

Обращаемост към психичноздравни професионалисти в България. Резултати от епидемиологичното проучване ЕПИБУЛ 2003-2007.

(Основните данни от настоящата публикация бяха представени на XI Конференция на Сдружение
"Колегиум Частна Психиатрия" 1.X.2011г., София)

*Захари Зарков, Михаил Околийски
Сектор „Психично здраве”
Национален център по обществено здраве и анализи*

Резюме

Настоящата статия представя потреблението на психично-здравни услуги в България, по вида на заболяването и сектора предлагащ услугите. Използвани са резултати от изследването ЕПИБУЛ. Проучването е национално, представително за България и обхваща 5318 респонденти над 18г., за периода 2003-2007г. Прилагани са диагностичните инструменти DSM IV и CIDI 3.0. 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. За първи път се въвежда терминът 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

ВЪВЕДЕНИЕ

Обществено-здравния подход към психичното здраве разграничава психичните разстройства на “тежки” и “чести”. “Тежки” са разстройствата, при които се налага професионална помощ не само по медицинска линия (лечение), а и по социална линия (живот с болестта). Тежките психични разстройства включват шизофрения, деменциите и умствената изостаналост. “Чести” са психичните разстройства, които отнемат благополучието на индивида за относително кратък срок от време – обикновено месеци. Засягат активната част популацията и са най-често последица от стреса. Представената тук 12-месечна болестност включва: Афективни разстройства (БАР тип I и II, 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.

В България, психиатричната помощ се осъществява по 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, ДКЦ и Многопрофилни болници. Настоящият доклад представя и коментира обслужването/обращаемостта на респонденти с регистрирани симптоми през последните 12 месеца преди интервюирането им, както и терапия през 12-те месеца преди интервюто. Разпределението е направено по вида на заболяването и сектора предлагащ услугите. Разгледани са средния брой посещения и частта, получили минимално адекватно лечение (МАЛ), въз основа на доказателствени методи. Накрая, са разгледани социодемографските предпоставки за търсене на помощ и адекватността на полученото лечение.

МЕТОДИ

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 на 5318 респонденти (при обем на извадката 6300 домакинства) за периода 2003-2007 год. Отзивчивостта на респондентите (Response Rate) е 72%. Изследването е финансирано от МЗ, осъществено е от анкетърската мрежа на НЦИОМ, под управлението и координацията на Националния Център за Опазване на Общественото Здраве гр.София (1,2).

2. Мерки

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. 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)(4). 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.*

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 групи:

- 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, неспоменаван 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**.

3. Минимално адекватно лечение (5)

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 биполарните 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. 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 отговарят на изискванията, въпреки че са били в началния стадий на адекватно лечение¹.

4. Социодемографски предиктори

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

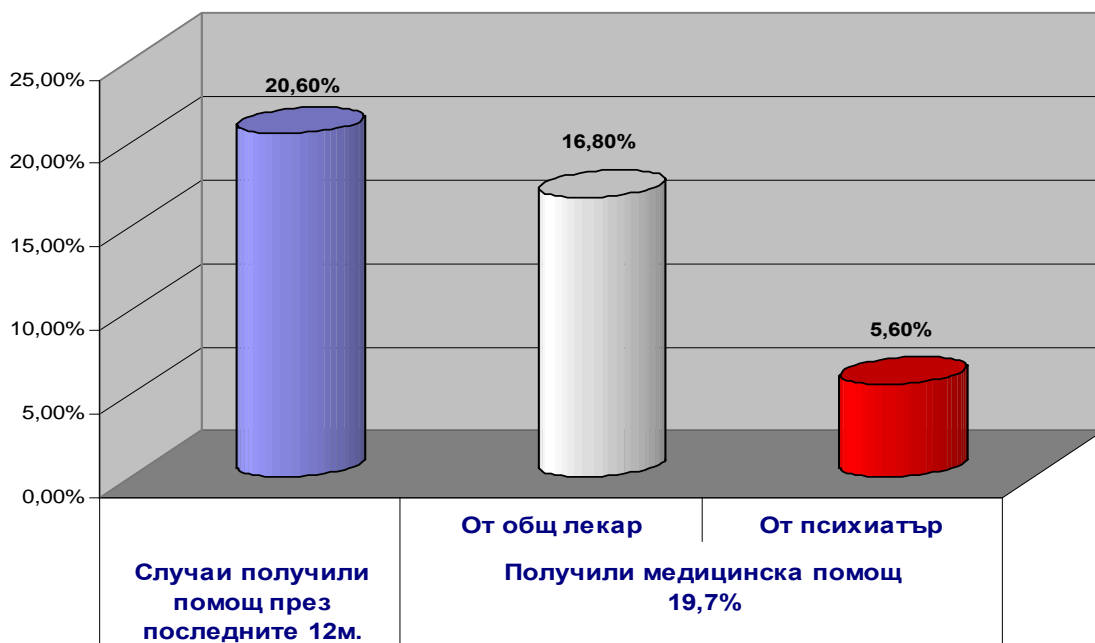
АНАЛИЗ и ОБСЪЖДАНЕ

От всички хора, които са имали симптоми (от изследваните разстройства) през 12 - месечния период преди интервюто, помощ са получили 20.6 % (Фиг. 1). При 19.7% от тях

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

тя е била медицинска: при 16.8% от общ лекар, а 5.6% 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 се срещат с психиатър хората с Паническо разстройство (20,47% от случаите), следват случаите на 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 (6,7).

Фигура 1. Годишна обрцаемост по повод често психично разстройство в България



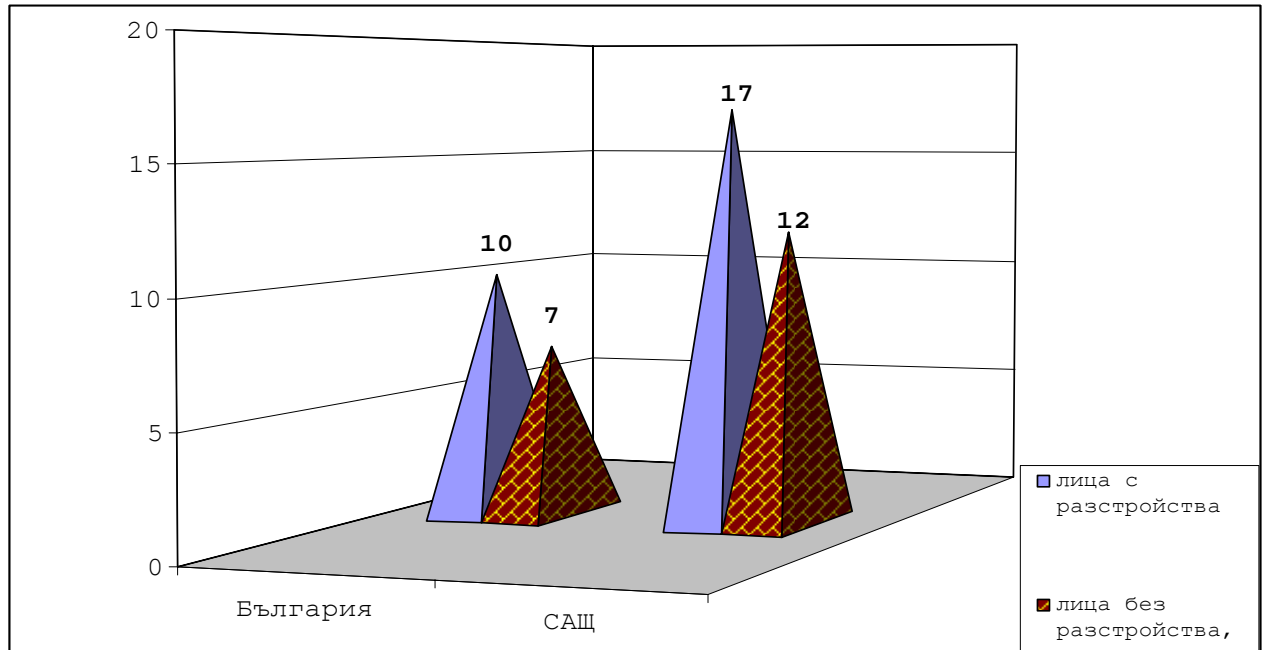
Само 53,2% от боледувашите са получили МАЛ. От тях 51,7% са били с афективно заболяване, а 55,6% с някакъв вид тревожно разстройство. Данните категорично показват, че около 53% от хората със симптоми (от изследваната група разстройства) получават МАЛ от личния лекар – от тях повечето са с тревожни с-ми (~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 илюстрирани на фигурата, но са на разположение при авторите в НЦОЗА). 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.

Средният брой на посещенията при лекар през 12-те месеца предхождащи интервюто е 10.3 при лицата с разстройства и 7.3 при лицата без разстройства, но мислили, че имат разстройство и отишли на лекар (Фиг. 2). Съответните стойности за САЩ са 16.9 и 11.6. Медианата на визитите е много по-малка от средната стойност: съответно 1.8 и 1.5, което

означава, че сравнително малък брой пациенти правят непропорционално много прегледи. Адекватно лечение (дефинирано като поне 2 посещения, от които 1 за диагноза и 1 или повече за лечение в рамките на един епизод на боледуване) у нас са получили 30.4%, в САЩ – 47.8% (8).


Фигура 2. Сравнителна характеристика (между България и САЩ) на потърсилите помощ лица, през 12 месечния период преди интервюирането им



В по-нови проучвания, свързани с потреблението на психично-здравни услуги - Евробарометър за „Психично здраве” от 2010г., са застъпени следните изследователски теми (9):

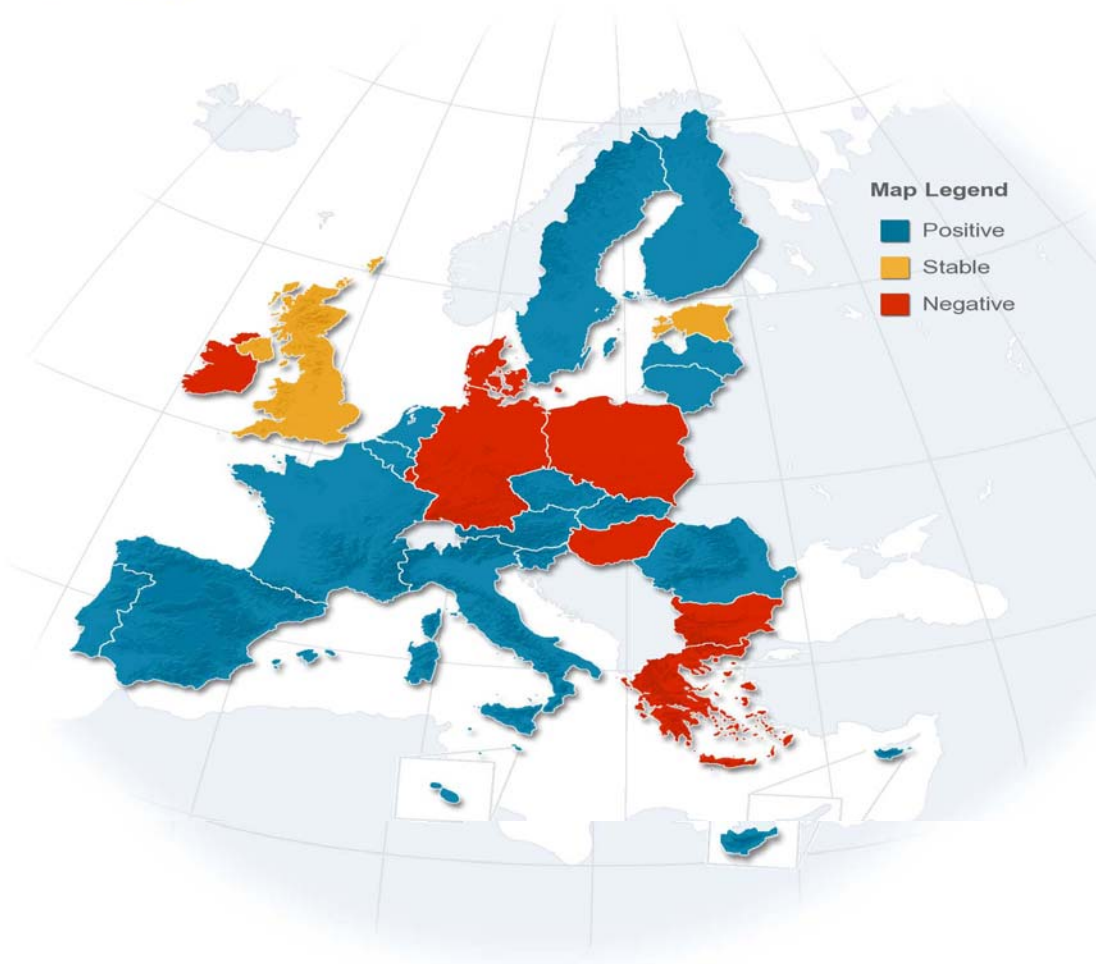
- Състояние на психично-здравното благополучие
- Ниво на сигурност и комфорт на работното място
- **Обслужване и лечение** (Фиг. 3)
- Нагласи към хора с психична болест

Фигура 3. Данни за психичното здраве в страните членки на ЕС през 2010 г. – стари членки (ЕС15) и нови членки (ЕС12) с 26 800 респонденти, проведено за периода февруари - март 2010г. и публикувано през октомври 2010г.

 ES	17%	+7
 LV	17%	+7
 BE	18%	+6
 PT	21%	+5
 MT	14%	+5
 RO	35%	+5
 SE	17%	+4
 CY	14%	+4
 FI	14%	+4
 LT	19%	+3
 FR	17%	+3
 CZ	15%	+2
 EU27	15%	+2
 IT	14%	+2
 SK	20%	+2
 SI	12%	+1
 NL	18%	+1
 AT	16%	+1
 EE	17%	=
 UK	12%	=
 HU	12%	-1
 DK	16%	-1
 IE	12%	-2
 PL	9%	-2
 DE	12%	-2
 EL	7%	-6
 LU	14%	-8
 BG	6%	-10

Question: QD4. In the last 12 months, did you seek help from a professional because of a psychological or emotion problem? (IF YES) Indicate who in the following list.

Answers: Total 'yes'



Резултатите показват остра нужда от въвеждане на нови програми от грижи, инвестиции на средства и усилия за борба със стигматизацията и дискриминацията на хора с психични заболявания. Само **6%** от анкетираните българи са търсили помощ от професионалист през последните 12 месеца по повод психичен проблем спрямо средното 15% за ЕС. Това ниво на обслужване в България е претърпяло **най-голямо понижаване** от всички страни в Европа от 2006 г. насам (**-10 процентни пункта**). За сравнение Гърция (-6 пункта) и Люксембург (-8 пункта). Тези резултати показват, че в България има много висока скрита

болестност от психични разстройства и не само нетърсене, а и отлив от търсенето на психично-здравна помощ при криза, което е доказателство за разминаване между предоставяните услуги и реалната потребност от тях.

Връщайки се към нашето изследване, ще разгледаме социодемографските предиктори за започване на лечение. Обработката на информацията в тази посока даде следните резултати (6):

- 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.**
- Най-често, каквото и да е лечение получават хора на средна възраст – от 35 г. до 64 години, от женски пол, с ниско образование и имащи партньорска връзка (данните са сигнификантни за българската популация).
- Най-рядко в рамките на извадката, се обръщат за каквото и да е лечение хората с висше образование.
- 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.

ИЗВОДИ

I. Най-често медицинско лечение получават хората с паническо разстройство (~59% от случаите). ЕПИБУЛ за първи път дава достоверни данни за болестността от ПТСР в България (10). Разстройството не се диагностицира и респективно не получава професионално лечение (годишната обращаемост на хора с ПТСР към общопрактикуващ лекар е 31,7%, а към психиатър само 3,7% (6). **Вероятността за получаването на минимално адекватно лечение най-висока в сектора на общата медицинска практика.** Получаване на МАЛ от хора без заболяване (46,1% от обърналите 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.

II. Приемайки групата на респондентите без болест за контрола, от всички чести психични разстройства 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; 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. Ниското образование, ниските доходи и липсата на социално вграждане са главни фактори 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.

III. В България е налице **високо ниво на скрита болестност** от психични разстройства и разминаване между предоставяните услуги и реалната потребност от тях. Високите нива на **стигматизация** възпрепятстват търсенето и получаването на помощ. За първи път в България е възможно стъпките и съдържанието на политиката в областта на психичното здраве да бъде изградена и осъществена на базата на **валидни научни данни** с участието на мултидисциплинарен екип от специалисти. Необходима е активна работа между представители на БПА, НЗОК, МЗ, МТСП, АСП, АХУ и НПО за съобразяване на действията в областта на психичното здраве с потребностите на различните заинтересовани групи (6).

Книгопис

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” ISSN 1313 – 6461, 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” ISSN 1310 – 1757, 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. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability.
Internat Clinical Psychopharmacology; 1996; 11 (suppl 3): 89-95
5. 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.
6. Зарков, З, Околийски М, Броцилов А, Хинков Хр, Наков В, Динолова Р, Димитров П.
Дванадесетмесечно потребление на психично-здравни услуги в България
„Социална медицина” ISSN 1310 – 1757, 2011; 1: 9-14

7. Зарков, З, Динолова, Р,. Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007) – болестност, социодемографски корелати, обслужване и сравнителни характеристики с данни от други европейски страни. Сборник доклади от научна конференция «ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕЗ 21 ВЕК – РЕАЛНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВИ», гр. Плевен; 2010; ISBN 978-954-756-099-4; Vol. II: 552-555

8. Хинков, Хр. Психично-здравни услуги в България – обръщаемост, достъпност, ефективност; АВТОРЕФЕРАТ за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“; НЦООЗ, София; 2011; 21-22

9. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf

10. 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“ ISSN 1313 – 6461, 2010; 2: 2-13