

**НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
И АНАЛИЗИ**

Д-р Захари Николов Зарков

**Честите психични разстройства и тяхната
връзка с постигнатото ниво на образование в
българската популация**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „Доктор“

Научна специалност

„Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“

шифър 03.01.53

Научен ръководител:

проф. д-р Пламен Стоянов Димитров, дм

Научен консултант:

проф. д-р Тома Невенов Томов, дмн

Официални рецензенти:

доц. д-р Христо Хинков, дм
проф. Божимир Давидов, дмн

София, 2015 г.

Дисертационният труд е написан на 116 стандартни страници и е онагледен с 25 графики, 11 таблици и 2 фигури.

В труда са включени 3 приложения.

Библиографският списък съдържа 74 литературни източника, от които 13 на кирилица и 61 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и приет на научен колегиум на Дирекция „Функциониране на здравната система” и е предложен за защита.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 26.01.2015 г. в Националния Център по Обществено Здраве и Анализи 10 ет., 18 зала от 14.00 часа.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Научния съвет към НЦОЗА, както и на сайта на НЦОЗА:
<http://ncphp.government.bg>

СЪДЪРЖАНИЕ

I. Въведение 3

II. Цел, задачи, материали и методи на изследването 7

III. Анализ и обсъждане на резултатите 13

IV. Изводи и приноси 45

V. Публикации и доклади във връзка с дисертацията 47

Abstract 49

I. Въведение

Не е известно до каква степен психичните разстройства от тревожно-депресивния спектър, започнали по време на образованието, са свързани с предсрочно прекратяване на училищното или университетското обучение. Епидемиологията изследва факторите, които повлияват здравето и боледуването на отделни индивиди или популации. Данните от епидемиологичните проучвания служат като основа и аргумент за предприемане на интервенции в областта на общественото здраве, превантивната медицина и основаната на доказателства медицина. Епидемиологията се използва за идентифициране на рисковите фактори за заболяванията и за определяне на оптималния подход на лечение в клиничната практика. Създава се възможност да се измери дела на заболяванията сред цялата популация, който би могъл да бъде предотвратен, ако се елиминира действието на съответния рисков фактор, водещ или спомагащ за развитие на конкретно заболяване. Тази възможност се оценява с т. нар. Популационен атрибутивен риск (ПАР). Епидемиологичните проучвания в областта на психиатрията изследват влиянието на определени рискови фактори и взаимовръзките между „дозата и ефекта“ (броя и типа неблагоприятия, възрастта, в която са се случили, и корелациите на всеки от тези фактори с възникване на психични разстройства).

Цел на настоящия труд е да проучи връзката между наличието на психично разстройство и ниво на постигнатите успехи в образованието. Дисертацията използва епидемиологичен метод за изучаване на изследователските въпроси, които си поставя. Предоставят се данни за честотата, разпределението и тежестта на разстройствата. По този начин е възможно оценяването на социалната значимост на отделните разстройства, планиране на системите от услуги и необходимите финансови ресурси. Проследява се пожизнената болестност от чести психични разстройства. Настоящото дисертационно изследване използва базата данни на „Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България 2003-2007“ (известно още като „Изследване на здравето и стреса“ с абревиатурата „ЕПИБУЛ“). То е част от международното изследване „Световна инициатива за психично здраве“ (World Mental Health Survey Initiative) и прилага епидемиологични и статистически методи <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/index.php>.

СИПЗ е проведено в над 25 страни от цял свят. Като участие са взели държавни членки на СЗО от 6-те икономически региона на света. По време на българското проучване са интервюирани 5318 лица на възраст 18 и повече години в представителна извадка (от 6300 души) за страната. При изследването на респонденти от общото население анкетаторът интервюира човека не защото има симптоми в момента, а защото е случайно подбран за участник. Използван е въпросникът Съставно Международната Диагностика Интервю (CIDI 3.0), изследвано е наличието на 15 психични разстройства, според DSM-IV и МКБ 10. Идентифицирана е и началната възраст на появата им. Темата за боледуване от чести психични разстройства и прекъсване на образованието не е изследвана в българския контекст и би могла да отвори врати за интервенции по посока промоция на психичното здраве в училище и превенция на развитие на психични разстройства в юношеството и по време на университетското образование. Изследването е важно заради особените затруднения, които честите психични разстройства създават пред здравеопазването. Главното от тях е, че тяхната болестност е висока (между 10 и 30 % от общото население). Трудното разпознаване на разстройството затруднява засегнатите лица и техните близки, а търсенето на помощ от малкото, които са се разпознали като случаи, е най-често неуспешно поради липсата на подход в първичната медицинска помощ и поради трудния (стигматизиращ) достъп. Специално депресията, която през 1990г. е била четвъртата водеща причина за човешко страдание, икономически загуби, поради болест и разходи за здраве в света, през 2020г. се очаква да бъде първа.

Обществено здравен подход към психичните разстройства Чести психични разстройства (ЧПР)

Терминът „разстройство” се използва в цялата класификация на психичните заболявания, за да се избегнат проблеми, свързани с термин като „болест” и „заболяване”. „Разстройство” не е точен термин, но тук той се използва за обозначаване на клинично разпознаваеми симптоми или поведение, които в повечето случаи са свързани с дистрес и с нарушение на поведенческите функции винаги на личностово ниво и често на групово или социално ниво (МКБ 10, Глава V). Също така с този термин се намалява носещите висок стигматизиращ товар термини „психична болест” или „заболяване”.

Обществено здравният подход към психичното здраве разглежда 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). Имат хроничен ход и поради клиничното си естество водят до загуба на социални умения и някаква степен на инвалидизация. Терминът няма научен класификационен характер и се използва, за да се избегне ползването на диагнозата за обособяване на този кръг разстройства. Тежките психични разстройства включват шизофрения, биполарното разстройство с тежко протичане, деменциите, умствената изостаналост и тежко протичащи личностови разстройства. „Чести“ (преводът от английски на т.нар. “common mental disorders” като прилагателното *common* е по-скоро в смисъл на чест, обичаен, а не на обикновен) са психичните разстройства, които отнемат благополучието на индивида за относително кратък срок от време – обикновено месеци. Засягат активната част от популацията и са най-често последица от стреса. В близкото минало се наричаха невротични разстройства. В нашето проучване са заложен за изследване следните групи ЧПР:

- **Разстройства на тревожността** (паника, генерализирано тревожно разстройство, социална фобия, специфична фобия, агорафобия без паника, пост-травматично стресово разстройство и разстройство на сепарационна тревожност при възрастни);
- **Разстройства на настроението или афективни разстройства** (дистимия, депресивно разстройство и биполарно разстройство);
- **Разстройства в контрола над импулсите** (разстройство с противоположаване и предизвикателство, разстройство в поведението, разстройство с дефицит на вниманието при възрастни, интермитентно експлозивно разстройство);
- **Разстройства, свързани с употребата на психоактивни вещества** (злоупотреба с алкохол, зависимост от алкохол, злоупотреба с дроги, зависимост от дроги).

Групата на тревожните разстройства в МКБ 10, Глава V са в големия дял на НЕВРОТИЧНИТЕ, СВЪРЗАНИ СЪС СТРЕС И СОМАТО-ФОРМНИ РАЗСТРОЙСТВА F40 – F48. Тези три типа разстройства са обединени поради своята връзка с концепцията за неврозата и връзката на голяма част от тях с психологична причинност. При полеките разновидности на тези разстройства, които много често се наблюдават в първичната здравна помощ, смесицата от симптоми е

нещо обичайно (най-често е едновременно съществуване на тревожност и депресия).

Приблизително половината от всички психични разстройства (описани в много проучвания) започват от средата на тийнейджърската възраст и три четвърти от средата на 20-тата година. Късното начало е предимно свързано с вторични усложнения или заболявания. Тежки нарушения са обикновено предхождани от по - леки (продроми), които рядко привличат клинично внимание. Първа поява на психични разстройства обикновено се появява в детството или юношеството, въпреки че лечението се случва няколко години по-късно. Интервенциите в началото на зараждане на нарушения в психичното функциониране могат да помогнат за намаляване тежестта им и да се предотвратят вторични усложнения. Необходими са обаче допълнителни проучвания, за създаване на подходящи процедури за предсрочно откриване на зараждащи се случаи.

II. Цел, задачи, материали и методи на изследването

Настоящият дисертационен труд проучва наличието на корелации, между честите психични разстройства и неблагоприятията в образованието сред българската популация. Образоването е разделено на четири етапа, включващи покачващ се брой години преминали в учене: **Начално, Основно, Средно и Висше образование.**

Целта на настоящата дисертация е да провери следните хипотези:

- 1) Честите психични разстройства (ЧПР) оказват неблагоприятно влияние в процеса на обучението, водят до постигане на по-слаби резултати и до по-ниски степени на квалификация.
- 2) По-високо образованите са с по-голяма вероятност да развият често психично разстройство.

Дизайн на изследването

Инструмент на изследването - Съставно международно диагностично интервю (CIDI - Composite International Diagnostic Interview)

Мащабните изследвания са необходими, защото честотата на индивидуалните психични разстройства е ниска. Използването в тези из-

следвания на обучени психиатрични кадри не е възможно, защото те са недостатъчно на брой и трудът им е по-високо платен. Намерени са две решения за оценка на респондентите, които преодоляват тези ограничения. Първото е чрез дизайн в две стъпки: обикновени анкетъори прилагат скринингов въпросник към всички лица в извадката, а след това професионални психиатрични специалисти интервюират част от респондентите.

Вторият подход е чрез създаване и прилагане на напълно структурирани интервюта, които могат да бъдат използвани от обучени анкетъори без специална психиатрична квалификация. Това е подходът, използван в това изследване. Приложен е структуриран въпросник CIDI за поставяне на диагнози по МКБ 10 и DSM-IV. Включени са въпроси за симптоми и тяхното възникване и изчезване, за да се определи дали е имало психично разстройство по МКБ 10/DSM IV в определени периоди от време, например, в хода на живота на човека до датата на интервюто или през последните 12 месеца. В различните изследвания от последните години са използвани различни версии на WMH-CIDI.

За провеждане на българската част от Международното проучване на здравето и стреса 2002 (ISHS 2002) беше използвана печатната версия (PAPI – Paper and Pencil) на Съставното международно диагностично интервю (Composite International Diagnostic Interview - CIDI). Използвана е версия 3.0 (WMH-CIDI 3.0).

WMH-CIDI 3.0 е структуриран въпросник, който е подходящ за употреба от анкетъори, които не са специалисти в областта на психиатрията или медицината. Инструментът на изследването представлява подробно, напълно стандартизирано интервю за оценка на психичните разстройства и за поставяне на диагнози, в съответствие с дефинициите и критериите на Десетата ревизия на *Международна класификация на болестите* [МКБ-10 (СЗО, 1992-93)] и Четвъртата ревизия на *Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства* (DSM-IV) на Американската психиатрична асоциация (АПА, 1994). Въпросникът включва модул за скриниране и 39 други секции. Част от тях са фокусирани върху диагностицирането на различните психиатрични разстройства и състояния (22 секции), функционирането (4 секции), лечението и поведението свързано с търсене на специализирана помощ (2 секции), рисковите фактори, свързани с личността на човека (4 секции), социално-демографски фактори (6 секции) и административно-методологични фактори (2 секции). Тази структура на въпросника позволява широко диагностициране, изследване на годишната и пожизнената болестност, детайлна оценка на клиничната тежест, събиране на

информация за лечението, за рисковите фактори и последствията. Чрез въпросника се събира и информация за функционирането и симптоматиката през последния месец, предхождащ интервюто.

Изследването е фокусирано най-вече върху т. нар. чести психични разстройства.

С въпросникът се прави скрининг за личностови разстройства. Събира се информация за периодът на детството и юношеството и за свързаните с тази възраст разстройства - разстройство с дефицит на вниманието, разстройство с тревога от раздяла и разстройства на поведението, характерни за детската възраст.

Други модули оценяват суицидното поведение, използването на здравни услуги, хроничните соматични състояния, инвалидността, психологическия дистрес и последствията им през последната година (Табл. 1).

Табл. 1. Часту и раздели на WMH-CIDI 3.0

I. Модул „Скриниране”	
II. Модул „Диагностициране”	
III. Модул „Функциониране и соматично състояние”	Самоубийство, Функциониране през последните 30 дни, Симптоми през последните 30 дни, Соматични заболявания
IV. Модул „Лечение”	Поведение на използване на психично-здравни услуги, Фармакоепидемиология
V. Модул „Рискови фактори”	Личностови особености, Социални мрежи, Препитявания в детството, Семейно бреме
VI. Социално-демографски модул	Заетост, Доходи, Брак, Деца, Демографски данни за детството и за зрялата възраст
VII. Методично – административен модул	Инструменти за подбиране на дълго/кратко интервю, Наблюдения на интервюиращия

Събирането на информацията от горните седем модула прави възможно изследването, измерването и проследяването на:

- едномесечната, годишната и пожизнената болестност от чести психични болести (обща болестност и разделена по социално-демографски показатели);
- формите и начините, както и препятствията за ползване на здравни услуги от хората с психични разстройства;

- нивото на инвалидност, свързано с психични разстройства.

При изследването беше използвана дълга и кратка версия на въпросника. В кратката версия на въпросника е премахната частта от разделите, събиращи диагностична и социодемографска информация, както и информацията относно рисковите фактори. Липсва и разделът, събиращ информация за функционирането. С дългата версия на въпросника бяха интервюирани всички респонденти, които показаха наличие на психични симптоми (открити чрез първата секция «Скрининг»), а също така и 1/4 от хората, без такива симптоми, избрани на случаен принцип и служещи като контролна група (така се формира т.нар. *Част 2* от попълнените интервюта).

Описание на проведеното изследване

1. Извадка

Целевата популация бяха хората над 18 години, които живеят постоянно в семейни жилища (домакинства). Според изискванията за представителност на национално ниво, необходимият минимален брой интервюирани е 5000 души. Типичният дизайн в едно проучване от 5000 души е да се проведе интервюто с представителна извадка от 4500 индивиди и след това да се интервюират случайно избрани 500 души от партньорите на тези семейни респонденти. Беше изготвена представителна национална извадка с помощта на методика от три стъпки на вероятностен принцип на подбор на населени места и избирателни участъци.

При първата стъпка, беше получена извадка от 450 избирателни участъка, формирани на основата на Националния граждански регистър (всеки със средно 100 домакинства или около 500 жители). При втората стъпка бяха избрани по 14 домакинства от участък и един член на домакинство или общо 6300 лица с прогноза за отзивчивост към участие от 75 %, за да може да се получи извадката от 5000 респондента. Третата стъпка включваше избиране на случаен принцип на член от домакинството - за респондент, чрез статистически инструменти за рандомизация - таблица на Киш. Изследвани са домакинства, като са избегнати пациенти в институции, военни части или други, недомакински житейски среди. Минималният изискуем процент на отзивчивост на респондентите съгласно дизайна на изследването е 65%. Претеглянето на лицата окончателно влезли в българската извадка си постави за цел да доближи максимално извадката до общото население по пол, възраст и географско разпределение, с цел да се гарантира висока валидност на

резултатите. Методът за извършване на претеглянето е описан от Kessler RC et al.

2. Метод

Събирането на информацията се осъществи от анкетъорската мрежа на НЦИОМ. Професионални анкетъори преминаха курс в рамките на 1 седмица за работа с инструмента, воден от обучители, предварително придобили компетентност.

Обучението премина през две стъпки – теоретична и практическа.

Теоретичната част включваше лекции за спецификата на работа с психиатрични въпросници, важността на интервюиращия за мотивиране и осъществяване на среща с респондента, мотивиране за участие в проучването и като финал отговаряне на въпросите и финализиране на интервюто. Теоретичната част обучи анкетъорите на последователностите при кодиране на всяко осъществено интервю.

Практическата част от обучението беше запознаване с въпросника и работа в малки групи. Това включваше фактическо задаване на въпросите от инструмента, преминаване на разделите и осъществяване на преходи между модулите, според указанията от предварително осигурения „Наръчник на анкетъора“.

Интервюиращите бяха обучени на спецификите при прескачане на отделните секции при негативни отговори от скрининга или от конкретните диагностични или социодемографски части на интервюто. Обучени бяха над 60 анкетъора.

Попълването на въпросника ставаше най-често в дома на респондента. В хартиената версия на въпросника (РАРІ 2002) интервюиращите нанасяха отговорите „на ръка” с молив, за да има възможност за корекции при уточняване от респондентите. Продължителността на интервюто варира от 25 до 120 мин., в зависимост от отговорите, дадени по време на попълването на първия раздел „Скрининг”. Имаше възможност въпросникът да бъде попълнен в два последователни дни – според удобството и желанието да сътрудничат интервюираните. За постигане на точни отговори и/или при задаване на твърде лични въпроси, на респондентите бяха осигурявани и т.нар. „Наръчник на респондента“, където са отразени различни скали на български език (напр. Скалата на Sheehan за оценка на дисфункция, при установяване на симптоми от изследваните разстройства). Този помощен инструмент скъсяваше времето за провеждане на едно интервю и даваше възможност за квантификация на критериите.

Съобразно дизайна на проучването (World Mental Health Survey Initiative) в България бяха проведени 3 етапа (3 вълни), предшествани от пилотно изследване. Това беше направено съответно през годините 2003, 2004 и 2006.

След приключване на периода на работа на терен се пристъпи към пренасяне на данните от хартиените носители в електронен вид. Събраната по този начин база данни (БД) беше обработена с помощта на специализиран софтуер (програма Blaise). Софтуерът генерира база данни в SPSS и SAS формат.

От поканените 6300 лица за участие в интервюта, пълноценни интервюта бяха проведени с 4918 лица, които съставляват основната БД по изследването. Беше създадена и допълнителна БД, съставена от интервюта на 400 съпруги (или съпрузи) на попадналите в основната извадка лица. Общият брой пълноценни интервюта е 5318 (така е формирана т.нар. *Част 1* от попълнените интервюта). Отзивчивостта към изследването е 72,0 %.

Събраната, в резултат на провежданото почти пет години изследване, епидемиологична база данни съдържа многообразна информация за разпространението, вида и тежестта на боледуването от чести психични разстройства.

3. Статистически методи за анализ

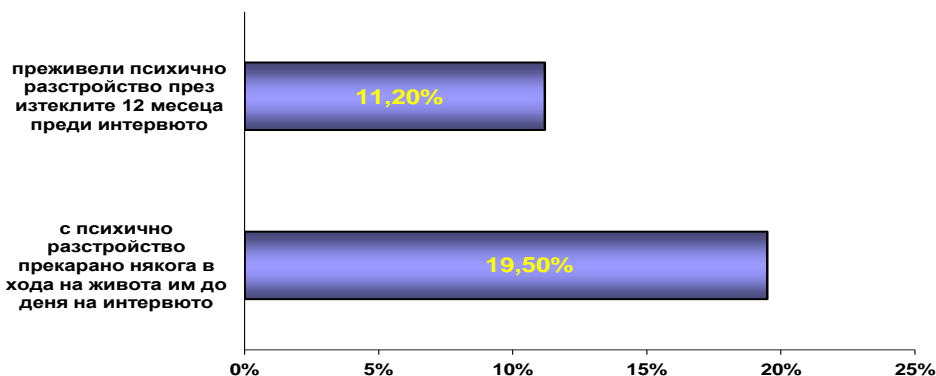
За да се изчислят стандартните отклонения в коефициентите на болестността и преживяемостта, е използван ред на Тейлър от софтуерния пакет SUDAAN.

Многомерният дисперсионен анализ на статистическата значимост е тестван с тест на Wald, в който се използват ковариационни матрици за оценяване на взаимната зависимост между коефициентите, по модела на реда на Тейлър. Стандартните отклонения в честотата на пожизнения риск са анализирани чрез метода Jackknife repeated replication (JRR), включен в пакета SAS macro. Всички тестове на статистическа значимост са двустранни и дават ниво 0.05. Логистични регресионни анализи са направени с цел да се провери съответствието между започване и развитие на психичните разстройства и предсрочно прекратяване на основно, средно или провал във висшето образование. Претегляни са рисковете за незапочване на висшето образование след диплома за средно образование. Направен е опит за оценка на завършено висше образование - без да е постигната истинска квалификация.

III. Анализ и обсъждане на резултатите

Болестността е различно голяма величина в зависимост от продължителността на периода от време, за който се изчислява: **19,5 %** от населението отговарят на критерия на DSM-IV за често срещано психично разстройство, прекарано някога в хода на живота им до деня на интервюто; **11,2 %** са преживели такова през изтеклите 12 месеца преди интервюто (Графика 1).

Граф. 1. Болестност от чести психични разстройства



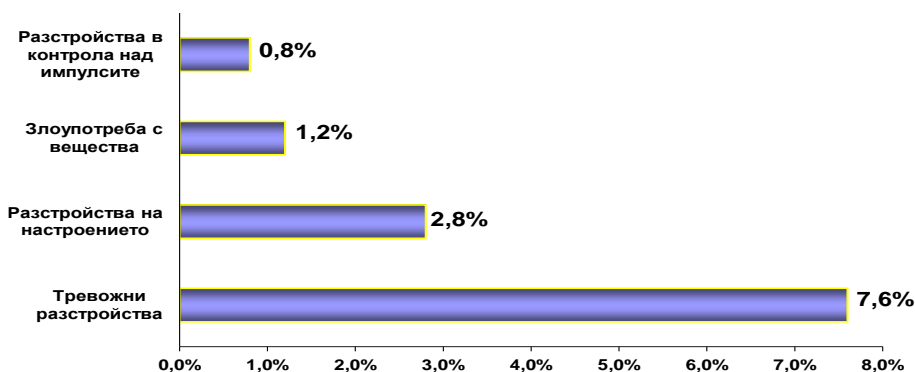
Годишна (12-месечна) болестност и тежест

За последните 12 месеца преди интервюто общата болестност от чести психични разстройства е 11,2%. Тревожните разстройства, прекарани през 12 месеца, предхождащи интервюто, са най-голямата група сред честите психични разстройства в България – 7,6%. На второ място е групата на разстройствата в настроението 2,8%, а на трето – групата на разстройствата вследствие употреба на субстанции (в почти всички случаи зависимост от алкохол) – 1,2% (Графика 2). Вътре в групите болестността от отделните разстройства варира широко. Прави впечатление липсата на зависимост към наркотични вещества. Коморбидността с 2 разстройства е 1,7% , с 3 разстройства е 0,6%.

Тежестта на психичните разстройства е разделена на три категории – тежки, средно тежки и леки. Респондентите са категоризирани като имащи тежко психично разстройство, ако са диагностицирани с 12 месечно биполарно разстройство, ако са имали суициден опит през последните 12 месеца и са имали каквато и да е релевантна диагноза през последните 12 месеца, ако са имали зависимост

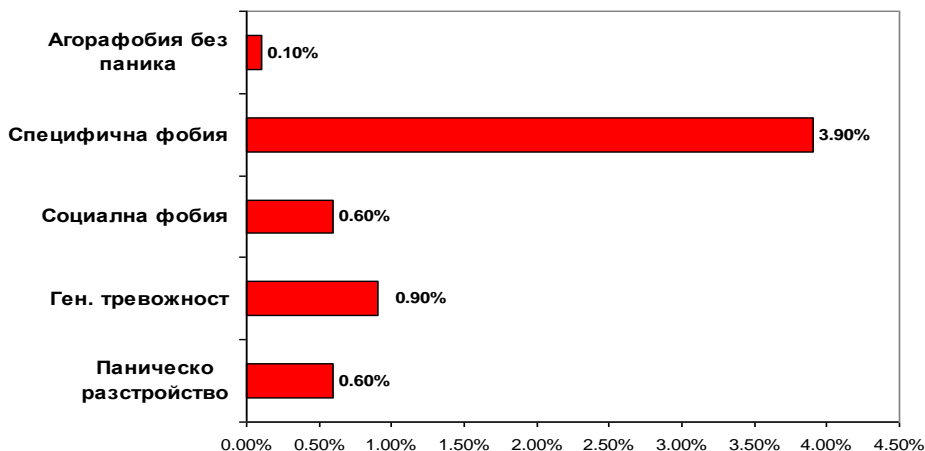
към вещества с физиологични симптоми или ако са имали повече от една диагноза за последните 12 месеца и висока степен на загуба на функции по скалите на Sheehan. Сред тези, които не са категоризирани като тежки, респондентите са определени като средно тежки ако са имали поне едно заболяване и средна степен на загуба на функции или са имали зависимост към вещества без физиологични белези. Останалите респонденти с всякакви 12 месечни заболявания са категоризирани като леки.

Граф. 2. Едногодишна болестност от често срещани психични разстройства в България

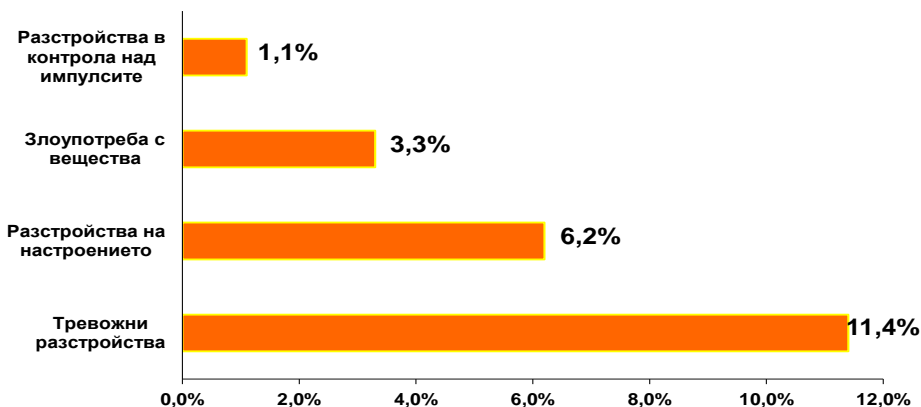


Изследваните лица, преживели разстройство в хода на 12-те месеца преди интервюто, са класифицирани в три нива на тежест според степента на увреждането: тежко (2,3%), средно (3,6%) и леко (5,4%). Най-разпространеното заболяване е Специфичната фобия (с 12 месечна болестност 3,9%) (Графика 3). Тя нарушава най-малко протичането на живота поради ниския процент тежки случаи (16,4%). Заболяванията, нарушаващи най-тежко протичането на живота са: Биполярното разстройство и зависимостта от алкохол, с 65,5% и 83,8% тежки случаи. Тежестта на случаите, при които има коморбидно разстройство е най-често тежка и средна.

Граф. 3. Едногодишна болестност от тревожни разстройства в България



Граф. 4. Разпределение на пожизнената болестност от чести психични разстройства по групи диагнози



Пожизнена болестност

Най-разпространено често психично разстройство е тревожното разстройство (11,4%), като групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13,2%) е най-засегната от него (Графика 4). Разстройствата на настроението (6,2%) са втората по разпространение болест, като най-често се срещат у хората над 65 години (9,1%).

Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (ПАВ) - 3,3%, е третата по разпространение група разстройство, като този процент е значително по-нисък от резултатите в други западноевропейски страни. Най-голяма е злоупотребата с вещества (най-често алкохол) сред лицата на възраст 18-34 години (4,4%). Употребата на алкохол (3,8%) при 35-49 годишните и 50-64 годишните също е значителен.

Тежестта на случаите, при които има коморбидно разстройство е най-често средна и тежка.

Социодемографски корелации и оценка на тежестта на разстройствата

Социодемографските фактори са изследвани по метода Discrete Time Survival Analysis, в които времето не се взема като постоянна променлива, а се разделя на категорийни единици, като за такава променлива единица в това изследване са взети годините на възрастта на човека. Тринадесет социодемографски предиктора, които се изменят с времето (напр. образование, семеен статус и др.), са взети като вариращи във времето променливи. Промените във влиянието на предикторите сред кохортите се изчисляват чрез включване на взаимодействието между предиктори и кохорта.

Тежест на разстройствата

Някои важни резултати в разработката се отнасят до тежестта на изследваните разстройства. Изследваните лица, преживели разстройство в хода на 12-те месеца преди интервюто, са класифицирани в три нива на тежест според степента на увреждането: тежко, умерено (средно) и леко. Във версията на CIDI 3.0, възприета за изследванията на WMH Consortium, въпросите за оценка на нарушенията са организирани около Скалите на Sheehan за оценка на дисфункцията/инвалидността (Sheehan Disability Scales). Тежестта на разстройствата при всеки отделен случай се определя на основата на съчетанието от клиничната принадлежност на разстройството и измерената дисфункция по горните скали.

Дванадесетмесечните случаи са класифицирани като *сериозни (тежки)*, ако са имали няколко от следните прояви: опит за самоубийство със сериозна суицидна умисъл; нетрудоспособност или значителни ограничения, основани на психични разстройства или разстройства, дължащи се на употреба на вещества; положителни данни за развитие

на неафективна психоза; биполярно разстройство тип I или II; зависимост от вещества със сериозна увреждаща роля (както е определено от специфични за болестта въпроси за увреждане); наличие на нарушение върху контрола над импулсите с повтарящо се сериозно насилие; или което и да е заболяване, което е довело до 30 или повече дни нетрудоспособност.

Случаи, които не са определени като сериозни (тежки) се определят като *умерени (средно тежки)*, ако са имали някои от следните прояви: план за самоубийство, или мисли; зависимост от вещества без сериозно увреждане; умерено ограничаване на работа поради психични разстройства или разстройства, дължащи се на употреба на вещества; или друго нарушение с умерено увреждаща роля в две или повече области според Скалата за оценка на увреждания на Sheehan.

Всички други случаи, са класифицирани като *леки*.

В България не съществува общоприета или въведена с нормативен акт методика или скала за определяне на степента на дисфункция, предизвиквана от различните психични разстройства. Ето защо в българската адаптация на CIDI 3.0 беше запазено определението за тежест, разработено за CIDI 3.0 версията на WMH Consortium.

Всички анкетирани от *Част 2*, на извадката 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 (напр. кардиолог, гинеколог, уролог и др.), 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 хомеопат). Направени са отделни оценки на видовете професионалисти, групи за подкрепа, групи за самоподпомагане, 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 (общопрактикуващ 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 общомедицинските грижи в една дори още по-широка категория здравни грижи.

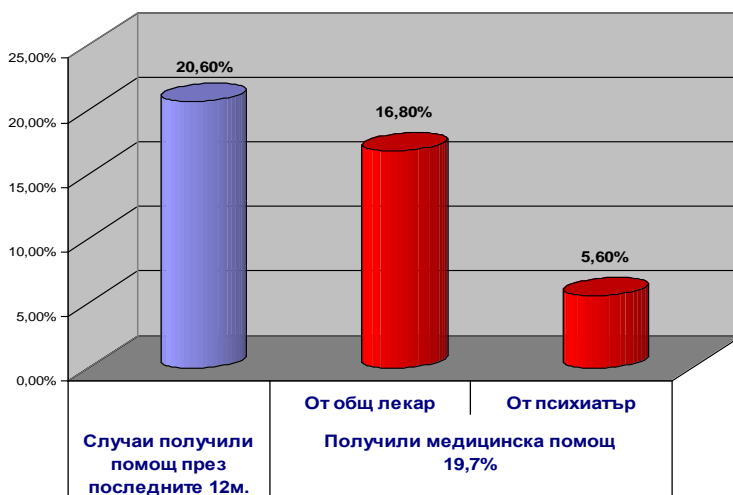
Минимално адекватно лечение

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 невroleптици 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 отговарят на изис-

кванията, въпреки че са били в началния стадий на адекватно лечение¹. На Графика 5 е представен относителният дял на помощта, която са получили хората, нуждаещи се от лечение, по повод чести психични разстройства.

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%, с Депресивен епизод - 32,71% и с Пост-травматично стресово разстройство - 39,18% (Графика 6). 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).

Граф. 5. Годишна обръщаемост по повод често психично разстройство в България

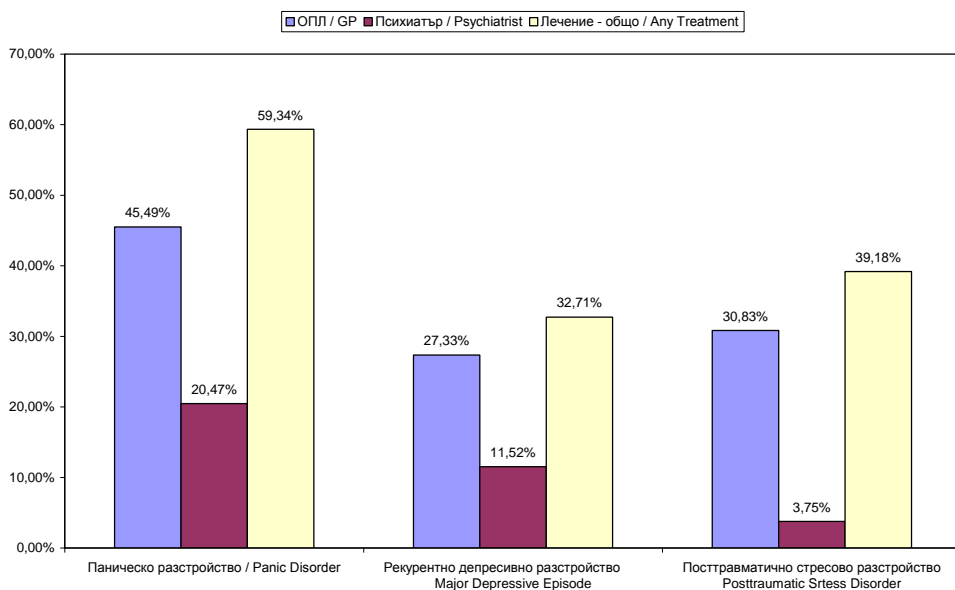


¹ Поради тази причина има по-обща дефиниция на минимално адекватна терапия. Тя се състои от получаването на 2 или повече посещения в подходяща сфера за лечение (1 посещение за преглед/диагностика и ≥ 1 посещение за лечение).

Най-често се срещат с **психиатър** хората с Паническо разстройство 20,47%, с 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.

Граф. 6. Честота и вид на търсената лекарска помощ от хора, страдащи от Паническо разстройство, Периодична депресия и Посттравматично стресово разстройство



Само 53,2% от боледуващите са получили МАЛ (*т.е. получилите ≥ 2 посещения в подходящ сектор или такива, които са в процес на лечение, по време на интервюто*). 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 симптоми (~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 общопракти-

куващ 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. Няма достатъчно информация за минималното адекватно лечение предложено от психичноздравните специалисти.

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

Валиден за българската популация е фактът, че нискообразованите хора у нас търсят каквото и да е лечение, около 9 пъти повече в сравнение с висшистите. Независимо от това, след потърсената помощ рязко спада дела на получилите минимално адекватно лечение. Вероятна причина е наличността и достъпността до професионална консултация и лечение (темата е разгледана в детайли по-нататък в анализа). Други възможни причини са недооценката след медицинската консултация за произхода на симптомите или погрешно интерпретиране от страна на консултиращите. Висшистите, обърнали се за помощ по повод ЧПР, в голямата си степен получават минимално адекватно лечение.

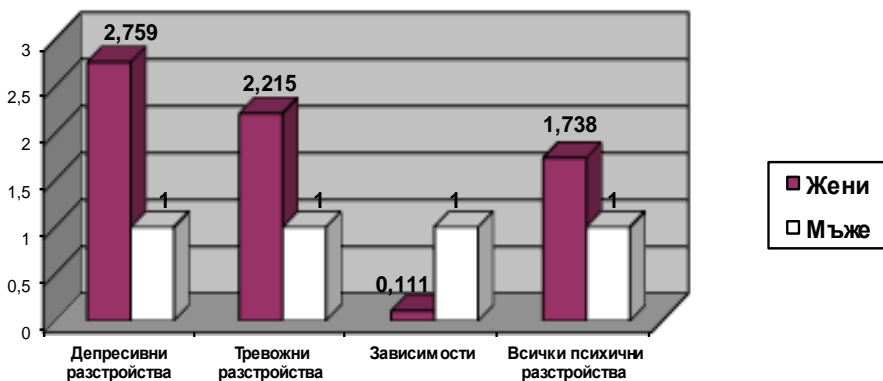
Социодемографски предиктори

Социодемографските променливи включват (възраст, категоризирана като 18-34, 35-49, 50-64 и ≥ 65 -годишни), пол, завършени години на образование, семейно положение (женени, живеещи без брак, разведени, овдовели и неженили се) и семеен доход.

Статистическият анализ на данните от изследването EPIBUL взема за социодемографска база за сравнение (единица), за пола - мъжете, за възрастта - групата над 65г, за доходите - групата с високи доходи и за образованието, групата от хора с висше образование. Статистически значими са коефициентите, установени за тревожни разстройства, които се срещат 2,2 пъти по-често при жените, отколкото при мъжете, а също така и афективните разстройства - 2,75 пъти по-често при жените. С аналогична значимост за българската популация са корелациите при разстройства, свързани с употребата на психоактивни вещества. Те се срещат 10 пъти по-често при мъжете, отколкото при жените.

Валидни за България са данните, че жените боледуват 1,7 пъти по-често от мъжете от чести психични разстройства (Графика 7). Тези данни отразяват дванадесетмесечната болестност.

Граф. 7. Социодемографска връзка между годишната болестност от чести психични разстройства и пол



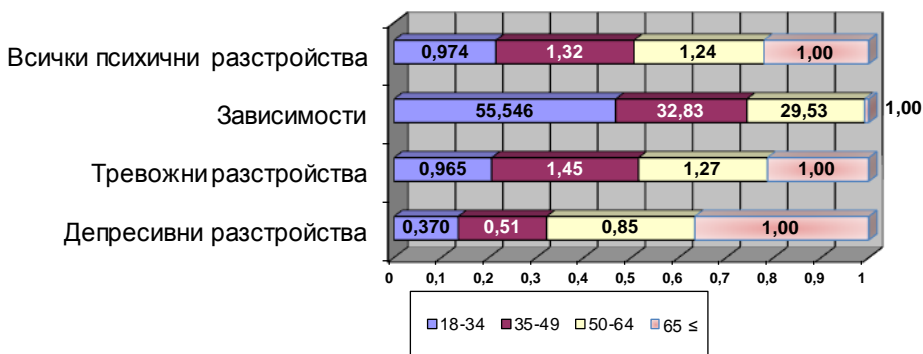
По отношение на социодемографския показател възраст са установени следните *статистически значими* данни (Графика 8):

А. Групата от 18-34 г. боледуват 55,5 пъти по-често от Разстройства, свързани с употребата на психоактивни вещества, в сравнение с хората над 65 годишна възраст.

Б. Установява, че лицата от възрастовия диапазон между 35 и 65 г. се разболяват ~ 30 пъти по-често от зависимости, в сравнение с хората над 65 г. възраст.

Възрастта не корелира с 12-месечната болестност от Тревожност и Депресия.

Граф. 8. Социодемографска връзка между годишната болестност от чести психични разстройства и възрастта



В рамките на извадката групата от 18-34 г. боледува 3 пъти по-рядко от афективни разстройства в сравнение с популацията над 65 г. възраст.

Годишната болестност от разстройствата вследствие злоупотреба с вещества се срещат 4,695 пъти по-често при хората със средно ниво на **доходи**, в сравнение със заможните.

***Доходът** не корелира с 12-месечната болестност от Тревожност и Депресия.*

Разстройствата на настроението (около 2 пъти) и разстройствата вследствие употреба на вещества (около 7 пъти) се срещат по-често при **разведените, овдовелите и разделените**, в сравнение със семейните (тези данни са валидни за България).

Разстройствата на настроението се срещат 2,09 пъти по-често при хората със средно образование, сравнени с висшистите. Това е изчислено на база 12-месечна болестност и е статистически значимо т.е. валидно за българската популация.

Годишната болестност от Тревожни разстройства и Злоупотребите с алкохол и наркотици няма статистически значима връзка с постигнатото ниво на образованост в България.

Годишна обрращаемост по повод на чести психични разстройства

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 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 някакви 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.

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. 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% (виж Граф. 6). 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. Данните от анализа на връзката на образоваността със злоупотребата и зависимостта от вещества сочат, че хората с висше образование страдат от алкохолна зависимост около 2 пъти по-малко в сравнение с нискообразованите. Също така е важно да се подчертае, че алкохолната зависимост е с тежко протичане в огромен процент от случаите (83,8%). За наркотичната зависимост резултатите са оскъдни и не позволяват смислен анализ.

По отношение на минимално адекватно лечение (МАЛ), вероятностите 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 въпроса за компетентността при предлагане на минимална терапия или е феномен на свръхпредлагане 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 единствена. 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 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 по-вероятно, в сравнение с висшистите), 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. 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 е да потърсят каквото и да е лечение. Статистически значим е 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 пониския 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.

Анализ на връзките между пожизнената болестност от чести психични разстройства и постигнатите нива на образование в българската популация

За целите на анализа са използвани два варианта на демографската променлива „ОБРАЗОВАНИЕ”.

Единият отразява постигнатите нива на образование, обединени в четири групи, съответстващи на българската образователна система (**Начално, Основно, Средно и Висше образование**).

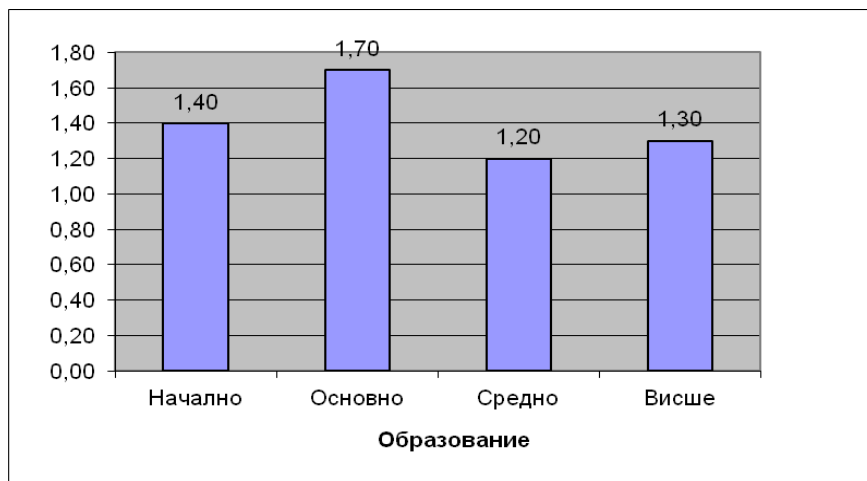
Вторият вариант отразява *броят завършени години* обучение. Променливата е използвана в анализ на резултатите от National Comorbidity Survey Replication в САЩ, като се акцентира върху точния брой завършени години обучение: 0 – 11 г. (Primary School); 12 г. (High School Graduation); 13 – 15 г. (College Entry); ≥ 16 г. (4 Years of College).

Коментарите ми ще бъдат основно върху данни за четирите групи постигнато ниво на образование в България.

Липсата на статистическа значимост (за паниката $p=0,374$) не отменя впечатлението, че честотата на паниката е по-висока при слабо

образованиета. Най-често се търси медицинска помощ при паническото разстройство (при 59,34% от случаите). Валиден за българската популация е фактът, че нискообразованите хора у нас търсят каквото и да е лечение около 9 пъти повече, в сравнение с висшистите. Независимо от това, след потърсената помощ, рязко спада делът на получените минимално адекватно лечение. Вероятна причина е недостатъчната *наличност* на професионална психиатрична и психологична услуга. Този параметър е количествен и отразява нивото на осигуреност със служби за психичноздравни услуги на територията на страната. Факторите, които влияят върху процеса на тяхното възникване са тясно свързани с конкретната политика, която се изпълнява от държавата в определен период. У нас разполагането на лечебни заведения за психиатрични услуги е неравномерно на територията на страната и не отговаря на променените демографски характеристики през последните няколко десетилетия. Докато стационарната психиатрична помощ е разположена предимно извън големите населени места, то извънболничната помощ е съсредоточена в големите градове. Осигуреността с персонал е друг аспект на този параметър и също така се влияе от редица социални, икономически, демографски и здравно политически фактори, които в различни периоди имат различно действие.

Граф. 9. Пожизнена болестност (%) от Паническо разстройство според социодемографския показател постигнато ниво на образование



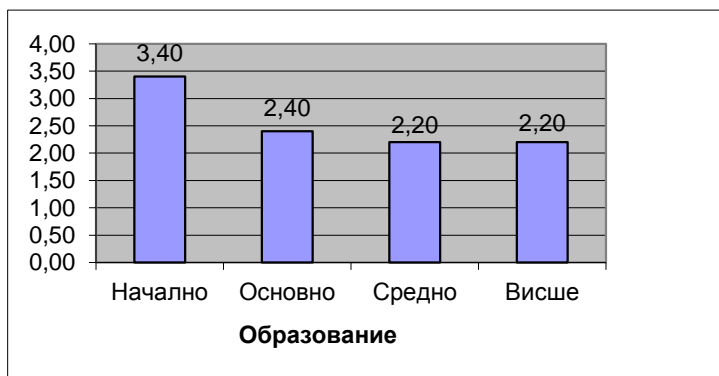
Не е въведена у нас структура на работа с чести психични разстройства в първичната здравна помощ, изискваща отделяне на време за сесии от поне 30 минути. Липса на носещи структури, които да отговорят за професионално поемане на случаите с паника, след успешното им диагностициране.

Друга възможна причина е *достъпността* до психичноздравни услуги. Достъпът може да бъде разглеждан от различни аспекти – териториален, организационен, икономически.

Географският или териториален достъп в психиатричната помощ в България е много проблематичен. В България психиатричните лечебни заведения са разположени въз основа на принцип, различен от определящия останалата система от медицински и здравни услуги. У нас психиатричните болници са разположени неравномерно и несъобразено с административното деление на райони. Може да се каже, че съществуващото до средата на 90-те години на миналия век райониране на психиатричната помощ е напълно случайно.

От организационна гледна точка достъпът до специалистите у нас е ограничен чрез така наречената система на gate keepers, каквато роля изпълняват общопрактикуващите лекари у нас. Най-сериозен проблем представлява невъзможността на психиатричните диспансери да изписват протоколи поради липса на договор с НЗОК. Практически така се обезсмисля процеса на проследяване на болните. Преустановена е диспансеризацията в своята класическа форма без да е заменена с друга съвременна форма (водена на случай, интердисциплинарен подход и пр.).

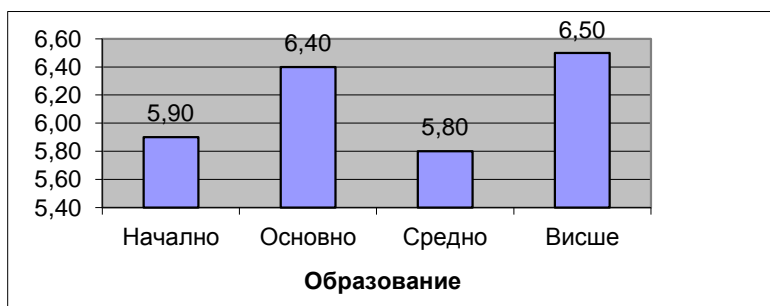
Граф. 10. Пожизнена болестност (%) от Генерализирано тревожно разстройство според социодемографския показател постигнато ниво на образование



У нас достъпът до квалифицирана психиатрична помощ от икономическа гледна точка също така остава проблематичен, особено след реформата в общата здравна система след 2000г. Разпадането на диспансерната система и районирането паралелно с разкриването на частни психиатрични кабинети и групови практики доведе до отлив на голяма част от платежоспособните пациенти от съществуващите публични лечебни заведения.

Тенденцията на генерализираната тревожност (Граф.10) ясно сочи намаляване на честотата ѝ при различните (според образованието) групи респонденти от извадката ($p=0,355$). Като най-засегнати са отново нискообразованите. Това разстройство обикновено се свързва с хроничен стрес, идващ от обкръжаващата среда. Протичането му често е променливо, но се наблюдава тенденция към флукуиране и хронифициране. Причинява клинично значим дистрес или нарушава социалното и/или професионално функциониране на боледуващите. Вероятни причини за тази тенденция свързвам с механизмите за справяне, които при ниско образованите може би са по-примитивни. За генерализираната тревожност също смятам, че са валидни обясненията и заключенията, направени за паническото разстройство.

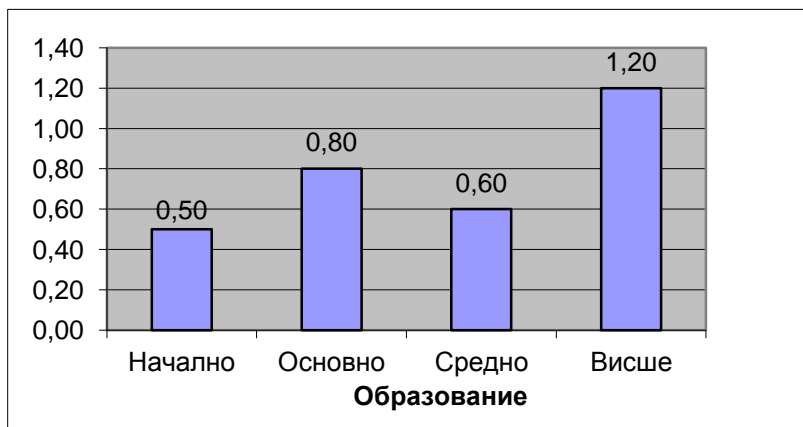
Граф. 11. Пожизнена болестност (%) от Специфична фобия според социодемографския показател постигнато ниво на образование



Специфичната фобия е най-честото за България тревожно разстройство. Страхове са винаги ограничени до строго специфични ситуации. Пожизнената болестност е 5,8%. Резултатите за разпределението на болестта според нивото на образование тук не са валидни за популацията ($p=0,842$), а само за извадката.

Те са неравномерно разпределени в различните групи по образованост. Необходими са допълнителни доказателства за достоверен анализ на находката за фобиите в нашето изследване.

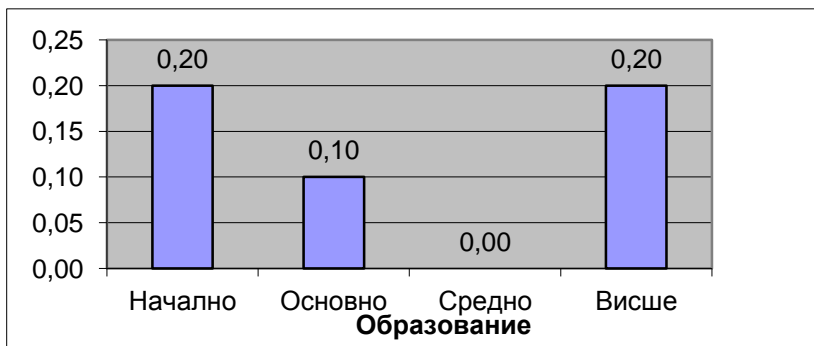
Граф. 12. Пожизнена болестност (%) от Социална фобия и според социодемографския показател постигнато ниво на образование



Социалната фобия често започва в юношеството и се фокусира около страх от критично отношение от страна на други хора. Обикновено води до избягване на ситуацията. Съпровожда се с понижена самооценка и страх от критика. Резултатът от изследваната извадка показва тенденция за повишаване на болестността при по-високо образование български (p=0,143).

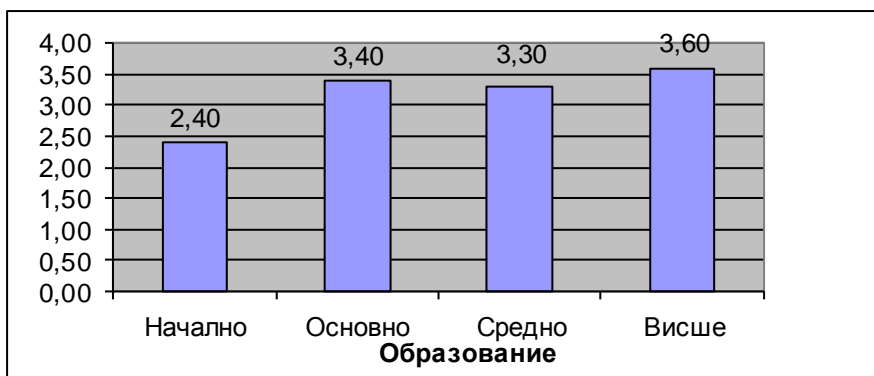
При изследване на връзката между *точните години образование* и пожизнената болестност от социална фобия, се получиха статистически значими резултати (p=0,02). Те недвусмислено показват, че много ниско образованите (Primary School – 0,6%) и високообразованите български (4 Years of College – 0,7%) страдат 2 - 3 пъти по-рядко в сравнение с недовършили висшето си образование хора (College Entry – 1,9%). Попаднали в социални ситуации, последните почти неизменно чувстват тревога, която вероятно е свързана с ниското самочувствие и ниска самооценка на неуспели в образователно отношение хора. Ниските стойности при необразованите биха се обяснили с рядко попадане в социална ситуация (изява „пред други непознати хора“), която да активира симптомите. За високо образованите пък може да се предположи, че изграденото самочувствие и успешност по отношение на образованието, влияе като протективен фактор срещу развитие на точно това тревожно разстройство.

Граф. 14. Пожизнена болестност (%) от Агорафобия без паника според социодемографския показател постигнато ниво на образование



Въпреки, че тежестта на тревожността и степента на избягващото поведение са променливи, агорафобията е най-инвалидизиращото от фобийните разстройства. Някои пациенти остават напълно свързани с дома. Агорафобията е относително рядко за българската популация разстройство - 0,1% пожизнена болестност, като по отношение на тежестта на протичане у нас 63,3 % от случаите са с леко протичане. Оценка на тежестта е направена с помощта на Скалата на Sheehan. Данните за връзка на агорафобията без паника с образоваността, биха могли да се коментират само в рамките на извадката ($p=0,272$). Не е задълбочаван анализът в тази посока.

Граф. 15. Пожизнена болестност (%) от Посттравматичен стрес според социодемографския показател постигнато ниво на образование



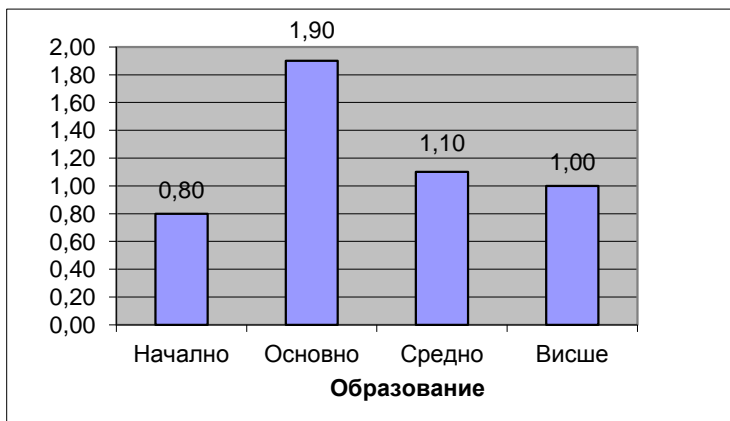
Посттравматичното стресово разстройство (ПТСР) е второто по честота (за България) тревожно разстройство - 1,9%, когато се измерва

пожизнената болестност от тревожни разстройство. Тенденцията е да се увеличава болестността с увеличаване на годините обучение, но коментарите важат само за извадка ($p=0,856$). Само 1/3 от пациентите с ПТСР получават някаква общомедицинска грижа, а от тях едва 3% се консултират с психиатър. Тези данни категорично описват ситуацията на неразпознаване на посттравматичния стрес като разстройство.

Критериите на МКБ 10 за ПТСР правят точното разпознаване на това заболяване сравнително лесно - Появата на клиничната картина трябва да е ясно свързана с преживяване на остър стрес (тежко травмиращо събитие).

В историята на пациента трябва да има ясни данни за травматично преживяване в детството или ранното юношество. Ниската разкриваемост на синдрома у нас е пряко следствие от пълното отсъствие на психосоциалния подход от практиката на общата медицина в България. Аргументът е, че хората с история за травматично разстройство в миналото са изложени на значимо по-висок риск от ново разстройство. Това е аргумент на епидемиологията.

Граф. 16. Пожизнена болестност (%) от Сепарационно тревожно разстройство при възрастни според социодемографския показател постигнато ниво на образование



Страхът от раздяла трябва да е ядрото на тревожността, за да се разгледа това разстройство като отделна нозологична единица. В рамките на извадката е очевидно, че хората с основно образование страдат до близо два пъти по-често в сравнение с ниско и високо образованите

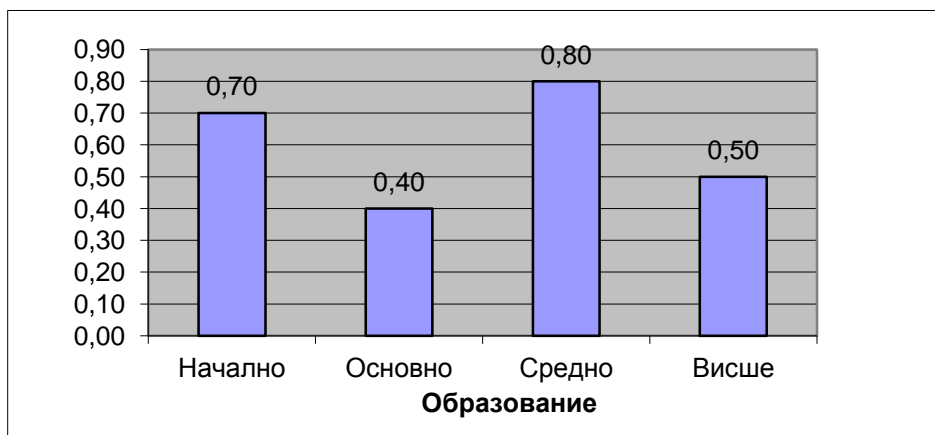
($p=0,511$). Започнало в детството, ключова диагностична черта е екстремната тревожност при раздяла с тези лица, към които е привързано детето (обикновено родителите).

Втори важен симптом е постоянното нежелание или отказ да се отиде на училище.

Вероятно за това по-големият процент от страдащите от това заболяване най-често успяват да постигнат само основно образование.

Като част от разстройствата на контрола върху импулсите, Интермитентното експлозивно разстройство има ниска честота на пожизнена разпространеност в България – 0,6%. В МКБ 10 мястото му е отредено в дъното на групата заболявания „Разстройства на навиците и влеченията” – F63.8 *Други разстройства на навиците и влеченията*.

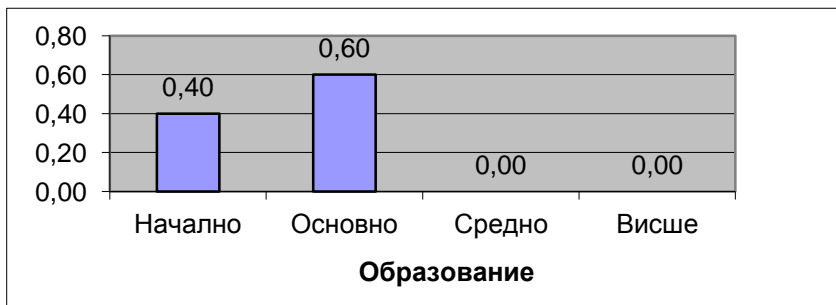
Граф. 17. Пожизнена болестност (%) от Интермитентно експлозивно разстройство според социодемографския показател постигнато ниво на образование



Описва се като повтарящи се неадаптивни действия, които не са вторични, по отношение на установен психиатричен синдром. Лицата с това заболяване периодично не успяват да овладеят агресивните си импулси, което води до нападателна враждебност и разрушителни актове. Налице е продромален период на напрежение, с чувство на облекчение по време на извършване на действието. Степента на агресивност, изразена по време на епизодите, грубо не съответства спрямо всички прециптиращи психосоциални стресори.

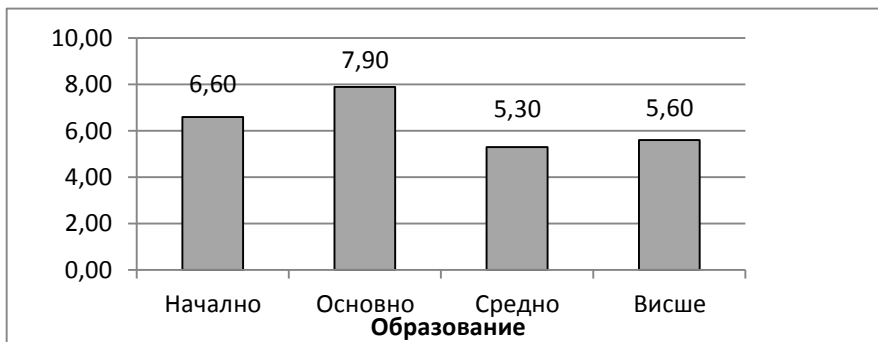
Данните от нашето изследване не са достатъчни ($p=0,477$), за да се направят валидни и достоверни изводи.

Граф. 18. Пожизнена болестност (%) от Разстройство на поведението при възрастни според социодемографския показател постигнато ниво на образование



Разстройството на поведението при възрастни представлява повтарящ се и персистиращ поведенчески модел, при който са нарушени основните права на другите или обществените норми и правила, съблюдавани от хората в зряла възраст. ДСН-IV – TR описва основните критерии, които трябва да са налице за определен период от време, за да се диагностицира това разстройство: Агресия към хора и животни; Унищожаване на собственост; Измами или кражби; Тежки нарушения на правилата (като бягство от дома, чести бягства от училище). Поведенческите разстройства причиняват клинично значима социална дисфункция. В нашето изследване е очевидна връзката между постигнатото образование и наличието на такова разстройство. Без да има статистическа значимост при нашите резултати ($p=0,055$) е ясно, че поведенческото разстройство е силен рисков фактор за провали в образоването. Вероятно боледуването е причина за ранното прекъсване на обучителния процес.

Граф. 19. Пожизнена болестност (%) от Тежко депресивно разстройство според социодемографския показател постигнато ниво на образование ($p<0,05$)

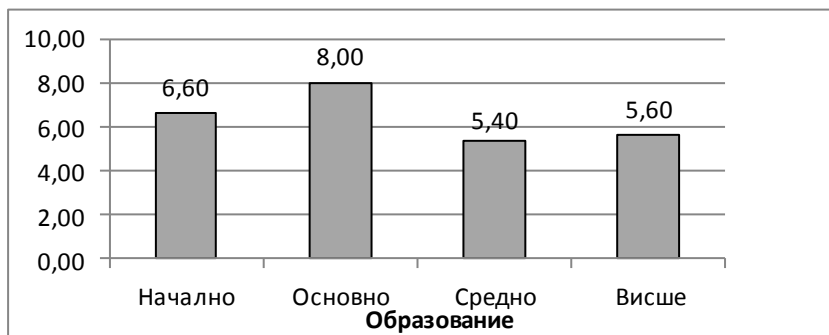


Резултатите са валидни за българската популация и убедително оборват хипотезата ми, че високообразованите страдат по-често от депресия. Изглежда, че образоваността е протективен фактор за заболяване от тежка депресия.

Данните отново са статистически значими. **Ниско образованите българи страдат по-често от тежка депресия, сравнени с висшистите.** Дори за един депресивен епизод, преживян някога през живота до деня на интервюто, високата образованост е протективен фактор. Търсенето на медицинска помощ при депресия (независимо от това, колко образовани са страдащите), отново е при около 1/4 от боледуващите (27,3%), от тях едва 11,5% се обръщат към психиатър.

Неразпознаването на това състояние като проблем, ниската здравна култура и липсата на съзнание за качество на живот предполагам, че са крайгълните камъни за по-високата честота на това разстройство. Това корелира и с много малкия процент на потърсилите и получили минимално адекватно лечение.

Граф. 20. Пожизнена болестност (%) от Тежък депресивен епизод според социодемографския показател постигнато ниво на образование ($p < 0,05$)



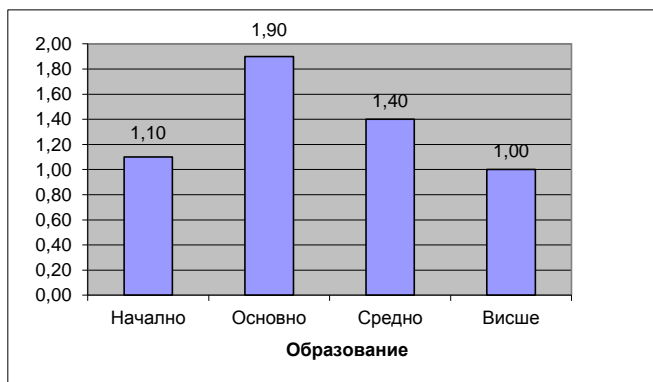
Епидемиологични и проспективни клинични проследяващи проучвания документират, че типичният курс на униполярното голямо депресивно разстройство включва флукуиращи симптоми, при които депресивните субтипове включени в официалните диагностични системи не представляват отделни разстройства, а са етапи от дименсионалния континуум (спектър) на тежестта на симптомите.

Групата на хроничните депресивни разстройства включва четири субтипа на депресивната болест:

- Голямо депресивно разстройство (ГДР), рекурентно, без пълно възстановяване между отделните епизоди (в непълна ремисия);

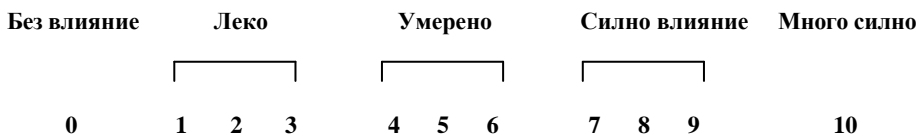
- Голямо депресивно разстройство, към момента с хронично (продължителност ≥ 2 години) протичане (хронично голямо депресивно разстройство);
- Дистимно разстройство;
- “Двойна депресия” (едновременно дистимно разстройство и голяма депресия).

Граф. 21. Пожизнена болестност (%) от Лека депресия според социодемографския показател постигнато ниво на образование



Данните от извадката за леката депресия ($p=0,258$) копират тренда на резултатите за тежкия депресивен епизод. Като отново високата образованост е протективен фактор.

Силно впечатление прави два до четири пъти по-високата честота на тежката депресия – като единичен епизод или тежко рекурентно депресивно разстройство в сравнение с леките депресии. По отношение на тежестта на протичането, периодичната депресия в България - около 45% от случаите са с умерена тежест. Оценка на тежестта отново е измервана със Скалата на Sheehan.



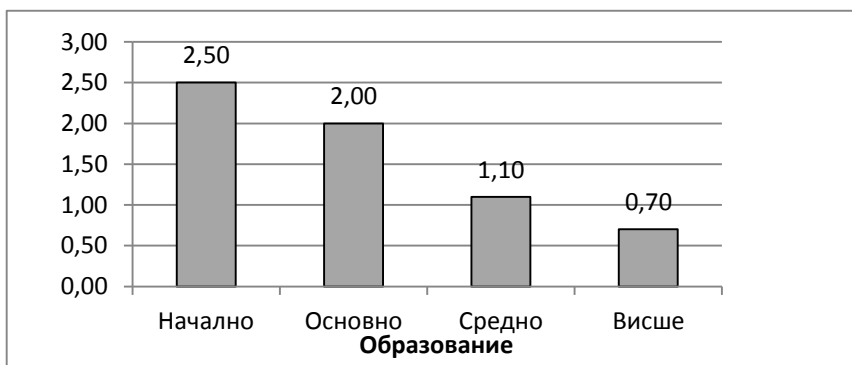
Като се използва скалата от 0 до 10, където 0 означава без влияние, а 10 означава много силно влияние, запитано е кое число описва доколко (тъга / или / обезвереност / или / безучастност) пречеха на всяка от следните дейности през продължилия месец или повече период от последните 12 месеца.

За да се отговори, може да се използва всяко число от 0 до 10. Уточнява се, че става дума за период, когато симптомите са били най-силни. Доколко симптома (тъга / или / обезвереност / или / безучастност) пречеха на изброените по-долу дейностите през този период:

- Справяне с домакинството като чистене, пазаруване и работа в (къщата/апартамента) (или двора)?
- Вашата работоспособност?
- Способността ви да създавате и да поддържате близки взаимоотношения с другите хора?
- Социалния ви живот?

Дистимията (Граф. 22) е хронична потиснатост на настроението през по-голямата част от деня, през повечето дни на период от поне 2 години. Това е персистиращо разстройство на настроението, което рядко протича на епизоди и понякога заема по-голямата част от живота. Води до значителен субективен дистрес и инвалидизация. Индивиди с дистимия често имат наслаждане на голям депресивен епизод („двойна депресия“).

Граф. 22. Пожизнена болестност (%) от Дистимия и социодемографския показател постигнато ниво на образование ($p < 0,05$)



Пациентите с „двойна депресия“ са по-малко склонни към пълна ремисия в сравнение с пациентите с ГДР без дистимия. Обаче, пациенти с „двойна депресия“, които са лекувани по време на ГДР, имат пов-

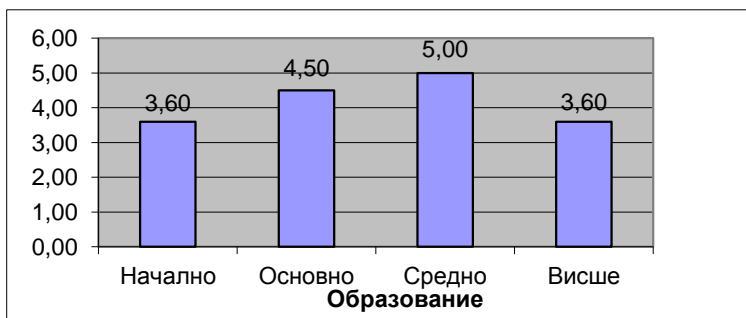
лияване и по отношение на дистимията. Дистимията е относително често разстройство със срединна честота 2,1% в проучвания по цял свят. Доживотната болестност се очаква да е между 3,1% и 6.4%. Съществуват епидемиологични данни за висока коморбидност (75%) с други психиатрични разстройства, най-често голяма депресия, тревожни разстройства и злоупотреба със субстанции. В нашето изследване около три пъти е по-малка честотата на дистимията при високообразованите в сравнение с неграмотните. **Тук отново категорично се потвърждава образоваността като протективен фактор.**

Друг сериозен елемент е тежестта на протичане на дистимното разстройство. Пожизнена болестност у нас е относително ниско 0,7%. Като обърнем внимание на тежестта ѝ обаче, се оказва, че тя е изключително висока – 55,8% от регистрираните случаи са с тежко протичане. За оценка тежестта на Дистимията (освен Скалата на Sheehan), за оценка на депресивна симптоматика (виж по-горе), в инструмента СИДИ 3.0 са използвани допълнителни въпроси (девет поредици от твърдения), които да детайлизират и точно да описват най-тежките периоди на тъга и потиснатост.

За биполярното афективно разстройство (БАР) тип I и тип II има оскъдни данни за пожизнена честота – 0,3% разпространение. Важно е да се отбележи обаче, че протичането е винаги тежко (65,5%) или със средна тежест (34,5%). Недостатъчни са данните и това пречи за генериране на валидни изводи ($p > 0,05$).

Оценката на тежестта на биполярната болест е направена със серия въпроси, които респондентът може сам да прочете по време на провеждане на интервюто и да отговори за степента на нарушение, отнасящо се за него. Те се намират в предоставеният му „Наръчник на респондента“.

Граф. 23. Пожизнена болестност (%) от Алкохолна злоупотреба според социодемографския показател постигнато ниво на образование

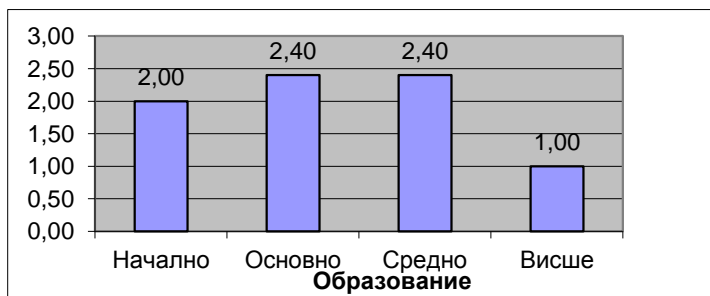


Изводите за пожизнената болестност от алкохолната злоупотреба важат в рамките на нашата извадка ($p=0,578$).

Би могъл да се коментира резултатът, че злоупотребата „дублира“ до известна степен пожизнената болестност от депресия. Рядко в практиката диагностицираме чист депресивен синдром. Обикновено симптомите са смесени с теза на тревожност, с доминиране в една или друга степен, в зависимост от стресорите от средата.

С антитревожният си ефект, ниската цена и достъпност, употребата на алкохол е маладаптивен начин за справяне със стреса.

Граф. 24. Пожизнена болестност (%) от Алкохолна зависимост според социо-демографския показател постигнато ниво на образование



Изглежда все пак, че високо образованите са с по-ниска честота в сравнение с хората със средно образование. За слабо образованите не е ясна от резултата, корелацията с алкохолната злоупотреба.

По отношение на алкохолната зависимост, коментарите са сходни с горните ($p=0,350$).

Много важен е резултатът, който открихме за тежестта на протичане на зависимостта от алкохол.

В голямата си степен алкохолната зависимост винаги е с тежко протичане – в 83,8% от случаите. На таблица 2 са илюстрирани въпросите в интервюто, с които се оценява тежестта на протичане на алкохолната зависимост.

**Табл. 2. Оценка на тежестта на алкохолната зависимост в СИДИ 3.0
(Раздел – Употреба на упойващи вещества / Substance use)**

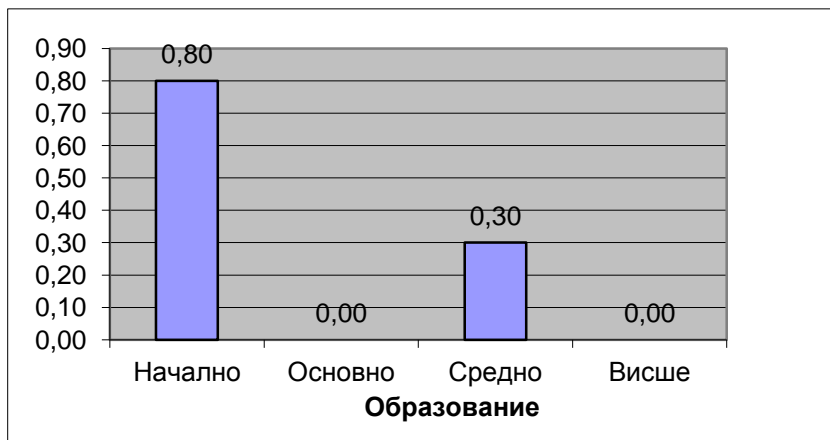
*SU38 През последните 12 месеца доколко имахте всяко от следните преживявания поради пиенето:	много (1)	донякъде (2)	малко (3)	никак (4)	не знае (8)	отказ (9)
*SU38a Доколко беше увредено телесното ви здраве поради пиенето?	1	2	3	4	8	9
*SU38b Доколко беше наранено семейството ви поради пиенето?	1	2	3	4	8	9
*SU38c Доколко действяхте импулсивно поради пиенето, а после съжалявахте за това ?	1	2	3	4	8	9
*SU38d Доколко не успяхте да извършите нещата, които се очакваха от вас, поради пиенето?	1	2	3	4	8	9
*SU38e Доколко се чувствахте нещастен поради пиенето?	1	2	3	4	8	9

Тежкото протичане е свързано с увреждане на здравето (чернодробни синдроми, полиневропатия, абстинентни състояния, делири, психотични синдроми и др.), влошаване на взаимоотношенията в семейството, агресивно и/или автоагресивно поведение.

Допълнително обстоятелство е трудно справяне по време на работа и влошаване на социалното функциониране.

Всички тези следствия довеждат до редуциране ефективността на човешкия капитал и натоварване на социалната и здравна системи.

Граф. 25. Пожизнена болестност (%) от Злоупотреба с наркотици според социодемографския показател постигнато ниво на образование



За наркотичната злоупотреба данните са оскъдни и нямат статистически значима валидност ($p=0,099$). По отношение на наркотичната зависимост в базата данни няма нито един положителен отговор. По време на изследването, притежанието на една доза наркотик беше криминално престъпление.

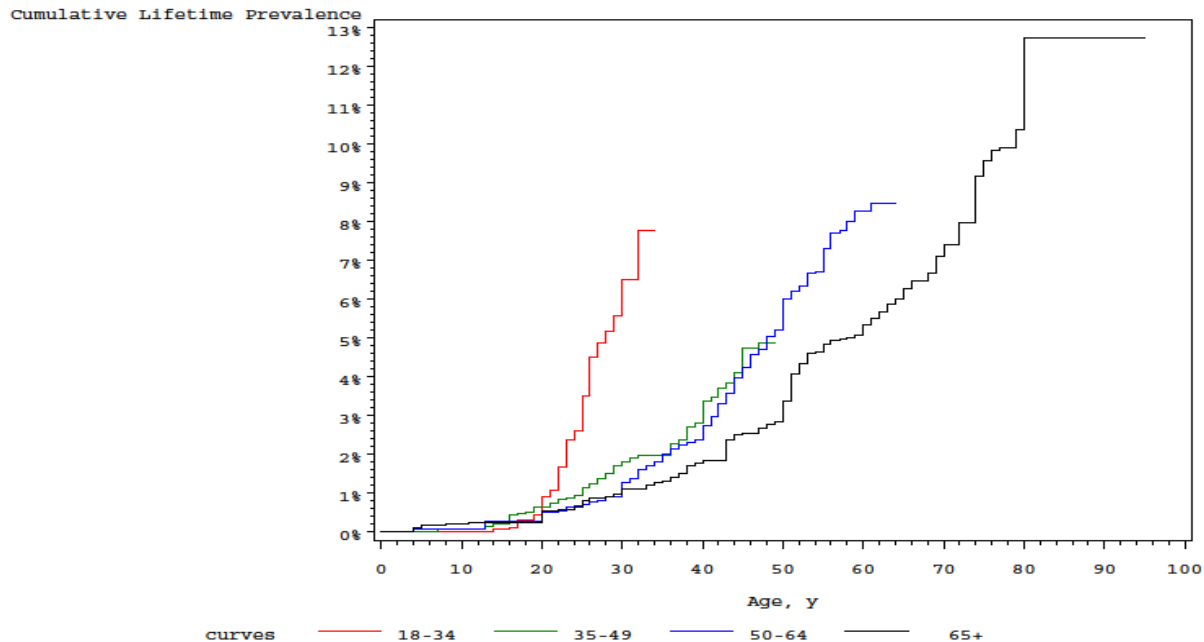
Много сериозни резултати (статистически значими) се откриват при сравняване на злоупотребата с вещества (изобщо) и различните възрастови кохорти: 18-34 г.; 35-49 г.; 50-64 г. и над 65 г. Установява се, че рискът за най-младата кохорта, да се разболе от злоупотреба с вещества е 55,5 пъти по-висок в сравнение с кохортата над 65 г. възраст.

Статистически достоверен е и рискът групата на 35-49 годишните да развият злоупотреба (основно с алкохол) 32,5 пъти по-често в сравнение с групата над 65 г.

Кохортата 50-64 г. възраст имат 29,5 пъти по-висок риск в сравнение с групата над 65-годишна възраст.

Данните за злоупотребата с вещества и пожизнената болестност от депресивни разстройства, биха могли да се обвържат с кумулативната пожизнена болестност от депресия в същите възрастови кохорти. Илюстрирана е на Фигура 2.

Figure. Cumulative Lifetime Prevalence of CID/DSM-IV Major Depression Disorder by Birth Cohort in Bulgaria



3 df test across age groups with Chisquare=21.4, p=0.000. Analysis used weighted data

Фиг. 2. Кумулативна пожизнена болестност от тежко депресивно разстройство, оценена със СИДИ/ДСН-IV, в четири възрастови кохорти

Подложените на анализ данни са претеглени. Наблюдава се силно подмладяване на депресията в групата 18-34 г. в сравнение с всички останали групи. Изследването е проведено за периода 2003 – 2007 година, период на относителен социалноикономически растеж, преди приемането на България в ЕС. В този период пожизнената болестност от депресия за лицата на 30 г. възраст е около 6 – 7%. Структурата на болестността на всички останали възрастови групи е значително по-малка (между 1 и 2%) т.е. когато са били на 30 г. трите групи са имали много по-ниска честота на депресия.

Възможностите за справяне със стреса (*coping*) в конкурентна и свободна среда (при кохортата 18-34 г.), поставя пред изпитание хората в млада възраст. Най-вероятно средовите фактори (формално защитената среда и начин на живот преди 1989 г.) при останалите кохорти са причина за ниските стойности на пожизнен риск от депресия. Изискванията на съвременното непрекъснато се повишават, това покачва нивата на стреса, което логично рефлектира върху функционирането на психиката. Очакванията за повишаване на честотата на депресията постепенно се сбъдват.

Погледнато през призмата на неадаптацията и прибягване през защитните функции на психичния живот, изглежда, че младото поколение на България, в активна трудова възраст реагира със зрели защити на предизвикателствата на средата в сравнение с по-възрастните. Резултатите от горната фигура са статистически значими, валидни за българската популация.

В България нискообразованите хората боледуват два пъти по-често в сравнение с висшистите от разстройства на настроението (Дистимия, Периодична депресия и Биполярно афективно разстройство). Тези данни са статистически значими и са на базата на годишната болестност от афективни разстройства.

Очаква се хроничните депресивни разстройства да представляват 30% до 35% от всички случаи на депресия. 25% от пациентите с голяма депресия имат и съпътстваща дистимия и повече от 50% от пациентите с дистимни разстройства ще развият голям депресивен епизод по някое време след началото на дистимията („двойна депресия”). Пациентите с „двойна депресия” имат изключително хроничен ход на болестта и тежка степен на изразеност. В проучване сравняващо амбулаторни пациенти с „двойна депресия” с такива с епизод на голяма депресия, при пациентите с „двойна депресия” се наблюдава значимо по-голямо засягане, по-тежко изразени симптоми, по-висока коморбидност, повече личностови промени, по-ниски нива на социална подкрепа, повече хро-

нично напрежение и по-висока честота на биполярно тип II и небиполярни афективни разстройства сред роднини от първа линия. Освен това, пациентите с „двойна депресия” е по-малко вероятно да достигнат пълна ремисия. Това са обстоятелства, които недвусмислено показват сериозността на проблема дистимия и „двойна депресия”.

В нашето проучване популацията с начално образование боледува почти, колкото и висшите от паническо разстройство, лека депресия и от злоупотреба с алкохол. Последните данни обаче не достигат статистическа значимост.

Около три пъти е по-малка честотата на дистимията при високообразованите в сравнение с неграмотните. Тук категорично се потвърждава образоваността като протективен фактор. Друг сериозен елемент е тежестта на протичане на дистимията. Нейната пожизнена болестност е относително ниска 0,7%. Като обърнем внимание на тежестта ѝ обаче, се оказва, че тя е изключително висока – 55,8% от регистрираните случаи са с тежко протичане.

Нискообразованите българи се обръщат за лечение по повод ЧПР много по-често (9 пъти) от високообразованите, като същите данни за хората със средно образование са (3 пъти). Тези резултати са сигнификантни за популацията ($p < 0,05$). Малка част от тях, обаче получават минимално адекватно лечение ($p = 0,221$). Високообразованите, обърнали се за помощ почти винаги получават минимално адекватно лечение ($p = 0,221$).

Накрая е мястото да се каже, че постигането на висока степен на образованост би предотвратила немалък процент от развиване на депресивно разстройство, и много висок процент от персистиращите депресивни състояния, каквото е дистимията. Образованието чрез протективната си роля повишава критичността към качеството на живот и е сигурен елемент за по-високо качество на живот и жизнен стандарт.

В българските реалности (от горните резултати) е видна маладаптивната роля на злоупотребата с вещества (най-вече алкохол) и разрушенията, които носи алкохолната зависимост – с много високия процент тежко протичане.

IV. Изводи и приноси

ИЗВОДИ

I. Средният статистически риск за всеки живеещ в България да се разболее от някакво често психично разстройство е 19,5%. Всеки пети жител на нашата страна, някога през живота си е страдал от често психично разстройство.

II. Пожизнената болестност при тревожните разстройства е 11,4%, за афективните разстройства е 6,2%. Резултатите показват, че рискът за едновременно развитие на две разстройства е 5,4%.

III. Висока е честота на няколко психични заболявания, които са извън професионалното внимание на психиатрите у нас и чието разпространение не е изследвано в България досега. Най-известното и коментирано е Посттравматичното стресово разстройство. Неговата болестност е 1,9% пожизнена, което го прави второто по честота тревожно разстройство веднага след специфичните фобии. Друго подобно заболяване е Разстройството с тревога от раздяла (при възрастни) - 1,4%. Заедно с поведенческото разстройство, резултатите показват, че те влошават успеваемостта в обучението. Този извод е косвен, и е на базата на липсващи данни за патологични поведенчески синдроми при хората със средно и висше образование. Два пъти е по-ниска честотата на сепарационната тревожност при висшистите, сравнена с хората с основно образование.

IV. Сериозно внимание заслужват и резултатите, описващи разпространението и тежестта на Дистимията – често подценявана от лекарите у нас. Нейната пожизнена болестност е относително ниска – 0,7%. Когато обърнем внимание на тежестта ѝ обаче се оказва, че тя е изключително висока – 55,8% от регистрираните случаи са с тежко протичане. Заедно с тежката депресия (често наблюдаваната и с тежко протичане „двойна депресия“), оборват хипотезата, че по-високо образованите страдат по-често от чести психични разстройства (в случай – депресивното разстройство). Данните са валидни за България, и доказват че образоваността е протективен фактор.

V. Постигането на висока степен на образованост би предотвратила немалък процент от развиване на депресивно разстройство, и много

висок процент от персистиращите депресивни състояния, каквото е дистимията.

VI. Образованието чрез протективната си роля повишава критичността към качеството на живот и е сигурен елемент за по-високо качество на живот и жизнен стандарт.

ПРИНОСИ

1. България участва (заедно с над 25 страни от целия свят) в епидемиологично проучване на честите психични разстройства. С възможна международна сравнимост на резултатите и висока достоверност на българската извадка от 6300 души.
2. Оценена е корелацията между социодемографския показател образование и пожизнената болестност от чести психични разстройства.
3. За първи път се публикува валидна за българската популация, информация за връзката на нивото на образование с развитие на чести психични разстройства.
4. Резултатите от разработката оборват хипотезата, че по-високо образованите страдат по-често от депресия.
5. Образоваността е протективен фактор за заболяване от тежка депресия и дистимия.
6. Доказва се, че дори за един депресивен епизод, преживян някога през живота, високата образование е протективен фактор.
7. Разстройствата в контрола над импулсите и поведенческите разстройства имат неблагоприятен ефект върху процеса на обучение. По-ясна е връзката при поведенческото разстройство.

VI. Публикации и доклади във връзка с дисертационния труд

1. **Зарков, З.**, Динолова, Р. (2010): Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007) – болестност, социодемографски корелации, обслужване и сравнителни характеристики с данни от други европейски страни. *ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕЗ 21 ВЕК – РЕАЛНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВИ*. гр.Плевен, 2010, Том II: 552-555; ISBN 978-954-756-098-7
2. **Зарков, З.**, Околийски, М., Броцилов, А. и съавт. (2011): Дванадесетмесечно потребление на психично-здравни услуги в България „*Социална Медицина*”, София, брой 1: 9-14; ISSN 1310-1757
3. Околийски, М., **Зарков, З.**, Броцилов, А., и 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*”. София, Том II, кн. 2: 2-13; ISSN 1313-6461
4. Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu, S.E., Gruber, M.J., Gureje, O., Hu, C., Huang, Y., Karam, E.G., Jin, R., Lépine, J.-P., Levinson, D., McLaughlin, K.A., Elena Medina-Mora, M.E., O'Neill, S., Ono, Y., Posada-Villa, J.A., Sampson, N.A., Scott, K.M., Shahly, V., Stein, D.J., Viana, M.C., **Zarkov, Z.**, Kessler, R.C. (2013) Irritable mood in adult Major Depressive Disorder: Results from the World Mental Health Surveys, *Depression and Anxiety* 30(4):395-406
5. van Loo HM, Cai T, Gruber MJ, Li J, de Jonge P, Petukhova M, Rose S, Sampson NA, Schoevers RA, Wardenaar KJ, Wilcox MA, Al-Hamzawi AO, Andrade LH, Bromet EJ, Bunting B, Fayyad J, Florescu SE, Gureje O, Hu C, Huang Y, Levinson D, Medina-Mora ME, Nakane Y, Posada-Villa J, Scott KM, Xavier M, **Zarkov Z**,

Kessler RC. (2014) Major depressive disorder subtypes to predict long-term course, *Depression and Anxiety* 31(9):765-77

6. Wardenaar KJ, van Loo HM, Cai T, Fava M, Gruber MJ, Li J, de Jonge P, Nierenberg AA, Petukhova MV, Rose S, Sampson NA, Schoevers RA, Wilcox MA, Alonso J, Bromet EJ, Bunting B, Florescu SE, Fukao A, Gureje O, Hu C, Huang YQ, Karam AN, Levinson D, Medina Mora ME, Posada-Villa J, Scott KM, Taib NI, Viana MC, Xavier M, **Zarkov Z**, Kessler RC. (2014) The effects of comorbidity in defining major depression subtypes associated with long-term course and severity, *Psychological Medicine* 2014 44(15):3289-3302
7. Доклад на тема: "Резултати от национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в Р България 2003-2007 (ЕPIBUL)", изнесен на Конференция по повод Световния ден на психичното здраве 9-ти октомври, 09.X.2009г., София, Хотел "Шипка"
8. Доклад на тема: "Дванадесетмесечно потребление на психично-здравни услуги в България. Резултати от националното представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България 2003-2007 г. ЕPIBUL". Конференция на Колегиум Частна психиатрия, проведена на 30/09 - 01/10/2011г. София, Хотел "Арена ди Сердика"

Abstract

It is not known to what extent the mental disorders of anxiety-depressive spectrum, beginning with education are related to the early termination of school or university education. The epidemiologies examine the factors that affect the health and illness of individuals or populations. Aim of this work is to study the relationship between the presence of a common mental disorder and the level of success achieved in education. Epidemiological method was used to study the research questions, which sets. Provide data on the frequency, distribution and severity of affective disorders, anxiety disorders, substance abuse and impulse control disorders. The lifetime prevalence of common mental disorders is traced. This study uses the database from a national epidemiological survey EPIBUL.

There are *two hypotheses* that are approved:

- 1) Common mental disorders adversely affect the process of learning and lead to lower results and lower levels of qualification.
- 2) Highly educated people are more likely to develop common mental disorder.

Results:

I. The average statistical risk for anyone living in Bulgaria to become ill from a common mental disorder is 19.5%.

II. Lifetime prevalence for anxiety disorders is 11.4% and for affective disorders is 6.2%. The results indicate that the risk for development of both two disorders is 5.4%.

III. The frequency of several mental illnesses that are beyond the professional attention of psychiatrists in the country is higher, and whose, the spread has not been studied in Bulgaria so far. The most famous and discussed is PTSD. Its prevalence is 1.9% lifetime, making it the second most common anxiety disorder, after the specific phobias. Another such disease is a disorder with anxiety separation (adults) - 1.4%. Together with a behavioral disorder, the results show that they impair the success of the training. This conclusion is indirect and is based on missing data on pathological behavioral syndromes in people with secondary and higher education.

IV. Extra attention to the results describing the prevalence and severity of Dysthymia - often underestimated by doctors in the country. Its lifetime

prevalence is relatively low - 0.7%. When we look at the weight of it, however it turns out that it is extremely high - 55.8% of the registered cases with severe course. Together with a severe depression (often observed with severe course "double depression"), refute the hypothesis that higher educated suffer more often from common mental disorders (in case - depressive disorder). The data is valid for Bulgaria, and prove that erudition is a protective factor.

V. A high level of education would prevent a large percentage of developing a depressive disorder and a very high rate of persistent depression, such as Dysthymia.

VI. Education through the protective role increases critical to quality of life and is sure to feature higher quality of life and standard of living.

Original findings and contributions of the doctorate:

1. Bulgaria participated (along with over 25 countries around the world) in the epidemiological study of common mental disorders. With the possible international comparability of results and high reliability of the Bulgarian sample of 6300 people.
2. The correlation between socio-demographic indicator of education and lifetime prevalence of common mental disorders is assessed.
3. For the first time, information about the relationship of the level of education with the development of common mental disorders is published for the Bulgarian population.
4. The results of the development refute the hypothesis that higher educated suffer more frequently from depression.
5. Education is a protective factor for disease from severe depression and Dysthymia.
6. Even that a depressive episode experienced lifetime is proved, higher education is a protective factor.
7. Impulses control disorders and behavioral disorders have an adverse effect on the learning process. The relationship with the behavioral disorder is clearer.