

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

Владимир Наков<sup>1</sup>, Ина Димитрова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национален център по обществено здраве и анализи

<sup>2</sup>Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“

## PSYCHIATRIC DISPENSARIZATION IN SOCIALIST BULGARIA AND ITS PROBLEMATIC LEGACY

(PART TWO)

Vladimir Nakov<sup>1</sup>, Ina Dimitrova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>National Center of Public Health and Analyses

<sup>2</sup>Plovdiv University “Paisii Hilendarski”

### 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

В Инструктивни указания за дейността на психоневрологичните диспансери, одобрени от Министерството на народното здраве и социалните грижи през 1952 г., ясно се виждат мащабните намерения, които трябва да изпълни извънболничната мрежа. На окръжните диспансери например, са възложени деветнадесет дейности – от издирване и регистрация на болните, оказване на квалифицирана помощ и хоспитализиране, през „широка психопрофилактична работа“ сред населението (от ученици до машинно-тракторни станции), социално подпомагане, патронаж, трудотерапия, трудоустройство, опека, съдебномедицинска експертиза, трудова експертиза, здравно-просветна

### 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.

**Key words:** social psychiatry, dispensary approach, state socialism, paternalism

### INTRODUCTION

The Instructional Guidelines for the Operation of Psychoneurological Dispensaries, approved by the Ministry of Public Health and Social Welfare in 1952, clearly show the large-scale intentions that the outpatient network had to fulfill. District dispensaries, for example, were tasked with nineteen activities – ranging from tracking down and registering the ill and providing qualified assistance and hospitalization, to “extensive psycho-prophylactic work” among the population (from schoolchildren to machine-tractor stations), social assistance, patronage, occupational therapy, work placement, guardianship, forensic evaluation, disability

работа, до свикване на окръжни конференции, консултиране и подпомагане на „периферните психоневрологични заведения“ (1). И тези хоризонти се разрастват дори повече в средата 70-те години, когато се приема ключовата Програма за опазване и подобряване на психичното здраве на българския народ (2), която очертава вграждането на психиатрията до голяма степен посредством извънболничната система и в много други здравни и обществени институции. Повече от очевидно е, че за успешното осъществяване на подобно начинание са необходими не само материални ресурси и персонал, но и перфектна организация. Иначе казано, извънболничната мрежа трябва действително да бъде *мрежа* – система от стриктно взаимодействащи звена, между които има устойчиви и автоматизирани канали за пренос на информация, дейности, задачи и т.н.

Настоящият обзор скицира хроничния неуспех извънболничната система да се разгърне по предвидения и желан начин. Започваме с кратък преход на първите седем години социалистическо здравеопазване и ситуацията в психиатрията. В тази фаза се вижда, че „диспансерното дело“, стартирало през 1951 г., започва да се осъществява „от нулата“ – без ресурси и стъпило единствено на (доброволните) усилия на отделни лекари. След това въз основа на свидетелства от научните статии и други трудове на някои от най-видните представители на професията проследяваме постоянната вътрешна критика на развитието на извънболничната система. Често в тях фигурират коментари и оценки, свидетелстващи за тотални провали.

Вътрешната критика, която обикновено се въвежда и вербализира с помощта на разновидности на фразата „въпреки постигнатите несъмнени успехи, все пак ...“<sup>1</sup>, е интересна за проследяване, защото, от една страна, дава възможност да се видят аспекти на реалността „на терен“ зад стандартния ритуал, който изисква основните идеологически рамки и постулати, както и успехите на социалистическата държава, да не бъдат оспорвани. Заедно с това вътрешната критика показва и начина, по който психиатрите обясняват или рамкират собствените си неуспехи, като това рамкиране е показателно отвъд чисто дескриптивната си функция и ни дава достъп до стратегическите им действия, с които те опитвали да излязат от маргиналната си позиция. Тези стратегии се виждат в начина, по който те разчертават социалния терен: образът на собствената им позиция в него, на фигурите, които искат да спечелят като съюзници, на „враговете“, които на съответния етап спъват развитието на професията, на посланията, които отправят към едните и другите и т.н.

Завършваме с кратък статистически поглед към някои ключови показатели. Графиките са създадени на базата на данните, публикувани в справочниците „Структура и анализ на неврологичната, психиатричната и неврохирургичната помощ в България“ (1972–1991) и в статистическите годишници на НСИ. Използвали сме цели числа, а не „осигуреност“ на 10 000 души население, за да се добие представа за обема на увеличението.

<sup>1</sup> Например: „През годините на народната власт психиатричната помощ в нашата страна завоюва крупни успехи и все пак се намира в плачевно състояние“ (3).

assessment and health education work, to the convening of district conferences, counselling and support of “peripheral psychoneurological facilities” (1). These horizons were expanded even further in the mid-1970s with the adoption of the key Programme for Protecting and Improving the Mental Health of the Bulgarian People (2), which provided for the integration of psychiatry into many other health and social institutions largely through the outpatient system. It is more than obvious that successful implementation of such an undertaking required not only adequate material and human resources but also perfect organization. In other words, the outpatient network had to be a real *network* – a system of strictly interacting units between which there were sustainable and automated channels for the transfer of information, activities, tasks, etc.

In this study, we show the chronic failure to develop the outpatient system in the intended and desired way in Bulgaria. We begin with a brief sketch of the first seven years of socialist healthcare and the situation of psychiatry. In this phase it is seen that the outpatient system, introduced in Bulgaria with the establishment of the first psychoneurological dispensaries in 1951, started “from scratch” – without resources and relying solely on the (voluntary) efforts of individual doctors. Then, based on evidence from the scientific articles and other writings of some of the profession’s most prominent representatives, we trace the constant internal criticism of the development of the outpatient system. Often these contain comments and assessments indicative of total failures.

Internal criticism, which was usually introduced and deployed using variations of the phrase, “despite the undoubted successes achieved, still...”<sup>1</sup>, is interesting to trace because, on the one hand, it makes it possible to see aspects of the reality “on the ground” behind the standard ritual which demanded that the basic ideological frameworks and postulates, as well as the successes of the socialist state, should not be questioned. In addition, internal criticism also shows the way in which Bulgarian psychiatrists explained or framed their own failures. This framing is indicative beyond its purely descriptive function; it gives us access to the most popular images of Bulgarian psychiatrists’ own position in the social field, of the figures they wanted to recruit as allies, as well as of those who at the relevant stage hindered the development of the profession, of the messages they sent to the former and the latter, etc.

We end with statistics on some key indicators. The charts are based on data published in the reference books Structure and analysis of neurological, psychiatric and neurosurgical care in Bulgaria (in Bulgarian; 1972–1991), as well as on data from statistical yearbooks of the National Statistical Institute. We have used whole numbers rather than “availability” per 10,000 population in order to give an idea of the actual increase.

<sup>1</sup> For example: “During the years of people’s government, psychiatric care in our country has won major successes and yet it is in a deplorable state” (3).

### **Първите седем години на социалистическо здравеопазване и мястото на психиатрията в тях**

Материалите за периода 1944–1951 г. в областта на психиатрията са малко, като голяма част от тях са силно идеологизирани. Може да се обобщи, че за психиатрията първите седем години на практика липсват. Липсват подробни статистически данни за броя на лекарите и психиатричните структури. В първата програма за развитие на здравеопазването на Отечествения фронт психичното здраве отсъства като приоритет. Между 1944 г. и 1946 г. се произвеждат ударно лекари, стоматолози и фармацевти. Данните показват, а и някои автори посочват, че не е било възможно качествено обучение на курсове от по 1000 студенти<sup>2</sup>. Допълнително се разминават и наличните статистически данни за броя на новозавършилите медици. През 1948 г. са одържавени частните болници, включително и болницата на д-р Любен Русев. От онзи момент насетне в България няма частна психиатрична болница в България.

По всичко личи, че грижата за психичноболните далеч не е приоритет, а комуникацията между институциите е доста хлабава. Хубав пример откриваме в седмичните бюлетини на Министерството на народното здраве (МНЗ) от 1947 г. През юли същата година в бюлетина се напомня на всички здравни служби, че трябва да изпълняват окръжната заповед на Министерството на вътрешните работи от декември 1946 г. за издирване и картотекиране на психичноболните. В тази заповед официалният им образ изглежда по следния начин: „В страната има над 9000 души душевноболни лица. Голям брой са социално опасни и все още необхванати от лечебните заведения, скитат из улиците, буйстват и нарушават общественото спокойствие и тишина. Грижата за издирването, лекуването и поставянето в приюти на душевноболните лица е задължение не само на здравните, но и на административните и милиционерски органи“.

Любопитни са и следите от отношението, което иска да култивира новата власт, като зад тях прозира какво всъщност често се е случвало: „Народната милиция трябва да бъде внимателна към болните, конкретна, да не проявява и най-невинни грубости, да ги третира само като болни... да отговаря на положителното отношение на народната отечествено-фронтанска власт към тези нещастно болни“.

В следващ бюлетин от средата на октомври 1947 г. става ясно, че „някои служби още не са отпочнали енергично работа по установяване на точната статистика на душевноболните... Нещо повече, констатирано е, че някои служби не са проявили никаква заинтересованост, а други, не са знаели даже за съществуването на подобно окръжно“. Тук всъщност виждаме, че една от основните задачи на диспансеризацията, започнала четири години по-късно, а именно издирване, картотекиране и хоспи-

### **The first seven years of socialist healthcare, and the place of psychiatry in them**

The materials for the 1944–1951 period in the field of Bulgarian psychiatry are scarce, most of them being strongly ideologized. Arguably, the first seven years are a blank for psychiatry. Nor are there detailed statistics on the number of doctors and psychiatric facilities in Bulgaria. In the first healthcare development programme of the Fatherland Front, the communist-dominated coalition that came to power after the 1944 coup d'état, mental health is absent as a priority. In the 1944/45 and 1945/46 academic years, medicine, dentistry, and pharmacy students were admitted en masse. Data show, as some authors also indicate, that it was not possible to have high-quality courses with 1,000 students<sup>2</sup>. The available statistics on the number of new medical graduates are discrepant, however. In 1948 all private hospitals were nationalized, including Dr Lyuben Rusev's psychiatric hospital. Since then, there has been no private psychiatric hospital in Bulgaria.

Obviously, care for the mentally ill was far from a priority and communication between institutions was quite poor. A good example is to be found in the weekly bulletins of the Ministry of Public Health from 1947. In July of that year, the bulletin reminded all healthcare services that they should comply with a circular order of the Interior Ministry of December 1946 on tracking down and registering the mentally ill. The latter's official image in this order looks as follows: „There are more than 9,000 mentally ill persons in the country. A large number [of them] are socially dangerous and not yet covered by medical-treatment facilities, they wander the streets, raging and disturbing the public peace and quiet. Tracking down, treating and placing the mentally ill persons in shelters is the duty not only of the health authorities but also of the administrative and militia [police] authorities“.

The passage on the attitude towards the mentally ill that the new regime wanted to cultivate is also curious as it reveals how they were often treated in reality: “The People's Militia [police] must be attentive to the mentally ill, it must be specific, it must not show even the most innocent rudeness, it must treat them solely as ill people ... it must conform to the positive attitude of the people's Fatherland Front government towards these unfortunately ill people.”

In a subsequent bulletin – of mid-October 1947 – it becomes clear that “some services have not yet energetically begun work on establishing the exact statistics of the mentally ill ... Moreover, it has been found that some services have not shown any interest whatsoever, while [others] did not even [know] of the existence of such a circular.” Here, in fact, we see that one of the main tasks of the dispensary system, introduced four years later – namely, tracking down, registering and

<sup>2</sup> Обучението на големи групи студенти е на практика невъзможно. Голяма част от изследователите на периода се съмняват в качествата на тези курсове. От тях излизат и първите ръководители на психиатрични лечебни заведения в страната

<sup>2</sup> Educating large groups of students is practically impossible. A considerable number of researchers of that period doubt the quality of those courses. Many of the students in them went on to become the first directors of psychiatric institutions in Bulgaria.

тализиране, е основна цел и през предходните години, но без допълнителните мащабни профилактични и социални намерения.

Същата липса на координация, ресурси и персонал е налице и при създаването на психиатричната болница в Курило. През 1948 г. МНЗ отказва да предостави Курилския манастир за нуждите на психиатрична болница, но все пак там през 1949 г. се открива психиатрична болница. Трайчо Запрянов споделя за неосъществения проект за модерна психиатрична болница: „построй се болница, неотговаряща за болница за душевноболни. Кои са били консултантите за строежа на тази болница, не зная“ (4). Най-малко два проекта на арх. Репински и арх. И. Любенова, отговарящи на съвременните изисквания за профилирани болници, са били изготвени, но никога не са били осигурени средства да бъдат изпълнени.

„Обезпечаването“ с лекари също е мъчителен процес. Например през 1949 г. домакин на болниците в Карлуково и Бяла е командирован в Курилския манастир заедно с 30 болни, а чак година по-късно там е назначен лекар. На фона на тази липса на хора, сгради, ресурси, както и неясна представа как ще се развива системата идеологическото дисциплиниране явно е било приоритет. През март и май 1949 г. (след това и през 1954 г.) се провежда дискусия за основните методологични въпроси на неврологията и психиатрията по доклад на Георги Узунув, който „от позициите на психофизиологическия монизъм“ разглежда развитието на двете специалности у нас и критикува изследователската работа на видни български психиатри, като Никола Кръстников (обвинен в стихийен материализъм и механицизъм), Кирил Чолаков (в ремкеанство), Никола Шипковенски (в бергсонизъм и неоломбронизъм), Христо Попов (в мистицизъм) (5). Както се отбелязва 40 години по-късно, „дискусиите изиграха своята роля в борбата с редица идеалистични и метафизични теории“ (6).

### **Диспансеризацията: дългият залез**

Макар формално до се счита, че началото на диспансеризацията е през 1951 г., очевидно 50-те години като цяло се приемат за едно „дълго начало“. Това се вижда например в периодизацията, която предлага Тодор Станкушев в книгата си от 1969 г. „Извънболнична психиатрична помощ“ (7). В нея той очертава два етапа, като вторият започва приблизително през първата половина на 60-те години с навлизането на психофармакологичните терапии, които по думите му отварят пространство за „реалната“ диспансеризация. До този момент, а именно през първия период, острият недостиг на „кадри“ – лекари и сестри, я възпрепятства и понякога един кабинет с един психиатър формално се отчита като диспансерно звено, което, разбира се, попада и в официалните

hospitalizing the mentally ill – was a major goal in the previous years as well, but without the additional large-scale prophylactic and social intentions.

The same lack of coordination and of material and human resources is to be seen upon the creation of the psychiatric hospital in Kurilo. In 1948 the Ministry of Public Health refused to have the Kurilo monastery converted into a psychiatric hospital. However, a psychiatric hospital was eventually established there in 1949. Lamenting the authorities' failure to build a modern psychiatric hospital, Traicho Zapryanov pointed out that “a hospital was built that does not meet the standards for a hospital for the mentally ill. Who were the advisors for the construction of this hospital, I do not know” (4). At least two architectural plans meeting the modern requirements for specialized hospitals were designed by architects Repinski and Lyubanova, but no funds were ever provided for their realization.

“Provision” of doctors was also an arduous process. For example, in 1949 a storekeeper of the psychiatric hospitals in Karlukovo and Byala was transferred to the Kurilo monastery compound, together with thirty patients. It was not until a year later that a doctor was appointed at the hospital. Against the background of this lack of personnel, buildings and resources, as well as of a clear idea of how the system was to be developed, ideological disciplining was obviously a priority. In March and May 1949 (and later, in 1954), based on a report by Prof. Georgi Uzunov, a discussion was held on the main methodological issues of neurology and psychiatry. From the standpoint of psychophysiological monism, Prof. Uzunov examined the development of psychiatry and neurology in Bulgaria, criticizing the research work of prominent Bulgarian psychiatrists such as Nikola Krastnikov (accused of elementary materialism and mechanicism), Kiril Cholakov (of Rehmkeanism), Nikola Shipkovenski (of Bergsonism and Neolombrosianism), and Hristo Popov (of mysticism) (5). As noted forty years later, “the discussions played their part in combating a number of idealistic and metaphysical theories” (6).

### **Dispensarization: the long decline**

Although dispensarization is formally considered to have begun in Bulgaria in 1951, apparently the 1950s were generally regarded as a “long beginning”. This is obvious, for instance, from the periodization proposed by Todor Stankushev in his 1969 book on outpatient psychiatric care (7). In it he outlined the existence of two stages of dispensarization in Bulgaria. The second began approximately in the first half of the 1960s with the introduction of psychopharmacological therapies which, according to him, paved the way for “real” dispensarization. Until then (namely, in the first period), the acute shortage of “personnel” – doctors and nurses – hindered dispensarization. Sometimes a consulting room with a single psychiatrist was formally counted as a dispensary facility and hence reported as such in official statistics, as Stankushev pointed out. In the same

статистики, както той посочва. През същата 1969 г. Георги Узунов коментира: „Началото на психоневрологичната диспансерна помощ у нас се сложи през 1951–1958 г. В този организационен период с малко средства се създадоха окръжните диспансери. С цената на много самоотвержен труд се започна регистрацията на психичноболните, заложиха се основите за профилактика“ (8).

Няма много конкретни и подробни данни за случващото се в рамките на „дългото начало“ през 50-те години в устрема за диспансеризиране без средства и без професионалисти, но може да се допусне, че в този период основната дейност е „издирването и регистрацията на душевноболни“ (9).

Историческата справка в архива на Градския психиатричен диспансер в София допълнително дава поглед към тези първи години. Този диспансер, който обслужва София и близките села, се създава през 1951 г. с един лекар, една сестра, домакин регистратор и санитар. През 1952 г. в него вече има стационар със 75 легла. Той се помещава в сградата на бивша инфекциозна болница и по този повод е документирано как са се набирали „психиатрични кадри“: лекарите от предишната болница, които имат вече специалност (различна от психиатрия), се преназначават на други места, но част от персонала, който пожелава да остане да работи в разкрития стационар, просто „взима“ специалност. За пореден път тук се вижда характерната практика на психиатричната система да се предоставят ненужни сгради с различно предназначение и „отпадъците“, както ги нарича Темков през 1980 г. (10), на други болнични заведения<sup>3</sup>.

В отчета на същия диспансер за първото шестмесечие на 1961 г. (12) виждаме маркери за реалното състояние на дейността му: диспансерът не може да осъществи съвременна целенасочена и пълна хоспитализация на болните, районните психиатри закъсняват както с диспансеризацията, така и с отчетността, различните кабинети не са обезпечени с лекари, други не са работили, защото завеждащите тези кабинети са били в отпуск по болест или в редовен годишен отпуск, не се спазват часовите графици, част от лекарите получават допълнителни материални облаги. Постоянно се коментира необходимостта от уплътняване на работното време и на графичите, както и това, че не се взимат мерки при неизпълнение и изоставане на задачите, „броят на домашните посещения е увеличен, но за качеството няма данни, а доколкото има, те не са много обнадеждаващи“.

За сметка на тези проблеми, в протокол от 1959 г. цяла точка от дневния ред е посветена на въпроса къде трябва да се намира бюрото на лекаря и как това се отразява на авторитета му. Темата за неспазването на работното време, за уплътняването му и реорганизирането се обсъжда и почти двамадесет години по-късно в съвсем същия дух, а именно през 1978 г. в „Информация за изпълне-

<sup>3</sup> Друг пример е следният: „Докато дванадесет двуетажни масивни блока, които преди са били жилища на работниците от ВЕЦ „Батак“, стояха неизползвани от никого. Преди известно време се реши някоя от тези блокове да се приготвят за психоневрологична болница. Откриването на такава болница край село Батак е голям принос за нашето здравеопазване и лечебно дело както в окръга, така и в цялата страна“ (11).

year, 1969, Georgi Uzunov noted that: „The beginning of psychoneurological dispensary care in our country was laid in 1951–1958. In this organizational period, the district dispensaries were established with few resources. At the cost of a lot of selfless work, the registration of the mentally ill was started, and the foundations of prophylaxis were laid“ (8).

Concrete and detailed evidence on what happened during the “long beginning” in the 1950s in the drive for dispensarization without resources and professionals is scarce, but it can be assumed that during this period the main activity was “tracking down and registering mentally ill people” (9).

The archives of the City Psychoneurological Dispensary – Sofia give further insight into these early years. This dispensary, which served Sofia and nearby villages, was established in 1951 with one doctor, one nurse, a storekeeper/receptionist, and an orderly. In 1952 it already had an inpatient ward with 75 beds. This ward was housed in the building of a former infectious diseases hospital, and in this context, it is documented how “psychiatric staff” were recruited: doctors from this hospital who held specialist qualifications (in a medical field other than psychiatry) were reappointed elsewhere, but some of the staff who wished to stay on and work in the newly opened inpatient ward were simply awarded specialist qualifications in psychiatry. Also seen here is the even more characteristic practice of giving the psychiatric system various redundant buildings and the “waste”, as Temkov called it in 1980 (10), of other hospital facilities<sup>3</sup>.

In the report of the City Psychoneurological Dispensary – Sofia for the first half of 1961 (12), we find indications of the true state of affairs: the dispensary could not carry out timely targeted and complete hospitalization of patients, the district psychiatrists were late both with dispensarization and with reporting, the various consulting rooms were not staffed with doctors, others were closed temporarily because their heads were on sick leave or on regular annual leave, there was chronic non-compliance with schedules, some doctors received unwarranted extra pay. There are persistent remarks about the need to efficiently utilize working hours and schedules, the failure to take action when tasks were not completed and lagged behind, “the number of home visits has been increased, but there is no data on their quality, and to the extent that there is, it is not very encouraging”.

Absurdly enough, in the Minutes of a 1959 meeting of the management of the City Psychoneurological Dispensary – Sofia we see a separate agenda item devoted to the question of where the doctor’s desk should be located and how that affects his authority. The issue of non-observance of working hours, their efficient utilization and reorganization was also discussed almost twenty years later in the same vein – namely in 1978, in a brief on the implementation of actions in the “United Healthcare

<sup>3</sup> Another very telling example is the following: “Until recently, twelve two-storey solid blocks, which used to house the workers at the Batak Hydroelectric Power Plant, stood unused by anyone. Some time ago it was decided to convert some of these blocks into a psychoneurological hospital. The opening of such a hospital at the village of Batak is a great contribution to our healthcare and medical system, both in the district and in the whole country” (11).

ние на мероприятията, произтичащи от решенията на Националната партийна конференция в Обединеното здравно заведение – Градски психоневрологичен диспансер с психиатрична болница град Нови Искър“ (13).

Как изглежда желаното бъдеще в началото на втория период на „реална диспансеризация“, тоест през 1963 г.? В списание „Неврология, психиатрия и неврохирургия“ в статията „Върху перспективното развитие на неврологичната, неврохирургичната и психиатричната помощ в България“ са посочени следните планове за извънболничната помощ до 1980 г.: „Да се изградят общо 30 психиатрични диспансера (градски и окръжни), като един диспансер обслужва ... средно 300 000–350 000 души от населението. Да се развият към диспансерите специализирани кабинети (психиатрични детско-юношески, вкл. логопедични, наркологични, психотерапевтични, съдебнопсихиатрични, трудовоекспертни и др.) и стационари (с общо 2150 легла). ... да се разкриват в другите окръжни градове психиатрични кабинети, които до 1980 г. да прераснат постепенно в диспансери във всички окръжни градове“ (14).

Проблемите, които са пряко свързани със задачите пред диспансерите и които се диагностицират тогава и очакват решението си до същата 1980 г., са: организиране на патронаж на психичноболните, преминаване към напълно безплатно лечение на всички диспансеризирани, включително и на нуждаещите се от поддържаща терапия с невролептици и други средства, уреждане на правото на труд на психичноболните, създаване на профилирани училища – за „бавноразвиващи се деца“, трудововъзпитателни училища интернати за малолетни и непълнолетни, извършили престъпления, лечебно-трудоовъзпитателни училища интернати за невропатни и психопатни деца, склонни към антисоциални прояви (с директори лекари психиатри), училища интернати за невротично болни деца, произхождащи от нездрава и мъчно оздравима семейна среда (с директори също лекари психиатри). Всички тези училища следва да работят в тясно взаимодействие със съответния психоневрологичен диспансер.

Тези мащабни задачи на диспансерите, разбира се, следва да се осъществяват в синхрон и единство с болничната система. Както беше подчертано в първата част на този обзор, единството на болнична и извънболнична система е основен принцип от 1951 г. насетне. В статията „Извънболничната психиатрична помощ у нас: състояние, задачи и перспективи за развитие“ от 1964 г. ясно е документирано, че този синхрон не е налице. Авторите подчертават, че „недостатъците на болничното дело са в състояние да злепоставят диспансерния метод“ (15). Основната причина е, че диспансерът неправилно поема функциите на лечебно заведение и стационарите към диспансерите могат да се превърнат в психиатрични болници, тъй като няма достатъчно психиатрични легла в страната, което „не позволява на всички нуждаещи се да бъдат настанени на болнично лечение“. По същата причина диспансерът се оказва застрашен „да изостави или формално да изпълнява специфичните за него за-

Facility – City Psychoneurological Dispensary with Psychiatric Hospital in the town of Novi Iskar” (i.e. Kurilo) following the decisions of the National Conference of the Bulgarian Communist Party (13).

What did the desired future look like at the beginning of the second period of “real dispensarization” in Bulgaria, namely in 1963? In an article entitled “On the prospective development of neurological, neurosurgical and psychiatric care in Bulgaria” (in Bulgarian) published in the journal *Nevrologiya, psihiatriya i neurohirurgiya* [Neurology, psychiatry and neurosurgery], we see the following plans for outpatient care up to 1980: „building a total of 30 psychiatric dispensaries (city and district ones), with one dispensary serving ... an average population of 300,000 – 350,000. Developing at the dispensaries specialized consulting rooms (for child and adolescent psychiatry, including for speech therapy, narcotherapy, psychotherapy, forensic psychiatry, disability assessment, etc.) and inpatient wards (with a total of 2,150 beds). ... [O]pening consulting rooms in the other district capitals, which by 1980 would gradually grow into dispensaries in all district capitals“ (14).

The problems directly related to the tasks facing dispensaries, which were diagnosed in 1963 and were expected to be resolved by 1980, were: organization of patronage for the mentally ill, transition to completely free treatment for all dispensarized patients, including for those in need of maintenance therapy with neuroleptics and other medications, regulation of the right of the mentally ill to work, establishment of specialized schools – for “mentally retarded children”, labour-educational boarding schools for juveniles who had committed crimes, medical-labour-educational boarding schools for neuropathic and psychopathic children prone to antisocial behaviour (with psychiatrists as principals), boarding schools for neurotically ill children coming from unhealthy and difficult-to-heal family environments (also with psychiatrists as principals). All these schools had to work closely with the relevant psychoneurological dispensary.

These large-scale tasks of dispensaries had to be fulfilled in synchrony and unity with the inpatient system – as we stressed in Part One of this study, the unity of the inpatient and outpatient systems was a fundamental principle throughout the period. In 1964, in the article “Outpatient psychiatric care in our country: state, tasks and prospects for development” (in Bulgarian), we see that such synchrony was absent. The authors stressed that “the shortcomings of the inpatient system are capable of discrediting the dispensary method” (15). The main reason was that dispensaries improperly assumed the functions of a medical-treatment facility, and inpatient wards at dispensaries could turn into psychiatric hospitals since there weren’t enough psychiatric beds in the country – which did “not allow all people in need [of inpatient care] to be hospitalized”. For the same reason, dispensaries were in danger of “abandoning or formally fulfilling their specific tasks due to their inability, for the time being, to truly cover and serve the contingent

дачи поради невъзможност засега истински да обхване и обслужва контингента от болни, преболели и застрашени от психична болест лица“ (15). Като належащи задачи се посочват: „правилното райониране на територията на диспансера, активна работа на районния психиатър – повикване чрез писма, чести посещения на място, бригадно издирване на нерегистрираните душевноболни, анкети между роднините на регистрираните вече болни, творчески връзки с участъковите и поликлиничните лекари, училищата и пр.“ (15). Всичко това е опит да бъде осъществен известният принцип „приближаване на психиатрията до обществото“, което обаче трябва да се провежда „икономично“, без разхищение, без много ресурси, но в същото време „специализирано“.

Макар да става дума вече за 1964 г., очевидно наименованието „диспансер“ продължава да се прикачва към звена, които изобщо няма как да изпълняват дейностите и задачите, отредени на диспансерната мрежа: „Преди всичко трябва да се изтъкне, че все още липсва единство в структурата на досега създадените 13 диспансера. Може да се каже дори, че някои от тях носят само името „диспансер“, а работата им по същество се свежда едва ли не до обикновени амбулаторни прегледи. Така в диспансера в Благоевград никога не са работили повече от двама-трима лекари, не може да се говори за специализирани кабинети. Диспансерът във Варна по същество е само диспансерно отделение към окръжната психоневрологична болница. Все още в повечето от диспансерите не са разкрити всички необходими специализирани кабинети“ (15).

През същата година на националното съвещание по диспансерното обслужване на психичноболните, отразено в материал със същото заглавие (16), се отбелязва нещо, което често ще се чува през следващите години, а именно, че „диспансерът променя профила си и се превръща в малка психиатрична болница“. Вместо това „диспансерите трябва да се свържат по-близо с партийните и обществени организации за активизиране на населението по решаването на въпроси по социалната психиатрия, психохигиената и психопрофилактиката“. Тук се възлага още една задача на диспансерите: „лекарите от МСЧ, здравпунктовете и селските участъкови служители да минават периодично на краткотрайна квалификация в диспансерите за диагностика и лечение на неврозите“, като тя отново ни връща към болезнения проблем за „набирането на кадри“. В същото време съвсем директно се говори за „половинчатото и формално внедряване на диспансерния метод“, което и напред „може да даде отрицателен резултат – да се превърне от положителен в отрицателен фактор в развитието на психиатричната помощ. Работата на диспансерите трябва така да се устрои и преустрои, че те да се обърнат с лице към своите профилактични и социални задачи“ (17).

На фона на тези критики очевидно статията от същата 1964 г. на Георги Настев, заместник-министър на народното здраве и социалните грижи, има чисто идеологическо предназначение: „Ние разполагаме с 12 окръжни психоневрологични диспансера, които са обхванали почти всички душевноболни в страната. Ние знаем много добре

of people with, recovered from, or at risk of mental illness” (15). The urgent tasks were: “proper zoning of dispensary areas, active work of district psychiatrists – summoning [patients] by letters, frequent onsite visits, brigade-based tracking down of unregistered mentally ill, inquiries among relatives of already registered patients, creative relations with district and polyclinic doctors, with schools, etc.” (15). All this was part of the implementation of the well-known principle of “bringing psychiatry closer to society”, which, however, had to be carried out “economically”, without waste, without many resources, but at the same time in a “specialized” manner.

Although it was now 1964, it is obvious that the term “dispensary” continued to be used for units that couldn’t possibly carry out the activities and tasks assigned to the dispensary network: „First of all, it should be pointed out that there is still a lack of unity in the structure of the thirteen dispensaries established so far. It could even be said that some of them are “dispensaries” in name only, their work being essentially limited well-nigh to simple outpatient examinations. Thus, the dispensary in Blagoevgrad has never had more than two or three doctors working in it, let alone any specialized consulting rooms. The dispensary in Varna is essentially only a dispensary department at the district psychoneurological hospital. Most of the dispensaries have not yet opened all the necessary specialized consulting rooms“ (15).

In 1964 again, a national conference on dispensary care of the mentally ill, reported in an article of the same title (16), noted something that would be heard often in the following years – namely, that “dispensaries are changing their profile and turning into small psychiatric hospitals”. Instead, “dispensaries [should] be linked up more closely with party and social organizations to activate the population in resolving issues of social psychiatry, mental hygiene and mental prophylaxis”. Here another task was assigned to dispensaries, namely that “doctors at MSUs [mental sanitary units], health posts and rural district [medical] officers should periodically undergo short-term training at dispensaries in diagnosis and treatment of neuroses”, thus bringing us back to the thorny problem of “recruitment”. At the same time, it was openly admitted that “the implementation of the dispensary method” was “half-hearted and formal” and “may lead to a negative result – turning from a positive into a negative factor in the development of psychiatric care. The work of dispensaries should be organized and reorganized in a way that will enable them to address their prophylactic and social tasks” (17).

Against the background of these criticisms, an article of the same year, 1964, by Georgi Nastev, Deputy Minister of Public Health and Social Welfare, obviously had a purely ideological purpose: „We have twelve district psychoneurological dispensaries, which have covered almost all mentally ill people in the country. We know very well the structure of mental morbidity and are able

структурата на психичната заболяемост и сме в състояние да дадем действена и твърде широка не само медицинска, но и социална помощ на душевноболните...С голямо удоволствие и удовлетворение човек се запознава с резултатите от работата на организирани в редица психоневрологични заведения трудово-терапевтични работилници” (18).

Пет години по-късно в поредния обзор на постигнатото: „25 години психиатрична, неврологична и неврохирургична помощ“, Георги Узунов чертае напълно различна картина на извънболничната помощ, в която няма нито един специално изграден психоневрологичен диспансер. Крайно изостава развитието на специализираните кабинети към диспансерите. Районирането на територията, която се обслужва от диспансера, е непълноценно поради малкия брой на районни психиатри. Регистрацията, особено на болните от олигофрения, епилепсия и алкохолизъм, е далеч под действителното положение. Освен това трябва да се разрешат в нашата страна още много други въпроси, имащи отношение към социалното положение на нервно и психичноболните – уреждането на техния труд и бит, възможностите за рехабилитация и поддържащо лечение (8).

Същата ситуация описват Станкушев и Тимчев (19) – диспансерите „се помещават в стари и неподходящи сгради“, броят на психиатричните кадри е недостатъчен, няма „подготвени специалисти в областта на детската и съдебната психиатрия, няма профилирани нарколози, логотерапевти и други специалисти за пълноценното обгрижване на психичноболните. Един районен психиатър обслужва население над 120 000 души“, няма психотерапевти, психолози и социални работници. Тези автори подчертават още един основен проблем, който, съдейки по всички известни ни исторически свидетелства, преследва системата до самия край на режима, а именно неспособността да се създаде мрежа, в която отделните звена адекватно да си взаимодействат: „Въпреки че нашата система на психиатрична организация осигурява възможности за много добра функционална връзка между болничните и извънболничните звена, поради субективни слабости тези възможности не се използват достатъчно. Не е на необходимата висота приемствеността, която осигурява непрекъснатост в обслужването на болните както при хоспитализация, така и при изписването им. Не навсякъде се провеждат и редовно болнично-диспансерни срещи и не се поддържа системен контакт между ръководителите на съответните заведения” (19).

В първата половина на 70-те се заявяват още две други цели, които извънболничната система е призвана да осъществи. Първата е да изравни положението на психиатрията с това на „соматиците“. Това се вижда ясно в програмната статия на Васил Милев от 1972 г. за развитието на психиатричната система у нас. Както той казва, в международен план водеща е извънстационарната помощ и затова тя трябва да се развива, усъвършенства и доближава до населението. Това ще осигури „... изравня-

to provide effective and very wide-ranging medical as well as social care to the mentally ill... It is with great pleasure and satisfaction that one gets acquainted with the results of the work of the occupational therapy workshops organized at a number of psychoneurological facilities (18).

Five years later, in another review of achievements entitled “25 years of psychiatric, neurological and neurosurgical care” (in Bulgarian), Georgi Uzunov drew a completely different picture of outpatient psychiatric care in Bulgaria, in which there is no dedicated psychoneurological dispensary. The development of specialized consulting rooms at dispensaries is lagging far behind. The zoning of the areas served by dispensaries is deficient due to the small number of district psychiatrists. Registration, especially of patients with oligophrenia, epilepsy and alcoholism, is far below the actual situation. In addition, many other issues relevant to the social situation of the nervously and mentally ill need to be resolved in our country – regulation of their working and living arrangements, of possibilities for rehabilitation and maintenance treatment (8).

Serious shortcomings were also pointed out by Todor Stankushev and Lyubomir Timchev (19): the dispensaries were “housed in old and inadequate buildings”, the number of psychiatric staff was insufficient, there were no “trained specialists in the field of child and forensic psychiatry, no specialized narcologists, speech therapists and other specialists [necessary for providing] full care for the mentally ill. One district psychiatrist serves a population of over 120,000 people”, there were no psychotherapists, psychologists and social workers. Stankushev and Timchev also highlighted another major problem which, judging by all the historical evidence known to us, haunted the system until the very end of the communist regime, namely the failure to create a network in which the various units could adequately interact: „Although our system of psychiatric organization provides opportunities for a very good functional relationship between inpatient and outpatient units, due to subjective weaknesses these opportunities are not sufficiently used. Continuity of care, which ensures continuous service for patients both upon hospitalization and upon discharge, is not at the required level. Meetings between hospital and dispensary staff are not held regularly everywhere and systematic contact is not maintained between the heads of the facilities concerned“ (19).

In the first half of the 1970s, two other goals were set for the outpatient system. The first was to make the Bulgarian psychiatric community equal with the “somaticists”, as the medical professionals were called at the time. This can be seen clearly also in Vasil Milev’s programmatic article of 1972 on the development of the psychiatric system in Bulgaria. As Milev pointed out, outpatient care was the leading form on the international plane and that is why it had to be developed, improved and brought closer to the population in Bulgaria as well. This would ensure „...making psychiatrists and somaticists equal...



ване на психиатри и соматисти... Без съмнение в бъдеще при по-късните етапи на комунистическото общество вероятно ще се доближаваме до отношението 1 към 1... По наши предварителни, съвсем ориентировъчни пресмятания във фазата на развитото социалистическо общество би трябвало най-малкото на десет соматисти да има един психиатър... За съжаление обаче, сега у нас на сто души лекари по-малко от трима са психиатри... Това е значителна диспропорция“(3).

Важен момент в неговата програмна статия е това, че извънболничната система трябва еднозначно да „се насочи най-вече към здравето на населението през психопрофилактика и психохигиена“ (3). Тази желана експанзия към здравите сектори на социалното тяло много ясно се вижда в Програмата за опазване и подобряване на психичното здраве на българския народ от 1976 г. (2). В нея е очевидна амбицията „психиатричното дело“ да обхване множество зони, да изпълнява консултантски, надзорни, контролни, просветителски функции. Предлага се психиатри да бъдат директори на помощните училища и 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 са формулирани плановете за бъдещето и в Програма 059, в Директива на програма за развитието на психиатричната помощ в НРБ до 2000 г. и в Насоките за развитието на специализираната психиатрична и неврологична помощ до 1990-а на МНЗ от 1969 г., чиято трета част „Научноизследователска дейност“ специално започва с първа точка, посветена на социалната психиатрия.

Всъщност това е и план как да се осъществи втората задача на извънболничната система, свързана с първата, но още по-мощна, а именно – трансформирането на отношението на цялото общество към психиатрията чрез „приближаването“ ѝ до него. Иначе казано, на практика става дума за отчитане на вредата от психиатричната стигма, обхванала както пациентите, така и самата система<sup>4</sup>, и за начертаване на план за борба с нея. Ето например какво пише Иван Темков в сп. „Съвременна медицина“ от 1974 г.: „това положение [неудобството и страхът от посещенията при психиатър] е остатък от миналото – от периодите, когато не само населението, но, за съжаление, и ръководителите на образованието, науката и практическото здравеопазване не схващаха правилно задачите на съвременната психиатрия. То ще се промени значително с течение на времето, с повишаване на общата и здравната култура на населението, за което голямо значение има и своевременното „излизане“ на психиатричната мрежа на предни позиции, близо до соматичната практика. Психиатрите трябва много да работят в тази насока, за да направят своята практика по-достъпна и по-гърсена от широките народни маси“ (20).

<sup>4</sup> В литературата се използват понятията *stigma by association* (Spandler, Helen, Anderson, Jill, and Bob Sapey, eds. (2015) *Madness, distress and the politics of disablement*. Bristol: Policy Press), *courtesy stigma* (Goffman, Erving. (1963) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin) и *parallel stigma* (Mitchell, Duncan. (2000) "Parallel stigma? Nurses and people with learning disabilities," in *British Journal of Learning Disabilities* 28 (2): 78–81).

Undoubtedly, in future, in the later stages of communist society, we will probably come close to a ratio of 1 to 1... According to our preliminary, very approximate, estimates, in the phase of developed socialist society there ought to be one psychiatrist per at least ten somaticists... Unfortunately, however, in Bulgaria at present out of every one hundred doctors fewer than three are psychiatrists... This is a significant disproportion“(3).

An important point made by Milev in his programmatic article was that outpatient care should “focus most of all on the healthy population through mental prophylaxis and mental hygiene” (3). This desired expansion towards the healthy sectors of the social body is very clearly seen in the Ministry of Public Health’s 1976 Programme for Protecting and Improving the Mental Health of the Bulgarian People (2). It obviously sought to ensure that psychiatry would encompass multiple zones and perform counselling, supervisory, controlling, enlightening functions. The Programme proposed that the principals of auxiliary schools and directors of complexes of various medical consulting 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 Programme 059, in the 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.

In fact, this was also a plan on how to accomplish the second task of the outpatient system, a task that was related to the first but which was even more far-reaching – namely, transforming the attitude of the whole of society towards psychiatry by “bringing psychiatry closer” to society. In other words, this meant acknowledging the harm of psychiatric stigma – cast both on patients and on the system itself<sup>4</sup> – and drawing up a plan for combating psychiatric stigma. For instance, here is what Ivan Temkov wrote in the journal *Savremenna meditsina* [Contemporary medicine] in 1974: „this situation [the embarrassment and fear of seeing a psychiatrist] is a remnant of the past – of the periods when not only the population but unfortunately also the leaders of education, science, and practical healthcare did not properly grasp the tasks of contemporary psychiatry. It will change considerably over time as the population’s general and health culture improves; of great importance in this regard is also the timely “emergence” of the psychiatric network at the forefront, close to somatic practice. Psychiatrists must work hard in this direction in order to make their practice more accessible and more sought after by the broad popular masses“ (20).

<sup>4</sup> A phenomenon referred to as “*stigma by association*” (Spandler, H., J. Anderson and B. Sapey, eds. 2015. *Madness, distress and the politics of disablement*. Bristol: Policy Press), “*courtesy stigma*” (Goffman, E. 1963. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin), or “*parallel stigma*” (Mitchell, Duncan. (2000) “Parallel stigma? Nurses and people with learning disabilities,” in *British Journal of Learning Disabilities* 28 (2): 78–81).

Този план за борба със стигмата реално означава все повече психиатризиране на все повече социални зони, но „по-мекото“ психиатризиране, което да бъде осъществявано през извънболничната мрежа. Както обаче самият Темков посочва в същата статия, в диспансерите в страната все още липсват условия дори за „спокоен преглед“, например болните не се разделят на потоци (психотично и непсихотично болни) „поради лошите териториални условия на нашите диспансери“ (20).

Тази стратегия за борба със стигмата, която се свежда на практика до принципа „повече психиатрия, навсякъде психиатрия“ и следва да се осъществи от самата система, няма контрапункта, познат ни в лицето на западните антипсихиатрични и пациентски движения, които искат „по-малко психиатрия на възможно най-малко места“. По парадоксален начин обаче и тук прозира съпротива срещу психиатричната система, която произтича именно от дълбоката стигма – „широките народни маси“ се стараят да нямат контакт с психиатрията и ако това се случи, трябва да е за кратко и да е тайно – все едно не е било. Можем дори да кажем, че в социалистическа България е налице една примитивна, израстваща отдолу антипсихиатрична нагласа. В комбинация с хроничния недостиг на ресурси в психиатричната система тя очевидно е силен фактор, обуславящ постепенния отказ (поне на някои) водещи психиатри през 80-те от грандиозните амбиции на диспансеризацията, цитирани в края на този текст.

Недостигът на ресурси е постоянна тема в документите от архива на Софийския градски диспансер в края на 70-те. Липсват сестри и санитарни и поради това една от препоръките е посещенията по домовете от лекари и сестри да се сведат до минимум и ако няма неотложна спешност, всички да работят в кабинетите. Интересна е следната препоръка за повишаване на ефективността – „да се намали времето за прегледи на завеждащия съдебнопсихиатричния кабинет на три часа дневно, за да остане време за писмена работа и за посещение на особено общественоопасните болни“ (21). Заключение е: „Необходимо е още веднъж да се подчертае и разбере, че сегашните материални условия, при които персоналът на Софийски градски диспансер работи, са вече встъпили в остро, непримиримо антагонистично противоречие с изискванията на условията на живота и естеството на работата, че те са вече пречка за повишаването на качеството и на културата на психиатричното обслужване на столичното население. Те амортизират преждевременно психиатричния кадър“ (21).

Има множество препоръки за материално-техническата база, за сградите, за организацията на регистратурите (да бъдат снабдени с нови въртящи се шкафове и подобрени телефонни централи), за подобряване на шофьорския състав и предотвратяване на злоупотребите с бензин, за осигуряване на превоз на лекарите и сестрите, за по-уютни кабинети, включително с „украса“, за доставка на пишещи машини и назначаване на машинописки. На фона на всичко това по натрапващ се начин почти напълно отсъстват пациентите и техните близки: беглите им спо-

This plan for combating stigma de facto meant increasing psychiatrization of ever more social areas, but a “softer” psychiatrization carried out by way of the outpatient network. As Temkov himself pointed out in the same article, however, dispensaries in Bulgaria still lacked conditions even for a “calm examination” – for example, because patients were not separated into streams (psychotic and non-psychotic patients) “due to the poor territorial conditions of our dispensaries” (20).

This strategy for combating psychiatric stigma, which boiled down in practice to the principle “more psychiatry, psychiatry everywhere” and had to be implemented by the system itself, did not have the counterpoint known to us from Western anti-psychiatry and patient movements, which want “less psychiatry in as fewer places as possible”. Paradoxically, however, there was resistance against the psychiatric system in Bulgaria as well, and it stemmed precisely from the deep stigma – “the broad popular masses” sought to avoid any contact with psychiatry or, if they couldn’t, to keep such contacts brief and secret, as if they had never happened. We may even say that in socialist Bulgaria there was a primitive anti-psychiatry attitude at the grassroots level. This attitude, combined with the chronic shortage of resources in the psychiatric system, was obviously a strong factor for the gradual abandonment by (at least some) leading Bulgarian psychiatrists in the 1980s of the grand ambitions of the dispensary system that are cited at the end of this study.

The shortage of resources is a constant topic in the documents from the archives of the City Psychoneurological Dispensary – Sofia. There was a shortage of nurses and orderlies, hence one of the recommendations was to keep home visits by doctors and nurses to a bare minimum and, unless there was an emergency, to make sure that everyone worked in the consulting rooms. The following recommendation to increase efficiency is of particular interest: “To reduce the forensic psychiatrist’s examination time to three hours per day in order to leave time for paperwork and for visits to particularly socially dangerous patients” (21). The conclusion: „It is necessary to emphasize and understand once again that the present material conditions under which the staff of the City Psychoneurological Dispensary – Sofia work have already entered into an acute, irreconcilable antagonistic contradiction with the requirements of the living conditions and the nature of their work, that they are already an obstacle to the improvement of the quality and culture of psychiatric service to the metropolitan population. They wear out the psychiatric cadres prematurely“ (21).

There are numerous recommendations about the facilities, the buildings, the organization of reception offices (supplying new rotating cabinets and improving the telephone system), improving driver performance (and discouraging the misuse of petrol), providing transport for doctors and nurses, making consulting rooms more comfortable, including by “decoration”, supplying typewriters and appointing typists. Against this background, patients and their relatives are

менявания се свеждат до „сплотяване на колективите“, нужда от разнообразяване на трудовотерапевтичните операции към работилницата, разширяване на психотерапевтичната дейност, която да „се разтовари от несвойствени задължения“, нужда от повече културотерапия и подобни.

От началото на 80-те години насам изследваните материали позволяват да се направи изводът, че сякаш се преминава през някакъв спонтанен преломен момент в тематизирането на диспансеризацията – материалите в списанията, посветени специално на нея, намаляват, губи интензивността си идеологизираният и „тържествен“ стил на „отбелязване на завоюваните успехи“, фокусът на критиките се измества – те вече не са насочени както дотогава предимно към неизпълнението на мащабните планове, а са принципни – към принудата или „натиска“, които имат обратен ефект и не позволяват разгръщане на терапевтична връзка и изграждане на доверие, към необходимостта правата да се защитават, към нуждата от немедикаментозни терапевтични техники, към необходимостта при наличния „хроничен кадрови недокомплект“, който ще е „постоянно естествено условие на психиатричната работа“, вниманието да се насочи към възможностите на общността и към „депсихиатризацията“ на психиатричното обслужване (22).

През същия период се подготвя и нов проект за Наредба за психиатричната диспансеризация, изготвен от МНЗ и Научния институт по неврология, психиатрия и неврохирургия (НИНПН), в „която видовете учет (или групи за диспансерно наблюдение) са обособени според водещата към даден момент дейност по обслужването, извършвана спрямо лицето. Този подход дава възможност дейностите по обслужването да станат количествено изразими: а) по отношение обхвата, диагностичния състав и лечебните програми (брой болни); б) по отношение на обема на работата (брой контакти, работни часове); в) по отношение себестойността им; г) по отношение на структурата и динамиката им във времето“ (22). Иначе казано, за първи път се прави опит за изработване на критерии за качествена оценка на взаимодействието между психиатър и пациент.

В сборника „Социална психиатрия“ от 1989 г. Асен Жабленски ясно формулира отрицателните последици, които очевидно до този момент вече са еднозначни, и използва понятието „патернализъм“. Цитатът ще е дълъг, защото е особено важен: „Преди всичко диспансеризацията може да влезе в противоречие с изискванията и очакванията отделната личност и малката социална единица (каквато е например общината) да поемат повече отговорности за собственото здравно състояние, поведение и решения относно въпроси на лечението, рехабилитацията и др. Провеждана механистично, диспансеризацията може да се изрази в едно все по-малко приемливо, от гледище на съвременното обществено съзнание, патерналистично и свръхпротежиращо отношение към болните, което в крайна сметка да се окаже и

conspicuous by their almost complete absence: where there are vague mentions, they are to be found in general recommendations such as the need to “make collectives more cohesive”, to diversify occupational therapy operations at the workshop, to expand psychotherapeutic activity and to “relieve it of non-core duties”, to provide more cultural therapy, etc.

From the beginning of the 1980s onwards, the sources examined in this study allow us to conclude that there was a spontaneous turning point, of sorts, in the thematization of dispensarization – journal articles devoted specifically to dispensarization decreased; the style of “celebrating the successes won” became less ideologized and “solemn”; the focus of criticisms shifted – they were no longer directed mainly at the failure to implement the large-scale plans, but at matters of principle, that is, at coercion or “pressure” which were counterproductive and did not allow the establishment of a therapeutic relationship and trust; at the need for the protection of rights; at the need for non-medication therapeutic techniques; at the need, given the “chronic understaffing” that would be a “permanent natural condition of psychiatric work”, to turn attention to community options and to the “de-psychiatrization” of psychiatric services (22).

During the same period, a new draft Ordinance on Psychiatric Dispensarization was elaborated by the Ministry of Public Health and the Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. In it “the types of registration (or groups subject to dispensary monitoring) are differentiated according to the leading service activity carried out at a given time in relation to the person. This approach makes it possible to quantify service activities: a) in terms of scope, diagnostic composition and treatment programmes (number of patients); b) in terms of amount of work (number of contacts, working hours); c) in terms of cost; d) in terms of structure and dynamics over time” (22). In other words, an attempt was made for the first time to develop criteria for qualitative assessment of the psychiatrist-patient interaction.

In the 1989 collection entitled Social psychiatry (in Bulgarian), Asen Zhablenski clearly formulated the negative consequences, which had evidently become obvious by then, and used the term “paternalism”. The quotation that follows is long because it is particularly important: „Above all, dispensarization may conflict with the requirements and expectations that the individual and the small social unit (such as the municipality) take more responsibilities for their own health, behaviour and decisions on issues of treatment, rehabilitation, etc. If it is applied mechanistically, dispensarization could become less and less acceptable from the point of view of the modern public consciousness because of its paternalistic and overprotective attitude towards patients, which will ultimately turn out to be unproductive for their effective treatment, rehabilitation

непродуктивно за ефективното лечение, рехабилитация и ресоциализация. Диспансеризацията може да доведе до нежелателно институционализиране и бюрократизиране на статута на психичноболните и на лечебно-рехабилитационната дейност на психиатрията. Достатъчна илюстрация на този риск е тенденцията към увеличаване на броя на трудовите дейности, социални роли и детайли на ежедневиия бит, за които различни учредения изискват формално удостоверяване на психичноздравния статус на индивида.“ (23)

На фона на това „приоритетните задачи, които трябва да намерят своето разрешение през следващото десетилетие, включват: „Адекватно посрещане на нуждите от лечебни и профилактични мероприятия и социална поддръжка на възможно най-големия брой заболели и на техните семейства на равнището на първичната амбулаторно-поликлинична помощ, без препращане към специализирани звена и заведения, т.е. *без психиатрична диспансеризация* (курсив наш – В.Н., И.Д.). Изхождайки от епидемиологичните данни, това е възможно при не по-малко от 75% от лицата с психичноздравни проблеми, обръщащи се за помощ към амбулаторно-поликлиничната мрежа“ (23). И още: „Нейните бъдещи перспективи следователно не са в проекцията на екстензионното ѝ разрастване, а в целесъобразното ѝ използване за разрешаването на определен кръг психичноздравни проблеми, при които тя е доказала своята ефективност“ (23).

and resocialization. Dispensarization could lead to undesirable institutionalization and bureaucratization of the status of the mentally ill and the treatment and rehabilitation activities of psychiatry. A sufficient illustration of this risk is the tendency to increase the number of work activities, social roles and aspects of everyday life for which various institutions require formal certification of the individual's mental health status.“ (23)

Against this background, “the priority tasks that have to be resolved in the next decade” included: “Adequate meeting of the needs for treatment and prophylactic measures and social support of the largest possible number of patients and their families at the level of primary outpatient-polyclinic care, without referral to specialized units and facilities, that is, *without psychiatric dispensarization* [emphasis added]. Judging from epidemiological data, this is possible for no fewer than 75% of persons with mental health problems seeking help from the outpatient-polyclinic network” (23). And further: “Its [psychiatric dispensarization's] future prospects, therefore, lie not in the projection of its extensive growth, but in its appropriate use for the resolution of a particular range of mental health problems for which it has proven effective” (23).

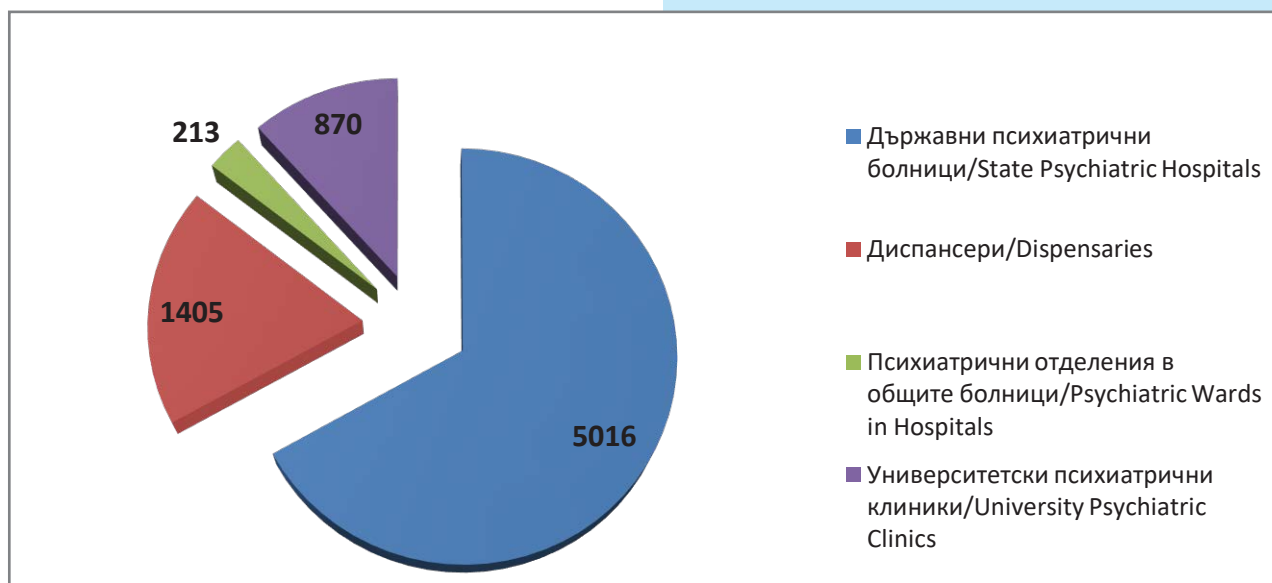
## СТАТИСТИЧЕСКИ ДАННИ

## STATISTICAL DATA



Фиг. 1. Брой легла и съотношение между леглата в различните психиатрични институции през 1972 г.

Fig. 1. Number of beds and ratio between beds in different psychiatric institutions in 1972

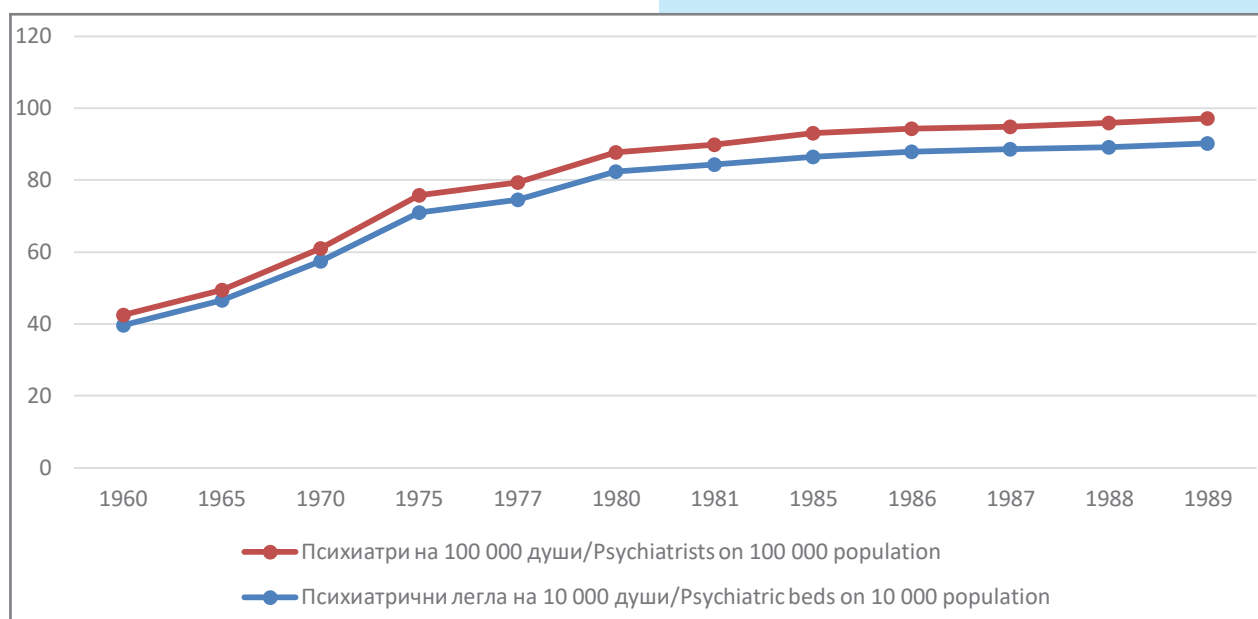


**Фиг. 2.** Брой легла и съотношение между леглата в различните психиатрични институции през 1981 г.

**Fig. 2.** Number of beds and ratio between beds in different psychiatric institutions in 1981

През периода 1972–1981 г. се запазва съотношението между различните психиатрични институции. Разбира се, това е доста условно, тъй като някои структури са изчезнали (например психиатричните колонии през 1975 г. всъщност само сменят името си), през годините е имало обединение на психиатрични болници с диспансери, болницата във Варна става университетска клиника (сградата на университетската клиника е единствената новопостроена през периода 1944–1989 г.), някои болници имат диспансерни отделения. Въпреки това се вижда тенденцията – леглата в диспансерите нарастват двойно, докато тези в психиатричните болници само с 20% (фиг. 1 и фиг.2).

During the 1972–1981 period, the ratio of beds in the different psychiatric institutions remained more or less the same. Of course, this statement is quite general, as some structures disappeared (for example, in 1975 the psychiatric colonies actually only changed their name), over the years some psychiatric hospitals merged with dispensaries, the hospital in Varna became a university clinic (the building of the university clinic was the only newly built one in the 1944–1989 period), some hospitals had dispensary departments. However, the trend is visible: the number of beds in dispensaries doubled, while those in psychiatric hospitals increased by only 20%.

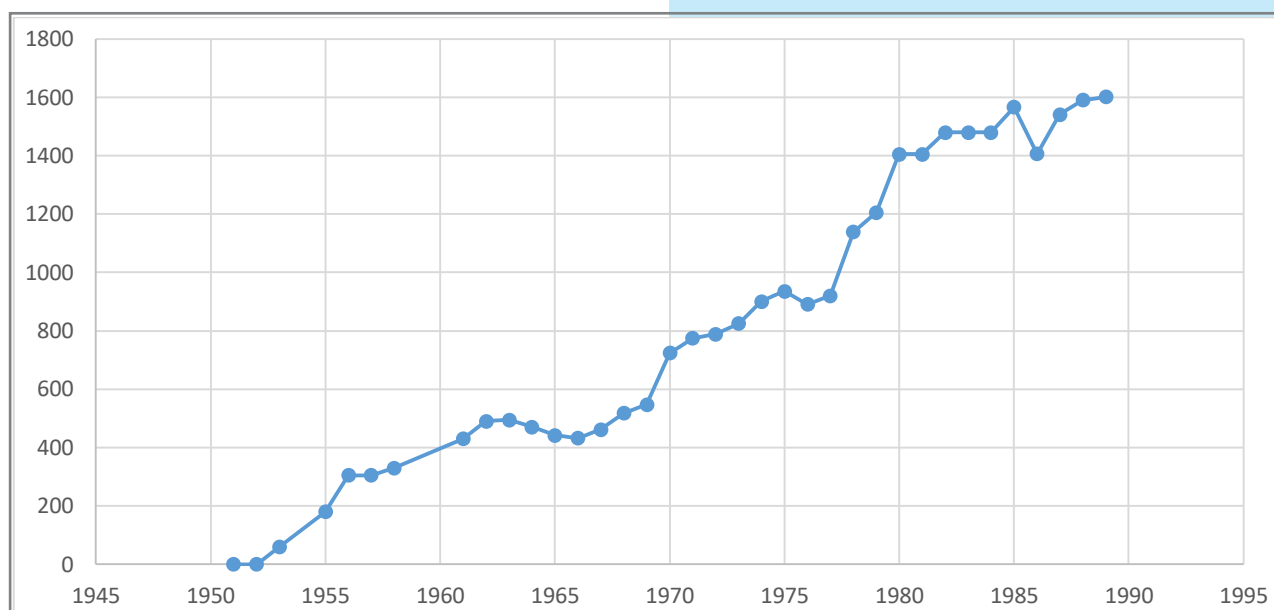


**Фиг. 3.** Съотношение между психиатри на 100 000 население и легла на 10 000 население

**Fig. 3.** Ratio between psychiatrists per 100,000 population and beds per 10,000 population

Темповете на нарастване на общия брой легла и на общия брой психиатри на пръв поглед изглеждат съизмерими. Това е така за цялата страна. В същото време 25% от психиатрите работят в университетските клиники. Нарастването на броя на леглата е за сметка на повишеното натоварване на психиатрите в останалите звена – в болници и диспансери. Съотношението лекари към медицински сестри в цялата мрежа през годините е около 1:2. Това на практика означава, че натоварването е не само върху психиатрите, а и върху медицинските сестри, респективно и върху останалия персонал.

The rates of growth of the total number of beds and the total number of psychiatrists in Bulgaria in the 1960–1989 period seem commensurable at first sight. This was the case at the national level. At the same time, 25% of all psychiatrists worked at university clinics. The number of beds increased at the cost of an increased workload of psychiatrists in the other units – hospitals and dispensaries. The ratio of psychiatrists to nurses in the whole psychiatric system was approximately 1:2 in the socialist period. This practically meant a heavy workload not only for psychiatrists but also for nurses and other staff.

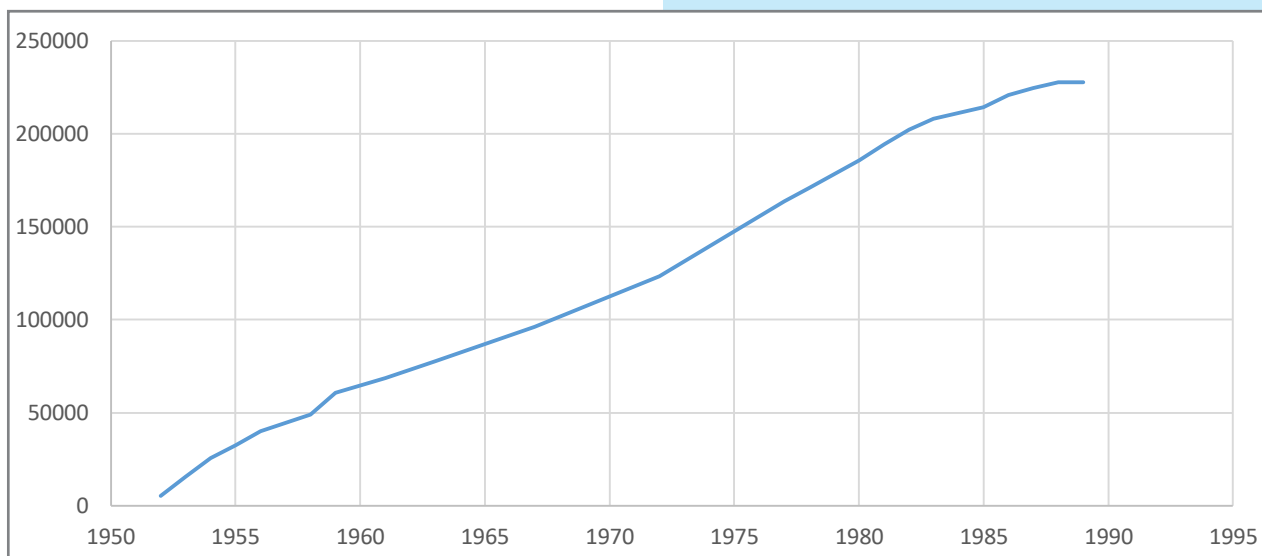


Фиг. 4. Легла в психиатричните диспансери за периода 1950-1989 г.

Fig. 4. Beds in psychiatric dispensaries for the period 1950-1989

Намаляването на легловата база през 1976 г. е в резултат на обединение на диспансер с психиатрична болница. За периода 1961–1978 г. леглата в диспансерите се утрояват (фиг. 4). Това е ясно подчертана тенденция към превръщането им в „малки болници“ и подмяната на основната идея за психиатрия в общността. Въпреки че се отчита недостиг на персонал, броят на „болни под наблюдение“ непрекъснато расте (фиг.5). Интересно е да се проследи и вътрешната динамика на регистрирането на болните (в началото например преобладават пациентите с олигофрения и епилепсия).

The decrease in the number of beds in dispensaries in 1976 was due to the merger of a dispensary and a psychiatric hospital. In the 1961–1978 period, the number of beds in dispensaries tripled. This shows a distinct tendency towards the latter's transformation into “small hospitals” and substitution of the main idea of psychiatry in the community. Despite the chronic shortage of personnel, the number of “monitored patients” – that is, patients registered at dispensaries – grew constantly. It is also interesting to trace the internal dynamics of registration (initially, registration of oligophrenia and epilepsy prevailed).

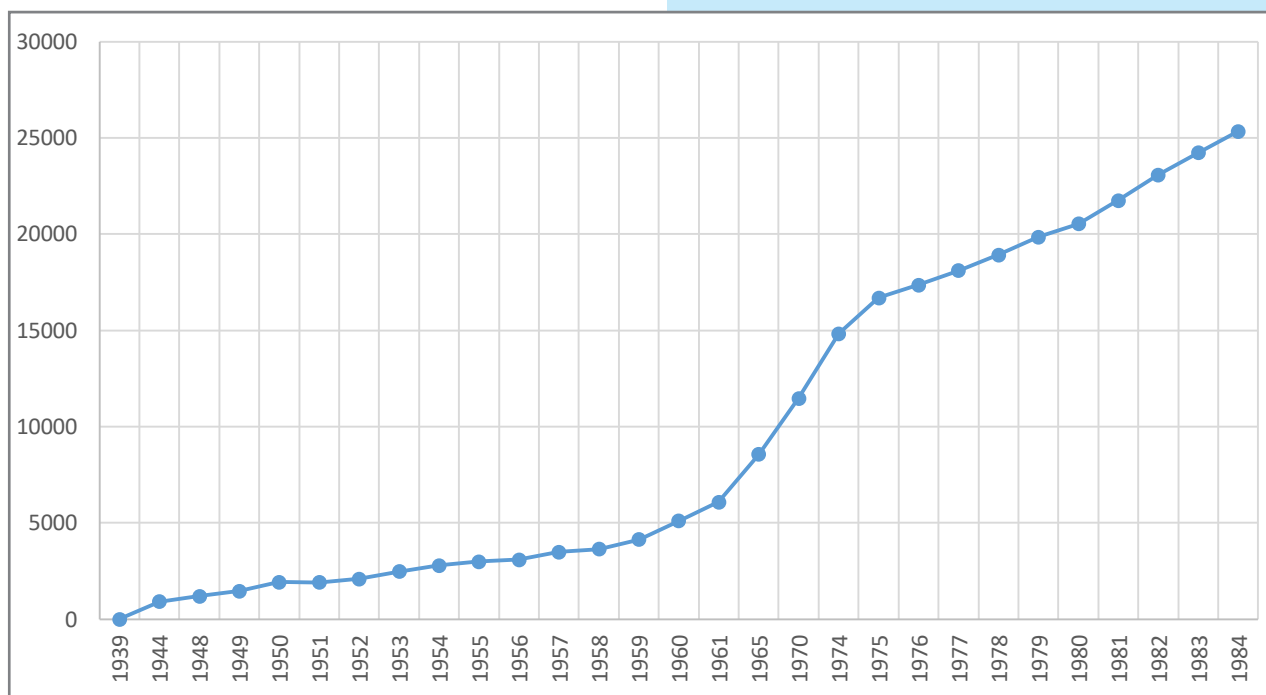


**Фиг. 5.** Регистрирани душевноболни през периода 1950-1989 г.

**Fig. 5.** Registered mentally ill during the period 1950-1989

Местата в институции се увеличават най-рязко в периода 1960–1975 г. Характерно за целия период 1944–1989 г. е непрекъснатото им увеличение до 25000 за цялата страна (фиг. 6). Въпреки това има списък на чакащите.

Places in institutions increased most sharply between 1960 and 1975. Characteristic of the entire 1944–1989 period was their continuous increase – reaching a total of 25,000 at the end of the period. Despite this, there was a waiting list.

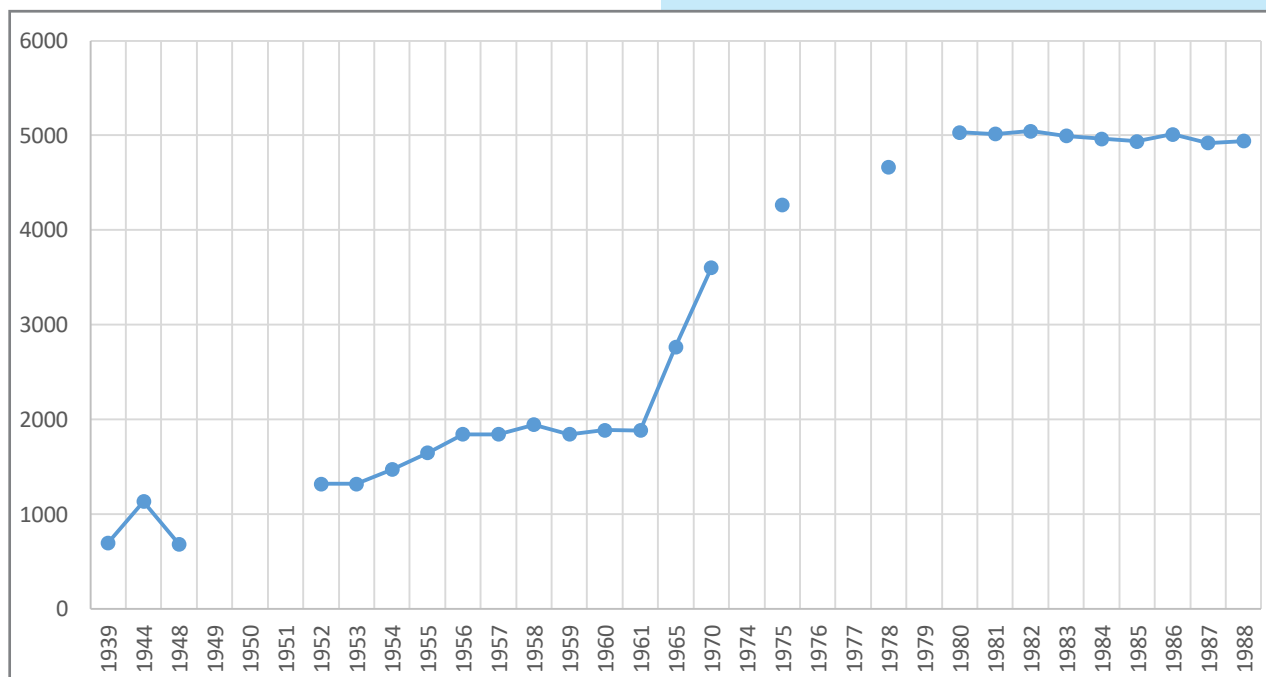


**Фиг. 6.** Места в заведения за социални грижи за периода 1939-1984 г.

**Fig. 6.** Places in social care institutions for the period 1939-1984

Леглата в психиатричните болници също се увеличават и достигат 5000 в края на периода (фиг. 7).

The number of beds in psychiatric hospitals also increased, reaching 5,000 at the end of the period.



Фиг. 7. Легла в психоневрологичните болници за периода 1939-1988 г.

Fig. 7. Beds in psychoneurological hospitals for the period 1939-1988

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В първата част на този обзор проблемът за наследство в лицето на диспансеризацията бе поставен в перспективата на един по-общ въпрос, а именно въпросът за патернализма в психиатричната система, неговите източници и ефекти. Един от възможните подходи към този въпрос се свеждаше до следната схема: социокултурният контекст в България има специфики („патриархалност“, „традиционализъм“), по отношение на които принципите на пациентската автономия, независимост, самоуправление („западни“, „несвойствени поне на този етап“) остават чужди, неефективни, неприложими, нежелани; затова самото общество генерира „мощтен натиск в посока към патернализъм, подхранван от диспансерния модел“ (24), което го прави културно адекватен – доколкото диспансерът е посветилата се на обгрижване институция „поела отговорността за съдбата на пациента“ (25). Тази обща схема на пръв поглед изглежда много убедителна, но тази ѝ убедителност се крепи всъщност на факта, че тя мобилизира и се възползва от стандартните локални есенциализиращи рамки на саморепрезентиране („ние (тук) не сме като тях там (Западът като образец)“), което в зависимост от по-общата идеологическа рамка може да се чете с гордост от „самобитността“ или с горчива надежда, че „не сме, но засега“.

Вглеждането в историческите следи от диспансеризацията и вслушването в гласовете, които са били сред основните фигури в процеса – дори в този твърде бегъл и непълен вид, който позволява настоящият жанр – показва една много по-комплексна реалност. В нея се виждат няколко неща.

## CONCLUSION

In Part One of this study, psychiatric dispensarization in socialist Bulgaria and its problematic legacy was examined from the perspective of a more general question – namely, the question of paternalism in the psychiatric system, its sources and effects. One of the possible approaches to this question was reduced to the following scheme: the socio-cultural context in Bulgaria has specific features (“patriarchy”, “traditionalism”) in relation to which the principles of patient autonomy, independence, self-management (“Western”, “uncharacteristic at least at this stage”) remain alien, ineffective, inapplicable, undesired; that is why Bulgarian society itself generates “powerful pressure towards paternalism, fostered by the dispensary model” (24), which makes the latter culturally adequate – insofar as the dispensary is the caring institution that has “assumed responsibility for the patient’s fate” (25). This general scheme seems at first sight very convincing, but its apparent convincing power actually rests on the fact that it mobilizes and capitalizes on the standard local essentializing framework of self-representation (“we / here/ aren’t like them there /the West as a model/”) which, depending on the more general ideological framework, may be read with pride in “our specificity” or with bitter hope that “we aren’t like them – for the time being”.

A closer look at the historical traces of dispensarization in socialist Bulgaria and a closer listen to the voices of some of the leading figures in the process – even in the quite cursory and incomplete form allowed by the genre of this study – reveal a much more complex reality. Several things are visible within it.



Първо, за диспансерното начинание, т.е. за извънболничната система, като възплъщение на социалната психиатрия, не може просто да се заяви, че по дефиниция и по замисъл фундаменталният ѝ принцип е патерналистки. Тъкмо обратното - принципно погледнато социалната психиатрия има съвсем различен хоризонт (26), който удържа като централна своя задача изначалното разглеждане на пациента като автономен и възстановяването у него на тази автономия и независимост. В този смисъл не можем просто да твърдим, че диспансерният модел се стреми да удовлетвори патерналистките очаквания към него. Напротив, поне по замисъл той трябва да „извежда към независимост“, както казва Димитър Панталеев, например (27). И критичните гласове показват, че поне част от психиатрите са били наясно с разминаването между принципите на социалната психиатрия и начина, по който тя се случва в социалистическа България.

Второ, става ясно, че зад образа на обществото, което оказва „могъщ натиск“ към патерналистки практики, всъщност стои един много по-сложен обект. „Обществото“ предпочита да стои встрани от психиатричната система, болните не желаят да бъдат диспансеризирани, „понякога твърде упорито подкрепяни и укривани от своите близки“ (7), „широките народни маси“ се страхуват и не търсят грижата на психиатрите. Този аспект е водещ и в другата по-късна книга на Станкушев „Етюди на психиатъра“ (28), може да се види и в статията на Ст. Тодоров от 1989 г. „Отношението общество – психично болен“ (29). Историческите следи показват, че диспансеризацията е срещала „тиха“ съпротива тъкмо поради дълбоката стигма, която е тежала както над психично болните, така и над цялата система.

Трето, от вътрешната критика става ясно, че начинанието буксува, трансформира се в посоки, несвойствени на замисъла (превръщането на диспансерите в „малки болници“ например), не може да бъде обезпечено с персонал, не може да бъде организирано като ефективно взаимодействаща си мрежа от звена, което пречи да бъде полезно, особено по отношение на задачите, които по дефиниция трябва да са водещи за извънболничната система, а именно рехабилитация, ресоциализация, „повторно вграждане в общността и трудовата среда“. Вместо това изградената психиатрична система предлага предимно грижи, които задълбочават стигматизацията, „хоспитализма“, зависимостта, институционализацията, изолацията в домове за социални грижи и т.н. Всичко това обаче са практики, които хронично не позволяват автономизиране на пациента, т.е. създават една патерналистка среда. Вероятно и по тези причини в самия край на периода директно се препоръчва „депсихиатризация“ на психиатричното обслужване и категоричен отказ от „екстензионното разрастване“ на диспансеризацията. Така реално „диспансерният метод“ не съумява да изгради една ефективна извънболнична система, което е централното му предназначение като възплъщение на социалната психиатрия, и не се откъсва и дистанцира от характерните за системата патерналистки практики, а напротив укрепва ги и ги задълбочава.

First, the dispensarization project, that is, the outpatient system as an embodiment of social psychiatry, cannot simply be said to be paternalistic in its fundamental principle by definition and design. On the contrary, social psychiatry has, fundamentally speaking, an entirely different horizon (26) which assumes that its central task is to treat patients as inherently autonomous and to restore their autonomy and independence. In this sense, we cannot simply claim that the dispensary model sought to satisfy the paternalistic expectations towards it. On the contrary, at least by design, it had to “lead patients towards independence”, as Dimitar Pantaleev put it (27). And the critical voices show that at least part of the psychiatrists were aware of the discrepancy between the principles of social psychiatry and the way it was practised in socialist Bulgaria.

Second, it becomes clear that behind the image of a society exerting “powerful pressure” towards paternalistic practices, there was in fact a much more complex reality. “Society” in Bulgaria preferred to stay away from the psychiatric system, mentally ill people were reluctant to be dispensarized, “some of them being stubbornly supported and hidden by their loved ones” (7), “the broad popular masses” were afraid and did not seek the help of psychiatrists. This aspect is also prominent in Stankushev’s later book, *Essays of a psychiatrist* (in Bulgarian) (28), and can be seen in Stefan Todorov’s 1989 article (in Bulgarian) “The relationship between society and the mentally ill” (29). The historical traces show that dispensarization met with “silent” resistance precisely because of the deep stigma that weighed on both the mentally ill and the whole system.

Third, the internal criticism shows that the dispensarization project stalled, transformed in ways at odds with its design (the transformation of dispensaries into “small hospitals”, for instance), remained chronically understaffed, and could not be organized as an efficiently interacting network of units. This made it ineffective, especially with regard to the tasks which, by definition, should be key for the outpatient system – namely, rehabilitation, resocialization, “reintegration into the community and the working environment”. Instead, the psychiatric system established in socialist Bulgaria primarily offered care that exacerbated stigmatization, “hospitalism”, dependency, institutionalization, isolation in social care homes, etc. However, these were all practices that chronically prevented patient autonomy, that is, created a paternalistic environment. This is also probably why at the very end of the period, some experts were directly recommending “de-psychiatrization” of psychiatric services and categorical rejection of the “extensive expansion” of dispensarization. Thus in reality the “dispensary method” in socialist Bulgaria failed to build an effective outpatient system, which was its central purpose as the embodiment of social psychiatry, and did not break away and distance itself from the paternalistic practices characteristic of the system – conversely, it reinforced and deepened them.

## КНИГОПИС / REFERENCES

1. Министерство на народното здраве и социалните грижи "Инструктивни указания за дейността на психо-неврологичните диспансери", 1952.  
Ministry of Public Health and Social Welfare Instructional Guidelines for the Operation of Psychoneurological Dispensaries, 1952.
2. Министерство на народното здраве "Програма за опазване и подобряване на психичното здраве на българския народ", 1976.  
Ministry of Public Health and Social Welfare Programme for Protecting and Improving the Mental Health of the Bulgarian People, 1976.
3. Милев, В. Концепция за развитието на извънболничната психиатрична помощ в България. Бюлетин на НИНПН 2, 1972, 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 2, 1972, pp. 10-15.
4. Герджиков, Ив. (съст.) "50 години психиатрична болница „Св. Иван Рилски“. С.: Издателско ателие, 1999.  
Gerdzhikov, I. (ed.) 50 years of the St Ivan Rilski Psychiatric Hospital. Sofia: Izdatelско atelie, 1999.
5. Големанова, Ж. Изграждане на основите на здравеопазването в НРБ. С.: Медицина и физкултура, 1987.  
Golemanova, Zh. Building the foundations of socialist healthcare in the People's Republic of Bulgaria. Sofia: Meditsina i fizkultura, 1987.
6. Из историята на българската неврология, психиатрия и неврохирургия. 65 години катедра по психиатрия при МА-София Неврология, психиатрия и неврохирургия 4, (1989) с. 51-60.  
From the history of Bulgarian neurology, psychiatry and neurosurgery. 65 years of the Department of Psychiatry at the Sofia Medical Academy Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 4, (1989) pp. 51-60.
7. Станкушев, Т. Извънболнична психиатрична помощ. С.: Медицина и физкултура, 1969.  
Stankushev, T. Outpatient psychiatric care. Sofia: Meditsina i fizkultura (1969).
8. Узунов, Г. "25 години психиатрична, неврологична и неврохирургична помощ". Неврология, психиатрия и неврохирургия 4, 1969, с. 281-287.  
Uzunov, G. 25 years of psychiatric, neurological and neurosurgical care. Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 4, 1969, pp. 281-287.
9. Стоименов, И., А. Сираков, С. Бачев и М. Койчева "Обем и структура на психичната болестност и заболяемост в България." Неврология, психиатрия и неврохирургия 1, 1964, с. 7-15.  
Stoimenov, I., A. Sirakov, S. Bachev and M. Koycheva Rate and structure of mental illness and morbidity in Bulgaria. Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 1, 1964, pp. 7-15.
10. Темков, Ив. Състояние и перспективи на психиатричната стационарна помощ в България. Бюлетин на НИНПН 4, 1980, с. 33-43.  
Temkov, I. State and prospects of psychiatric inpatient care in Bulgaria. Bulletin of the Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 4, 1980, pp. 33-43.
11. Горанов, П. Нова психиатрична болница. Здравен фронт 6, 1965.  
Goranov, P. New psychiatric hospital. Health Front 6. 1965.
12. ЦДА, ф. 1712, оп. 01, а.е. 07, л. 127-134.  
TsDA (Tsentralen Darzhaven Arhiv/Central State Archives), f. 1712, op. 01, a.e. 07, l. 127-134.
13. ЦДА, ф. 1712, оп. 01, а.е. 05, л. 11-18.  
TsDA, f. 1712, op. 1, a.e. 5, l. 11-18.
14. Върху перспективното развитие на неврологичната, неврохирургичната и психиатричната помощ в България Неврология, психиатрия и неврохирургия 1, 1963, с. 1-8.  
On the prospective development of neurological, neurosurgical and psychiatric care in Bulgaria (1963) Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 1, 1963, pp. 1-8.
15. Узунов, Г., Ст. Добрева, Ж. Молхов и Т. Станкушев "Извънболничната психиатрична помощ у нас: състояние, задачи и перспективи за развитие." Неврология, психиатрия и неврохирургия 2, 1964, с. 65-82.  
Uzunov, G., S. Dobрева, Zh. Molhov and T. Stankushev Outpatient psychiatric care in Bulgaria – state, tasks and prospects for development. Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 2, 1964, pp. 65-85.
16. Национално съвещание по диспансерното обслужване Неврология, психиатрия и неврохирургия 1, 1964, с. 152-156.  
National conference on dispensary care Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 1, (1964) pp. 152-156.
17. Апостолов, М. Върху приложението на диспансерния метод в борбата срещу алкохолизма в град Банско. Неврология, психиатрия и неврохирургия 3, 1964, с. 206-210.  
Apostolov, M. On the application of the dispensary method in the fight against alcoholism in the town of Bansko. Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 3, 1964, pp. 206-210.
18. Настев, Г. 20 години психо-неврологична помощ. Неврология, психиатрия и неврохирургия 4, 1964, с. 230-237.  
Nastev, G. 20 years of psychoneurological care. Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 4, 1964, pp. 230-237.
19. Станкушев, Т. и Л. Тимчев. Извънболнична психиатрична помощ у нас – постижения, слабости, насоки за развитие. Неврология, психиатрия и неврохирургия 2, 1969, с. 294-307.  
Stankushev, T. and L. Timchev. Outpatient psychiatric care in our country: achievements, weaknesses, directions for development. Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 2, 1964, pp. 294-307.
20. Темков, Ив. Неврозите, актуален проблем на съвременната психиатрия и практическото здравеопазване. Съвременна медицина, год XXV, бр. 3, 1974.  
Temkov, I. Neuroses, a current problem of contemporary psychiatry and practical healthcare. Contemporary Medicine 25(3), 1974.
21. ЦДА, ф. 2235, оп. 11, а.е. 62, л. 16.  
TsDA, f. 2235, op. 11, a.e. 62, l. 16
22. Томов, Т., Ж. Молхов, К. Миленков и Н. Бешков. Въпроси на психиатричната диспансеризация на съвременния етап. Бюлетин на НИНПН 4, 1981, с. 23-31.  
Tomov, T., Zh. Molhov, K. Milenkov and N. Beshkov. Issues of psychiatric dispensarization at the contemporary stage. Bulletin of the Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 4, 1981, pp. 23-31.

23. 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.
24. Ончев, Г. Етно-културален контекст на психиатрията в България" Бюлетин на Българската психиатрична асоциация 2-3, 1999, с. 14-21.  
Onchev, G. Ethnocultural context of psychiatry in Bulgaria. Bulletin of the Bulgarian Psychiatric Association 2-3, (1999) pp. 14-21.
25. 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.
26. Димитрова, И. „Нищо за вас без нас!“ Проектът за социална психиатрия в социалистическа България. Критика и хуманизъм 55(2), 2021, с. 27-50.  
Dimitrova, I. "Nothing About You Without Us!" The Social Psychiatry Project in Socialist Bulgaria. Critique & Humanism 55(2), 2021, pp. 23-46.
27. Панталеев, Д. и И. Игнев. Рехабилитация на психично болни. Ловеч: Окръжна психоневрологична болница (1976).  
Pantaleev, D. and I. Ignev. Rehabilitation of mentally ill. Lovech: District Psychoneurological Hospital, 1976.
28. Станкушев, Т. Етюди на психиатъра. С.: Медицина и физкултура, 1985.  
Stankushev, T. Essays of a psychiatrist. Sofia: Meditsina i fizkultura, 1985.
29. Тодоров, Ст. Отношението общество – психично болен. В: Иванов, Вл. (ред.) Социална психиатрия. С.: Медицина и физкултура, 1989, с. 214-221.  
Todorov, S. The relationship between society and the mentally ill. In: Ivanov, V. (ed.), Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura, 1989, pp. 214-221.

**Адрес за кореспонденция:**

Гл. ас. д-р Владимир Наков, дм

Отдел „Психично здраве“

Дирекция „Психично здраве и превенция на зависимостите“

Национален център по обществено здраве и анализи

е-поща: v.nakov@ncpha.government.bg

**Address for correspondence:**

Vladimir Nakov, MD, PhD

Assistant Professor

National Center of Public Health and Analyses,

15, Acad. Ivan Geshov str, 9 floor, office 20

1431 Sofia, Bulgaria

e-mail: v.nakov@ncpha.government.bg