поведението чрез влиянието си върху системата за възнаграждение. Ниските нива на серотонин, измерени чрез 5-HIAA в цереброспиналната течност, са свързани с лош контрол на импулсите и ранна агресия, което увеличава риска от злоупотреба с алкохол. Генетичната предразположеност създава съществена роля, като наследствеността за алкохолизъм варира между 50% и 60%. Поведенчески и психологически аспекти, като нарцисизъм (грандиозен и уязвим), също допринасят за риска, подчертавайки необходимостта от индивидуализиран подход при лечението.

Ключови думи: алкохолна зависимост, рецептори (GABA-A, NMDA, допаминови), 5-HIAA, агресия, алкохолна наследственост, фамилна предразположеност, импулсивност, личностно разстройство, нарцисизъм, анхедония, биохимични фактори, терапия.

NEUROBIOLOGY, PSYCHOLOGY AND THERAPY OF ALCOHOL DEPENDENCE

Albena Kadieva¹, Mariana Mlyakova, Marina Spasova³, Presiyan Nachev

1. Nursing Home “St. Basil the Great”, Plovdiv, Bulgaria
2. 172nd Unified School “Hristo Botev”, Novi Iskar, Bulgaria

Abstract: Alcohol dependence is a complex phenomenon caused by neurobiological, genetic and social factors. Ethanol acts on multiple receptors in the brain, including GABA-A, NMDA and dopamine receptors, modulating behavior through its influence on the reward system. Low serotonin levels, as measured by 5-HIAA in cerebrospinal fluid, are associated with poor impulse control and early aggression, which increases the risk of alcohol abuse. Genetic predisposition creates a significant role, with heritability for alcoholism ranging between 50% and 60%. Behavioral and psychological aspects, such as narcissism (grandiose and vulnerable), also contribute to risk, highlighting the need for an individualized approach to treatment.

Keywords: alcohol dependence, receptors (GABA-A, NMDA, dopamine), 5-HIAA, aggression, alcohol heredity, familial predisposition, impulsivity, personality disorder, narcissism, anhedonia, biochemical factors, therapy.



Невробиология на алкохола

Терминът „алкохол“ обхваща голяма група органични молекули, които имат хидроксилна група (-OH), свързана с наситен въглероден атом. Етиловият алкохол, известен още като етанол, е най-често срещаната форма на алкохол, като често се нарича и напитков алкохол, тъй като се използва за пиене. Химичната формула на етанола е $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ (Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P., 2014).

За разлика от много други вещества, които взаимодействат с ясно идентифицирани рецептори, като например NMDA-рецепторите при фенициклидин, за алкохола не е установена единна молекулна мишена, която да обясни неговите ефекти. Една от по-старите хипотези за биохимичното действие на алкохола предполага, че той влияе върху структурата на клетъчните мембрани в невроните. Според изследвания алкохолът се интегрира в липидните слоеве на мембраната, което води до повишаване на нейната подвижност при краткотрайна употреба. При дълготрайна консумация обаче мембраните стават по-твърди, което нарушава нормалното функциониране на рецепторите, йонните канали и други протеини, свързани с мембраните.

Съвременните проучвания все повече се съсредоточават върху определянето на специфични молекулни механизми, чрез които алкохолът влияе на организма. Най-голямо внимание е насочено към въздействието му върху йонните канали. Известно е, че алкохолът увеличава активността на каналите, свързани с никотиновите ацетилхолинови рецептори, серотониновите 5-HT₃ рецептори и GABA-A рецепторите. В същото време той потиска функционирането на йонни канали, асоциирани с глутаматните рецептори и напреженово-зависимите калциеви канали (Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P., 2014).

Алкохолът потиска дейността на централната нервна система, наподобявайки ефектите на барбитуратите и бензодиазепините, с които споделя сходства по отношение на толерантност и зависимост. При концентрации от около 0.05% в кръвта започват да се нарушават мисловните процеси, способността за вземане на решения и самоконтролът. Когато нивото достигне 0.1%, се появява нестабилност в движенията, която често е видимо забележима. В редица държави границата за законова интоксикация се определя в диапазона между 0.1% и 0.15%. При концентрация от 0.2% мозъчните зони, отговорни за двигателната координация, са значително потиснати, като същевременно се засягат и центровете, които регулират емоциите. Ако нивото достигне 0.3%, индивидът често изпада в състояние на обърканост или ступор. При стойности между 0.4% и 0.5% се наблюдава кома, а по-високите концентрации могат да доведат до критично потискане на жизненоважни мозъчни центрове, отговорни за дишането и сърдечната дейност, което може да бъде фатално поради дихателна недостатъчност или аспирация. При хора, злоупотребяващи с алкохол дългосрочно, се наблюдава способност за понасяне на значително по-високи нива в сравнение с тези, които не употребяват редовно. Това може да създаде подвеждащо впечатление, че те са по-слабо засегнати, отколкото всъщност са (Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P., 2014).

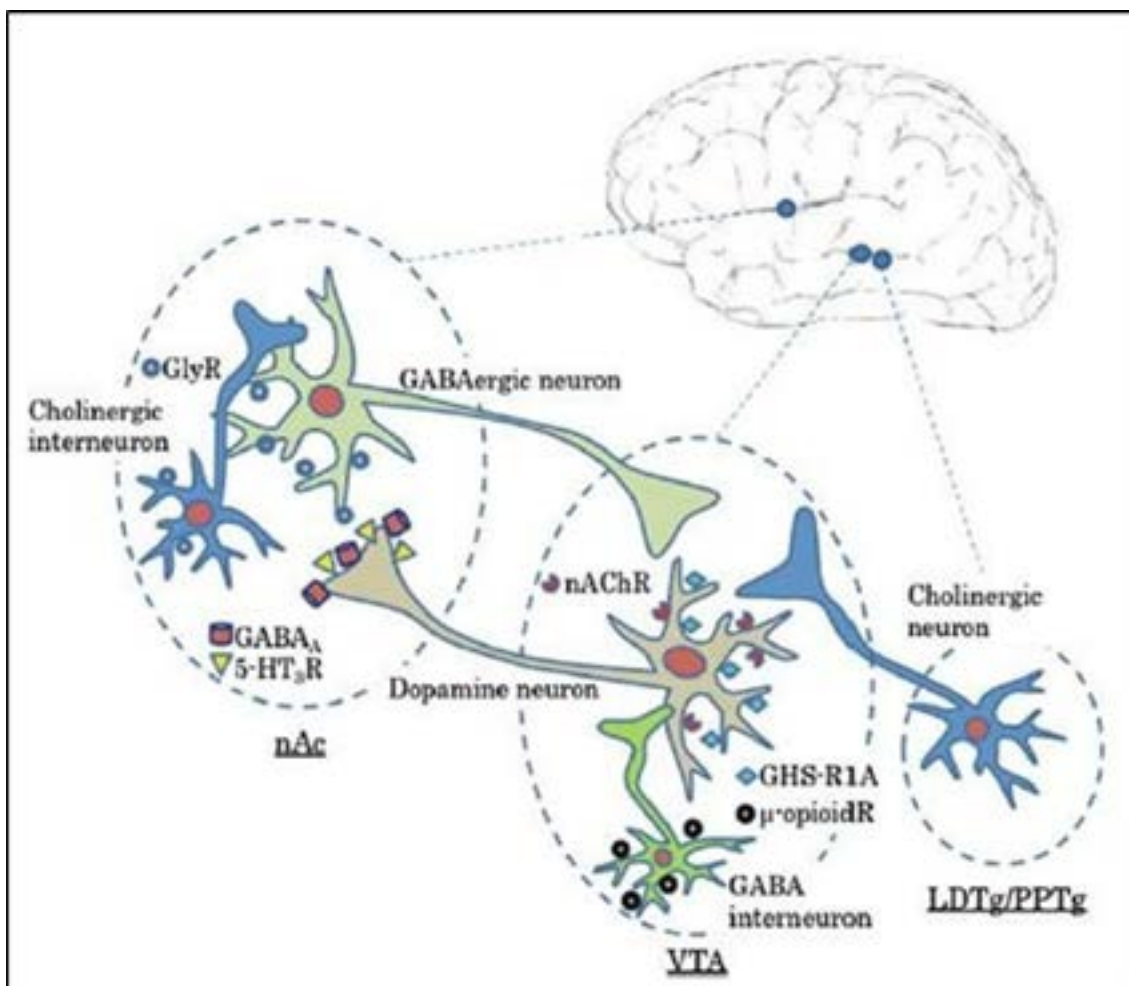


Изследователите установяват, че върху животни и хора алкохолът стимулира освобождаването на допамин във вентралния стриатум – област, която е основна част от системата за възнаграждане на мозъка. Тази допаминова активация е свързана както с първоначалните положителни ефекти от алкохола, така и с формирането на зависимостта в по-късните етапи, когато както положителното, така и отрицателното възнаграждане играят роля. При продължителна употреба на алкохол ефектът му върху повишаването на нивата на допамин се запазва, въпреки че базовите нива на допамин се понижават. Това може да доведе до състояние на анхедония (неспособност да се изпитва удоволствие), което обяснява защо хората с алкохолна зависимост продължават да пият – за да компенсират този дефицит. Въпреки намалените базови нива на допамин, алкохолът предизвиква сходно повишение на допамина както при остра, така и при хронична употреба, което може да се обясни с действието му върху „спирачките“ в системата за възнаграждане. Алкохолът влияе върху множество молекулни и невронни механизми, включително рецептори като глицинови (GlyR), никотинови ацетилхолинови (nAChR), опиоидни (μ -опиоидни) и NMDA рецептори. Например алкохолът може едновременно да повишава допамините нива и директно да потиска активността на невроните в ядрата на вентралния стриатум. Това е сходно с механизма на действие на опиятите и може да обясни защо разрушаването на допамините неврони не винаги прекратява злоупотребата с алкохол. Алкохолът не само директно активира допаминовата система, но също така променя как мозъкът се подготвя за бъдеща употреба. При експерименти се установява, че очакването на алкохол увеличава нивата на глицин в мозъка – това може да е механизъм за условна подготовка на системата за възнаграждане. Този ефект може да обясни защо алкохолът често предизвиква „рецидив“ към други зависимости, като пушене, хазарт или злоупотреба с наркотици. Хроничната експозиция на алкохол води до адаптации в невронната мрежа, които намаляват основната активност на допаминовата система. Това включва възможно намаление на активността на глициновите и никотиновите рецептори, което допринася за по-ниските базови нива на допамин. Това би могло да обясни защо хората с алкохолна зависимост се нуждаят от все по-високи дози, за да постигнат същия ефект. Настоящите лекарства за предотвратяване на рецидив при алкохолна зависимост частично влияят върху допаминовата система, но техният ефект е ограничен. Нови изследвания, насочени към глициновите и никотиновите рецептори, както и към други фундаментални молекули, могат да доведат до по-ефективни терапии. Клиничните изпитвания на тези нови подходи са в ход и могат да предложат по-добри стратегии за лечение на алкохолна зависимост (Söderpalm, B., & Ericson, M., 2013).

Във Фиг. 1 е показан механизмът, който опростено представя част от важните участници, посредничащи за активацията на мезолимбичната допаминова система, предизвикана от етанол (nAc = нуклеус акумбенс, VTA = вентрална тегментална зона, LDTg = латеродорзално тегментално ядро, PPTg = педункулопонтинно ядро, GlyR = глицинов рецептор, nAChR = никотинов ацетилхолинов рецептор, GABA_A = рецептор

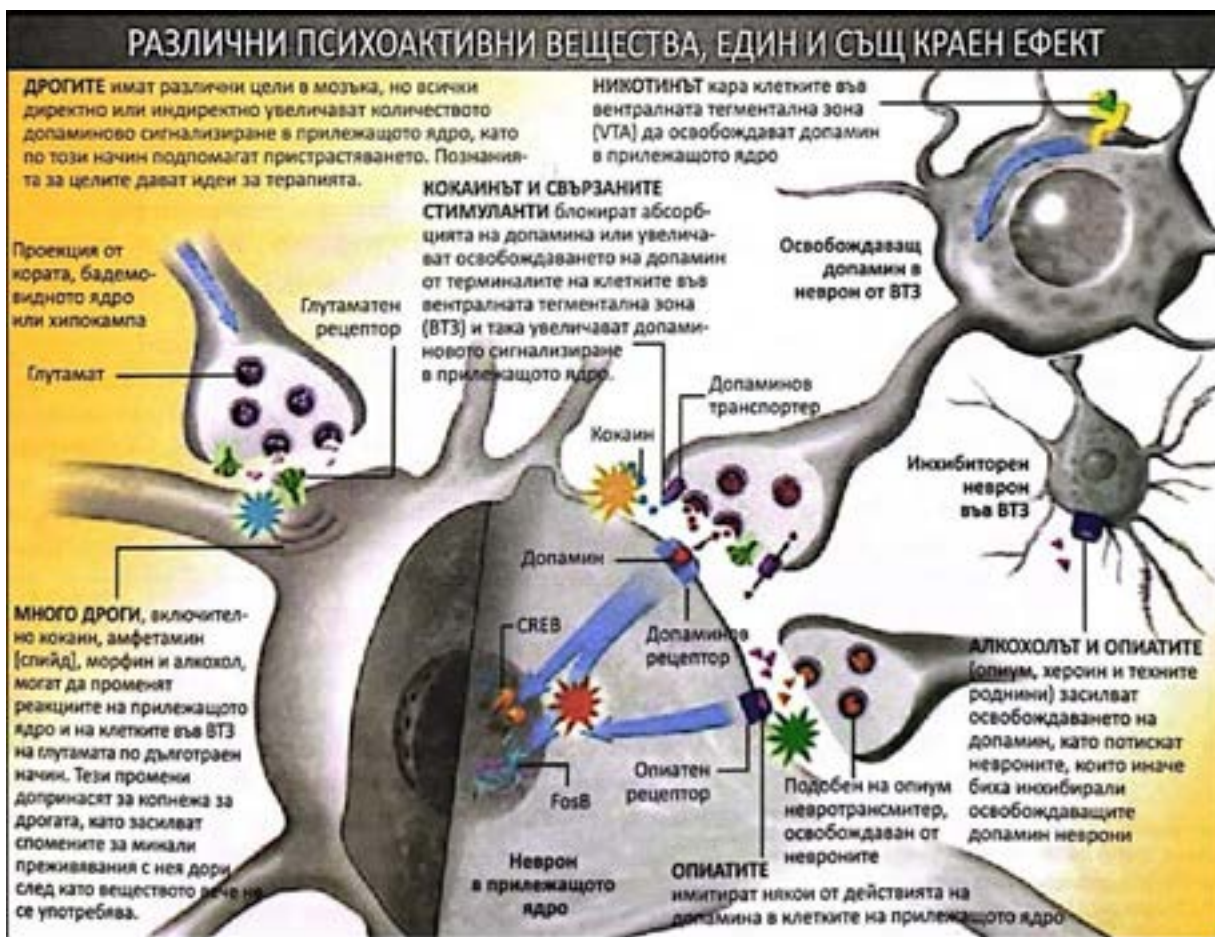


за GABA тип А, 5HT₃R = серотонинов рецептор тип 3, μ -opioidR = опиоиден рецептор от I-типа, GHS-R1A = грелинов рецептор тип 1A). Етанолът вероятно оказва основното си действие в нуклеус акумбенс (nAc), където влияе върху GlyR, което от своя страна намалява инхибиторния тонус, медиран от GABA-ергични неврони, проектиращи се към VTA. Това води до освобождаване на ацетилхолин във VTA, където той активира допаминергични неврони чрез специфични nAChRs, което води до повишаване на нивата на допамин. Други точки за намеса на етанола в тази регулаторна верига могат да бъдат чрез μ -opioidR, GHS-R1A или евентуално чрез 5-HT₃R (Söderpalm, B., & Ericson, M., 2013).



Фигура 1. Невросхема, участваща в развитието на алкохолната зависимост

Източник: *Neurocircuitry involved in the development of alcohol addiction: the dopamine system and its access points*, Söderpalm, B., & Ericson, M., 2013



Фигура 2. Биологичното влияние на психоактивните вещества върху мозъка
 Източник: *Анормална психология: невронаучни перспективи към човешкото поведение и опит,*
 Уилям Дж. Рей, 2019

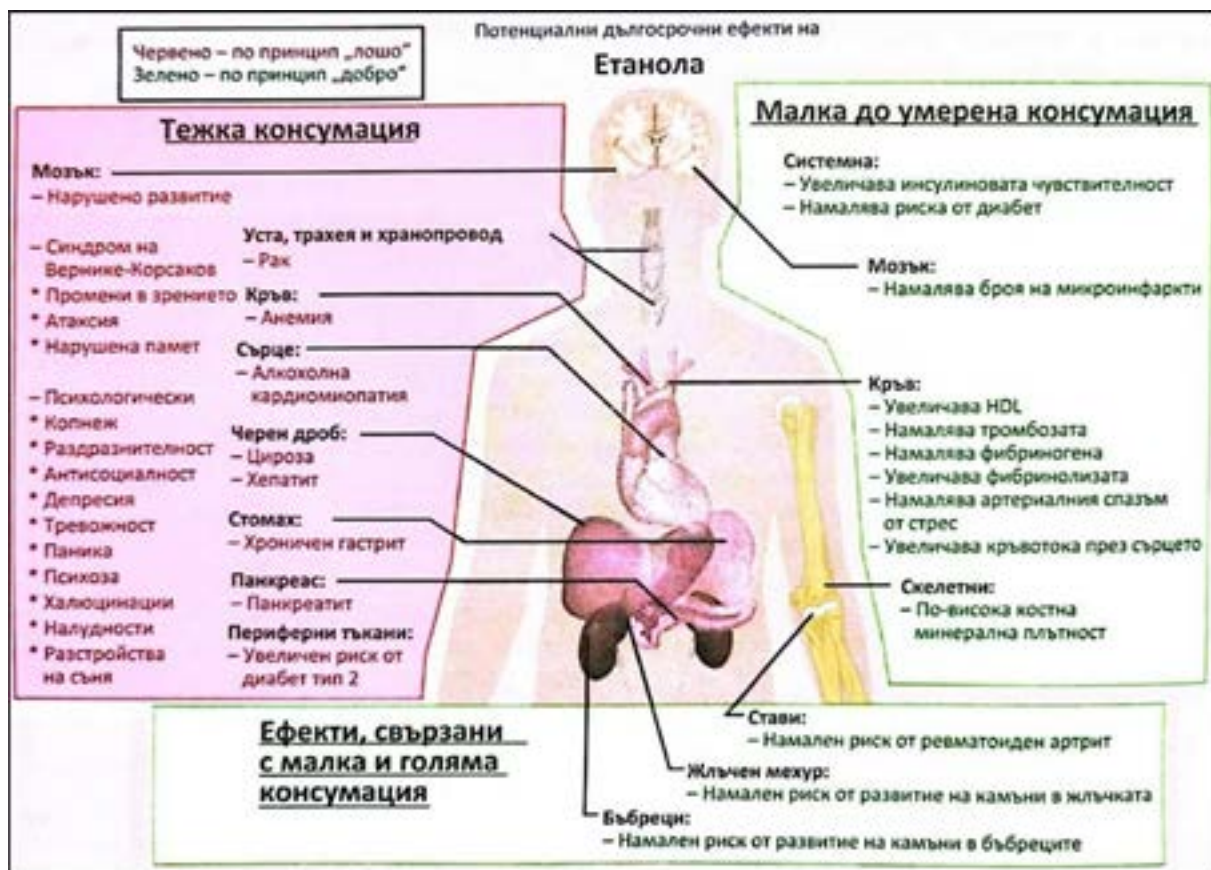
Наркотик	% Увеличение на допамина над базовото ниво	Източник
D-амфетамин	700%	<i>Di Ciano и др. (1995)</i>
Кокаин	200–500%	<i>Di Ciano и др. (1995); Weiss и др. (1992a)</i>
Алкохол	25–50%	<i>Weiss и др. (1992b, 1996)</i>
Хероин	<20%	<i>Hemby и др. (1995)</i>

Фигура 3. Изследване на влиянието на венозното приложение на D-амфетамин, кокаин и хероин, както и на оралното приложение на алкохол върху нивата на допамин в извънклетъчната среда на ядрото акумбенс чрез методите на *in vivo* микродиализа

Източник: *Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: alcohol addiction as a reward deficit disorder,* Koob G. F., 2013



Относно консумацията на алкохол вечер – тя може да улесни заспиването (намалявайки времето за заспиване), но оказва неблагоприятно въздействие върху структурата на съня. Алкохолът намалява фазата на бързото движение на очите (REM) и дълбокия сън (етап 4), като същевременно увеличава честотата на пробужданията и тяхната продължителност. Това опровергава мита, че алкохолът подобрява качеството на съня (Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P., 2014).



Фигура. 4 Предимства и недостатъци от консумацията на етанол

Източник: *Аномална психология: невронаучни перспективи към човешкото поведение и опит*, Уилям Дж. Рей, 2019

Изследователите Cloninger, Sigvardsson и Bohman (1988) установяват, че взаимодействието между генетични и постнатални фактори е от фундаментално значение при формирането на склонност към престъпност и алкохолизъм. Генетичните фактори имат значително влияние върху развитието на престъпно поведение, като това влияние е по-изразено в общества с по-еднородна социална структура, като Швеция, отколкото в културно разнообразни общества като американското. Въпреки че социалният статус на биологичните родители сам по себе си не е достатъчен, за да насърчи престъпно поведение у детето, рискът се увеличава, ако родителите имат история на престъпления. Това е особено валидно в социална среда, която може да улесни или ограничи проявата на такъв риск. По отношение на алкохолизма, niskият социален статус е свързан с по-висока вероятност от злоупотреба с алкохол, особено при хора с определени генетични предразположения. Това показва, че вза-



имодействието между социални и генетични фактори е от фундаментално значение за разбирането на проблема. Нито генетичните, нито социалните фактори сами по себе си са достатъчни за обяснение на развитието на престъпност и алкохолизъм. Комплексната динамика между наследствеността и влиянията на околната среда създава уникални рискове за всеки човек. Изследването подчертава, че ефективно намаляване на престъпността и злоупотребата с алкохол изисква стратегии, които обединяват социални интервенции и внимание към генетичните фактори. Само подобряването на социалния статус може да не е достатъчно, ако не се вземат предвид генетичните особености. Успешната превенция зависи от цялостно разбиране на взаимодействието между наследственост и среда, което предполага необходимостта от комбиниран подход за справяне с тези проблеми.

Авторите Virkkunen и Linnoila (1997) пишат, че ранните поведенчески характеристики на децата момчета, изразени в агресия, предсказват болестно пиене. Лошият контрол на импулсите е основната причина за ранна агресивност. Лошият контрол на импулсите, в случая, е установен като забавяне на процеса на синтез, освобождаване и разграждане на серотонина в мозъка. Това е измерено чрез ниска концентрация на 5-хидроксииндолацетна киселина (5-HIAA) в цереброспиналната течност (CSF). Ниската концентрация на 5-HIAA предсказва склонност към насилие и нарушен контрол на импулсите при резус маймуни, както и при млади агресивни алкохолици и юноши с разстройствени поведенчески модели, това може да бъде биохимичен рисков маркер както за ранна агресивност, така и за ранна злоупотреба с алкохол. В допълнение към ниската концентрация на 5-HIAA в цереброспиналната течност, ниските нива на адренекортикотропен хормон (АСТН) в цереброспиналната течност, нисък 24-часов кортизолов секрет в урината и високи нива на свободен тестостерон в цереброспиналната течност също са често срещани сред престъпници, които имат антисоциално личностово разстройство и ранна злоупотреба с алкохол.

По отношение на генетичната наследственост изследователите Kendler и Prescott (2006) установяват, че наследствеността за алкохолна зависимост и алкохолна злоупотреба/зависимост варират от 50% до 61% и са сходни и за двата пола. Разликите между мъжете и жените не са значителни. За алкохолната зависимост изследването показва 56% генетичен фактор, 0% споделена среда (фактори, които са общи за членовете на семейството и ги правят подобни – стиловете на възпитание на родителите, социалната класа, семейните нагласи, а при близнаците – вътреутробната среда) и 44% специфична среда (фактори, които не се споделят от семейството на членовете на семейството. Например това може да представлява преживявания в детството, които един близнаците не споделя със своя близък, както и среда, към която близнаците са изложени при напускане на дома, това са индивидуалните личностови фактори); за злоупотребата с алкохол/зависимостта, изследването показва 52% генетичен фактор, 6% споделена среда и 42% специфична среда. Споделената среда за злоупотребата не е статистически значима. Изследвания при мъже близнаци последователно показват важността на генетичните фактори за предразположеността към алкохолизъм, като наследствеността варира между 50% и 60%. Ранни



проучвания при женски близнаци, обаче, показват по-ниски стойности на наследственост, което води до възприемането на идеята, че алкохолизмът не е свързан с генетиката при жените. По-късни изследвания обаче при женски близнаци показват резултати, които са почти идентични на тези при мъжете, подчертавайки значението на генетичните фактори при тях.

Психология и поведенчески характеристики

Алкохолизмът представлява специфична форма на зависимост, която не е незаконна – въпреки това, може да доведе до противоправни действия поради загуба на задръжки и липса на рационално мислене, което често съпътства състоянието. Хората с алкохолна зависимост могат да бъдат трудни за разпознаване, ако успеят да развият висока степен на функционалност, умения за справяне/копинг стратегии/, рационализация и умело прикриване (Turvey, В. Е., 1999).

Клиничните алкохолици често използват алкохола като средство за избягване на реалността, което задълбочава неспособността им да се справят с живота. Те могат да бъдат сравнени с психопатите, но с някои съществени разлики. Невротичните алкохолици имат склонност да търсят помощ и запазват потенциала за самоосъзнаване и промяна при подходящо лечение. Психопатите, от друга страна, показват по-фундаментални личностни разстройства, които обикновено са трудно обратими. Психопатите често изглеждат нормални на повърхността, но демонстрират дълбоки отклонения в поведението си. Те не изпитват искрено желание за промяна или интеграция в обществото и често са неспособни да формират дълбоки емоционални връзки. Взаимоотношенията им са манипулативни, а социалните им действия често са самоцелни и разрушителни. При тях липсва осъзнаване (инсайт), което би могло да бъде провокирано чрез терапия. Те не търсят лечение доброволно, освен в случаите, когато това им носи лична изгода, например избягване на правни последици. Докато невротичният алкохолик пие, за да избегне личните си провали и да избяга от страховете си, психопатът често проявява по-дълбока липса на връзка със социалните норми и емоционалната реалност. Алкохолизмът при психопатите може да бъде част от по-широк модел на антисоциално поведение. Те могат да изпитват удоволствие от доминирането и нанасянето на вреда над другите, като алкохолът засилва тези импулси. Поведението на психопата често включва импулсивност, лъжа, липса на разкаяние и незачитане на последици от своите действия. Тези характеристики правят лечението им изключително трудно. За разлика от невротичните алкохолици, при които могат да бъдат установени причинно-следствени връзки и възможности за подобрене, при психопатите картината е по-стабилна и често необратима. Въпреки тези трудности, някои изследвания сочат, че специфични терапевтични подходи или бъдещи открития в психиатрията могат да предложат възможности за възстановяване на психопатите. Засега, обаче, успехът при тази група остава рядкост (Cleckley, Hervey M., 1941).



Обсесивно-компулсивното личностно разстройство (ОКЛП) и алкохолната зависимост често се разглеждат чрез различни социални нагласи и стереотипи, което затруднява правилното разбиране на тяхната връзка. Злоупотребата с алкохол обикновено се асоциира с хора, които преминават през сериозни житейски трудности и проявяват неорганизираност и пренебрегване на базови нужди като хигиена. Този образ обаче не отразява типичния модел на личностите с ОКЛП, които често се отличават с висока степен на самоконтрол и стриктна организация на живота си. Множество успешни професионалисти, включително мениджъри и публични личности, обаче демонстрират висок процент на алкохолна зависимост, което предполага съществуването на сложна връзка между личностните качества, които способстват за успех, и склонността към алкохолизъм. Характерни черти като стремеж към перфекционизъм, високи изисквания към себе си и прекалена строгост могат да водят до хроничен стрес и тревожност. За да облекчат тези емоции, някои хора могат да се обърнат към алкохола, което често води до зависимост и още по-дълбоки психологически трудности. Тези неуспехи в опитите да постигнат нереалистични цели могат да доведат до чувство за провал и засилване на склонността към злоупотреба с алкохол (Rothenberg A., 1998).

Изследване, проведено от авторите Welker, Simons и Simons (2019), установява, че различни типове нарцисизъм – грандиозен и уязвим – влияят на употребата на алкохол и свързаните с нея проблеми сред студенти. Резултатите показват, че хората с грандиозен нарцисизъм са по-склонни да пият повече алкохол и да оценяват алкохолните проблеми като нещо положително. Притежават желание да се покажат пред другите или да се чувстват недосегаеми, особено когато са пияни. За тях алкохолните проблеми изглеждат като нещо социално приемливо или дори „готино“. От друга страна, хората с уязвим нарцисизъм често имат по-сериозни алкохолни проблеми. Те са по-честни в признаването на проблемите си, притежават инсайт и имат склонност да очакват лоши последствия от употребата на алкохол.

Уязвимите нарциси често използват алкохола, за да се справят с негативни емоции. Изследването предполага, че лечението на хора с различни типове нарцисизъм трябва да бъде различно. За уязвимите нарциси трябва да се фокусират на намаляване на негативните очаквания и тревожност, докато за грандиозните нарциси е необходимо да се работи върху признаването на проблемите с алкохола. Основният извод от изследването е, че грандиозният нарцисизъм е свързан с по-висока употреба на алкохол и безкритично одобрение на алкохолните проблеми, които субективно за тях не са проблеми, докато хората с уязвим нарцисизъм са по-склонни да изпитват алкохолни проблеми и по-често признават, че имат такива проблеми. Уязвимите нарциси също така често очакват, че ще им се случат негативни последствия от употребата на алкохол. Тоест, те са по-самокритични и по-чувствителни към негативните ефекти на пиенето.

Изследователите Cloninger, Sigvardsson и Bohman (1988) идентифицират в своя труд три основни измерения на личностните характеристики в детството, като са оценени без предварителна информация за бъдещите резултати в зряла възраст.



Тези измерения – стремеж към нови преживявания, ниската склонност на индивида да избягва рисковани ситуации и зависимост и стремеж към награди – показват, че са до голяма степен независими едно от друго, но всяко от тях може да предскаже риск от злоупотреба с алкохол в бъдеще. Значителните отклонения от средните стойности на всяко от тези три измерения са свързани с рязко увеличаване на вероятността за злоупотреба с алкохол в по-късен етап от живота. В този ред на установяване се оказва, че ниската склонност на индивида да избягва рисковани ситуации в комбинация с висока склонност към нови преживявания с ниска чувствителност на страх и наказание води до ранна злоупотреба с алкохол, като само тези две променливи (стремеж към новите преживявания и ниската склонност на индивида да избягва рисковани ситуации) от детството разграничават момчетата, при които рискът от злоупотреба с алкохол се различава почти 20 пъти.

Терапия

Хроничната употреба на вещества, водещи до зависимост, причиняват невропластични промени в мозъка. Невропластични промени, които не са осъзнати, а именно имплицитното учене и паметта, са фундаментални механизми, които задействат желанието за употреба на веществата, които създават зависимост, а това кара човек да търси тези вещества, дори и след години на въздържание. Изследванията показват участие не само на наркотично, но и на алкохолно индуцираната дългосрочна потенция (LTP – Long-Term Potentiation) и синаптични промени в мезолимбичната система, които подкрепят хипотезата за съществуването на „памет за зависимост“ (Kiefer, F., & Dinter, C., 2013). Ето защо алкохолната зависимост е сложен проблем, изискващ многопосочни стратегии за лечение. Оттук изниква важният въпрос – дали пълното и доживотно въздържание от алкохол трябва винаги да бъде цел. За хора с тежка алкохолна зависимост пълното въздържание често е задължително поради високия риск от рецидив. Въпреки това, при лица с по-лека форма на злоупотреба с алкохол е възможно намаляване на консумацията до нива, които не причиняват проблеми. Някои проучвания показват, че само малка част от хората с алкохолна зависимост успяват да се върнат към контролирана консумация. Затова за зависимите от алкохол целта трябва да бъде пълното въздържание. Мотивацията влияе предимно в успеха на лечението. Когнитивно-поведенческата терапия е доказана, че дава добър резултат. По-прости методи, като използване на система от награди и наказания, са доказали също своята ефективност в някои случаи, особено когато целта е да се намали незабавното желание за консумация. Що се отнася до медикаментозната терапия, изследвания на серотониновите рецептори показват обещаващи резултати за намаляване на предпочитанието към алкохол. Все пак е ясно, че дори най-добрите медикаменти трябва да бъдат комбинирани с психо-социални програми, за да се постигнат резултати и да се помогне на алкохолно зависим при негово желание. Комбинирането на психотерапия, мотивационни техники и под-



ходящи медикаменти е основата към добри резултати от терапията на алкохолната зависимост (Jansson B., 1994).

Следва да отбележим, че вероятен подход в психотерапията на алкохолно зависим е подходът на ментализация. Авторите Arabadzhiev и Paunova (2024) показват, че изграждането на ментализация в индивида, семейната система и обществото довежда до редица положителни промени. Това включва подобрена способност за разпознаване и изразяване на собствените мисли, емоции и нужди, както и за поставяне на здравословни граници. Индивидите стават по-добри в разбирането и валидирането на чувствата и нуждите на другите, като същевременно уважават и спазват чуждите граници. Ментализацията помага за по-добро свързване с чуждия опит и възможност за диференциация и сепарация без страх от отделяне. Осъзнаването и поемането на отговорност за себе си и другите, с които влизаме в отношения, също е важен аспект. Това води до по-добро разбиране на симптомите и психологичния стрес на клиентите или пациентите, както и до по-ефективно предвиждане на препятствия в диагностичния и терапевтичния процес. Подхождането в терапията чрез ментализация води и до развитие на психотерапевтична компетентност и емпатия в терапевтичния процес, което е от съществено значение за благоприятни ефекти от психотерапията. Оттук можем да установим, че емпатията на психотерапевта, при подхода чрез ментализация, представлява основно психо-емоционално състояние, което стимулира клиента или пациента да изпитва доверие и сигурност. Този процес създава стабилна, терапевтична и устойчива връзка между психотерапевта и клиента/пациента, което е основополагащо за ефективността на терапевтичния процес (Колев, М., 2023).

Обсъждане

От статията се извежда обоснованият извод, че основният механизъм, който е акцентиран, включва влиянието на етанола върху мезолимбичната допаминова система. Етанолът повлиява GlyR в нуклеус акумбенс, намалявайки инхибиторния тонус на GABA-ергичните неврони. Това води до освобождаване на ацетилхолин във вентралната тегментална зона и активиране на допаминергични неврони чрез никотинови рецептори, което увеличава нивата на допамин и предизвиква удоволствие и зависимост. Други въздействия включват μ -опиоидните и грелиновите рецептори, както и серотониновите рецептори. Отделно от това консумацията на алкохол оказва влияние не само върху мозъчните функции, но и върху структурата на съня.

Макар че алкохолът може да намали времето за заспиване, той нарушава качеството на съня, като намалява фазите на дълбок и REM сън и увеличава честотата и продължителността на пробужданията. Това опровергава разпространения мит за положителното въздействие на алкохола върху съня. Генетичните фактори, от друга страна, са индикатор, който не трябва да се пренебрегва. Изследванията показват, че наследствеността на алкохолната зависимост варира между 50% и 61%, като



няма влияние на споделената среда, но специфичната среда оказва въздействие върху развитието на алкохолната зависимост. Ранни изследвания демонстрират, че ниските нива на серотонин могат да бъдат индикатор за агресивно поведение и ранна злоупотреба с алкохол. Такива биохимични маркери като 5-Н1АА в цереброспиналната течност и кортизоловия секрет също корелират с алкохолизма и антисоциалните разстройства. Хроничната употреба на алкохол води до дълбоки невропластични промени в мозъка, които задълбочават зависимостта и правят рецидивите по-вероятни. Паметта за зависимост, изградена чрез дългосрочна потенциация в мезолимбичната система, поддържа цикъла на злоупотреба.

Социалните фактори, като нисък социален статус и история на престъпност при родителите, допълнително увеличават риска от алкохолна зависимост. Интеракцията между генетичните и социалните фактори е критична за разбирането на този проблем. Различни личностни характеристики, включително склонността към нови преживявания и ниската склонност към избягване на рискове и опасности в живота, също се свързват със злоупотребата с алкохол. Индивидуалните разлики във възприятията и мотивите за употреба на алкохол допълнително усложняват лечението. Изследванията върху нарцисизъм например показват, че хората с грандиозен нарцисизъм често гледат на алкохолните проблеми като социално приемливи, докато уязвимите нарциси са по-самокритични и осъзнават последствията от употребата.

Лечението на алкохолната зависимост изисква многопосочен подход. За тежко зависимите пълното въздържание често е необходимо, докато при по-леките случаи намаляването на употребата може да бъде по-реалистична цел. Ефективността на лечението зависи от индивидуалния подход, включително когнитивно-поведенческа терапия и интервенции, насочени към мотивацията.

Литература

1. Arabadzhiev, Zlatoslav & Paunova, Rositsa. (2024). Complexity of mentalization. *Frontiers in Psychology*. 15. 1353804. 10.3389/fpsyg.2024.1353804.
2. Charlet, K., Beck, A., & Heinz, A. (2013). The dopamine system in mediating alcohol effects in humans. *Current topics in behavioral neurosciences*, 13, 461–488. https://doi.org/10.1007/7854_2011_130
3. Cleckley, Hervey M. (Hervey Milton), 1903-1984. (1941). *The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. St. Louis :The C.V. Mosby Company,
4. Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 12(4), 494–505. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1988.tb00232.x>
5. Jansson B. (1994). Treatment of alcoholism. *EXS*, 71, 333–340. https://doi.org/10.1007/978-3-0348-7330-7_33
6. Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2006). *Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders*. New York, NY: Guilford.
7. Kiefer, F., & Dinter, C. (2013). New approaches to addiction treatment based on learning and memory. *Current topics in behavioral neurosciences*, 13, 671–684. https://doi.org/10.1007/7854_2011_147
8. Koob G. F. (2013). Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: alcohol addiction as a reward deficit disorder. *Current topics in behavioral neurosciences*, 13, 3–30. https://doi.org/10.1007/7854_2011_129
9. Koob, G. F., Rassnick, S., Heinrichs, S., & Weiss, F. (1994). Alcohol, the reward system and dependence. *EXS*, 71, 103–114. https://doi.org/10.1007/978-3-0348-7330-7_11
10. Lovinger, D. M., & Roberto, M. (2013). Synaptic effects induced by alcohol. *Current topics in behavioral neurosciences*, 13, 31–86. https://doi.org/10.1007/7854_2011_143
11. Rothenberg A. (1998) Diagnosis of obsessive-compulsive illness. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 21: 791–801.



12. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2014). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Wolters Kluwer Health.
13. Schuckit, M.A. (1994). Alcohol sensitivity and dependence. In: Jansson, B., Jörnvall, H., Rydberg, U., Terenius, L., Vallee, B.L. (eds) *Toward a Molecular Basis of Alcohol Use and Abuse*. *Experientia*, vol 71. Birkhäuser Basel. https://doi.org/10.1007/978-3-0348-7330-7_34
14. Söderpalm, B., & Ericson, M. (2013). Neurocircuitry involved in the development of alcohol addiction: the dopamine system and its access points. *Current topics in behavioral neurosciences*, 13, 127–161. https://doi.org/10.1007/7854_2011_170
15. Spanagel, R., & Vengeliene, V. (2013). New pharmacological treatment strategies for relapse prevention. *Current topics in behavioral neurosciences*, 13, 583–609. https://doi.org/10.1007/7854_2012_205
16. Turvey, B. E. (1999). *Criminal profiling: An Introduction to Behavioral Evidence Analysis*.
17. Virkkunen, M., & Linnoila, M. (1997). Serotonin in early-onset alcoholism. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism*, Vol. 13. *Alcohol and violence: Epidemiology, neurobiology, psychology, family issues* (pp. 173–189). Plenum Press.
18. Welker, L. E., Simons, R. M., & Simons, J. S. (2019). Grandiose and vulnerable narcissism: Associations with alcohol use, alcohol problems and problem recognition. *Journal of American college health : J of ACH*, 67(3), 226–234. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1470092>
19. Анормална психология: невронаучни перспективи към човешкото поведение и опит • Уилям Дж. Рей • Издателство „Изток-Запад“ (2019). Издателство „Изток-Запад“.
20. Колев, М. (2023). Емпатия: Аз, ти и ние. В *Случаи от практиката на клиничния психолог* (стр. 136–150). Варна: Издателство СТЕНО.