

ОРИГИНАЛНА СТАТИЯ

Дванадесетмесечно потребление на психично-здравни услуги в България

Социална медицина, брой 1, 2011г.

Захари Зарков¹, Михаил Околийски¹, Ангел Броцилов¹, Христо Хинков¹, Владимир Наков¹,
Румяна Динова¹, Пламен Димитров¹

Национален център по опазване на общественото здраве¹

Резюме

Цели: Целта на настоящата статия е да изследва съотношението на респондентите с 12 – месечни разстройства, които са получили някаква терапия през 12-те месеца преди интервюто, по вида на заболяването и сектора предлагащ услугите.

Методи: Изследването ЕПИБУЛ е национално, представително за Р България и обхваща 5318 респонденти над 18г, за периода 2003-2007г. Използвани са диагностичните инструменти DSM IV и CIDI 3.0.

Резултати: Отзивчивостта на респондентите (Response Rate) е относително висока – 72%. Изнасят се данни за годишна обращаемост по повод на чести психични разстройства в България, както и процента на хората с психични разстройства, получили някакъв вид професионално лечение.

Заключение: За първи път се въвежда се термина минимално адекватно лечение (МАЛ), дават се данни за болестността от някои психиатрични заболявания.

Установява се, че вероятността пациент с някакво психиатрично заболяване да получи МАЛ е най-голяма в мрежата на общата практика.

Ключови думи: чести психиатрични разстройства, минимално адекватно лечение

Abstract

Based on results from a National representative study of common mental disorders (EPIBUL), 12 month usage of services disaggregated by type of disorder and area of services is presented. The target group is out of 5318 respondents above 18 years age that have reported any type of treatment received 12 months before the interview in the period 2003 - 2007. Diagnostic tools DSM IV and CIDI 3.0 are used. The response rate is 72 %. Using the term minimal adequate treatment (MAT) the prevalence of common mental disorders is shown and the probability patients with any mental disorder to receive MAT is estimated. It is highest in the services for general medicine.

Key words: common mental disorders, minimal adequate treatment,

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Психиатричната помощ в България се осъществява по традиционния институционален модел на диспансери (Центрове за психично здраве), държавни психиатрични болници, психиатрични отделения към многопрофилните болници в съчетание с извънболнични форми на обслужване като индивидуални и групови практики или консултиращи кабинети към МЦ и ДКЦ. Териториалното разпределение на тези структури е неравномерно в страната и не отчита миграционни процеси, настъпили през последното десетилетие, както и променените общественно-икономически отношения. Повечето от болниците са построени въз основа на изолационния принцип, характерен за средата на миналото столетие. Практиката на управление на системата не е основана на здравно-икономически анализи, което я прави нежизнеспособна в пазарна среда. Предлаганите психиатрични услуги не са основани на оценка на нуждите на населението и липсва система за оценка на тяхната ефективност. Основна цел на политиката за психично здраве е да запази и подобри психичното здраве на населението, както и да изведе психичното здраве от професионалната, организационната и политическата изолация и да го включи в общата система на общественото здраве. Въвеждането на обществен здравен подход трябва да осигури интегрирането на тези служби в общата медицинска мрежа, както и координацията им с други служби в сектори като социални грижи, образование, трудово законодателство и др. Предлагането на психично-здравни услуги е основано на спазването на правата на пациентите, оценка на техните индивидуални нужди и осигуряване правото им на избор. Един от резултатите на Политиката за психично здраве е проведеното национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007) – ЕПИБУЛ. Настоящият доклад дава основни дескриптивни данни от това проучване. Изследвано е съотношението на респондентите с 12 – месечни разстройства, които са получили някаква терапия през 12-те месеца преди интервюто, по вида на заболяването и сектора предлагащ услугите. Разгледани са средния брой посещения и частта, получили минимално адекватно лечение, въз основа на доказателствени методи. Накрая, са разгледани социодемографските корелации и адекватността на полученото лечение.

2. МЕТОДИ

2.1. Извадка

ЕПИБУЛ е национално представително проучване на домакинствата, сред респонденти на 18 и повече години в Република България. Анкети лице-в-лице са проведени сред

5318 респонденти за периода 2003-2007 год. Част 1 (от извадката) включва основни диагностични оценки, приложени на всички респонденти. Част 2 (от извадката) оценява рисковите фактори, корелатите, ползването на услуги и допълнителни заболявания и е приложена на всички респонденти от Част 1 с пожизнена болестност, плюс вероятностна под-извадка от други респонденти. Отзивчивостта на респондентите (Response Rate) е 72%. Изследването е осъществено от анкетъорската мрежа на НЦИОМ, под управлението и координацията на Националния Център за Опазване на Общественото Здраве гр. София (1,2).

2.2. Мерки

2.2.1. Диагностична оценка на 12-месечна болестност от чести психични разстройства

Диагнозите са поставяни по DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) с използването на напълно структуриран въпросник [Съставното Интернационално Диагностично Интервю - СИДИ (CIDI 3.0)] на Световната инициатива за изследване на психичното здраве [World Mental Health (WMH) Survey Initiative](3). Въпросникът е адаптиран вариант за България. Адаптацията е направена независимо от превода и се свежда до приспособяване на въпросите към реалностите на българската култура, етноси, доходи, валута, религия, медикаменти, осигурителна система и др. След редакцията, българската версия беше оценена от независима група психиатри и беше получено съгласие за адекватността на езика, използван в интервюто(2). Разглежданата 12-месечна болестност включва: Афективни разстройства (биполарно I и II разстройства, голямо депресивно разстройство и дистимия), Тревожни разстройства (паническо разстройство, агорафобия без паника, специфична фобия, социална фобия, генерализирано тревожно разстройство, посттравматични стресово разстройства, както и разстройство с тревога от раздяла при възрастни), Разстройства на контрола над импулсите (Intermittent explosive disorder) и Зависимости от вещества . Всички диагнози са разглеждани предвид йерархичните диагностични правила, с изключение употребата на вещества, при която злоупотреба се дефинира независимо дали има зависимост или не. Слепи клинични преоценки, използващи структурираното клинично интервю за DSM-IV, показват като цяло добро съгласуване между WMH-CIDI диагнозите и Структурираното Клинично Интервю по DSM-IV (SCID-I/P) за тревожност, разстройства на настроението, както и употреба на вещества (4,5). Освен за клинична

оценка въпросникът CIDI събира информация за социалната дисфункция, която се измерва като мярка за клинична тежест чрез вградена скала [Sheehan Disability Scales(6)]. За изучаване на корелациите между честите психични разстройства и факторите на средата, в CIDI са добавени други раздели (извън тези за диагностична оценка), а именно: *Суицидалност, Тютюнопушене, Хронични заболявания, Здравни услуги, Детство, Социодемографски данни, Семейство и Брак.*

2.2.2. Дванадесетмесечно използване на психично-здравни услуги

Всички анкетирани от Част 2 бяха запитани дали някога са получавали лечение за "проблеми с емоциите или нервите, или за употребата на алкохол или наркотици". С цел визуално напомняне, на всеки респондент е осигурен списък на различните доставчици на лечение. В списъка на специалистите фигурират както следва: психиатър, общопрактикуващ лекар, всякакви други лекари-специалисти (например кардиолог, гинеколог, уролог), социален работник, психолог или всякакъв друг специалист по психично здраве (например психотерапевт или психиатрична сестра), религиозен или духовен съветник (например свещеник, проповедник или равин), или друг лечител (билкар или спиритуалист). Направени са отделни оценки на видовете професионалисти, групи за подкрепа, групи за само подпомагане, горещи линии за психично здраве (смятани за посещения при специалисти, различни от специалисти по психично здраве), терапии с алтернативна медицина и използването на други лечения, включително и приемания в болници и други заведения (всеки ден престой също се смята, че е включвал посещение при психиатър). Проследяващите въпроси включват въпроса за възрастта по време на първия и най-скорошните контакти, както и продължителността на посещенията за последните 12 месеца. Сведенията от 12-месечното ползване на услуги са класифицирани в следните категории: психиатър, специалисти по психично здраве, различни от психиатър (психолог или друг специалист по психично здраве, социален работник), специалист, предоставящ общи медицински грижи, (общо практикуващ лекар, медицинска сестра или всякакъв друг специалист по здравни грижи, споменаван досега), социални услуги (социален работник, във всякаква среда, различна от специализирано заведение за психично здраве). Категориите на специалистите психиатри и непсихиатри са обединени в една по-широка категория психично-здравни грижи, а психично-здравните грижи също така са обединени с общо медицинските грижи в една дори още по-широка категория здравни грижи.

2.2.3 Минимално адекватно лечение (7)

Минималното адекватно лечение (МАЛ) се определя с индикатори, които включват получаването на фармакотерапия (≥ 2 месеца на подходяща медикация за конкретното разстройство плюс 4 посещения за всеки вид лекар) или психотерапия (8 посещения при специалисти по здравни грижи или социален работник продължили средно ≥ 30 минути). Решението да се изискват 4 или повече посещения за фармакотерапия се основава на факта, че моделите на добра практика препоръчват 4 или повече посещения за оценка на медикаментозната интервенция (започването ѝ, мониторинга при острата и продължителната фази на лечение). Подходящите лекарства включват антидепресанти за депресивни разстройства, стабилизатори на настроението и/или антипсихотици при биполярните разстройства, антидепресанти или анксиолитични агенти за тревожните разстройства, антагонисти или агонисти (дисулфирам, налтрексон или метадон) за употребата на алкохол и други вещества, както и всякакви други психиатрични лекарства за разстройство на контрола на импулсите. Изисквани са най-малко 8 сесии за минимално адекватна психотерапия, основавайки се на факта, че клиничните тестове, показали ефективност, като цяло са включвали 8 посещения или повече за психотерапия. За употребата на алкохол и други вещества, посещенията в групи за самопомощ, независимо от продължителността им, се считат за посещение за психотерапия. Адекватността на лечението се определя отделно за всяко 12-месечно разстройство (т.е., респондент с коморбидно разстройство може да бъде класифициран като получаващ минимално адекватно лечение за едно разстройство, но не и за друго). Респондентите, започнали лечението малко преди старта на ЕПИБУЛ, може да не са имали време да отговорят на изискванията, въпреки че са били в началния стадий на адекватно лечение¹.

2.2.4 Социодемографски предиктори

Социодемографските променливи включват (възраст по време на интервюто, категоризирана като 18-34, 35-49, 50-64 и ≥ 65 -годишни), пол, завършени години на образование (0-11, 12, 13-15, и ≥ 16 г.), семейно положение (женени, живеещи без брак, разведени, овдовели и неженили се) и семеен доход.

¹ Поради тази причина има по-обща дефиниция на минимално адекватна терапия. Тя се състои от получаването на 2 или повече посещения в подходяща сфера за лечение (1 посещение за преглед/диагностика и ≥ 1 посещение за лечение).

3. АНАЛИЗ

Данните от ЕПИБУЛ са претеглени, за да са съпоставими на разликите при вероятността на избор, диференциалната липса на отговор, остатъчна разлика между извадката и населението на България, както и предискретизация на извадката от Част 2. Основните модели на ползване на услуги са изследвани чрез компютърни пропорции в лечението, средния брой посещения и медианата сред получаващите лечение, както и вероятност за лечение, която отговаря на критериите за минимална адекватност. Логистичен регресионен анализ е използван за проучване на социодемографските предиктори за получаване на 12-месечно лечение в общата извадка, лечение в конкретни сектори сред тези, които получават лечение и лечение, отговарящо на критериите за минимална адекватност. Стандартните грешки са изчислени чрез използването на ред на Тейлър, приложен в компютърен софтуер (SUDAAN)(8). Многомерният анализ на логистичната регресия са извършени по Хи-квадрат тестове на Валд, базирани на ковариационни матрици за оценяване на взаимната зависимост между коефициентите, по модела на ред на Тейлър. Тестовите на статистическата значимост са двустранни с ниво 0.05.

4. РЕЗУЛТАТИ и ОБСЪЖДАНЕ

4.1. Годишна обръщаемост по повод на чести психични разстройства в България

Таблица 1. Годишна обръщаемост по повод на чести психични разстройства в България
Процент на хората с психични разстройства, получили някакъв вид професионално лечение

Група разстройства	Психично разстройство	Психиатър	Друга психично-здравна грижа	Психично-здравна грижа - общо	Общомедицинска грижа	Здравна грижа - общо	Социални услуги	Нездравна грижа - общо	Лечение - общо
Тревожни разстройства	Генерализирана тревожност*	11.797 (4.896)	1.037 (0.978)	11.797 (4.896)	10.169 (2.341)	17.727 (4.657)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	17.727 (4.657)
	Паническо разстройство*	20.467 (5.899)	0.000 (0.000)	20.467 (5.899)	45.489 (7.371)	59.339 (7.465)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	59.339 (7.465)
	Агорафобия без паника*	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	Социална фобия*	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	Специфични фобии*	4.214 (1.657)	1.642 (1.005)	4.486 (1.720)	13.378 (2.187)	14.324 (2.221)	0.000 (0.000)	0.124 (0.125)	14.448 (2.227)
	Разстройство с тревога от раздяла (при възрастни)**	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)

	Посттравматично стресово разстройство (ПТСТР) Posttraumatic Stress Disorder**	3.754 (1.744)	0.000 (0.000)	3.754 (1.744)	30.825 (16.146)	31.736 (15.888)	7.442 (6.973)	7.442 (6.973)	39.177 (15.569)
	Всички тревожни разстройства**	5.454 (1.377)	1.651 (1.008)	6.532 (1.659)	17.614 (3.186)	20.224 (3.089)	1.094 (1.166)	1.158 (1.172)	21.382 (3.588)
Афективни р-ва	Рекурентно депресивно разстройство*	11.519 (4.145)	2.651 (1.282)	11.943 (4.017)	27.325 (4.797)	32.327 (3.798)	0.194 (0.193)	0.387 (0.274)	32.714 (3.786)
	Дистимия*	16.050 (6.489)	3.591 (3.445)	16.050 (6.489)	38.410 (8.024)	43.438 (7.928)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	43.438 (7.928)
	Биполлярно афективно разстройство (БАР)*	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	Всички афективни разстройства*	10.400 (3.752)	2.393 (1.167)	10.782 (3.641)	26.882 (4.270)	31.399 (3.389)	0.175 (0.174)	0.349 (0.247)	31.748 (3.380)
Зависимости	Вредна употреба на алкохол*	2.231 (2.267)	0.000 (0.000)	2.231 (2.267)	0.987 (0.995)	3.218 (2.497)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	3.218 (2.497)
	Вредна употреба на алкохол със зависимост*	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	Вредна употреба на ПАВ**	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	Вредна употреба на ПАВ със зависимост**	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	Всички злоупотреби с вещества**	2.351 (2.330)	0.000 (0.000)	2.351 (2.330)	1.596 (1.614)	3.947 (2.837)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	3.947 (2.837)
Composite	Общо разстройства за извадката**	5.582 (1.252)	1.285 (0.736)	6.357 (1.194)	16.848 (2.461)	19.700 (2.406)	0.945 (0.845)	0.991 (0.848)	20.691 (2.709)
	Без заболяване**	0.586 (0.203)	0.197 (0.121)	0.749 (0.257)	3.039 (0.416)	3.623 (0.540)	0.096 (0.062)	0.125 (0.069)	3.748 (0.559)
	Общо за Част 2 от извадката**	1.129 (0.186)	0.316 (0.146)	1.358 (0.237)	4.539 (0.490)	5.370 (0.622)	0.188 (0.105)	0.219 (0.128)	5.589 (0.645)

Стойностите са проценти със стандартната грешка дадена в скобите

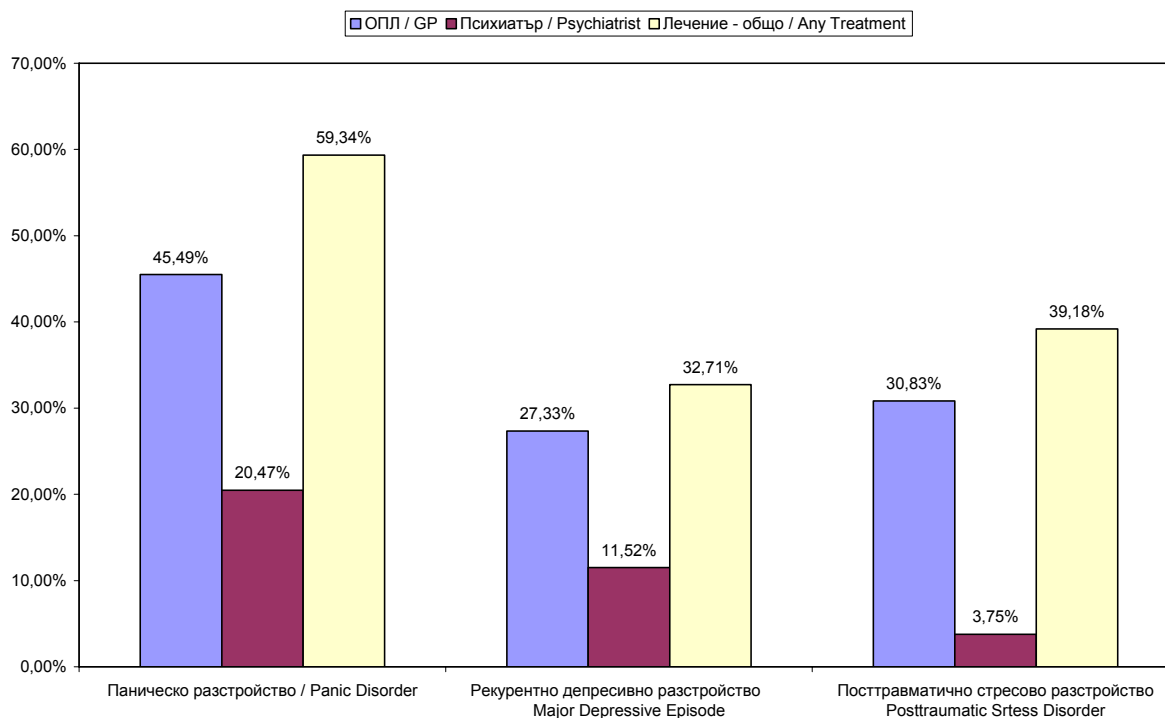
Част 1 големина на извадката = 5318; Част 2 големина на извадката = 2233

* Изчислени на база Част 1 от извадката, претеглена

**Изчислени на база Част 2 от извадката, претеглена

От Таблица 1 се вижда, че от всички респонденти, които са имали някакво често психично разстройство през 12-месечния период преди интервюто, помощ са получили 20,69%. При 19,7% от тях тя е била медицинска: при 16,85% от общ лекар, при 5,58% от психиатър. Интересен факт е, че 3,75% от хората без заболяване, покриващо критериите на изследването също са търсили медицинска помощ по повод на свързани с психиката проблеми. Най-често медицинско лечение получават хората с паническо разстройство - 59,34%, следвани от тези с Дистимия 43,44% и тези с депресивен епизод - 32,33% и с пост-травматично стресово разстройство - 31,74%. Два-три пъти по-рядко лечение получават хората с генерализирана тревожност (17,73%) и фобии (14,32%). Хората с разстройства от употреба на субстанции през 12-те месеца предхождащи интервюто получават грижи само в 3,95% от случаите (2.35% от психиатър). Най-често се срещат с психиатър хората с Паническо разстройство 20,47% и тези Генерализирана тревожност - 11,78% и с Рекурентно депресивно разстройство 11,52%.

Немедицински услуги се ползват сравнително рядко - 0,99%. Най-много от хората с Посттравматично стресово разстройство (ПТСР) - 7,44%. Показателен факт за разпознаваемостта на тази диагноза в България е, че от същата група хора само 3,75% са получили квалифицирана психиатрична помощ (Фигура 1).



Фигура 1: Честота на търсене на лекарска помощ от хора страдащи от чести психични разстройства.

4.2 Минимално адекватно лечение

Таблица 2 дава известна яснота за чести психични разстройства, получили минимално адекватно лечение - МАЛ (*т.е. получилите ≥ 2 посещения в подходящ сектор или такива, които са в процес на лечение по време на интервюто*) през 12^{-те} месеца преди интервюирането. Случаите са разделени само по групи, а не по конкретни нозологични единици. Само 53,2% от боледуващите са получили МАЛ. От тях 51,7% са били с афективно заболяване, а 55,6% с някакъв вид тревожно разстройство. Данните категорично показват, че около 53% от хората със симптоми (от изследваната група разстройства) получават МАЛ от личния лекар – от тях повечето са с тревожни с-ми (~59%) и по-малко (~44%) с афективни. Със сигурност през последната година преди интервюто около 47% от страдащите от **Периодична депресия** са потърсили помощ от общо практикуващ лекар, а около 54,7% от случаите са получили минимално адекватно лечение-МАЛ. Информацията за здравните грижи категорично сочи, че само 55,3% от

хората с **Периодична депресия** са получили такава помощ през последната година преди интервюирането (данните не са включени в таблицата, но са на разположение при авторите в НЦООЗ). Няма достатъчно информация за минималното адекватно лечение предложено от психично - здравните специалисти. Любопитен е фактът, че хора (46%) без заболяване са получили МАЛ през последната година преди интервюто.

Таблица 2. Годишна обръщаемост по повод на чести психични разстройства в България. Процент на хората с психични разстройства, получили минимално адекватно професионално лечение.

Table 2. 12 Month Service Usage in Bulgaria
Percent Getting Minimally Adequate Treatment Among People Seeing Professionals

Психично разстройство	Психиатър	Друга психично-здравна грижа	Психично-здравна грижа - общо	Общомедицинска грижа	Здравна грижа - общо	Социални услуги	Нездравна грижа - общо	Лечение - общо
Всички тревожни разстройства**	- (-)	- (-)	- (-)	58.704 (9.150)	58.879 (8.968)	- (-)	- (-)	55.690 (9.115)
Всички афективни разстройства*	- (-)	- (-)	- (-)	44.274 (9.753)	52.289 (10.638)	- (-)	- (-)	51.714 (10.556)
Всички злоупотреби с вещества**	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Общо разстройства за извадката**	- (-)	- (-)	- (-)	52.910 (8.510)	55.923 (7.996)	- (-)	- (-)	53.245 (7.938)
Без заболяване**	- (-)	- (-)	- (-)	40.565 (8.333)	46.486 (7.286)	- (-)	- (-)	46.154 (7.332)
Общо за Част 2 от извадката**	84.855 (7.563)	- (-)	85.292 (6.301)	45.543 (0.490)	50.248 (5.380)	- (-)	- (-)	49.006 (5.354)

Стойностите са проценти със стандартната грешка дадена в скобите

Част 1 големина на извадката = 5318; Част 2 големина на извадката = 2233

* Изчислени на база Част 1 от извадката, претеглена

* *Изчислени на база Част 2 от извадката, претеглена

Вероятностите за получаване на минимално адекватно лечение са най-високи в сектора на общата медицинска практика.

4.3.Социодемографски предиктори за лечението

Нелекуваните случаи, нуждаещи се от терапия, които в най-малка степен получават някакви здравни грижи са възрастните хора - над 65 г, хората с висше образование, никога сключвали брак и мъжете (Таблица 3).

Таблица 3. Годишна обръщаемост по повод на чести психични разстройства в България. Социодемографски и диагностични предиктори за получено каквото и да е лечение и за получено минимално адекватно лечение.

Предиктори	Категории	Каквото и да е лечение през последните 12 месеца	Минимално адекватно лечение през последните 12 месеца
Възраст	18-34	1.0 (0.3, 3.0)	0.1 (0.0, 0.8) ¥
	35-49	1.9 (1.0, 3.7) ¥	0.8 (0.1, 3.8)
	50-64	2.6 (1.1, 6.1) ¥	0.8 (0.2, 3.3)
	65+ §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 3 df = 8.6, P-Value = .035	Wald-Chi 3 df = 5.3, P-Value = .152
Всички тревожни разстройства	Да	1.4 (0.7, 2.7)	2.9 (0.4, 19.5)
	Не §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 1 df = 0.9, P-Value = .344	Wald-Chi 1 df = 1.3, P-Value = .257
Всички афективни разстройства	Да	2.6 (1.5, 4.4) ¥	1.4 (0.4, 5.7)
	Не §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 1 df = 12.6, P-Value = .000	Wald-Chi 1 df = 0.3, P-Value = .584
Всички зависимости	Да	0.2 (0.0, 1.7)	3.7 (0.1, 113.6)
	Не §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 1 df = 2.3, P-Value = .132	Wald-Chi 1 df = 0.6, P-Value = .432
Години прекарани в обучение	0-11 г.	9.1 (2.4, 34.1) ¥	1.1 (0.1, 12.5)
	12 г.	3.0 (1.2, 7.4) ¥	2.9 (0.3, 26.4)
	13-15 г.	4.3 (1.4, 13.6) ¥	0.9 (0.1, 6.2)
	16 и повече години §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 3 df = 11.8, P-Value = .008	Wald-Chi 3 df = 4.4, P-Value = .221
Доход	Нисък	1.7 (0.6, 4.5)	1.2 (0.0, 59.8)
	Среден	0.7 (0.2, 2.4)	4.6 (0.2, 141.6)
	Средно висок	2.1 (0.8, 5.6)	3.7 (0.1, 205.7)
	Висок §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 3 df = 9.5, P-Value = .024	Wald-Chi 3 df = 5.3, P-Value = .151
Семейно положение	Никога семеен	0.7 (0.2, 2.4)	0.2 (0.0, 1.9)
	Разделен/Вдовец/Разведен	1.3 (0.6, 2.8)	0.2 (0.0, 1.0) ¥
	Семеен/Съжителство §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 2 df = 1.1, P-Value = .563	Wald-Chi 2 df = 4.6, P-Value = .098
Пол	Мъж	0.8 (0.3, 1.9)	0.5 (0.1, 2.4)
	Жена §	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
	Overall Test of Effect	Wald-Chi 1 df = 0.4, P-Value = .521	Wald-Chi 1 df = 0.8, P-Value = .374

§ - референтна група ¥ - сигнификантна разлика, P=0.05

След проследяване на наличието на всички индивидуални 12-месечни разстройства, получаването на каквото и да е лечение **сигнификантно** е свързано с хора на средна възраст – от 35 г. до 64 години, от женски пол, с ниско образование и имащи партньорска връзка. Сред тези, които са получили някакво лечение, социодемографските променливи на получилите минимално адекватно лечение в един от секторите на психичноздравните грижи корелират в значителна степен с пациенти

извън възрастовата група 18-34 години, които са семейни. В най-малка степен получават никакви здравни грижи възрастните хора над 65 г. Най-много лечение получават хората между 50-64 г. и 35-49 г. Най-често получават каквото и да е лечение хората с ниско образование (0-11 г. прекарани в обучение – 9 пъти по-вероятно от хората с висше образование), следвани от хората с полувисше (13-15 г. прекарани в обучение – 4.3 по-вероятно) и хората със средно образование (12 г. прекарани в обучение – 3.0 пъти по-голяма вероятност). При групата на разделените по различни причини (разделен, вдовец, разведен) е 1.3 пъти по-вероятно да потърсят каквото и да е лечение, но пък при тези които са потърсили подобни начални грижи статистически значимата вероятност да не продължат с минимално адекватно лечение е 5 пъти по-голяма.

5. ИЗВОДИ

Най-често медицинско лечение получават хората с паническо разстройство (59,3%). Тази група получава най-често и психиатрична помощ (20,4% от случаите). Въпреки че немедицинска помощ се ползва рядко (0,99%), от хората които получават тези услуги, най-често са случаите с посттравматично стресово разстройство - ПТСР (7,44%). Изследването ЕПИБУЛ за първи път дава достоверни данни за болестността от ПТСР в България (9). Това разстройство не се диагностицира и респективно не получава професионално лечение (годишната обръщаемост на хора с ПТСР към общопрактикуващ лекар е 31,7%, а към психиатър само 3,7%. От получените данни се вижда, че зависимостите (в частност злоупотребата и зависимостта към алкохол), са фактор намаляващ търсенето на здравни услуги. Само 3,95% от злоупотребяващите с вещества са получили лечение през последната година преди интервюто. Тази цифра е почти равна на процента (3,75%) на хората без заболяване, които са получили също лечение за проблеми с психиката си. Това от една страна означава, че хората злоупотребяващи с вещества не осъзнават проблема си, а от друга че не знаят къде и как да получат помощ. По отношение на въведената тук терминология минимално адекватно лечение (МАЛ), вероятността за получаването му са най-високи в сектора на общата медицинска практика. Получаване на МАЛ от хора без заболяване (46,1% от обръналите се към здравен специалист) повдига въпросът за компетентността при предлагане на минимална терапия или е феномен на свръх предлагане на медицинска услуга. Друга възможност е липсата на супервизия при предлагането на здравни услуги, разкриващо организационен дефект на системата.

Резултатите от изследването, касаещи социодемографските предиктори за използване на психичноздравни услуги, като цяло показват, че при уязвимите групи по-често е налице риск от недостатъчно лечение. По-ниският дял сред възрастните хора може би се дължи на по-силно възприеманата стигма на психичните заболявания сред хората в този възрастов спектър, както и на недостатъчната наличност на специализирани психиатрични услуги за тях. Прави силно впечатление обаче, че хората над 65 г, получили някакво лечение е 10 пъти по-вероятно да получат минимално адекватно лечение в сравнение с младите хора (18-34 г.). Това показва липсата на консистентност и последователност на системните психичноздравни интервенции при младите хора. Приемайки групата на респондентите без болест за контрола, от всички чести психични разстройства най-голяма сигнификантна вероятност да се получи някакво лечение има при хората с афективни разстройства (2,6 пъти). Това показва, че афективното разстройство се разпознава от засегнатия и се търси някаква помощ. След първата среща с някакъв професионалист обаче не следва задължително провеждането на минимално адекватно лечение и често интервенцията остава единична. Валидна в рамките на извадката е тенденцията хората с тревожни разстройства едва 1.4 пъти по-често да търсят каквото и да е лечение, в сравнение с респондентите без заболяване. Така голяма част от тревожните разстройства остават неразпознати, но ако все пак лечението започне, вероятността то да прерасне в минимално адекватно лечение е 2,9 пъти. Зависимостите много рядко получават лечение – в рамките на извадката едва една пета от респондентите, имащи нужда от лечение получават някакво лечение, но ако подобно лечение започне, то е 3,7 пъти по-вероятно то да бъде адекватно. Най-рядко в рамките на извадката се обръщат за каквото и да е лечение хората с висше образование. Това може да се интерпретира като страх от стигматизация поради боледуването, изпитване на срам и страх от разкриване пред околните, които спъват търсенето и получаването на помощ. Поведението на хората от групата с основно образование, която най-често получава каквото и да е помощ (9.1 пъти вероятност), след което обаче в много малка степен следва минимално адекватно лечение (1.1 пъти вероятност) може да бъде интерпретирано като активни контакти с различни професионалисти от първичната мрежа, но без устойчивост на контакта и без подкрепата от психичноздравен специалист. Налице е и тенденцията, хората със средно образование, които имат някакво често психично разстройство да получават най-често минимално адекватно лечение (2.9 пъти по-голяма вероятност в сравнение с всички други образователни групи). По отношение на доходите не се откриват

статистически значими разлики, но в рамките на извадката прави впечатление, че ако започне каквото и да е лечение, хората със средни и средно високи доходи, го продължават, като вероятността да получат минимално адекватни грижи в сравнение с хората с ниски и високи доходи е 4 пъти по-голяма. Този резултат разкрива групата на хората със средни и средно високи доходи като сравнително по-адекватна в подхода си за решаване на актуалното си страдание по некомплицирани и адекватен начин.

Разделените по различни причини респонденти (разделен, вдовец, разведен) в рамките на извадката, 1.3 пъти по-вероятно да потърсят каквото и да е лечение, но е статистически значим фактът, че потърсилите подобни начални грижи след това е 5 пъти по-вероятно да не продължат с минимално адекватните такива, тоест много вероятно е лечението да прекъсне и да не бъде консистентно. Това извежда на преден план риска от социална изолация и самота като главен фактор за неполучаването на минимално адекватни психичноздравни грижи. Тенденцията в рамките на извадката жените два пъти по-често да получават минимални адекватни грижи в сравнение с мъжете, както и че по-често да получават каквото и да е лечение, вероятно показва по-ниския праг на готовност при жените да признаят, че имат проблем и да потърсят помощ. Мъжете са по-склонни да не признават проблема, като по този начин намаляват с два пъти възможността за интервенции и получаване на минимално адекватно лечение.

Конфликт на интереси: Авторите декларират липсата на конфликт на интереси по време на целия процес на изследването

Допълнителна информация: Това изследване е част от Националната програма за психично здраве на гражданите на Република България 2001-2005, финансирана от Министерството на здравеопазването и ръководена от Националния център по опазване на общественото здраве.

Благодарности: Авторите изказват благодарност на екипа на Центъра за събиране и анализ на данните на Световното психиатрично изследване за предоставения инструментариум, подкрепа и консултации по време на полевата работа и анализа на данните. Специални благодарности на Алисън Хофнагл, Нанси Сампсън и Рон Кеслер от Университета Харвард за непрекъснатата подкрепа по време на целия процес на събиране, обработка и анализиране на данните от това изследване.

Библиография

1. Иванов Л, Хинков Хр, Зарков З, Околийски М, Броцилов А. Методологична оценка на проведено национално представително епидемиологично проучване на чести психични разстройства в България 2003-2007г. „Българско списание за обществено здраве” 2009; 2: 78-87
2. Томов Т, Хинков Хр, Зарков З, Младенова М, Василев С, Околийски М. Национално представително епидемиологично проучване на чести психични разстройства в България (2002-2006): Инструменти, методика, провеждане и оценка. „Социална Медицина” 2008; 4: 16-21
3. Kessler RC, Ustun B. 2004. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13: 93 –121.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593-602
5. First MB, Spitzer RL, Gibbon, M, Williams B. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometric Research Department; 1995
6. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Internat Clinical Psychopharmacology*; 1996; 11 (suppl 3): 89-95
7. Wang, P.S., Lane, M., Kessler, R.C., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B.. Twelve-month use of mental health services in the U.S.: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry* 2005; 62(6), 629-640.
8. *SUDAAN: Professional Software for Survey Data Analysis* (computer program). Version 8.0.1. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 2002
9. Околийски М, Зарков З, Броцилов А, Хинков Хр, Наков В, Динолова Р, Димитров П, Томов Т. 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” 2010; 2: 2-13