

ПСИХИАТРИЧНАТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В СОЦИАЛИСТИЧЕСКА БЪЛГАРИЯ И ПРОБЛЕМЪТ ЗА НАСЛЕДСТВОТО (ПЪРВА ЧАСТ)

Ина Димитрова¹, Владимир Наков²

¹Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“

²Национален център по общественото здраве и анализи

PSYCHIATRIC DISPENSARIZATION IN SOCIALIST BULGARIA AND ITS PROBLEMATIC LEGACY (PART ONE)

Ina Dimitrova¹, Vladimir Nakov²

¹Plovdiv University “Paisii Hilendarski”

²National Center of Public Health and Analyses

РЕЗЮМЕ

Въпреки разработките на различни автори в областта на историята на медицината, историята на психиатрията в България е все още непълна, с множество бели петна. В България психичното здраве не е било приоритет никога – до 9 септември 1944 г. са налице изключително малко на брой истински лечебни заведения за психичноболни. „Новата“ власт също не го разпознава като приоритет – в първата програма на ОФ грижата за психичното здраве изцяло липсва. От началото на 50-те години на XX век новото и централно начинание е изграждането на извънболнична система, която се олицетворява най-вече от диспансерния подход. Като възлъщение на социалната психиатрия с нейната „профилактична насоченост“, проектът за диспансеризация трябва да изпълни множество задачи и да осъществи големите надежди на психиатричната общност за „психиатрия близо до обществото“. Целта на този обзор е да покаже общата – предимно патерналистична – парадигма, в която се разгръща диспансерният модел, както и да предостави данни за по-общия контекст, в който това се случва, а именно формирането на кадрите, изграждането на психиатричните институции, отношението на психиатрите и обществото към хората с психичноздравни проблеми в периода на държавния социализъм в България.

Ключови думи: социална психиатрия, диспансерен подход, държавен социализъм, патернализъм

ВЪВЕДЕНИЕ

„...За това ми е мъчно – диспансерното наблюдение. Това е изключително важно звено. Значи то изискваше на всеки месец или на тримесечие да пращаме в зависимост от заболяването писма на болните и близките ги водеха, проследявахме им състоянието, изписвахме им лекарства и така ги проследявахме. Това беше и вид профилактика, и вид грижа, което изчезна – просто изчезна. Зачеркнаха. По време на демокрацията или една година след това – заличиха го, край. Това е единственото нещо, за което безкрайно много съжалявам.“ (Интервю с психиатър от Държавна психиатрична болница в Ловеч, стаж 38 години, проведено през 2019 г.)

ABSTRACT

Although there are studies by various authors on the history of medicine, the history of psychiatry in Bulgaria is still incomplete, with many blanks. Mental health was never a priority in Bulgaria – before the coup d'état of 9 September 1944 there were very few treatment facilities for the mentally ill. The new regime did not recognize it as a priority either – mental healthcare is conspicuously absent in the first programme of the Fatherland Front, the communist-dominated coalition that came to power after the coup. From the early 1950s onwards, the new and major undertaking was to develop an outpatient system, which was epitomized primarily by the dispensary approach. As the embodiment of social psychiatry with its “prophylactic orientation”, the dispensarization project had to accomplish many tasks and to fulfill the high hopes of the Bulgarian psychiatric community for “bringing psychiatry close to society”. The aim of this study is to show the general – mostly paternalistic – paradigm within which the dispensary model was deployed, as well as to describe the broader context in which this occurred, namely the formation of a professional community, the construction of psychiatric institutions, and the attitudes of psychiatrists and society towards people with mental health issues during the period of state socialism in Bulgaria.

Keywords: social psychiatry, dispensary approach, state socialism, paternalism

INTRODUCTION

„... This is what I miss: dispensary monitoring. This is an extremely important method. It required that every month or every quarter we send, depending on the illness, letters to the ill; their relatives would bring them [to the dispensary], and we monitored their condition, prescribed medication and thus kept track of them. It was both a kind of prevention and a kind of care that has totally disappeared – it's simply disappeared. It was eliminated. During democracy or a year after – it was erased, it's over. That's the only thing [from the socialist past] I'm infinitely sorry about.“ (Interview with a psychiatrist at the State Psychiatric Hospital in Lovech with 38 years of experience, 2019)

Диспансеризацията – основна форма на организация на психиатричната грижа по време на държавния социализъм в България, очевидно буди носталгия у редица практикуващи в момента представители на тази професия¹. Заедно с това тази практика се е сдобила и с образа на архаичен патерналистичен модел и тази нагласа е ясно изразена от организациите, които излизат на сцената, поддържани от общия дух на политическите трансформации по време на прехода, и които се (само)идентифицират като носители на новата парадигма, стъпила на защита на човешките права на лицата с психиатрични диагнози², на уважението към човешкото им достойнство, на утвърждаване на подкрепата в общността и на независимия живот. Тази позиция е еднозначно формулирана, например, от представителите на Глобална инициатива в психиатрията – София (ГИП-София): *...дори да направим сто диспансера, ако там липсва тази невидима подплата на социалната връзка, доверителна връзка, пренос, ако е само този дискурс на „аз седа в кабинета, очаквам ти редовно да ме намираш и да те питам с пръст във въздуха дали си си пил хапчетата“, това просто не работи* (фокус група, ГИП-София, 2019 г.)

Несъмнено този сблъсък на разбирания, подходи и в крайна сметка на цели парадигми към фигурата на пациента и към най-оптималните начини той да бъде подкрепян има множество нива. На първо място е общият проблем за предимствата и недостатъците на самите парадигми. Най-общо можем да определим парадигмите като патерналистично структурирана (през всеобхватна „грижа“) срещу фокусирана върху автономността на пациента. Важен аспект на този проблем е въпросът за взаимодействието между парадигма и конкретен контекст. Това е ясно формулирано например от Георги Ончев още през 1999 г. в статията „Етно-културален контекст на психиатрията в България“, че *„по-изразената патриархалност... намира израз в липсата на концепт за лична автономност... Цялата психиатрична етика изобщо е създадена върху разбиранията за индивидуалните свободи, които са продукт на западната цивилизация... Проблемът е коя е добрата клинична практика при пациенти, за които тези принципи не са ценност... Патриархалните очаквания, силни в традиционните общности, създават среда на мощен натиск в посока на патернализъм, подхранвана от диспансерния модел. По отношение на тези очаквания може да се твърди, че той е културно адекватен“* (1).

Очевидно въпросът тук, който авторът не коментира, е дали „културната адекватност“, дори да приемем, че е налична, трябва да бъде „подхранвана“ и тя ли следва да е водещ критерий за качество.

На второ място, ключов е проблемът как трябва да бъде организирана една диспансеризация, за да представлява оптимален подход, и накрая стои и съвсем конкретният въпрос за специфичното историческо разгръщане на тази практика в България. Тя също така остава ясно политизирана – пример са изказвания от типа: „...и всичко това според някои е „лошо наследство от миналото и тези ня-

Dispensarization – the main form of organization of psychiatric care under state socialism in Bulgaria – obviously arouses nostalgia in some current practitioners of this profession¹. At the same time, this practice has come to be seen as an outdated paternalistic model, and this attitude has been clearly expressed by the organizations which emerged on the scene sustained by the general spirit of the political transformations during the transition and which are (self-)identified as carriers of the new paradigm based on protection of the human rights of persons with psychiatric diagnoses², respect for their human dignity, and promotion of community support and independent living. This position has been unequivocally formulated by representatives of the Global Initiative on Psychiatry – Sofia: *Even if we were to set up a hundred dispensaries, if there we don't have this invisible backup that comes from social ties, trust, transference, if it's just this discourse of “I'm sitting in the consulting room, expecting you to find me regularly, wagging my finger at you and asking you if you've taken your pills”, it just won't work.* (Focus group, Global Initiative on Psychiatry – Sofia, 2019)

Undoubtedly, this clash of concepts, approaches, and ultimately, whole paradigms regarding the figure of the patient and the most optimal ways to support patients has multiple levels. First of all is the general problem of the advantages and disadvantages of the paradigms themselves, which we may broadly define as paternalistically structured (through comprehensive “care”) versus those focused on the patient's autonomy. An important aspect of this problem is the question of the interaction between paradigm and specific context. This was clearly articulated, for example, by Georgi Onchev as early as 1999 in the article “The ethno-cultural context of psychiatry in Bulgaria” (in Bulgarian), arguing that *„A more pronounced patriarchy ... finds its manifestation in the lack of a concept of personal autonomy... The whole of psychiatric ethics in general is founded on notions of individual freedoms that are a product of Western civilization... The problem is what constitutes good clinical practice for patients to whom those principles are not of value... The patriarchal expectations, strong in traditional communities, create an environment of powerful pressure towards paternalism, fostered by the dispensary model. With regard to these expectations, it can be argued that the dispensary model is culturally adequate“* (1).

The obvious question here, which the author does not comment on, is whether “cultural adequacy”, even if we assume there is such, should be “fostered” and whether it should be the leading criterion of quality.

Another aspect is the problem of how dispensarization should be organized in order to be the most optimal approach; finally, there is the very concrete question of the specific deployment of this practice in Bulgaria in the form of socialist psychiatric dispensarization. This question also has a purely politicized aspect – an example of this are statements such as “...and all this, according to

кои искат да разрушат тези структури само и единствено по тази причина.“ (2).

Целта на това изследване е да предложи щрихи към това наследство, а именно към историята на налагането на диспансерния метод в психиатрията по време на държавния социализъм у нас. Диспансеризацията и като съществена част от извънболничната система постоянно бива изтъквана през този период като централна специфика и предимство на социалистическата психиатрия – утвърждавана е като образец за достъпна, сигурна, качествена, хуманна грижа както за пациентите и близките им, така и за обществото. Наред с това е и парадигмалният компонент във възприетата тогава психиатрична политика, която официално се обявява за „социална психиатрия“, но която никога не възприема някои от най-базисните й принципи в западен контекст, свързани с култивиране на независимост у пациентите.³

Тази първа част на изследването се спира първо на историята на образеца, който се следва от българската психиатрия, а именно съветската диспансеризация. След това коментира общата парадигма, в която диспансеризацията бива поместена – социалната психиатрия с нейния централен принцип, фокусиран върху превенция (или профилактика, както се нарича тогава). Накрая щрихира официалния образ на диспансеризацията и на амбициите, свързани с нея, както и официалните, т.е. считаните за позволени и приемливи, критики и предупреждения, отправяни към конкретното й локално осъществяване.

Втората част представя основните фази в разгръщането на социалистическата психиатрична система с фокус върху диспансеризацията, които неизменно се характеризират с мащабни проекти и големи обещания. В същото време архивните документи показват ясно всекидневните провали. За това свидетелства и двойният код, характерен за периода и олицетворен от фразата „психиатричната помощ в нашата страна завоюва крупни успехи и все пак се намира в плачевно състояние“ (3).

Изследването е съкратен съвместен резултат от работата на авторите по два проекта: „Поколенчески модели за справяне с житейски кризи: биографични, социални и институционални дискурси“⁴ (Ина Димитрова) и „Hidden madness: mental health governance in socialist Bulgaria“⁵ (Владимир Наков).

Данните за изследването са събрани от различни източници – официални справочници, статистически материали, отчети, доклади, програми, учебници, ръководства, нормативни актове. Използвани са също данни от Централния държавен архив, и по-точно архивите на НИИПН, на Софийския психиатричен диспансер и на Държавната психиатрична болница „Св. Иван Рилски“. Друг основен източник на информация са публикации в пресата (основно теченията на в. „Здравен фронт“ и сп. „Съвременна медицина“) и основните академични списания за периода – теченията на Бюлетин на НИИПН (1957–1984) и списание „Неврология, психиатрия и неврохирургия“ (1962–1991). Проведени са няколко интервюта с

some, is ‘a bad legacy of the past, so they want to destroy these structures for this reason alone’” (2).

The aim of this study is to offer an outline of this legacy, namely of the history of the imposition of the dispensary method in psychiatry during state socialism in Bulgaria, or as it was also called then – outpatient system. The latter was consistently pointed out during the period as a central specific feature of socialist psychiatry – it was promoted as a model of accessible, safe, quality, humane care both for patients and their relatives and for society at large. Alongside this was the paradigmatic component of the psychiatric policy pursued at the time, which was officially declared to be “social psychiatry” but which never adopted some of the latter’s most basic principles in terms of cultivating autonomy in patients³.

Part One of this study begins with an overview of the history of the model followed by Bulgarian psychiatry, namely Soviet dispensarization. It then comments on the general paradigm within which dispensarization was situated – social psychiatry with its central principle focused on prevention (or prophylaxis as it was then called). Finally, it sketches the official image of dispensarization and the ambitions associated with it, as well as the official, i.e. considered permissible and acceptable, criticisms and warnings addressed at its specific local implementation.

Part Two presents the main phases in the deployment of the socialist psychiatric system, with a focus on dispensarization, which were invariably characterized by large-scale projects and big promises. At the same time, archival documents clearly show the system’s day-to-day failures. That the system failed is also attested by the double code characteristic of the period and epitomized by the phrase “psychiatric care in our country has achieved major successes and yet is in a deplorable state” (3).

This study is an abridged, joint result of the authors’ work on two projects: “Generational Patterns of Coping with Life Crisis: Biographical, Social and Institutional Discourses”⁴ (Ina Dimitrova) and “Hidden Madness: Mental Health Governance in Socialist Bulgaria”⁵ (Vladimir Nakov).

The data collected for the study came from various sources: official registers, statistical materials, reports, programmes, textbooks, guidelines, and legal acts. There are also data from the Central State Archives, and more specifically, from the archives of the NINPN [Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery], the City Psychoneurological Dispensary – Sofia, and the St. Ivan Rilski State Psychiatric Hospital. Another main source of information are publications in the press (mainly the newspapers Zdraven front [Health front] and Savremenna meditsina [Contemporary medicine]) and the main academic journals of the period: Byuletin na NINPN [Bulletin of the Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery] (1957–1984) and the journal Nevrologiya, psihiatriya i nevrohirurgiya

д-р Борис Бояджиев, който любезно ни предостави голяма част от личния си архив по въпросите на диспансеризацията, законодателството и историята на психиатрията в България. Проведени са също така фокус групи в Държавна психиатрична болница в Ловеч и с представители на ГИП-София.

Щрихи към историята на диспансерния модел като въплъщение на социалната психиатрия в социалистически контекст

„Диспансерното дело“ в периода на държавния социализъм в България обхваща множество дейности: „продължително и близко наблюдение на заболялите и изучаване на техните (и на семействата им) потребности и начин на живот“, „възможно най-цялостно задоволяване на потребностите от специализирано психиатрично лечение, социална поддръжка, трудоустрояване и рехабилитация, правна помощ“, експертна и профилатична дейност, ориентирана към оздравяване на средата, здравна провета, ранно откриване на заболяванията и на рецидивите (4). Влизането в тази система се осъществява чрез т.нар. вземане на диспансерен учет. Диспансеризацията – в най-общия ѝ вид – е предвидена в Закона за народното здраве от 1973 г., а конкретната наредба за организацията ѝ при психични заболявания е чак от 1987 г.

Диспансеризацията трябва да е израз на „профилатичното направление в социалистическото здравеопазване“, както казва Петър Коларов (5), което се представя като негов базисен принцип. Докрай проведената диспансеризация се стреми да създаде (по думите на Тодор Живков) „такава обстановка и отговорност, че всеки гражданин в нашата страна, като почнем още от бебето до гроба, да бъде в картотека, да бъде наблюдаван и да се носи отговорност за него“ (6). Съответно на това внимание към оздравяването на средата, включително обществената, диспансерният подход се концептуализира като въплъщение на социалната психиатрия. Обичайното представяне на последната използва следната формула: тя означава „максимално доближаване на психиатричната помощ до социалната общност“ (4). Тъкмо социалната психиатрия е „издигнала авторитета на психиатрията и е поставила нейното развитие наравно с редица водещи медицински дисциплини“ (7).

Съветският модел на диспансеризация, който българската психиатрия възприема като образец, се формира през 20-те години на XX век. Както преди, така и непосредствено след 1917 г. сред психиатричната общност там е особено популярен възгледът, че по-доброто психично здраве е естествен резултат от подобрените социални условия. Съответно, в едно добре организирано, „здраво“ общество постепенно психиатрията ще стане излишна и ще се превърне в профилатика или в социална хигиена. Този модел допълнително получава идеологическото си обосноваване след революцията и това дава коз в ръцете на психиатрите, които искат да реорганизируют системата в профилатичен дух. Най-радикален сред тях е Лев Розенщайн, който е „бащата“ на диспансерния модел – ръ-

[Neurology, psychiatry and neurosurgery] (1962–1991). Several interviews were conducted with Dr Boris Boyadzhiev, who kindly made available to us a large part of his personal archive on the issues of dispensarization, legislation, and the history of psychiatry in Bulgaria. Focus groups were also conducted at the State Psychiatric Hospital in Lovech and with representatives of the Global Initiative on Psychiatry – Sofia.

An outline of the history of the dispensary model as an embodiment of social psychiatry in a socialist context

The dispensary system in the period of state socialism in Bulgaria included multiple activities: “continuous, close monitoring of patients and studying their (and their families’) needs and lifestyles”, “fullest possible satisfaction of patients’ needs of specialized psychiatric treatment, social support, employment and rehabilitation, legal aid”, expert and prophylactic activities aimed at creating a healthier environment, health education, early detection of illness and relapse (4). Entry into this system was via so-called dispensary registration. Dispensarization – in its most general form – was provided for by the Public Health Act of 1973, while the particular ordinance concerning dispensarization of persons with mental health conditions was issued as late as 1987.

Dispensarization was meant to be an expression of “the prophylactic trend in socialist healthcare”, to quote Petar Kolarov (5), which was presented as the latter’s basic principle. Complete dispensarization sought to create – in the words of Todor Zhivkov – “such an environment and responsibility that every citizen in our country, from the cradle to the grave, would have a personal file and be monitored and cared for” (6). Consistently with this attention to creating a healthier environment, including a healthier social environment, the dispensary approach was conceptualized as the embodiment of social psychiatry. The latter was usually presented as follows: social psychiatry means “bringing psychiatric help as close to the social community as possible” (4). Precisely social psychiatry had “raised the authority of psychiatry and brought it up to par with a number of leading medical disciplines” (7).

The Soviet model of dispensarization, which was also adopted by Bulgarian psychiatry, was formed in the 1920s. Both before and immediately after 1917, the view that better mental health was the natural result of improved social conditions was particularly popular among the Russian psychiatric community. Accordingly, in a well-organized, “healthy” society, psychiatry would gradually become redundant and replaced by prophylaxis or mental hygiene. This model received further ideological justification after the October Revolution of 1917, and this put a trump card in the hands of psychiatrists who wanted to reorganize the system in a prophylactic spirit. The most radical among them was

ководен и финансиран от държавата – в СССР. Неговата идея за „невропсихиатрични диспансери“ е провокирана конкретно от интереса му към алкохолизма, но той всъщност е първият, който превръща диспансера във форма на „комбинирана институционална грижа за алкохолици и пациенти, страдащи от нервни заболявания“ (8).

Важно е да се отбележи, че Розенщайн е вдъхновен не само от предреволюционната организация на психиатричната грижа в Русия, но и от Адолф Майер, с чиито възгледи се запознава през 1913 г. Майер е ключова фигура в американската психиатрия от първата половина на XX век, той отхвърля биомедицинския подход на Крепелин, определяйки го като „груб соматизъм“. Той защитава тезата, че психиатрията трябва да работи с личността на пациента, което не може да се случи без отчитане на значимостта на социалната среда, на общността и без прилагане на „динамичен“ психотерапевтичен подход (9, 10).

И така проектът на Розенщайн и съмишлениците му – всъщност един радикален проект за социална психиатрия, ръководена „отгоре“, намира сериозна подкрепа в Наркомздрав (Народен комисариат по здравеопазване), където идеята за социална медицина има сериозни поддръжници. Разбира се, сред тях не може да не се спомене името на Семашко, който е твърдо решен да „осъществи представата за санитарна утопия в мащаб, невиджан досега“ (8). През 30-те години на XX век обаче това социалнопсихиатрично начинание навлиза в криза и в конфликт с клиничната психиатрия, която обвинява представителите му, че подриват самата същност на психиатрията (11, 12).

Особено любопитни са критиките, защото показват как в конкуренцията за ресурси и власт вътре в психиатричната професия и общност се мобилизират аргументи, с които днес се критикува общия профил на социалистическата психиатрия, като по този начин неизбежно се хомогенизира един много по-хетероген феномен. Освен това те демонстрират, че често именно тези вътрешни борби са моторът и те конструират и легитимират общите парадигми, през които се мисли психиатрията („социална“, „клинична“, „павловизъм“ и т.н.). Розенщайн бива критикуван, че се стреми „да разшири медицинския контрол над всички аспекти на социалния живот и да подмени ... социалистическото здравеопазване със социална хигиена“ (8). Изразяваните преди това амбиции да се обхване и здравето на населението – нещо, което ще видим като формулирана цел и от българските психиатри, но доста по-късно – се използва в СССР като мотив, чрез който общественото мнение да бъде насочено срещу начинанието на социалните хигиенисти. Към тях е насочено обвинението, че превръщат психичното страдание в прекомерно обхватна категория, а това дава на лекарите хигиенисти необосновани „права за лекуване, обучаване, насочване, регулиране и намеса във всички комплексни жизнени взаимоотношения“, включително икономиката и политиката. В крайна сметка Институтът за невропсихиатрична профилактика на Розенщайн се превръща в Институт по

Lev Rozenshtein, who was the “father” of the dispensary model – directed and financed by the state – in the Soviet Union. His idea of “neuropsychiatric dispensaries” was prompted specifically by his interest in alcoholism, but he was actually the first to turn the dispensary into a form of “combined institutional care of alcoholic and nervously ill patients” (8).

It is important to note that Rozenshtein was inspired not only by the pre-revolutionary organization of psychiatric care in Russia but also by Adolf Meyer, whose views he became acquainted with in 1913. Meyer was a key figure in American psychiatry in the first half of the twentieth century who rejected Emil Kraepelin’s biomedical approach, defining it as “rigid somaticism”. He argued that psychiatry must work with the personality of the patient, which could not happen without considering the importance of the social environment, of the community, and without applying a “dynamic” psychotherapeutic approach (9, 10).

And so, the project of Rozenshtein and his followers – in fact, a radical project for a social psychiatry directed “from above” – found serious support in Narkomzdrav (People’s Commissariat of Health Protection, the Soviet Ministry of Public Health), where the idea of social medicine in general had strong supporters. Of course, among them one cannot fail to mention of N. A. Semashko (head of Narkomzdrav, 1918–1930), who was determined “to fulfill the notion of a sanitary utopia on a scale as yet unseen” (8). In the 1930s, however, this social psychiatry project entered into crisis and into conflict with clinical psychiatry, which accused its representatives of subverting the very essence of psychiatry (11, 12).

The criticisms leveled against social psychiatry back then are particularly curious because they show how the competition for resources and power within the psychiatric profession and community mobilized arguments which are used today to criticize socialist psychiatry in general, thus inevitably homogenizing a much more heterogeneous phenomenon. Moreover, they demonstrate that often it was these internal struggles that were the driving force, and that they constructed and legitimized the general paradigms through which psychiatry was thought (“social”, “clinical”, “Pavlovianism”, etc.). Rozenshtein was criticized for seeking “to expand medical control over all facets of social life and to substitute ... socialist public health with mental hygiene” (8). The previously expressed ambitions to expand the dispensary system to include the healthy population as well – something we will see formulated as a goal by Bulgarian psychiatrists, too – was used in the Soviet Union as a motive to turn public opinion against the mental hygienists’ enterprise. Hygienists were reproached for excessively broadening the concept of mental illness, thereby granting “physician-hygienists unjustified ‘rights to treat, teach, direct, regulate, and interfere in all the complex relationships

психиатрия и изцяло минава във властта на клиничните психиатри, които категорично се противопоставят на диспансеризацията (8).

В наличните кратки реконструкции в психиатричните текстове от времето на социализма у нас за произхода на диспансерния модел тази история не се споменава, нито пък се проследява сложният му път и форми на пренос от западни модели. Причините могат да бъдат различни, но ефектът със сигурност е опростяване на представите за генеалогията на конкретна актуална практика, в случая профилактиката и диспансеризацията. Неангажирането с такъв тип комплексни реконструкции и анализи на миналото вътре в самата професионална общност няма как да не допринесе за формирането на един беден, грубоват, повърхностен подход към мисленето на историята на психиатрията изобщо и до ден днешен⁶. Както Андрю Скъл казва, много често, когато историята се пише от „една специална група аматьори [в историческото изследване], а именно самите психиатри“, това, което получаваме, е „хигиенизиран“ тип исторически наратив, който служи най-вече, за да легитимира професията и да покаже нейния прогрес или представлява „безобидна форма на антикваризъм“ (13).

След края на фазата, доминирана от Розенщайн и Семашко, общата схема, която се възприема в СССР (и в България) е фокусът върху задължителното единство на двете системи – болнична и извънболнична. Социалната психиатрия няма как да бъде напълно изоставена в контекста на общия социалистически проект, който еднозначно се е заел с „оздравяване“ на средата, но и очевидно – както се случва през 30-те години на XX век в СССР – не може да бъде оставена да постави под въпрос ролята на клиничната психиатрия и ресурсите, насочвани към нея. В България това единство се утвърждава непрекъснато от всички представители на психиатричния елит и постоянно се напомня, че извънболничната система има опасния потенциал да експанзира и да бъде приоритизирана: „важно правило в изграждането и функционирането на извънстационарната система е да не се влиза в антагонистично противоречие със стационарната психиатрична организация. Такива погрешни забегки има и у нас. Извънболничната помощ не може изцяло да замести, а още по-малко да измести необходимостта от клинично обслужване и болнична помощ. Болничната и извънболничната помощ са допълващи се етапи и трябва да работят в единство и хармония (14).

Същото е в сила и в самия край на режима, като виждаме усилие да се съвместят несъвместими принципи – хем извънболничната система да има „приоритетно развитие“, хем да няма: „съществена разлика в лечението на психичните заболявания в болнични и извънболнични условия няма и не трябва да има. Само при такава постановка на психиатричната терапия е правилно да се стимулира извънболничното психиатрично обслужване“ (7). Извънболничната система трябва да има приоритетно развитие, но не трябва да бъде откъсвана от стационарната психиатрия и „да не се противопоставя или откъсва от

of life,' including economics and politics". Ultimately, Rozenshtein's Institute of Neuropsychiatric Prophylaxis became the Institute of Psychiatry and "passed into the hands of clinical psychiatrists who vigorously opposed dispensarization" (8).

The brief reconstructions of the origin of the dispensary model in Bulgaria, available in psychiatric publications of the socialist period, do not mention this history, nor do they trace the dispensary model's complex path. The reasons may be different, but the result is certainly simplification of the notions of the genealogy of a particular actual practice, in this case prophylaxis and dispensarization. The failure to undertake this kind of complex reconstruction and analysis of the past within the professional community itself cannot but contribute to the formation of a poor, crude, superficial approach in thinking about the history of Bulgarian psychiatry in general to this day⁶. As Andrew Scull puts it, when psychiatric history is "written primarily by amateurs, and a peculiar group of amateurs at that – psychiatrists themselves", what we get are "sanitized" historical narratives "that serve ... to legitimate the profession's present-day activities; or that represent a harmless form of antiquarianism" (13).

After the end of the phase dominated by Rozenshtein and Semashko, the general scheme adopted in the Soviet Union – and in Bulgaria – was the focus on the compulsory unity of the two systems, inpatient and outpatient. Social psychiatry could not be completely abandoned in the context of the general socialist project, which unequivocally set out to "create a healthier environment"; but contrary to what happened in the Soviet Union in the 1930s, neither could it be allowed to question the role of clinical psychiatry and the resources allocated to the latter. In Bulgaria, this unity was continuously asserted by all members of the psychiatric elite, who constantly pointed out that the outpatient system had the dangerous potential to expand and to be prioritized:

An important rule in the development and operation of the outpatient system is to avoid entering into an antagonistic contradiction with the inpatient psychiatric system. There are such wrongful tendencies in Bulgaria, too. Outpatient care cannot completely replace, let alone displace, the need for clinical services and inpatient care. Inpatient and outpatient care are mutually complementary stages and should work in unity and harmony (14).

This remained valid until the very end of the socialist regime in Bulgaria, and what we see was an effort to reconcile incompatible principles, i.e. both to give and not to give priority to the development of the outpatient system: "There is no and should not be any significant difference in the treatment of mental illness in inpatient and outpatient settings. Encouraging outpatient psychiatric services is correct only within such a framework of psychiatric treatment" (7). Priority had to be given to the development of the outpatient system, but "without opposing it to, or separating it from, inpatient

нея, за което има редица несполучливи опити“ (7).

В програмната статия на Васил Милев от 1972 г. за развитието на психиатричната система у нас се посочва, че извънболничната система трябва еднозначно да „се насочи най-вече към здравето на населението през психопрофилактика и психохигиена“ (3). Тази експанзия към „здравите“ сектори на обществото много ясно се вижда в Програмата за опазване и подобряване на психичното здраве на българския народ от 1976 г. В нея виждаме амбицията „психиатричното дело“ да обхване множество зони, да изпълнява консултантски, надзорни, контролни, просветителски функции. Предлага се психиатри да бъдат директори на помощните училища, на комплекси от различни медицински кабинети, да извършват „периодична психохигиена на учебните планове, програми и разписания за учащите се от всички видове и степени учебни заведения“ и „хигиенен анализ на полиграфичното и техническото оформяване“ на учебниците и учебните помагала и т. н. По сходен начин стоят нещата и в Директивна програма за развитието на психиатричната помощ в НРБ до 2000 г. и в Насоките за развитието на специализираната психиатрична и неврологична помощ до 1990 г. на МНЗ от 1969 г., чиято трета част „Научноизследователска дейност“ специално започва с първа точка, посветена на социалната психиатрия.

Този подход, който всъщност опитва да удържи всички амбиции едновременно – за мащабна болнична помощ и висок брой на леглата, за всепроникващо „профилактиращо“ присъствие на психиатрични или ръководени от психиатри звена, за фармакологично лечение, за диспансеризация на здравето на населението – довежда до поне две следствия. Първото е невъзможността широкото навлизане на фармакологичното лечение да доведе до деинституционализация, както това се случва в западните страни, например: „новите медикаменти не разкъсват съществуващата съветска система, защото за разлика от системата на Запад, в СССР – поне на теория – съществува модел, който съдвоява психиатричните болници с „невропсихиатрични диспансери“, които са базирани в общността. Хлорпромазинът всъщност вдъхва нов живот [на това единство], давайки възможност на психиатрите по-бързо да преместват пациентите от болнично лечение към „поддържаща“ терапия в общността“ (15).

И доколкото „в общността“ в локалния контекст пациентите срещат единствено диспансерното наблюдение, иначе казано – отново психиатричната система, а не общности на пациенти, клубове за самопомощ, активистки движения на потребители на психиатрични услуги и на т.нар. в западните страни *psychiatric survivors* – техният път остава плътно съвместен с тази система⁷. И нещо повече – психиатрите имат амбицията да интегрират тези „доброволни форми на самопомощ и взаимна помощ, каквито са организациите на лекуваните болни с алкохолни проблеми, групите за взаимно подпомагане на семейства с хронично болни членове“ в сферата на психиатричното обслужване (4). Тъй като „спонтанното организиране ... на групи за взаимопомощ от самите пациенти“ е по-

psychiatry, as a series of unsuccessful attempts have tried to do” (7).

Vasil Milev's programmatic article of 1972 on the development of the psychiatric system in Bulgaria argued, among other things, that outpatient care must unequivocally “focus most of all on the healthy population through mental prophylaxis and mental hygiene” (3). This expansion towards the “healthy” sectors of society is very clearly seen in the Ministry of Public Health's 1976 Programme for Protecting and Improving the Mental Health of the Bulgarian People. It obviously sought to ensure that psychiatry would encompass multiple zones and perform counseling, supervisory, controlling, enlightening functions. The Programme proposed that the principals of auxiliary schools and directors of complexes of various medical counseling rooms should be psychiatrists; that psychiatrists should perform “periodic mental hygiene [examinations] of the syllabi, curricula and timetables for students in educational establishments of all kinds and levels” and “hygiene analysis of the polygraphic and technical layout” of textbooks and school aids, etc. Things are similar in a 1973 Directive Programme for the Development of Psychiatric Care in the People's Republic of Bulgaria until the Year 2000 and the Ministry of Public Health's 1969 Guidelines for the Development of Specialized Psychiatric and Neurological Care until 1990, whose third part, “Scientific Research Activity”, begins with an item devoted to social psychiatry.

This approach, which in fact tried to realize all ambitions at once – for large-scale inpatient care and a high number of beds, for ubiquitous “prophylactic” presence of psychiatric or psychiatrist-run units, for pharmacological treatment of mental illness, for dispensarization of the healthy population – led to at least two consequences. The first was that the widespread introduction of pharmacological treatment did not lead to deinstitutionalization, as it did in the Western countries, for example: „The new drugs did not disrupt the existing Soviet system because, unlike the system in the West, the Soviets were already dedicated, at least in theory, to a model which paired psychiatric hospitals with community-based “neuropsychiatric dispensaries.” Chlorpromazine gave this system a new lease on life, encouraging Soviet psychiatrists to more rapidly move patients from in-patient treatment to “supporting” treatment in the community (15).

And the second was that insofar as in the Bulgarian context, the only thing patients found “in the community” was dispensary monitoring – or in other words, a psychiatric system again, not communities of patients, self-help clubs, activist movements of psychiatric-service users and of so-called *psychiatric survivors* – their path remained closely tied to this system⁷. What is more, psychiatrists had the ambition to integrate these “voluntary forms of self-help and mutual help, such as are the organizations of patients with alcohol problems, the mutual help groups of families with chronically ill members,” into the sphere of psychiatric services (4). Since “the spontaneous organization ... of patients' self-help groups” had been found to be expedient in some countries, as Temkov

казало, че е целесъобразно в някои страни, както посочва Темков, „се препоръчва групите за взаимопомощ да се насърчават за коопериране и колабориране с редица психиатрични служби ... които ще насочват тяхната дейност“ (7). Още през 1966 г. се подчертава, че клубовете на пациенти следва винаги да бъдат организирани съвместно с Националния съвет на ОФ и под ръководството на психоневрологичните диспансери.

Всичко това е естествено следствие от постановката, че „все пак някой трябва да бъде двигател, да се чувства отговорен за съдбата на болния и за неговото място в обществото. При сегашната наша структура на здравеопазването това е съответният психиатричен диспансер“ (16). Това ни връща към думите на Георги Ончев за „културната адекватност“ на диспансерния модел спрямо патриархалния и отгук и склонен към патернализъм профил на българското общество. Подобна теза, оставаща само на нивото на констатацията, подминава и може би преднамерено не иска да се ангажира с два други нейни аспекта, а именно нормативния – как трябва (т.е. как е най-оптимално за пациента) да бъде, и историзиращия – как сме стигнали дотук. Или иначе казано, дали психиатричната система трябва да продължава да „подхранва“ тази адекватност и каква е нейната генеалогия. При положение, че отговорността за съдбата на пациента е поета изцяло от диспансера и съответно систематично отнемана от самия пациент, културната адекватност, а с нея и патерналистичният модел са не просто заварена ситуация, с която психиатричната система невинно се съобразява в името на пациента, а са *исторически произведени феномени*, чието наследство тежи и до днес.

БЕЛЕЖКИ

1. *Различни са, разбира се, позициите на психиатрите по въпроса дали трябва системата да се стреми към диспансеризация, към създаване на национален регистър, и съответно за какъв тип пациенти да бъде последният. Вж. например: „Психиатри искат регистър и диспансеризация на психично болните“, <https://www.mediapool.bg/psihiatri-iskat-registar-i-dispanserizatsiya-na-psihichno-bolnite-news201610.html>; „Най-големият проблем в психиатрията е един пациент да бъде убеден да се лекува“, <https://www.dnesbg.com/obshtestvo/d-r-georgi-partchev-upravitel-na-tsentara-za-psihitchno-zdrave-vnau-golemiyat-problem-v-psihiatriyata-e-edin-patsient-da-bade-ubeden-da-se-lekuvav.html>; „Политическата шизофрения не е болест за лекуване“, в-к „Труд“, 19.07.2018; „Варненски психиатри против диспансеризацията на пациенти с леки проблеми“, <https://bestdoctors.bg/article/id/1027738>; „Хелзинкският комитет против наредбата за лечение на психично болни“, <https://frognews.bg/novini/helzingskiiat-komitet-protiv-naredbata-lechenie-psihichno-bolnite.html>.*
2. *Към въпроса за назоваването на лицата с психиатрични диагнози у нас все още липсва нужната чувствителност. Именуването е проблем, който произтича от нуждата от дестигматизация, от необходимостта от критика към биомедицинския подход особено в локалния контекст, но и се усложнява от факта, че реално тук отсъстват социалните дейци, т.е. активистите, които би трябвало да са в основата на битката за елиминиране на медикализиращите етикети, имплицирани зависимост и безпомощност. В*

pointed out, “it is recommended that self-help groups in Bulgaria be encouraged to cooperate and collaborate with a number of psychiatric services ... that will guide their activity” (7). As early as in 1966 it was being stressed that patients’ clubs ought to always be co-organized with the National Council of the Fatherland Front and under the direction of the neuropsychiatric dispensaries.

All of this is a natural consequence of the assumption that “still, someone has to be the engine, to feel responsible for the patient’s fate and his place in society. In our current healthcare structure, this is the relevant psychiatric dispensary” (16). This brings us back to Georgi Onchev’s words about the “cultural adequacy” of the dispensary model with regard to the patriarchal and hence paternalistically-inclined profile of Bulgarian society. Such a thesis, stated merely as an observation, overlooks and perhaps deliberately does not want to address another two aspects of the psychiatric system in Bulgaria, namely the normative aspect – what it should be like (i.e. what is most optimal for the patient), and the historicizing aspect – how we got here. Or to put it another way, whether the Bulgarian psychiatric system should continue to “foster” this adequacy and what is its genealogy. Given that the responsibility for the patient’s fate was assumed entirely by the dispensary – and hence – systematically taken away from the patient themselves, cultural adequacy, and with it the paternalistic model, are not just part of the status quo which the Bulgarian psychiatric system is innocently complying with in the name of the patient; they are *historically produced phenomena* whose legacy weighs heavily to this day.

NOTES

1. *There are, of course, different views among Bulgarian psychiatrists on the issue of whether the psychiatric care system should move towards dispensarization, towards the creation of a national register, and what type of patients should be registered in the latter. See, for example: “Psychiatrists demand register and dispensarization of the mentally ill” (BG), <https://www.mediapool.bg/psihiatri-iskat-registar-i-dispanserizatsiya-na-psihichno-bolnite-news201610.html>; “The biggest problem in psychiatry is convincing a patient to get treatment” (BG), <https://www.dnesbg.com/obshtestvo/d-r-georgi-partchev-upravitel-na-tsentara-za-psihitchno-zdrave-vnau-golemiyat-problem-v-psihiatriyata-e-edin-patsient-da-bade-ubeden-da-se-lekuvav.html>; “Political schizophrenia isn’t a disease to be treated”, „Varna psychiatrists against dispensarization of patients with mild conditions“, <https://bestdoctors.bg/article/id/1027738>; “Helsinki Committee against ordinance on treatment of mentally ill“, <https://frognews.bg/novini/helzingskiiat-komitet-protiv-naredbata-lechenie-psihichno-bolnite.html>.*
2. *The issue of how to refer to persons with psychiatric diagnoses is still not treated with the necessary sensitivity in Bulgaria. Naming is a problem associated with the need for destigmatization and for criticizing the biomedical approach, especially in the local context. However, it is also complicated further by the fact that the relevant social actors – that is, the activists who ought to spearhead the battle for eliminating the medicalizing labels that imply dependence and helplessness – are practically non-existent in Bulgaria. Persons with mental health conditions are still mainly referred to as patients, mentally*

- България все още се използват основно думите пациенти, психично болни, лица с психични заболявания или урежда-ния. Появяват се понякога дори „душевноболни“ или „питомци“ (вж. <http://old.duma.bg/2007/0707/190707/obshtestvo/ob-4.html>). По-модерните и просветени начини на назоваване са „потребители на психичноздравни услуги“ или „на психично здраве“. Ясен пример за отсъствието не само на единна употреба е текстът на „Националната стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2020-2030 г.“, в която се използват етикетираната „потребители“, „психично болни“ с доминация на „пациенти“. Очевидно авторите не са отчели, че начинът, по който назовават потребителите на техните услуги, има ключово значение, защото различните назовавания са продукт на фундаментално различни парадигми в нагласите и политиките за лицата с психични разстройства. Другата възможна интерпретация е преднамерено въздържане от заемане на позиция, за да може свободно да се осцилира между парадигмите в зависимост от конкретните нужди и интереси.
3. По-подробно за проекта за социална психиатрия в България, вж. Димитрова, И. (2021) „Нищо за вас без нас!“ Проектът за социална психиатрия в социалистическа България. В: *Критика и хуманизъм* 55(2), с. 27-50.
 4. Финансиран от ФНИ, 2016-2021, вътр. номер 2763, ДН 05/9 от 14 декември 2016 г.
 5. Индивидуален проект към Център за академични изследвания-София, 2020-2021.
 6. Пример за това са както на практика всички опити за кратки истории на българската психиатрия, правени до момента (вж. например Christozov Ch. (1975) *World History of Psychiatry*, edited by John G. Howells Brunner/Mazel Publishers, New York pp. 376-382; Kirov K. (1993) *Bulgarian psychiatry: development, ideas, achievements. History of Psychiatry*, pp. 565-575; Koychev G. (2003) *History of Bulgarian psychiatry. Psychiatria Danubina* 15(1-2), pp. 61-63), така и историческите части в съвременните учебници по психиатрия, като например този на Вихра Миланова от 2013 г.
 7. Или търсят алтернативи за помощ извън официалната психиатрична грижа, например „йогизъм“, както виждаме в Програмата за развитие на психотерапията от 1973 г.
- ill, persons with mental illness or disabilities. Occasionally, they are even referred to as psychically ill (*dushevno bolni*) or pitomtsi (meaning someone who is thoroughly dependent, lacking legal capacity and in need of constant care; the same word is used in Bulgarian to refer to one's pets) (see <http://old.duma.bg/2007/0707/190707/obshtestvo/ob-4.html>). The more modern and enlightened terms in use in Bulgaria are “users of mental health services” or “of mental health”. A clear example of the lack not only of unified terms is the text of the National Strategy for Mental Health of the Citizens of the Republic of Bulgaria 2020–2030, which uses the terms “users”, “mentally ill”, and most frequently, “patients”. It is obvious that the authors of the Strategy were oblivious to the fact that the way they refer to the users of their services is of key importance because the different terms are the product of fundamentally different paradigms in attitudes towards and policies on persons with mental health problems. The other possible reason could be deliberate abstention from taking a stand so as to allow free oscillation between paradigms depending on the concrete needs and interests at stake.
3. For more on the social psychiatry project in Bulgaria, see Dimitrova, I. (2021) “Nothing About You Without Us!” The Social Psychiatry Project in Socialist Bulgaria. *Critique & Humanism* 55(2): 23-46.
 4. Financed by the Bulgarian National Science Fund, 2016–2021, No. 2763, Contract DN 05/9 of 14 December 2016.
 5. An individual project at the Centre for Advanced Study Sofia, 2020–2021.
 6. An example of this are practically all attempts at a short history of Bulgarian psychiatry made to date – see, e.g., Christozov, Ch. (1975) “Bulgaria”, in *World History of Psychiatry*, edited by John G. Howells, New York: Brunner/Mazel, pp. 376-382; Kirov, K. (1993) “Bulgarian psychiatry: development, ideas, achievements”, in *History of Psychiatry*, vol. 4, edited by A. W. Beveridge, pp. 565-575; Koychev, G. (2003) *History of Bulgarian psychiatry, Psychiatria Danubina* 15(1-2): 61-63; as well as the sections on history in contemporary textbooks on psychiatry such as, for example, the psychiatry textbook by Vihra Milanova published in 2013.
 7. Or they sought alternative options for help outside of official psychiatric care – for example, “yogism”, as we see in the 1973 Programme for Development of Psychotherapy.

КНИГОПИС / REFERENCES

1. Ончев, Г. Етно-културален контекст на психиатрията в България. Бюлетин на българската психиатрична асоциация, 1999, 2-3, с. 14–21.
Onchev, G. Ethnocultural context of psychiatry in Bulgaria. Bulletin of the Bulgarian Psychiatric Association, 1999, 2–3, pp. 14-21.
2. Тарашоева, Г. Що е то психиатричен диспансер и има ли той почва у нас? (2005)
Tarashoeva, G. (2005) What is a psychiatric dispensary and can it take root here?
3. Милев, В. Концепция за развитието на извънболничната психиатрична помощ в България. Бюлетин на НИИПН, 1972, 2, с. 10-15.
Milev, V. Concept for the development of outpatient psychiatric care in Bulgaria. Bulletin of the Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 1972, 2, pp. 10-15.
4. Жабленски, А. Диспансеризацията на психично болните. В: Иванов, Вл. (ред.) Социална психиатрия. С.: Медицина и физкултура, 1989, с. 165-174.
Zhablenski, A. Dispensarization of the mentally ill. In: Ivanov, V. (ed.), Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura, 1989, pp. 165-174.
5. Коларов, П. Въпроси на социалистическото преустройство на народното здравеопазване. София, 1951, Наука и изкуство.
Kolarov, P. Issues of the socialist reconstruction of public healthcare. Sofia, 1951, Nauka i izkustvo.
6. Тодоров, А. Априлският пленум в здравеопазването. Хигиена и здравеопазване, 1976, 2, с. 105-113.
Todorov, A. The April plenum in healthcare. Hygiene and Healthcare, 1976, 2, pp. 105-113.

7. Темков, Ив. Социални аспекти на лечението на психичните заболявания в извънболнични условия, В: Иванов, Вл. (ред.) Социална психиатрия. С.: Медицина и физкултура, 1989, с. 175-183.
- Temkov, I. Social aspects of outpatient treatment of mental illness. In: Ivanov, V. (ed.), Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura, 1989, pp. 175-183.
8. Sirotkina, I. Diagnosing Literary Genius: A Cultural History of Psychiatry in Russia, 1880-1930. Baltimore and London, 2002: The Johns Hopkins University Press.
9. Double, D. Beyond Biomedical Models: A Perspective from Critical Psychiatry. In: Tew, J. (ed.) Social Perspectives in Mental Health Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2014, pp. 53-70.
10. Morrison, H. Constructing Patient Stories: 'Dynamic' Case Notes and Clinical Encounters at Glasgow's Gartnavel Mental Hospital, 1921-32. Medical History 60(1), 2016, pp. 67-86.
11. Latypov, A. The Soviet doctor and the treatment of drug addiction: "A difficult and most ungracious task". Harm Reduction Journal, 2011, 8(32). <http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/32>.
12. Solomon, S. G. David and Goliath in Soviet public health: The rivalry of social hygienists and psychiatrists for authority over the bytovoi alcoholic. Soviet Studies, 1989, 41(2), pp. 254-275.
13. Scull, A. Psychiatry and its historians. History of Psychiatry, 1991, 2, 239-251.
14. Миленков, К. и Е. Панчева. Етично-хуманни, теоретично-клинични, организационно-кадрови и методически тенденции в развитието на извънстационарната психиатрична помощ. В: Темков, Ив. и Георгиев, Ив. (ред.) Актуални проблеми на неврологията и психиатрията, С.: Медицина и физкултура, 1980, кн. 4, с. 164-176.
- Milenkov, K. and E. Pancheva. Ethical-humane, theoretical-clinical, organizational-personnel and methodic tendencies in the development of outpatient psychiatric care. In: Temkov, I. and I. Georgiev (eds), Current problems of neurology and psychiatry, Meditsina i fizkultura, 1980, vol. 4, pp. 164-176.
15. Zajicek, B. The Psychopharmacological Revolution in the USSR: Schizophrenia Treatment and the Thaw in Soviet Psychiatry, 1954-64. Medical History, 2019, 63(3), pp. 249-269.
16. Иванов, Вл. и Б. Иванов. Шизофрения. В: Иванов, Вл. (ред.) Социална психиатрия. С.: Медицина и физкултура, 1989, с. 129-133.
- Ivanov, V. and B. Ivanov Schizophrenia. In: Ivanov, V. (ed.), Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura, 1989, pp. 129-133.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Владимир Наков, дм
 Отдел „Психично здраве“
 Дирекция „Психично здраве и превенция на зависимостите“
 Национален център по обществено здраве и анализи
 Бул. „Акад. Иван Гешов“ №15, п.к. 1431,
 тел.: 02/8056 214
 e-mail: v.nakov@ncpha.government.bg

Address for correspondence:

Vladimir Nakov, MD, PhD
 National Center of Public Health and Analyses
 E-mail: v.nakov@ncpha.government.bg