

**ОЦЕНКА ПО ДИАГНОСТИЧНИ И СОЦИОДЕМОГРАФСКИ  
ХАРАКТЕРИСТИКИ НА АМБУЛАТОРНАТА ДЕЙНОСТ  
КЪМ ПСИХИАТРИЧНАТА КЛИНИКА НА УМБАЛ  
„АЛЕКСАНДРОВСКА” ЗА ДВУГОДИШЕН ПЕРИОД**

**В. Стоянова<sup>1</sup> и Г. Генчев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Клиника по психиатрия, УМБАЛ „Александровска”*

<sup>2</sup>*Катедра по медицинска информатика и биостатистика  
Медицински университет – София*

**Резюме.** Амбулаторната психиатрична служба в рамките на Университетската многопрофилна болница развива много повече диагностично-експертна, отколкото терапевтична дейност. Целта на проучването е да се оцени функционирането на кабинета както по клинични и демографски характеристики на преминалите посетители, така и по вид дейности, с оглед повишаване ефективността му. Дизайнът на проучването е натуралистичен, като се оценяват ретроспективно всички проведени консултативни прегледи за периода 01.2008-12.2009 г. по вид и социодемографски и диагностични характеристики на пациентите. Данните са обработени със SPSS 17.0.1. Консултативните прегледи нарастват значително през втората половина на проследявания период. Преобладават пациентите от женски пол (65,5%) спрямо мъжете (34,5%), като жените имат статистически значимо по-висока средна възраст 47,93 ( $\pm$  16,03) от мъжете 43,55 ( $\pm$  16,47),  $p < 0,001$ . За всеки трети пациент се налага хоспитализация, като възрастта им е статистически значимо по-ниска от тази на пациентите, нуждаещи се само от консултативен преглед и/или амбулаторно лечение,  $p < 0,05$ . Междуполовите различия по диагнози са статистически значими при депресия и тревожни разстройства, където преобладават жените, и при психотични и органични разстройства и злоупотреба с психоактивни вещества (ПАВ), където преобладават мъжете,  $p < 0,05$ . Диагнози, налагащи предимно стационарно лечение, са острите психози, психозите от шизофрения кръг и манийните (смесените) състояния. Предимно амбулаторно лечение се провежда при тревожни и депресивни състояния, органични, личностни и хранителни разстройства и злоупотреба с ПАВ. Биполарната депресия има характеристи-

ки, обуславящи поравно лечение както в амбулаторни, така и в стационарни условия. Тези различия са статистически значими,  $p < 0,001$ . Пациентите с психични разстройства са разнородна група както в диагностичен, така и в прогностичен план. Тяхното обслужване изисква комплексен подход, като амбулаторната дейност е важна за експертна оценка на състоянието и типа на лечението.

*Ключови думи: психични разстройства, консултативна дейност, социодемографски характеристики*

**V. Stoyanova and G. Genchev. EVALUATION ACCORDING TO DIAGNOSTICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF AMBULATORY ACTIVITY OF PSYCHIATRIC CLINIC IN UNIVERSITY HOSPITAL "ALEXANDROVSKA" FOR A TWO-YEAR PERIOD**

**Summary.** Ambulatory psychiatric service within the University Hospital has more diagnostic and expert activity than therapeutic one. The aim of this study was to assess the functioning of the consulting room, both types of activity and clinical and demographic characteristics of visitors passed in order to improve its efficiency. The design of the study was naturalistic, assessing retrospective all examinations held consultative for the period 01.2008-12.2009 by type, sociodemographic and diagnostic characteristics of patients. The data were processed with SPSS 17.0.1. Advisory examinations increased significantly during the second half of the study period. Dominated female patients (65.5%) versus men (34.5%) and women had statistically significant higher mean age 47,93 ( $\pm 16,03$ ) than men 43,55 ( $\pm 16,47$ ),  $p < 0.001$ . Every third patient required hospitalization, and age was statistically significant lower than that of patients requiring only an advisory examination and/or outpatient treatment,  $p < 0.05$ . Intersexual differences in diagnoses were statistically significant for depression and anxiety disorders, where women prevailed, where as psychotic and organic disorders and abuse of psychoactive substances, were mostly found in men,  $p < 0.05$ . Diagnoses requiring inpatient treatment were mainly acute and schizophrenic psychosis and manic (mixed) states. Outpatient treatment was mostly carried out in anxious and depressive states, organic, personality and eating disorders and abuse of psychoactive substances. Bipolar depression has features that allow for equal outpatient and inpatient treatment. These differences were statistically significant  $p < 0.001$ . Concluded is that patients with mental disorders are a heterogeneous group, both in diagnostic and prognostic aspect. Their management requires a comprehensive approach, and ambulatory activity is important for an expert assessment of the condition and type of treatment.

*Key words: psychiatric disorders, consulting activity, sociodemographic characteristics*

## Увод

Психичните разстройства, независимо от своята мултифакторна етиопатогенеза, са сериозни биологични, а в някои случаи и генетично детерминирани състояния. Те нарушават възможностите на човека да мисли, да чувства и да се свързва със заобикалящата го действителност по адекватен начин [1]. На второ място са по нарушение на функционирането след сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) [1], но са водеща причина за това във възрастта между 15-44 години [2]. Статистиката сочи, че в държави като САЩ и Канада приблизително 20% от възрастното население има някакво психично разстройство за период от 1 година [1, 3], а 5% от възрастните американци имат сериозни психични заболявания, като шизофрения, биполарно афективно разстройство (БАР), депресия [1]. Според други автори възникването на каквото и да е психично разстройство е от 31% [4] до 46,4% [5], като най-често поставяните диагнози са тревожни и соматоформни разстройства, разстройства на контрола над импулсите и емоционални разстройства.

Реално обаче само 1/3 от пациентите с психични проблеми [2], и дори по-малко при децата и подрастващите [2, 3], получават адекватно медицинско обслужване за година. Това важи в още по-голяма степен за малцинствените групи. Наред с това се установява приблизително 10-годишно забавяне на започването на лечението след първата проява на психичните симптоми [2]. В този смисъл стремежът за навременно диагностициране и адекватно лечение е напълно основателен.

Независимо че психиатрията се оформя като медицинска дисциплина още през XIX в., до началото на XX в. се е смятало, че по-голяма част от психично болните са нелечими и те се нуждаят само от място за изолация. За първи път през 1917 г. John Porter-Phillips, общ лекар към болницата в Бетлем (Англия), настоява за разкриване на извънболнична служба за ранно разпознаване на психичните болести [6]. По-късно, през 30-те години на миналия век, амбулаторните служби се занимават предимно с експертна дейност, която оценява необходимостта от доброволно или принудително лечение. Същинското амбулаторно обслужване на психично болните става възможно едва след въвеждането на фенотиазините – през 50-те години на миналия век. Амбула-

торната помощ става неизменна част от диагностичния и терапевтичния процес, като самото лечение може да бъде както извънболнично, така и стационарно. В различните проучвания процентът на прегледаните и нехоспитализирани пациенти варира между 7,5 и 40 [6]. Като цяло хоспитализацията продължава да се разглежда като „негативно събитие“, което отчуждава пациента от амбулаторните форми на обслужване и от общността. Продължава автоматично да се слага знак на равенство между леки психични проблеми и амбулаторно лечение и тежко изразени психични разстройства и необходимост от стационарно лечение. Реално обаче над 90% от пациентите, изискващи редовно амбулаторно проследяване, са с диагнози шизофрения, шизоафективно и афективно разстройство [7].

Има много доказателства, че психичните разстройства могат да се обслужват и лекуват по-ефективно и по-евтино в общността, отколкото в “традиционните” психиатрични болници [3]. Развитието на достъпни психиатрични амбулаторни служби към общопрофилните болници не може да задоволи необходимостта от амбулаторно проследяване и лечение на психичните разстройства, но може успешно да изпълнява диагностична, консултативна и експертна функция. Амбулаторният кабинет към психиатричната клиника на УМБАЛ “Александровска” е с дългогодишни традиции в този тип функции, удобен и напълно достъпен за посещение, като консултациите се провеждат от лекар със специалност по психиатрия.

**Целта** на проучването е да оцени амбулаторната дейност по наличните социодемографски и диагностични характеристики с оглед подобряване на консултативната дейност на кабинета. Важно е да се структурират цели и задачи и да се даде по-ясна дефиниция на този тип дейност с оглед, от една страна, удовлетворяване на нарастващите потребности от подобна структура в рамките на многопрофилна болница, а от друга страна – повишаване на полезността и ефективността на този тип дейност.

### **Материал и методи**

Изследването има натуралистичен дизайн и отразява ретроспективно всички преминали през амбулаторната служба лица, нуждаещи се от консултативен преглед, психиатрична оценка и/или лечение. Проследяваният период от време е в рамките на

две години – от началото на м. 01.2008 год. до края на м. 12.2009 г. За основен източник на демографска и клинична оценка се използва стриктно воден амбулаторен журнал. За посетителите на кабинета се вписват:

- Име (пол),
- Възраст,
- Местоживеене,
- Повод за посещаване на кабинета (диагноза),
- Насочване към кабинета,
- Извършена консултативна дейност (консултативен преглед с препоръки, проследяващ преглед, насочване за хоспитализация).

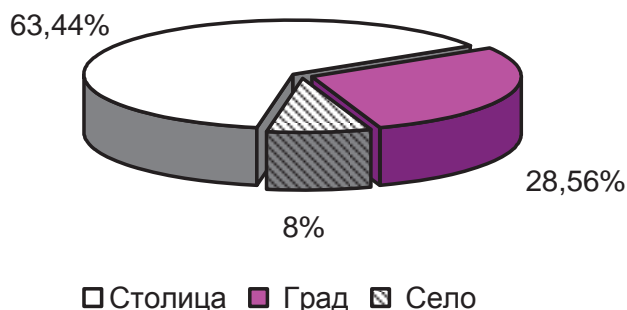
Психиатричната диагноза се поставя по диагностичните критерии на МКБ-10 от психиатър специалист и се вписва в амбулаторния журнал.

Пациенти, при които има липсващи данни, отпадат от проучването и не влизат в статистическата обработка. Данните се въвеждат и обработват със статистическия пакет SPSS 17.0.1. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, е избрано  $p < 0,05$ . Приложени са следните методи: дескриптивен анализ, графичен анализ, алтернативен анализ,  $\chi^2$ , екзактен тест на Фишер, тест на Колмогоров-Смирнов и тест на Shapiro-Wilk за проверка вида на разпределението, t-критерий на Стюдънт за две независими извадки и непараметричен тест на Mann-Whitney.

## **Резултати**

За проучвания период от две години в амбулаторния кабинет са извършени общо 3444 прегледа. От тях 1149 (33,36%) са през 2008 г. и приблизително два пъти повече – 2295 (66,64%), през 2009 г. От тази бройка по административни причини, т.е. практически клинично здрави лица, са 143 (4,2%) посетители. От реални 3301 посещения в кабинета, консултирани и насочени за стационарно психиатрично лечение са 1146 пациенти (34,7%). При преобладаващата част от пациентите – 1961 (59,4%), е проведен еднократен консултативен преглед с цел диагностично и терапевтично уточняване и при една малка група пациенти – 194 (5,9%), е проведено вторично проследяване за оценка на терапевтичната ефективност.

Преобладава градското население, и то предимно от столицата. Разпределението на контингента пациенти по местоживее-не е показано на фиг. 1.



Фиг. 1. Процентно разпределение на консултативните прегледи по местоживее-не

От проведените консултации 1139 (34,5%) са с мъже и 2162 (65,5%) са с жени. Средната възраст на пациентите с психични проблеми е 46,42 ( $\pm 16,32$ ) год., като при мъжете тя е статистически значимо по-ниска – 43,55 ( $\pm 16,47$ ) год. спрямо тази при жените – 47,93 ( $\pm 16,03$ ) год.,  $p < 0,001$ .

Възрастова разлика се установява и между групата пациенти, при които се налага хоспитализация. Те са със статистически значимо по-ниска възраст спрямо пациентите, изискващи само консултативен преглед – съответно 45,07 ( $\pm 15,75$ ) год. и 47,26 ( $\pm 16,72$ ) год.,  $p < 0,05$ .

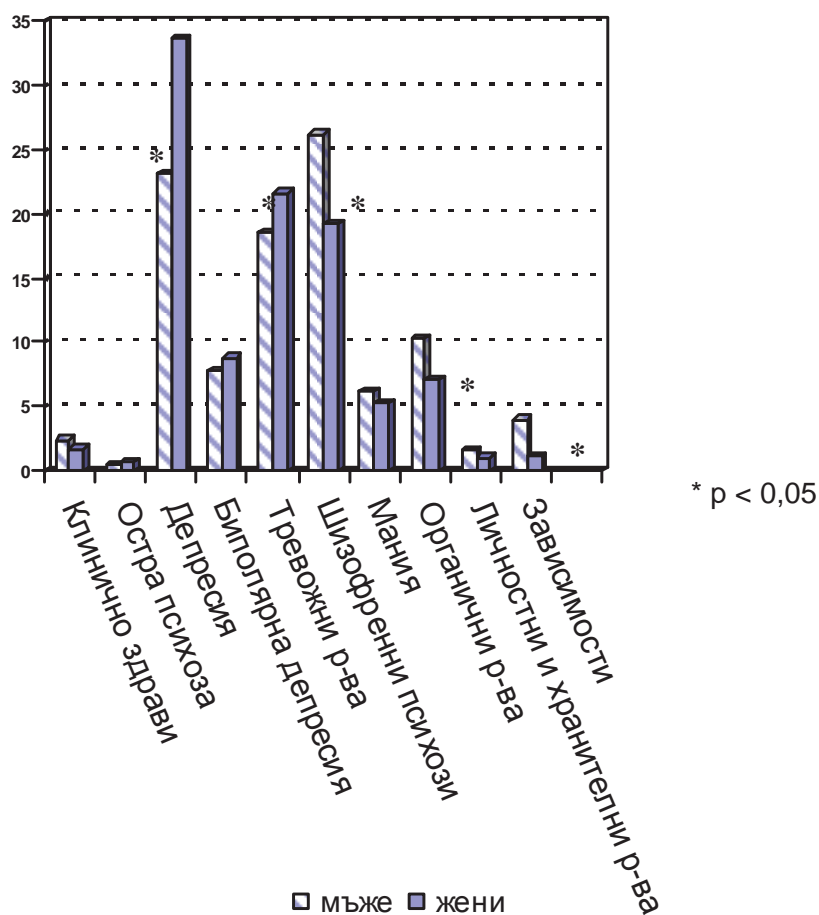
Групирахме консултативните прегледи по диагнози, като оформихме девет диагностични групи. Честотното им разпределение общо и по пол е показано в табл. 1, а графично процентното разпределение на диагнозите по пол е показано на фиг. 2. От насочените за консултация посетители 64 (1,9%) са клинично здрави, т.е. без анамнестични и/или моментни отклонения от психичния статус. От поставените диагнози най-често се среща депресия – при 991 консултативни прегледа, които включват 30% от дейността на кабинета. Втората по честота диагностична категория са психотичните разстройства от шизофрения кръг – при 715 посещения (21,7%), и почти приблизително при същия брой пациенти – 677 (20,5%), се налага консултация поради тревожни и соматоформни разстройства. Посещенията по повод БАР, независимо от полярността на фазата, са общо 14% от всички преминали през кабинета – 280 (8,5%) от посетителите са с биполарна

депресия и 182 (5,5%) са с мания или смесени състояния. Следват по честота органичните разстройства – при 269 лица (8,1%), злоупотребата с психоактивни вещества (ПАВ) – 68 (2,1%), и с най-нисък процент са посещенията по повод на: разстройства в храненето и личностни разстройства – 38 (1,2%), следвани от остри психози 17 (0,5%). При пет от диагностичните категории се установяват статистически значими междуполови различия в честотното разпределение,  $p < 0,05$ . Това са депресия, тревожни и соматоформни разстройства, психотични разстройства, органични разстройства, злоупотреба с ПАВ.

Сравнителният анализ на възрастта по диагнози е показан на табл. 2. С най-висока средна възраст – над 50 години, са пациентите с органични разстройства и депресия. Пациентите с тревожни и афективни разстройства са във възрастовия диапазон 40-50 години. Пациентите с психотични разстройства са със средна възраст под 40 години, а тези с остри психози – под 30 години. Различията достигат статистическа значимост,  $p < 0,05$ .

**Таблица 1.** Общ и сравнителен анализ по пол на честотното разпределение на диагнозите

Диагноза	Мъже брой (%)	Жени брой (%)	Общо брой (%)	p
Клинично здрави	27 (2,4)	37 (1,7)	64 (1,9)	n.s.
Остри психози (F23)	4 (0,4)	13 (0,6)	17 (0,5)	n.s.
Депресия (F32, F33)	263 (23,1)	728 (33,7)	991 (30,0)	< 0,05
Биполарна депресия (F31.3-5)	89 (7,8)	191 (8,8)	280 (8,5)	n.s.
Тревожни и соматоформни разстройства (F40-48)	211 (18,5)	466 (21,6)	677 (20,5)	< 0,05
Психотични разстройства (F20, 22, 25)	298 (26,2)	417 (19,3)	715 (21,7)	< 0,05
Мания и смесени състояния (F31.0-2, F 31.6)	69 (6,1)	113 (5,2)	182 (5,5)	n.s.
Органични разстройства (F0, F7)	116 (10,2)	153 (7,1)	269 (8,1)	< 0,05
Разстройства на храненето и лич- ностни разстройства (F50, F60)	17 (1,5)	21 (1,0)	38 (1,2)	n.s.
Злоупотреба с ПАВ (F1)	45 (4,0)	23 (1,1)	68 (2,1)	< 0,05
Общо	1139 (100,0)	2162 (100,0)	3301 (100,0)	



Фиг. 2. Процентно разпределение по диагнози между двата пола

Таблица 2. Сравнителен анализ на възрастта при различните диагнози

Диагноза	n	$\bar{X}$	SD
Клинично здрави	64	51,03 <sup>aeg</sup>	14,92
Остри психози	17	29,76 <sup>b</sup>	10,62
Депресия	991	52,27 <sup>a</sup>	15,31
Биполярна депресия	280	47,07 <sup>de</sup>	15,31
Тревожни и соматоформни разстройства	677	45,01 <sup>c</sup>	15,37
Психотични разстройства	715	38,37 <sup>hj</sup>	12,21
Мания и смесени състояния	182	43,46 <sup>ck</sup>	14,73
Органични разстройства	269	54,20 <sup>fg</sup>	21,74
Разстройства на храненето и личностни разстройства	38	33,68 <sup>b</sup>	15,37
Злоупотреба с ПАВ	68	41,15 <sup>ijk</sup>	12,72

\*Еднаквите букви означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ( $p < 0,05$ )

Анализирахме връзката между типа преглед и съществуващата диагноза в опит да установим има ли статистически значима разлика между наличната диагноза и вида преглед, респективно типа препоръчано лечение – стационарно или амбулаторно. Резултатите са показани на табл. 3. Видно е, че поставянето на диагноза мания/смесени състояния и остри психози в амбулаторната практика в преобладаващия процент налага стационарно лечение – съответно 59,9 и 58,8%. Психотичните разстройства от шизофрения кръг също при над половината случаи (53%) налагат хоспитализация. Предимно амбулаторно се лекуват тревожните разстройства – 81,2%. Депресивното разстройство също в значителен процент може да се лекува амбулаторно и само при 37,4% налага хоспитализация. При биполярната депресия обаче съотношението амбулаторно към стационарно лечение е приблизително еднакво – съответно 45 и 48,2%. Органичните, хранителните и личностните разстройства, както и злоупотребата с ПАВ, се нуждаят в преобладаващия процент от случаите от консултация и амбулаторно лечение. Установените различия по диагнози са с изразена статистическа значимост,  $p < 0,001$ .

### **Обсъждане**

Независимо че психичните разстройства имат сериозно увреждащо въздействие върху функционирането, повечето хора не използват психиатричните служби, а предпочитат да се насочват към общопрактикуващите лекари [8], а в наши условия – и към невролозите. Подобни структури за психиатрична консултативна помощ към общопрофилни болници имат мултидименционална и ключова роля [9]. Можем да групираме задачите в три основни направления:

- осигуряване прием на пациенти, нуждаещи се от стационарно психиатрично лечение;
- връзка между амбулаторните лекари, обслужващи пациентите с психични проблеми, и специалистите в болничната помощ;
- участие в мултидисциплинарен екип и лиезон-консултативна дейност.

Таблица 3. Анализ на връзката между вида на консултативния преглед и диагнозата

Вид амбулаторна дейност	Диагноза										Общо		
	Клинично здрави	Остри психози	Депресия	Биполарна депресия	Тревожни и соматоформни разстройства	Психотични разстройства	Мания и смесени състояния	Органични разстройства	Хранителни и личностни разстройства	Злоупотреба с ПАВ			
Консултация n (%)	64 100,0	7 41,2	565 57,0	126 45,0	550 81,2	302 42,2	61 33,5	212 78,8	28 73,7	46 67,6	1961 59,4		
Консултация и проследяване n (%)	0 0	0 0	55 5,5	19 6,8	53 7,8	34 4,8	12 6,6	17 6,3	3 7,9	1 1,5	194 5,9		
Хоспитализация n (%)	0 0	10 58,8	371 37,4	135 48,2	74 10,9	379 53,0	109 59,9	40 14,9	7 18,4	21 30,9	1146 34,7		
Общо	64 100,0	17 100,0	991 100,0	280 100,0	677 100,0	715 100,0	182 100,0	269 100,0	38 100,0	68 100,0	3301 100,0		

p &lt; 0,001

От направения анализ на консултативно-експертната дейност на кабинета се вижда, че тя нараства двукратно през втората година на проучвания период (2008-2009 г.). Това като тенденция предполага задълбочен анализ на ролята, функциите и отговорностите на подобна служба, от която очевидно е налице сериозна потребност. Трябва да се има предвид, че подобни кабинети в рамките на многопрофилни болници в Европа и Америка имат предимно консултативна-лиезон дейност, като обслужват възникването на психични проблеми в рамките на терапевтични и хирургични клиники [10]. Един относително немалък процент (приблизително 18) от дейността на кабинета е лиезон-консултативната, т.е. пациенти, насочени от други соматични клиники на територията на многопрофилната болница. (Тази част от амбулаторната дейност сме обобщили подробно в друго наше проучване [11]).

Трябва да се има предвид, че успешната диагностично-лечебна дейност при психичните заболявания е продължителен процес и до голяма степен зависи от изграждането на терапевтична връзка с лекаря. Според някои автори тя предполага по-традиционни, патерналистични отношения, свързани с авторитета на професионалиста и известна "пасивност на пациента" [12]. Подобна амбулаторна служба към Университетската клиника се ползва с голям авторитет както от пациента и неговите близки, така и от насочващите специалисти, с което можем да обясним нарасналата посещаемост.

Въпреки че преобладава градското население, предимно от столицата, значителен е процентът на пациентите и от други градове. На практика всеки трети пациент не е от столицата. В литературата има достатъчно данни за влиянието на средовите фактори, и по-специално урбанизацията, върху психиатричната болестност, като се смята, че при градското население се проявяват повече психични разстройства, отколкото при селското население с изключение на злоупотребата с ПАВ [13]. Методологията на нашето проучване обаче не позволява подобни анализи и заключения. Разбира се, важно е да се подчертае, че до кабинета има неограничен достъп, като преобладаващата част от пациентите са се самонасочили и/или са насочени от общопрактикуващи лекари или специалисти. Всички пациенти обаче посещават кабинета доброволно, с относително ясно структурирани очаквания за диагностична и терапевтична дейност, която в значителен про-

цент е и психообучителна, и експертна по отношение на диагноза, терапия и прогноза.

Консултативните прегледи в нашето проучване са повече при жените – 65,5% спрямо 34,5% при мъжете (приблизително съотношение 1,9:1). Сходни резултати се наблюдават и в други проучвания, според които жените по-често използват консултативните служби в сравнение с мъжете [14, 15]. Подобно съотношение се наблюдава в повечето европейски държави. Малко над съотношението 2:1 остават държави като Германия, Италия, Швеция, Канада, САЩ и др., а в държави като Франция и Испания това съотношение достига над 3 до 3,5:1 [15]. Причините трябва да се търсят във факта, че амбулаторната помощ и лечение са по-удачни при тревожни състояния и по-леки депресии, които са по-разпространени при женския пол [16]. От друга страна, жените по-бързо разпознават симптомите, докато мъжете търсят помощ по-рядко и при по-тежки състояния [15]. В нашето проучване мъжете са със статистически значимо по-ниска възраст, като причините за това трябва да се търсят в по-ранното начало на психичните разстройства при мъжете, особено от групата на афективните и шизофренните разстройства [15].

Три основни причини се сочат като най-важни за първично посещение при психиатър: потребност пациентът да бъде изслушан; да се валидизира „още веднъж“ необходимостта от лечение; за овладяване на възникнали симптоми [17]. В направеното от нас проучване повече от половината прегледи (59,4%) са консултативни и/или експертни, като основната им функция е диагностично и терапевтично уточняване на пациенти, чието лечение е амбулаторно и успешно се извършва в общността.

В стремежа си да преодолеем много митове за психично болните, базиращи се на стигма, предразсъдъци и отричане, през последните години е налице процес на „деинституционализация“, довел до значително съкращаване на психиатрични легла, особено в специализираните болници. Изборът на болнично или извънболнично лечение зависи от възрастта, пола и диагноза, като рискови фактори са по-тежко изразената психиатрична патология, коморбидността, мъжкият пол и по-младата възраст [18, 19]. В нашето проучване тези данни се потвърждават, като по-ниска е възрастта на пациентите, при които се налага стационар-

но лечение след консултативния преглед, спрямо тези, за които лечението може да продължи в амбулаторни условия.

Приблизително 1/3 от консултативните прегледи насочват пациентите за стационарно лечение, т.е. това са влошени пациенти и/или изискващи диагностично и терапевтично уточняване в стационарни условия. При много малък процент пациенти – 5,9, е регистрирано вторично посещение с цел проследяване на резултатите от назначената терапия, но това не може да бъде основна дейност на кабинета.

За целите на изследването групирахме диагнозите по синдромен профил, но също така и изхождайки от сходна етиопатогенеза и протичане. По тази причини острите психози бяха изведени в отделна група поради ниската им честота и последващата във времето диагностична нестабилност. Биполярната депресия бе отделена от единичните депресивни епизоди и/или периодичните депресии. В групата на органичните разстройства наред с деменциите включихме и състояния като олигофрения и епилепсия. Диагнози като личностни разстройства и разстройства на храненето си позволихме да обединим в обща група поради ниското им процентно присъствие и незначителното влияние върху получените резултати.

В консултативния кабинет най-често поставяната диагноза е депресия. Тя се среща при 30% от преминалите пациенти. Честотата на депресията в популацията варира между 5 и 10%, но се очаква до 2020 год. да стане второто по значимост заболяване, водещо до нарушено функциониране [20]. Втората по честота диагностична категория са психотичните разстройства от шизофрениния кръг, наблюдаваща се при малко повече от 1/5 от консултираните. Всяко пето посещение на кабинета е по повод тревожно и соматоформно разстройство. Пациентите с БАР (независимо от полярността на фазата) са 14% от случаите, като преобладава биполярната депресия. Психоорганичните разстройства са повод за консултация при 8,1% от случаите. Диагнози като личностни разстройства, разстройства на храненето и т.нар. остри психози рядко са повод за консултативен преглед. Трябва да се има предвид, че острата психоза по правило е драматично и относително бързо разгръщащо се психотично състояние, налагащо намеса по спешност и стационарно лечение. Тук амбулаторната дейност е практически неприложима.

При пет от диагностичните категории се установяват статистически значими междуполови различия по диагнози. Депресията и тревожните и соматоформни разстройства се срещат значително по-често при жени. Подобни резултати се докладват от редица автори [15, 16, 21], като значение има взаимодействието между хормонални и средови фактори, вследствие на което тези състояния се наблюдават повече при жени.

Психотичните разстройства от шизофрения кръг присъстват статистически значимо повече при консултирани пациенти от мъжки пол. От епидемиологична гледна точка статистически различия между половете при тази група разстройства не се установява, но при жените началото е по-късно и ходът е по-благоприятен [22]. Вероятно това прави мъжете с тази диагноза по-чести посетители на амбулаторни и стационарни служби. По отношение на междуполовите различия при органични психози вероятно полът оказва влияние не толкова върху самата диагноза, а по-скоро върху симптомния профил. Най-честата причина за консултативна помощ при такива пациенти е присъствието на поведенчески отклонения и агресивност, а проявите на агресия са свързани повече с мъжкия пол [23], с което можем да обясним преобладаването му при консултирания от нас контингент болни.

Злоупотребата с ПАВ по литературни данни е по-често поставяна диагноза при пациенти от мъжки пол [15, 16]. Значими междуполови различия при БАР, както и при острите психози, не се установяват. До подобни изводи стигат и други автори [15, 24]. Аналогичен резултат в нашето проучване се наблюдава и при личностните и хранителните разстройства. Този резултат не би следвало да се интерпретира, тъй като обединяваме две различни диагностични категории.

Възрастовите различия по диагнози показват, че с най-млада възраст са пациентите с остри психози и тези, при които се диагностицира личностно или хранително разстройство – съответно приблизително около 30 и 33 години. Те се различават статистически значимо от всички други, но не и помежду си. Пациентите с органични разстройства са логично най-възрастни (средна възраст 54 години), тъй като това е предимно за сметка на диагнозата деменция. Пациентите с депресия, консултирани в кабинета, също имат относително висока средна възраст (52 години). Възрастовият пик на депресията е между 25 и 45 год. [25]. По-

високата възраст на консултираните от нас пациенти може да се обясни отново с профила на клиниката и амбулаторната служба към нея. Тук се обслужват предимно пациенти със соматична коморбидност, което предполага и по-висока възраст. До подобни резултати стигат и други автори [26]. В нашето проучване пациентите с биполярна депресия са със статистически значимо по-ниска възраст от пациентите с униполярна, като за основна причина може да се изтъкне по принцип по-ранното начало на биполярната депресия [27]. Интерес обаче представлява фактът, че пациентите с биполярна депресия са със статистически значимо по-висока възраст от пациентите с мания и смесени състояния. Този резултат би следвало да се интерпретира в посока на факта, че биполярната депресия дълго може да остане скрита и в този смисъл правилната диагноза да закъснее значително и да се постави в по-късна възраст [27, 28]. Пациентите с психози от шизофрeнния кръг също са с относително по-млада възраст (средна възраст около 38 год.), която се различава статистически значимо от всички диагностични категории с изключение на злоупотреба с ПАВ (средна възраст около 41 години). Средната възраст на пациентите с тревожни и соматоформни разстройства е около 45 години. Като се има предвид огромният процент градско население, подобни резултати се съобщават и от други автори, като се набляга на факторите на средата за пика на тревожност и депресия във възрастта 45-54 год. [29].

Всеобщо прието е, че изборът на вида лечение – болнично или извънболнично, зависи както от диагнозата, така и от тежестта на клиничната картина [19]. От получените резултати се вижда, че при пациентите, които са консултирани в кабинета с диагнози мания/смесени състояния и остри психози, в значителен процент се налага стационарно лечение – съответно 59,9 и 58,8. Психотичните разстройства от шизофрeнния кръг също в повече от половината случаи (53%) налагат хоспитализация. Точно обратното се наблюдава при пациентите с тревожни и соматоформни разстройства, където консултативен преглед с препоръки за лечение е достатъчна интервенция и само при 10,9% се налага стационарно лечение. Другите разстройства, изискващи предимно консултативен преглед, са органичните разстройства, личностните и хранителните разстройства, злоупотребата с ПАВ.

Налице е значително нарастване на процента на депресиите, лекувани в амбулаторни условия, благодарение на доброто и бързо диагностициране и наличието на ефективни и добре поносими антидепресанти [20]. Според различни проучвания хоспитализация се налага при до 10% от пациентите с депресия, които са с по-тежко изразена клинична симптоматика, суициден риск и терапевтична резистентност [30]. В нашето проучване този процент е значително по-висок и достига 37,4. Вероятно този по-висок процент е за сметка на терапевтично резистентните състояния, за които Клиниката има профилирано отделение, както и коморбидността със соматични заболявания. Наред с това трябва да се подчертае, че много често причините за консултацията са не самата депресия, а последиците, възникнали от неадекватното лекуване [21]. Останалите, диагностицирани в нашата амбулаторна служба депресивни състояния могат да бъдат овладявани амбулаторно и се изисква само консултация. При биполярната депресия съотношението амбулаторно към стационарно лечение е приблизително 1:1. Това вероятно се дължи на по-интензивната клинична проява на биполярната депресия и често съпътстващия това състояние висок суициден риск [27]. Очевидно разликите между униполярна и биполярна депресия са много повече, отколкото приликите, и рисковете по време на амбулаторно лечение са повече при биполярната депресия.

### **Заклучение**

Кабинетът към психиатричната клиника на УМБАЛ „Александровска“ е амбулаторна служба с комплексни функции, което предполага висококвалифицирана подготовка на амбулаторния психиатър. Тя трябва да бъде както в областта на консултативната-лиезон психиатрия, така и в експертната и оценъчната дейност. Оценката дали лечението трябва да се проведе стационарно, или амбулаторно в голяма степен зависи от симптомния профил и тежестта на клиничната картина и в по-малка степен от диагностичната принадлежност.

С оглед подобряване дейността на тази служба е важно по-прецизното събиране на информация за преминаващия контингент, като се оценяват не само насочването, но и мотивацията на пациента да посети кабинета. Уместно е събирането и на допъл-

нителни данни относно образователния, професионалния и социалния статус. Интегрирането на всички тези данни би допринесло съществено за подобряване качеството на дейността на кабинета.

#### *Ограничения*

- Независимо че диагнозата се поставя от опитен психиатър специалист, съгласно диагностичните критерии на МКБ-10 липсва структурирано или полуструктурирано диагностично интервю, според което да бъдат поставяни диагнозите. Този факт обаче отразява реално случващото се по време на провежданите психиатрични консултации.

- Не се отчитат фактори като образование, социален и семеен статус, както и финансова обезпеченост, които биха могли да хвърлят повече светлина върху т.нар. „социален портрет“ на търсещите амбулаторна помощ психично болни. Дисфункционалното извън болестта е най-сериозният проблем на психичните разстройства, откъдето произтича и социалната им значимост.

- Ограниченията трябва да се разглеждат, от една страна, като методологичен недостатък на настоящото проучване, но от друга страна – са реални пропуски в нашата консултативна дейност, които следва да бъдат коригирани и допълнени с оглед по-прецизната диагностична и прогностична дейност.

#### **Библиография**

1. Mental Health: A Report of the Surgeon General, 12/1999  
<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth>
2. Report of NAMI (National Alliance of Mental Illness) USA – 08/2007  
<http://www.nami.org>
3. NAMI Policymaker's Fact Sheet on Mental Illness №01-02, 9/26/2002  
<http://www.namih.org/action-facts-myths.php>
4. Jacobi, F. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). – Psychol. Med., **34**, 2004, № 4, 597-611.
5. Kessler, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. – Arch. Gen. Psychiatry, **62**, 2005, № 6, 593-602.
6. Killaspy, H. Psychiatric out-patient services: origins and future – Adv. Psychiatr. Treat., **12**, 2006, 309-319.
7. Killaspy, H. et al. A prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. – Br. J. Psychiatry, **176**, 2000, 160-165.

8. Vasilidis, H. M. et al. Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. – *Can. J. Psychiatry*, **50**, 2005, 614-619.
9. Christodoulou, Ch. et al. Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. – *Ann. Gen. Psychiatry*, **7**, 2008, 10 <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/7/1/10>
10. Lloyd, G. G. et R. A. Mayou. Liaison psychiatry or psychological medicine? – *Br. J. Psychiatry*, **183**, 2003, 5-7.
11. Стоянова, В., В. Миланова, Вл. Николов и Г. Генчев. Оценка на лиезон-консултативната дейност, извършена в амбулаторен кабинет към Клиниката по психиатрия, УМБАЛ "Александровска". – *Обща медицина*, 2010 (под печат).
12. McGuire-Snieckus. Patient, client or service user? A survey of patient preferences of dress and address of six mental health professions. – *Psychiatrist*, **27**, 2003, 305-308.
13. Dekker, J. et al. Psychiatric disorders and urbanization in Germany. – *BMC Public Health*, **8**, 2008, 17.
14. Omigbodun, O. et O. Esan. Reason for consultation in the psychiatric outpatient clinic of a university teaching hospital in Nigeria: is this optimal use of psychiatrists time and expertise? – *Psychiatrist*, **27**, 2003, 421-423.
15. WHO Gender and Mental Health WHO Report Jun 2002.
16. Seedat, S. et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. – *Arch. Gen. Psychiatry*, **66**, 2009, № 7, 785-795.
17. Channa, R. et M. N. Siddiqi. What do patients want from their psychiatrist? A cross-sectional questionnaire based exploratory study from Karach. – *BMC Psychiatry*, **8**, 2008, 14 <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/8/14>
18. Low, L. F. et B. Draper. Hospitalization patterns for psychiatric disorders across the lifespan in Australia from July 1998 to June 2005. – *Psychiatr Serv.*, **60**, 2009, № 1, 113-116.
19. Becker, M. et al.. The association of individual and facility characteristics with psychiatric hospitalization among nursing home residents. – *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, **24**, 2009, № 3, 261-268.
20. Olafson, M. et al. National trends in the outpatient treatment of depression. – *JAMA*, **287**, 2002, № 2, 203-209.
21. Geulayov, G. et al. Depression in primary care in Israel. – *Isr. Med. Assoc. J.*, **9**, 2007, № 8, 571-578.
22. Goldstein, J. M. et M. J. Tsuang. Gender and schizophrenia: an introduction and synthesis of findings *Schizophr.* – *Bull.*, **16**, 1990, 179-183.
23. Hall, K. A. et D. W. O'Connor. Correlates of aggressive behaviour in dementia. – *Int. Psychogeriatr.*, **16**, 2004, 141-158.
24. Kessler, R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: results from the National Comorbidity Survey. – *Arch. Gen. Psychiatry*, **51**, 1994, 8-19.
25. Kessler, R. C. et al. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity replication (NCS-R) – *JAMA*, **289**, 2003, 3095-3105.

26. Pratt, L. A. et al. Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction. – Circulation, **94**, 1996, 3123-3129.
27. Perlis, R. H. et al. Clinical Features of Bipolar Depression Versus Major Depressive Disorder in Large Multicenter Trials. – Am. J. Psychiatry, **163**, 2006, 225-231.
28. Hirschfeld, R. M., L. Lewis et L. A. Vornik. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. – J. Clin. Psychiatry, **64**, 2003, № 2, 161-174.
29. Kilkinen, A. et al. Prevalence of psychological distress, anxiety and depression in rural communities in Australia. – Austr. J. Rural. Health, **15**, 2007, № 2, 114-119.
30. Hollon, S. D., M. E. Thase et J. C. Markowitz. Treatment and prevention of depression. – Psychol. Sci. Public. Interest., **3**, 2002, № 2, 39-77.

✉ *Адрес за кореспонденция:*

Д-р В. Стоянова  
Клиника по психиатрия  
УМБАЛ „Александровска“  
ул. „Св. Г. Софийски“ № 1  
1431 София

☎ 9230 979

Постъпила – 28.06.2010 г.