

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**КАТЕДРА „Превантивна медицина“**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**НА ТЕМА:**

**ПАНИЧЕСКО РАЗСТРОЙСТВО – ПРОБЛЕМИ,  
ИНФОРМИРАННОСТ И ПРОФИЛАКТИКА**

**За присъждане на образователна и научна степен «доктор»  
по научна специалност Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията**

**на Анна Михайлова Маринова**

**Научен ръководител: проф. Захарина Савова, д.м.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

Списък със съкращения.....	5
Въведение.....	6
1 СПЕЦИФИКА НА ПАНИЧЕСКОТО РАЗСТРОЙСТВО.....	10
1.1 Тревожност и тревожни разстройства .....	10
1.1.1 Симптоми на тревожност .....	11
1.1.2 Соматична и психична тревожност.....	12
1.1.3 Видове тревожни разстройства .....	13
1.1.4 Причини за появата на тревожни разстройства .....	14
1.2 Паническо разстройство /Епизодична пароксизмална тревожност/ .....	16
1.2.1 Паническа атака .....	18
1.2.2 Паническо разстройство с агорафобия .....	20
1.2.3 Клинична картина .....	21
1.2.4 Диагностика на паническо разстройство.....	23
1.2.5 Симптоми при паническо разстройство .....	31
1.2.6 Причини за отключване на паническото разстройство.....	36
1.2.7 Терапия на ПР .....	41
1.2.8 Прогноза при паническо разстройство .....	49
1.3 Проблеми при прилагането на комплексно лечение при ПР.....	50
1.4 Паническо разстройство – информираност и липса на информация.....	52
1.4.1 Необходимост от повишаване информираността на личните лекари .....	52
1.4.2 Кой е психолог, психиатър и психотерапевт .....	53
1.4.3 Тревожност, паника и интернет източници на информация .....	54
1.5 Профилактика при паническо разстройство .....	55
1.5.1 Профилактика при хора в риск от отключване на паническо разстройство ....	55
1.5.2 Вторична профилактика при хора с паническо разстройство .....	55
1.6 Изводи.....	56
II. ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ. ....	59
2.1 Цел и задачи на проучването .....	59
2.1.1 Цел.....	59
2.1.2 Задачи.....	59
2.2 Методология на проучването.....	60

2.2.1	Работна хипотеза.....	60
2.2.2	Предмет на проучването .....	61
2.2.3	Обект на проучването.....	61
2.2.4	Логически единици единици на проучването .....	61
2.2.5	Технически единици .....	61
2.3	Характер и обем на проучването .....	62
2.3.1	Обхват на изследването.....	65
2.3.2	Признаци на проучването .....	66
2.3.3	Място и време на изследването .....	69
2.3.4	Органи на проучването.....	70
2.4	Методи.....	70
2.4.1	Социологически методи: .....	70
2.4.2	Документален метод.....	73
2.4.3	Статистически метод .....	73
III	РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ .....	74
3.1	Социално-демографски профил и здравен статус на изследваните лица с ПР .....	74
3.2	Професионален профил и характеристика на медицинските специалисти и психолози, участвали в изследването .....	80
3.3	Проблеми при диагностиката и терапията на паническо разстройство .....	85
3.4	Психологът/психотерапевтът – прескачаното терапевтично звено.....	94
3.5	Рискове и профилактика .....	105
3.6	Информация и липса на информация във връзка с диагностиката, лечението и профилактиката .....	110
3.7	Най-чести проблеми и препоръки .....	124
3.8	Обсъждане.....	128
3.8.1	Личностови промени .....	128
3.8.2	Социални проблеми .....	129
3.8.3	Проблеми, свързани със здравеопазната система.....	130
3.8.4	Рискове при пациенти с ПР.....	131
4	ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ, ПРИНОСИ .....	133
4.1	Изводи.....	133
4.2	Препоръки .....	137

4.2.1 Препоръки към министерството на здравеопазването .....	137
4.2.2 Препоръки към личните лекари .....	138
4.2.3 Препоръки към психиатрите.....	138
4.2.4 Препоръки към психолозите .....	139
4.2.5 Препоръки към Министерството на образованието и образователните институции .....	139
4.3 Приноси .....	140
4.3.1 Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер.....	140
4.3.2 Приноси с приложен характер .....	140
П Р И Л О Ж Е Н И Я .....	142
БИБЛИОГРАФИЯ.....	187

## Списък със съкращения

ПР – паническо разстройство

ПА – паническа атака

МКБ – Международна класификация на болестите

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ОПЛ – общопрактикуващи лекари

ССРИ (SSRI) – Selective Serotonine Reuptake Inhibitor , селективни инхибитори на серотонина

СНРИ – Селективни инхибитори на серотонин и норадреналин

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing

## Въведение

Само за един век тоталната глобализация, техническата революция и динамичното ежедневие промениха драстично обществото и неговите характеристики като цяло. В резултат на това ценностите и приоритетите на съвременния човек вече са съвсем различни, което дава отражение на живота във всички негови аспекти. Въпреки многото позитивни промени, съпътстващи тази еволюция, тя е съпроводена и от множество негативи. Част от тях са свързани с притеснителна от психологична гледна точка тенденция – нарастване на броя на хората, страдащи от тревожни разстройства. Доказателство за това е и следният статистически факт - родените след 1945 година са засегнати от депресивни, тревожни и подобни психични разстройства 10 пъти по-често, отколкото родените преди това. [69]

Според последни данни, тревожните разстройства са един от най-често срещаните психологически проблеми в съвременното общество. По информация от Американската асоциация за тревожни и депресивни разстройства, около 18% от населението на САЩ или повече от 40 милиона възрастни над 18 години са с поставена диагноза „Тревожно разстройство“. [72] Установено е също, че тревожните разстройства засягат между 5 и 7% от цялото население на планетата и че до 29% от хората страдат от тревожно разстройство поне веднъж в живота си. [73] Според националния консултант по психиатрия проф. Вихра Миланова, над 20% от българите имат психични проблеми, сред които депресии и тревожни разстройства, чиито брой непрекъснато расте. Данните са представени по време на 21-та конференция на Българската психиатрична асоциация през октомври 2013 г. във Варна.

През последните години едно от най-разпространяващите се, почти с епидемична скорост, тревожно разстройство е паническото разстройство. По данни на Американската асоциация за тревожни и депресивни разстройства от

паническо разстройство (ПР) страдат 6 милиона американци, които са 2.7% от всички пациенти с диагностицирано тревожно разстройство. Реалният брой на страдащите от ПР е много по-голям, тъй като голяма част от пациентите остават недиагностицирани поради редица причини. Това важи особено за България, където хората по-рядко или изобщо не посещават психиатър или психолог поради консервативни разбирания, висока степен на недоверие и финансови пречки. Този факт задълбочава проблема, тъй като пациентите остават без адекватна терапия и състоянието им се влошава. Едновременно с това е налице тенденция пациентите с ПР у нас да бъдат лекувани основно медикаментозно и по-рядко чрез психотерапия. Статистиката обаче показва, че третираните чрез медикаменти пациенти често развиват зависимост към препаратите, а лечението е насочено повече към потискане на симптомите, които се завръщат с нова сила след края на прием на лекарства. В резултат на това хората с паническо разстройство продължават да търпят негативите на заболяването в продължение на години, което се отразява отрицателно на работата, личния живот, ежедневните дейности, общуването. Често пациентите развиват социална и други фобии, напускат работа и ограничават до минимум социалните си контакти.

Един от най-сериозните проблеми при диагностицирането и терапията на паническо разстройство е липсата на достатъчно информация за заболяването и справянето с него. Голяма част от личните лекари трудно разпознават паническите пристъпи, които стоят в основата на заболяването, а това, от своя страна, забавя диагностицирането. През това време пациентът бива подлаган на редица изследвания и прегледи при други специалисти, което го кара да се страхува още повече за своето здравословно състояние. Едновременно с това доверието му в лекарите и здравната система като цяло намалява, което на по-късен етап възпрепятства лечебния процес. Дори след поставяне на диагноза „Паническо разстройство“, пациентите не научават достатъчно информация за своя проблем и за възможностите за ефективна терапия. Личните лекари

изключително рядко насочват пациента към психолог/психотерапевт, въпреки че психотерапията е задължително условие за успешното лечение на ПР. В повечето случаи потребителите са изпращани при психиатър или невролог, които назначават медикаментозна терапия. Прилагано самостоятелно обаче, лекарственото лечение не е достатъчно за терапевтирането на пациент с паническо разстройство.

Поради недостатъчното количество и качество информация, предоставено от лекуващите лица, често пациентите с паническо разстройство започват да търсят допълнителна информация в интернет и медиите. Там съществува изобилие от информация, част от която обаче е предоставяна от непрофесионалисти и може да бъде разглеждана под съмнение. Много от различните и разнопосочна информация обърква пациентите и често засилва хипохондричните им наклонности, които по принцип са характерни за заболяването.

В настоящата разработка се разглежда идеята, че по-добрата информираност на лекарите в допълнителната помощ относно паническото разстройство и професионалните методи за лечение биха подпомогнали бързото диагностициране и терапия на психическото заболяване. Набляга се на проблема, че пациентите не са насочвани към услугите на психотерапевт или самите те не се подлагат на психотерапия, което още повече затруднява лечебния процес. Разглежда се също необходимостта от повишаване на информираността при страдащите от ПР и техните семейства относно клиниката, диагностиката и терапията на разстройството. В дисертацията са представени симптомите на паническото разстройство, диференциални диагнози, евентуалните причини за възникване на заболяването, различните методи за лечение и най-честите грешки при диагностициране и терапия. Внимание се обръща на подбора на психотерапевтични подходи и недостига на достатъчно квалифицирани специалисти.

Настоящата научна работа би могла да помогне за изработването на успешна стратегия за профилактика на хора в риск от развитие на паническо разстройство и вторична психопрофилактика. Това ще ограничи броя на пациентите, развиващи ПР, което ще спести ценни ресурси като време и средства, изразходвани иначе за прегледи, диагностика, изследвания и лечение.

# 1 СПЕЦИФИКА НА ПАНИЧЕСКОТО РАЗСТРОЙСТВО

## 1.1 Тревожност и тревожни разстройства

Тревожните разстройства са голяма група психични разстройства, в чиято основа стои наличието на тревожност у пациента. Те са най-разпространените психични заболявания и са на пето място сред всички психични заболявания (Други тревожни разстройства | мкб F41). Смята се, че тревожността е афективно състояние на очакване на някакво неприятно събитие, на преживяване на напрежение и страх. [13] Според МКБ тревожността е патологично състояние, характеризиращо се с чувство на страх, съпроводено от редица соматични белези, включващи хиперактивност на автономната нервна система. Това е емоция, която сигнализира възможна, очаквана, но неидентифицирана, неясна застрашеност. [9]

Тревожността по принцип не е отрицателно явление - тя е „сигнално“ състояние, което съобщава за някакъв вид опасност и прави човека по-подготвен да я посрещне и преодолее. Тя обаче може да се превърне в болестно състояние, когато се наблюдава неадекватна реакция спрямо опасност, която не е носител на реална заплаха. Патологична е и когато силата на тревожността е толкова голяма, че блокира човешките действия и му пречи да реагира адекватно в различни ситуации. М. Ачкова определя тревожността като патологична, когато „тя стане непрекъснато, непреодолимо състояние, което нарушава жизнения комфорт“ [9]. Продължителната перманентна тревожност може да доведе до сериозни нарушения на работоспособността, до влошаване на междуличностните отношения и качеството на съня.

Според статистиката един от четири души страда в някакъв етап от живота си от тревожно разстройство. Общата едногодишна заболеваемост е 17.7%. Пожизнената заболеваемост за жени е 30.5%, а за мъже – 19.2%.[31]. Хората с тревожни разстройства по-често търсят лекарска помощ, като в голяма част от случаите по време на посещението при медицински специалист не се открива

физиологичен проблем. Установено е, че този тип пациенти правят от три до пет пъти повече посещения при лекар. Едновременно с това съществува шест пъти по-голяма вероятност те да бъдат хоспитализирани за психично разстройство. [13]

Личните лекари, които обикновено са първичното звено, при което попадат хората с тревожни разстройства, биха могли да разпознаят пациентите от този тип по наличието на определени симптоми. Отличното познаване на симптоматиката е от значение за ранното диагностициране на евентуално тревожно разстройство и прилагането на адекватна терапия.

### 1.1.1 Симптоми на тревожност

Тревожността има два вида симптоми - психични и соматични, които могат да бъдат разделени в четири групи:

I. *Емоционални симптоми.* Емоционалната компонента на тревожността е страхът. Страхът е често срещано емоционално състояние, което може да бъде наблюдавано както при здрави хора, така и при различни психични заболявания. При здравите страхът играе ролята на защитна реакция, докато при наличието на патология – страхът губи защитната си функция. Най-ниската степен на страх е т.нар. нервност, а най-високата – паника. Паниката е определяна, според П. Балканска, като дълбока експлозия на тревожен афект, стояща в основата на паническото разстройство.

#### **Страх**

Страхът заслужава специално внимание заради своя двойствен аспект – от една страна, той може да ни стимулира и активира, а от друга – силно да ни ограничи, да „парализира“ активността ни. Страхът винаги е сигнал за опасност и едновременно с това ни приканва да пристъпим към действие с цел преодоляване на някаква опасност. Той се появява в ситуация, с която все още не сме в състояние да се справим, която е

непозната, която изисква полагането на усилия, на които не сме способни в момента.

Фриц Риман дели сраха на четири основни вида:

1. Страхът от себеотдаването, преживяван като загуба-на-Аза и зависимост.
2. Страхът от ставането-самия-себе-си, преживяван като незащитеност и изолиране.
3. Страхът от промяната, преживяван като преходност и несигурност.
4. Страхът от необходимостта, преживяван като окончателност и несвобода.

Всички възможни страхове в крайна сметка винаги са варианти на тези четири основни страха. [49]

II. *Физически симптоми* – тук се включват вегетативни прояви като недостиг на въздух, сърцебиене, замайване, треперене, изтръпване, чувство на задушаване, изпотяване и др.

III. *Когнитивни симптоми*. Насочване на вниманието навътре, проблеми с паметта и концентрацията, хиперболизиране на ситуацията и неспособност за контрол над нея.

IV. *Поведенчески симптоми*. Психомоторна затормозеност, променливо поведение, избягване на ситуации и др.

### 1.1.2 Соматична и психична тревожност

Според С. Николова тревожността може да бъде условно разделена на соматична (от гр. *Sōma* - тяло) и психична. Симптомите на двата вида тревожност са представени в следващата таблица. [57]

Соматична тревожност-симптоми	Психична тревожност-симптоми
Тремор, усещане за тревожност и нестабилност Болки в гърба, главоболие Мускулно напрежение Хипервентилация Астения Вегетативна хиперактивност Парестезии Дисфагия Дискомфорт в стомаха или епигастуума	Чувство на уплаха Затруднена концентрация Свръхбодност Инсомния Понижено либидо Вътрешна напрегнатост, припряност Несдържаност, избухливост Рефлекс на стряскане

**Табл. 1** Симптоми на соматична и психична тревожност

### 1.1.3 Видове тревожни разстройства

Тревожните разстройства се делят на (по МКБ-10 F-40-41):

#### *I. Фобийни тревожни разстройства:*

- Агорафобия.
- Социални фобии.
- Специфични фобии – от конкретни обекти или ситуации, например: от животни, от вода, от височини, от тесни пространства и т.н.

#### *II. Други*

- Паническо разстройство.
- Генерализирана тревожност.
- Смесено тревожно-депресивно разстройство.
- Обсесивно-компулсивно разстройство.

Съвременната класификация на тревожните разстройства е представена в

Табл. 2 [56]

МКБ-10	DSM-IV-TR
<b>Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства</b>	<b>Тревожни разстройства</b>
<b>F40 Фобийни тревожни разстройства</b>	300.01 Паническо разстройство без агорафобия
F40.00 Агорафобия без паническо разстройство	300.21 Паническо разстройство с агорафобия
F40.01 Агорафобия с паническо разстройство	300.22 Агорафобия без преходна анамнеза за паническо разстройство
F40.1 Социални фобии	300.29 Специфична фобия
F40.2 Специфични (изобирани) фобии	Свързана с животни
F40.8 Други	Свързана с природната среда
F40.9 Неуточнени	Свързана с кръв/инжекции/нараняване
<b>F41 Други тревожни разстройства</b>	Свързана със ситуация
F41.0 Паническо разстройство (пароксизмална тревожност)	Друг тип
F41.1 Генерализирана тревожност	300.23 Социална фобия (разстройство със социална тревожност)
F41.2 Смесено тревожно-депресивно разстройство	Ограничена
F41.3 Други смесени тревожни разстройства	Генерализирана
F41.8 Други	300.3 Обсесивно-компулсивно разстройство с лоша критичност
F41.9 Неуточнени	308.3 Остро стресово разстройство
<b>F42 Obsесивно-компулсивно разстройство</b>	309.81 Посттравматично стресово разстройство
F42.0 С преобладаваща на натрапливи мисли или умствени предъвквания	Остро
F42.1 С преобладаване на компулсивни действия (натрапливи ритуали)	Хронично
F42.2 Със смесени натрапливи мисли и действия	С отложена изява
F42.8 Друго	300.02 Генерализирано тревожно разстройство
F42.9 Неуточнено	293.84 Тревожно разстройство, дължащо се на соматично заболяване
<b>F43 Реакция на тежък стрес и разстройства на адаптацията</b>	293.84 Тревожно разстройство, дължащо се на психоактивни вещества
F43.0 Остра реакция на стрес	300.00 Тревожно разстройство без други уточнения (неуточнено)
F43.1 Посттравматично стресово разстройство	

Табл. 2 Класификация на тревожните разстройства

### 1.1.4 Причини за появата на тревожни разстройства

Причините за появата на тревожни разстройства при различните хора са индивидуални. Смята се обаче, че появата на тревожно разстройство е в тясна връзка със стресогенно житейско събитие. Обикновено тревогата на хората е свързана с безпокойство за собственото им телесно здраве, но е възможно да става дума и за някакъв интерперсонален проблем [13]

Смята се, че съществуват някои рискови фактори, провокиращи отключването на тревожни разстройства. Това са:

1. **Стрес.** Става дума за всички ситуации на житейски затруднения, които индивидът не е способен преживее и разреши сам със собствените си физически и психически ресурси.
2. **Социални фактори.** Промяна в социални статус, смяна на социалната среда, смяна на месторабота, местоживеене и т.н.
3. **Потенциални рискове за здравето.** Физически и психични промени, наличие на болест, медицинска интервенция – предстояща или вече състояла се, и т.н.
4. **Икономически проблеми.** Намалени доходи, финансова загуба, безработица и др. [12]

Генетичните изследвания дават основание да се предположи, че в развитието на тревожните разстройства участие имат и генетични фактори, като генетичната предразположеност има умерен принос в развитието им. Доказано е, че при по-голямата част от роднините на пациенти с паническо разстройство се развива същото заболяване. При другите видове тревожни разстройства процентът не е толкова голям. Например – наследствеността при генерализираните тревожности е 0.32%. [56]

Появата на патологична тревожност при определени хора е разглеждана още от „бащата“ на психоанализата – Зигмунд Фройд. Той предполага, че в определени ситуации човешкият организъм притежава способността да реагира с психични и физиологични прояви, които наричаме тревожност. Тази способност има огромно значение за оцеляването на организма – ако човек не може да се страхува от различни неща, той би загинал прекалено бързо, поемайки неразумни рискове.

Първата теория на Фройд за тревожността е свързана с либидото. Според нея „неразтовареното“ либидо може да се трансформира в тревожност. Впоследствие самият Фройд отрича тази теория на базата на богатия си натрупан

клиничен опит. Според втората му теория, която би могла да хвърли светлина върху причината за отключването на някои случаи на тревожно разстройство, тревожността е свързана с т.нар. „ситуация на заплахата“ или „травматична ситуация“. При травматичната ситуация психиката е завладяна от толкова много на брой дразнителни фактори, че не е в състояние нито да ги управлява, нито да се „разтовари от тях“. Фройд приема, че при всяко подобно събитие автоматично се появява тревожност. [17]

Действително, практиката показва, че в основата на тревожните разстройства стои някакво силно стресиращо преживяване, като катастрофа, смърт на близък човек, болест. Много често в случаите на пациенти с паническо разстройство се наблюдава наличието на подобно травмиращо събитие и посттравматичен стрес, след което се развиват първите симптоми на заболяването.

## **1.2 Паническо разстройство /Епизодична пароксизмална тревожност/**

Според Светлана Николова и Петър Маринов, паническо разстройство се наблюдава в рамките на 1.5-3.5% от общата популация или средно около 2%. Смята се също, че най-често се отключва в периода между 18 и 25 г., като два пъти по-често се наблюдава при жени. [57] Въпреки тенденцията началото на заболяването да бъде открито в третото десетилетие от живота, статистиката показва, че при 10-15% от засегнатите това се случва още в детството. [56] Според М.Ачкова честотата варира между 2.2 и 3% сред общата популация и средната възраст на началото е 20 г. [9]

Според американския Национален институт за психично здраве /National Institute of Mental Health/ всяка година от паническо разстройство се разболяват средно 6 милиона американци над 18-годишна възраст. Това е около 2.7% от възрастната популация на Съединените Щати. Според статистиката на института,

заболяването може да се отключи във всички възрасти, но жените страдат от ПР два пъти по-често, в сравнение с мъжете.

Установено е, че при 80% от пациентите се регистрират преципитиращи фактори през последните 12 месеца, предхождащи клиничната изява на състоянието. При 70% от страдащите от ПР това са стресиращи събития, а при 30% - биологични фактори.

Статистиката от последните години показва, че броят на страдащите от паническо разстройство пациенти е много по-голям от регистрирания в статистическите данни, тъй като сериозна част от хората с ПР остават недиагностицирани поради различни причини. Едновременно с това се наблюдава и промяна във възрастовия диапазон, като е налице тенденция горната възрастова граница да се измества напред в годините /наблюдава се нарастване на броя пациенти с паническо разстройство, отключено след 30-годишна възраст/.

В близкото минало паническото разстройство е било определяно с термина „страхова невроза“. Самият Зигмунд Фройд през 1885 г. описва пациенти със „страхова невроза“, страдащи от „хронично напрежение, прекомерни безпокойства, чести главоболия и повтарящи се пристъпи на тревожност“ [56]. В съвременните класификации за това психично разстройство има ново определение с изясняване на характеристиките и особеностите. [9]

В третата ревизия на Диагностично-статистическия наръчник на Американската психиатрична асоциация (DSM-III, APA, 1980) страховата невроза е разделена на две тревожни разстройства – паническо разстройство и генерализирано тревожно разстройство. Диагнозата „паническо разстройство“ е въведена в България 15 години по-късно.

Според МКБ-10 паническото разстройство, наричано още епизодична пароксизмална тревожност /МКБ F41.0/, е състояние, което се характеризира с чувство на страх или силна тревожност (паника), които не се ограничават до определена ситуация или обстоятелства, поради което са непредсказуеми. Основна характеристика на ПР е наличието на повтарящи се панически атаки

(ПА), наричани още пристъпи на паника. Според честотата на настъпване на панически пристъпи, паническото разстройство бива:

- F41.00 - паническо разстройство умерена степен (най-малко 4 пристъпи на паника за четири седмици);
- F41.01 - паническо разстройство тежка степен (най-малко четири панически атаки на седмица в продължение на четири седмици наблюдение).

### 1.2.1 Паническа атака

Паниката, сама по себе си, е силен, неконтролируем страх, интензивна тревожност, която блокира адекватното поведение на човека и е съпроводена от множество емоционални, когнитивни и физически симптоми. Отличителна черта на паниката при паническото разстройство е отсъствието на основателна причина за появата на тревожност – пациентът няма реален повод да се страхува от нещо, не съществува видима заплаха. Въпреки това страхът е толкова силен, колкото би бил, ако животът на човека се намираще в опасност.

Появата на панически страх е свързан с еволюционно-адаптивната реакция на организма „борба или бягство“, появяваща се при застрашаваща индивида ситуация – среща с враг, нападение, риск за живота. Този механизъм се е появил още в Древността, но действа и до днес и е свързан с оцеляването на човека като цяло. Идеята е, че попадайки в подобна ситуация, за да излезе от нея, човек трябва или да избяга, или да се „бие“, образно казано. И двете реакции целят довеждане до нормалното за организма състояние на сигурност и безопасност. Установено е, че механизмът „борба или бягство“ е свързан с бадемовидното тяло в древните мозъчни структури. При активирането на тази защитна реакция в организма започва силно отделяне на адреналин и кортизол, наричани често „хормони на стреса“. Те предизвикват редица физически реакции, най-честите от които са промени в кръвното налягане, сърцебиене, изтръпване на ръцете и краката, треперене, силно мускулно напрежение, потене, гадене, световъртеж, плитко и

учестено дишане. Заради последното бързо настъпва състояние на хипервентилация, което от своя страна води до понижаване на кръвната захар, пренасищане на кръвта с кислород, замайване, усещане за паразитирани крайници. Възможно е дори да се стигне до краткотрайни и преходни парези от типа „акушерска ръка“. Заради настъпващия мускулен блокаж в областта на гръдния кош се получава усещането за недостиг на кислород и невъзможност за „пълно вдишване“.

Обикновено по време на паник атака преживяващият състоянието изпитва безграничен ужас, усещане, че умира, че получава инфаркт или инсулт, че се задушавя. Изпадащият в панически пристъп човек преживява силна безпомощност, безнадеждност и срам от случващото се с него. Въпреки това се надява да получи помощ от хората около него, поради което често се стига до търсене на помощ от лекар и посещения в Центровете за спешна медицинска помощ.

Продължителността на паник-атаките обикновено е от няколко минути до половин час, а в някои случаи и повече. Пикът обаче често трае само няколко минути. [150] Възможно е паническите атаки да се появяват циклично, да затихват и да се усилват и състоянието да бъде по-дълготрайно. Обикновено първият пристъп на паника се появява в спокойно състояние, но често в етиологията се наблюдава предшестващо състояние на дистрес за пациента. Впоследствие се развива вторичен страх от нова паническа атака, което често води до персистираща тревожност. Пациентът започва да живее в постоянен „страх от самия страх“ (т.нар. антиципация) и съпътстващите го симптоми, което оказва трайно негативно влияние върху социалния и личен живот.

Характерно е, че паническите атаки могат да настъпят без ясна провокираща ситуация, имат различна интензивност и са съпроводени от силен вегетативен дистрес, без да има физическа причина за това. [9] Въпреки че няма ясно изразена закономерност при появата на панически атаки, статистиката сочи, че пристъпите на паника са по-чести в късните следобедни часове и през летния

сезон в прекалено горещите дни. Едновременно с това е установено, че до 40% от хората с паническо разстройство получават и нощни панически атаки. [56] Като цяло непредвидимостта на настъпването на паническите атаки прави проблема още по-сериозен, тъй като хората с ПР започват да очакват навсякъде и по-всяко време да бъдат връхлетени от нов пристъп.

Въпреки че в началото паническите пристъпи възникват без връзка с конкретна ситуация, на по-късен етап е възможно те да започнат да се случват там, където вече са се появявали първоначално. Най-често това са места като обществения транспорт, на опашките в магазините, задушни помещения, концерти или други масови прояви, в заключени помещения, асансьори, автомобилни задръствания, самолети, при оставане сами вкъщи и др. Впоследствие страхът от вегетативния и физически дискомфорт принуждават страдащите от ПР да избягват конкретните ситуации и да изработват стратегии за „спасение“ при евентуална поява на паническа атака. Постепенно страдащите от паническо разстройство успяват да организират живота си така, че да не се налага да попадат на местата, където вече поне веднъж са преживявали паническа атака. [57] Това обаче ограничава сериозно живота и активността им и понякога води до прекомерна социална изолация.

В най-тежките случаи на избягващо поведение болните започват да се страхуват да излизат от дома си или да остават сами. Така се стига до развитието на комбинация между паническо разстройство и агорафобия. [9]

### **1.2.2 Паническо разстройство с агорафобия**

В DSM-IV-TR този тип тревожно разстройство е класифицирано като отделно тревожно разстройство - 300.21 Паническо разстройство с агорафобия, а в МКБ 10 състоянието може да бъде открито като F40.01 Агорафобия с паническо разстройство.

Агорафобията сама по себе си е състояние, при което пациентът изпитва панически страх (без наличието на основателна причина) от преминаване през

широки открити пространства и от пребиваване на места, където има тълпи. Страдащите от агорафобия постепенно спират да напускат дома си или излизат навън само когато са придружавани от други хора, на които имат доверие. Особено характерен тук е страхът от невъзможността за внезапно напускане на ситуацията и страхът от отдалеченост от дома. [13] Опасенията на пациентите с агорафобия са, че не могат да получат спешна медицинска помощ, ако им прилошее на обществени места – площади, мостове, митинги, в театри, кина, оживени открити пространства, градски транспорт, супермаркети. [57] Вижда се, че местата, от които се страхуват хората с агорафобия, са тези, на които страдащите от паническо разстройство най-често получават панически атаки. Отбягващото поведение е подобно на това при хора с паническо разстройство като самостоятелна диагноза и обикновено отново става дума за вече преживян поне един панически пристъп. Затова и често агорафобията се свързва с паническото разстройство. Всъщност според някои изследователи не може да става дума за самостоятелна диагностична единица, а за съществен компонент на паническото разстройство [56].

В най-тежките случаи на агорафобия пациентите престават изобщо да излизат от дома си, напускат работа, прекъсват социалните си контакти, стават зависими от посещенията на техни близки в дома им. Това разстройство може да се разглежда като водещо до тежко инвалидизиращо състояние, ограничаващо всички кръгове на човешката дейност. [13]

За да бъде поставена диагноза агорафобия обаче, тревожното или фобийно поведенческо избягване не трябва да е част от друго психично разстройство, друга фобия или obsесивно-компулсивно разстройство.

### **1.2.3 Клинична картина**

Началото на паническото разстройство обикновено може да се търси след получаването на няколко силни по интензивност панически атаки в рамките на кратък период от време – най-често в рамките на един месец. Тъй като пристъпите

са съпътствани от разтърсващи телесни симптоми, обикновено първоначално страдащите от ПР смятат, че страдат от тежко физическо заболяване и са силно притеснени за живота си. Те започват непрекъснати посещения при различни медицински специалисти в търсене на физиологична обосновка за състоянието си. Въпреки че редицата изследвания, провеждани по предписание на лекарите, не показват никакви сериозни отклонения от нормите, пациентите продължават да подозират наличието на някакво телесно заболяване. В този период, ако не бъдат диагностицирани правилно с паническо разстройство и пренасочени към психиатър и психолог/психотерапевт, те губят доверие в лекарите и е възможно да изпитват безнадеждност за изход от състоянието си. Отношението на пациентите към състоянието им е двойствено. От една страна, те се страхуват от тежко физическо заболяване, а от друга, разбирайки невротичната природа на разстройството, се чувстват слаби и виновни, че не са способни да се самоконтролират. [57] Това води до попадане в един „омагьосан кръг“, в който понякога пациентите остават с години наред.

В периодите между паническите атаки пациентите изпитват непрестанна тревожност за здравословното си състояние и често са спохождани от хипохондрични мисли. Тези периоди са изпълнени с интензивно нервно-вегетативна симптоматика, каквато може да бъде открита и при голяма част от депресивните състояния. Възможно е дори „преливане“ на едното състояние в другото, като депресивен синдром се отключва в по-късен етап от развитието на ПР – особено когато не е назначена подходяща терапия и не се наблюдават положителни резултати за пациента.

Характерно за страдащите от паническо разстройство хора е наличието на страх от смъртта и страх от евентуална предстояща опасност, свързана със собствения им живот. Повечето от тях се страхуват, че ще бъдат внезапно връхлетени най-често от инфаркт или инсулт, от онкологично заболяване или друго тежко заболяване с бърз, летален изход. По-рядко се наблюдава присъствието на т.нар. „безобектна“ тревожност, която се проявява като тревожно

очакване на следващия пристъп на паника. [57] Характерно най-вече за началните етапи от развитието на паническо разстройство е честото търсене на спешна медицинска помощ. При първите (или впоследствие при по-силни) панически атаки пациентите често се озовават в централите за спешна медицинска помощ с предположение, че получават сърдечно-съдов инцидент с фатален изход. Обикновено след първичен преглед им бива обяснено, че става дума за психически проблем и пристъпът бива овладян чрез прилагане на медикаментозен препарат. След отминаването на паническата атака пациентите недоумяват как е възможно да са напълно здрави, след като са се чувствали толкова зле физически. Обикновено (но не винаги) след пристъпа тревожността намалява, а пациентът се чувства или изтощен, или дори ободрен.

Въпреки че при типичните случаи на паническо разстройство не е налице никакво физическо заболяване, всички телесни симптоми, които пациентите описват, са напълно реални. Състоянието е изключително мъчително както от соматична, така и от психична гледна точка. Когато хората с ПР не срещнат разбиране от страна на медицинските специалисти и/или на своите близки и приятели, тревожността им нараства, като се придружава от тежки емоционални преживявания и мисли. Пациентите може да мислят, че „полудяват“ или „губят контрол“, което, в съчетание с всички останали симптоми на разстройството, ги кара да преминават през сериозни страдания и мъчителни изживявания. Затова бързото диагностициране и ефективна терапия са от изключителна важност.

#### **1.2.4 Диагностика на паническо разстройство**

Преживяването на една единствена паническа атака все още не налага поставянето на диагноза „паническо разстройство“. Всъщност установено е, че до 40% от населението на планетата ще преживее поне един панически пристъп в определен период от живота си. Единични панически пристъпи може да се случат на напълно здрави хора и никога повече да не се повторят, като това не налага поставянето на диагноза паническо или друго тревожно разстройство. От друга

страна, понякога епизодични панически пристъпи биха могли да съпътстват други психични заболявания, като депресия, биполярно разстройство, социофобии, генерализирана тревожност“. Също трябва да се знае, че понякога панически атаки може да бъдат предизвикани от специфични соматопсихични или психосоматични заболявания или състояния, които са преходни и не са свързани с паническото разстройство без физическа обосновка. Такива са:

- прием на определени лекарства за лечение на астма или сърдечни заболявания;
- внезапно спиране на прием на медикаменти, повлияващи тревожните разстройства;
- приемане на наркотици като кокаин и марихуана;
- употреба на големи количества алкохол или внезапно спиране на продължителен прием на алкохол;
- тютюнопушене;
- излагане на стрес продължителен период от време;
- проблеми с щитовидната жлеза - хипертиреозидизъм;
- сърдечни проблеми – пролапс на митралната клапа;
- астма;
- епилепсия;
- хронични респираторни заболявания;
- внезапно спиране на лекарства за сърдечносъдови заболявания;
- депресия;
- хипогликемия;
- фобии;
- други тревожни разстройства [13]

Диагностицирането на ПР изисква внимателно разследване на процеса на появата на разстройството – от отключването на заболяването до появата на всеки отделен симптом. Необходимо е провеждането на редица предварителни

изследвания, целящи установяването на евентуални физически причини за развитието на клиниката. Присъствието на вегетативна симптоматика налага да се изключи преди всичко наличието на соматична причина. [9]

Често е трудно разграничаването на паническото разстройство от други тревожни разстройства – тревожни депресии, нарастваща тревожност при соматоформени разстройства, фобии с паника, Много автори смятат, че има припокриване в много елементи от симптоматиката. [9] Въпреки това, според МКБ 10 и DSM-IV, са въведени някои изисквания за поставяне на диагноза „паническо разстройство“.

### **Диагностични указания на ПР според МКБ 10**

Според МКБ 10 диагноза „паническо разстройство“ може да бъде поставена само тогава, когато лицето не страда от друга фобия. Също така, за да бъде категорично диагностициран пациентът, трябва да са налице няколко тежки пристъпа на вегетативна тревожност за период от около един месец, като са спазени следните условия:

1. Пристъпите да са разгърнати в обстоятелства, при които няма никаква обективна опасност.
2. Пристъпите не трябва да са ограничени до известна или предвидима ситуация.
3. Между пристъпите трябва да има период, сравнително свободен от симптоми на тревожност /въпреки че почти винаги е налице предварителна тревожност на очакване/.

В МКБ 10 се уточнява паническото разстройство да се разграничава от паническите атаки, появяващи се при наличието на фобийно разстройство.

## **Диагностични указания на ПР според DSM-IV-TR**

Според DSM-IV-TR за да бъде поставена диагноза „паническо разстройство“, при преглежданото лице трябва да са налице минимум 4 от изброените 13 симптома, съпътстващи паник атаката при достигане на нейния пик в рамките на 10 минути:

1. Палпитации (силно туптене на сърцето), тежест в сърцето, прескачане на сърцето или сърцебиене.
2. Изпотяване.
3. Треперене, тремор, усещане за люлеене.
4. Недостиг на въздух, задух.
5. Усещане за задавяне.
6. Болка в гърдите или дискомфорт.
7. Гадене, коремно неразположение.
8. Чувство на замаяност, нестабилност, световъртеж или отпадналост.
9. Дерезализация (усещане за нереалност) или деперсонализация (отделеност от самия себе си).
10. Страх от полудяване или загуба на контрол.
11. Страх от смъртта.
12. Парестезии (вцепняване или изтръпване).
13. Топли или студени вълни.

## **Диагностични указания за ПР според DSM-V**

В обновеното издание на американския справочник от 2013 г. – DSM-V, са вписани някои промени относно поставянето на диагноза „паническо разстройство“. Най-съществената от тях е свързана с разделянето на паническото разстройство и агорафобията като две отделни диагнози. Причината за това

разделяне е установяването на голям брой хора с агорафобия, които обаче не преживяват панически симптоми.

Изискването за наличието на 4 от 13-те споменати симптома в предишния вариант на справочника остава.

В критериите за поставяне на диагноза „Паническо разстройство“ се уточнява още, че паническата атака трябва да е свързана с по-дълга от месец персистираща тревожност относно:

1. Получаване на нова атака или последствия от преживяната вече атака или
2. Значителни неадаптивни поведенчески промени, свързани с атаката.

### **Диференциална диагноза**

При поставянето на диагноза „паническо разстройство“ се препоръчва да се прави диференциална диагноза с някои соматични и психични заболявания. Това най-често са:

1. Артериална хипертония
2. Ишемична болест на сърцето
3. Тиреотоксикоза
4. Друго тревожно разстройство
5. Депресивно разстройство
6. Соматично разстройство
7. Пряко действие на стимуланти
8. Абстинентен синдром (алкохолна или друга зависимост)
9. Феохромоцитом [57]

Тези заболявания вече бяха споменати като състояния, възможни да провокират панически пристъп.

При поставянето на диагноза „Паническо разстройство“ трябва ясно да се разграничи друго тревожно разстройство с много близки симптоми. Това е генерализираното тревожно разстройство. В Таблица 3 са представени основните разлики между паническото разстройство и генерализираното тревожно разстройство. [56]

<b>Особености</b>	<b>Паническо разстройство</b>	<b>Генерализирано тревожно разстройство</b>
Генетични/средови въздействия	Повишена фамилна обремененост със същото заболяване	Повишена обремененост със стресори от околната среда
Възраст при началото	Втората половина на третото десетилетие	До първата половина на третото десетилетие
Когнитивен модел	Катастрофални интерпретации на телесни симптоми	Извънмерни тревоги за житейски обстоятелства
Тип симптоматика	Предимно прояви на автономна свръхактивност	Състояние „нащрек“ със следене на всяка промяна на околната среда
Конкретни симптоми	-Недостиг на въздух -Палпитации -Треперене -Замаяност -Празнота в главата -Усещане за задавяне -Изтръпване, мравучкане -Страх от смъртта И др.	-Нервност -Неспособност за оставане в спокойно състояние -Тревожене -Мускулни болки и напрежение -Уморяемост -Стомашен дискомфорт -Сухота в устата -Склонност към заекване -Раздразнителност, нетърпеливост

		-Невъзможност за отпускане -Спад на концентрацията И др.
--	--	---

**Таблица 3 Разлики между Паническо разстройство и Генерализирано тревожно разстройство**

### Сканиращи критерии за ПР при първичен преглед

За по-точно и бързо поставяне на диагноза „паническо разстройство“ се препоръчва лекарите да усвоят някои прости критерии за разпознаване на пациенти с ПР при първичен преглед. Те са изложени в Табл. 4.

<p><b>„Напречен“:</b> внезапна и едновременна поява на отмаляване, сърцебиене и/или ускоряване на пулса, страх от моментално настъпваща смърт, треперене, слабост и/или нестабилност</p>
<p><b>„Надлъжен“:</b> преморбидно наличие на рано изявена автономна лабилност, инхибирана характерова структура, свръхчувствителност към кафе</p>

**Табл. 4 Сканиращи критерии за ограничаване на паническо разстройство при първичен преглед**

Прави впечатление свръхчувствителността към кафе при пациентите с паническо разстройство. Самите те спонтанно установяват, че приеманите от тях преди първата паник атака дози кафе вече им действат прекалено силно и обикновено предизвикват сърцебиене и тремор. Често дори едно по-силно кафе

може да предизвика отключването на паническа атака. Затова голяма част от хората с ПР спират употребата на кафе и други кофеинови напитки.

Освен след употреба на кофеинови питиета, пристъп на паника може да настъпи и след употреба на алкохолни напитки или дори при емоционално напрежение, предизвикано от негативни или положителни емоции. Статистиката показва, че като цяло хората с паническо разстройство установяват повишена чувствителност на нервната система към различни дразнителни, например миризми, шумове, светлина. Повишена е чувствителността и към климатичните условия – статистиката показва, че голяма част от пациентите с паническо разстройство имат непоносимост към горещи дни или престой в прекалено силно отоплявани помещения. Наблюдава се дори непоносимост към по-гореща вода по време на къпане, каквато не е съществувала преди появата на разстройството. Възможен е също някои от диагностицираните с паническо разстройство хора да имат непрекъснато усещане за студ, дори в топли дни или в топли помещения.

### **Диагноза „нервно-вегетативна дистония“ и ПР**

Един от най-сериозните проблеми при диагностицирането на пациент с паническо разстройство е неяснотата, която той получава при поставянето на диагнозата. Разбирайки преобладаващото количество психогенни фактори за появата на заболяването, най-често пациентът получава пояснението, че „състоянието му е резултат от натрупан стрес“ или че „проблемът е психически“. Честа практика е при пациенти с ПР в листа с резултатите от прегледа да се вписва като диагноза „нервно-вегетативна дистония“. Това най-често се случва на ниво първична медицинска помощ в кабинетите на личните лекари или в централите за спешна помощ. Обикновено тази формулировка внася допълнителен стрес за пациента, който не разбира сложната терминология и не получава яснота относно причините за появата на състоянието.

Често срещаната „диагноза“ „нервно-вегетативна дистония“ най-общо се поставя тогава, когато бива установено абнормално функциониране на вегетативната нервна система. Обикновено симптомите на такава дистония се припокриват с тези на паническото разстройство (най-честите са световъртеж, сърцебиене, главоболие, болки в тялото, изтръпвания и т.н.), което обаче не означава, че двете състояния са идентични. Според някои тълкувания нервно-вегетативната дистония може да съществува самостоятелно и да е резултат от натрупан стрес или наличието на вътрешно или неврологично заболяване, без да са налице данни за паническо разстройство. Често обаче погрешно при пациенти с ПР се поставя диагнозата „нервно-вегетативна дистония“. Важно е да се прави разлика между двете състояния, тъй като при ПР основна характеристика е наличието на паническа атака и хронична тревожност в периодите между атаките. В такъв случай е удачно да се отбелязва, че нервно-вегетативната дистония може да е съпътстваща паническото разстройство, но не е основна диагноза при наличието на ПР.

### **1.2.5 Симптоми при паническо разстройство**

Според статистическите данни при три четвърти от паник атаките се регистрира едновременна изява на пет симптома по време на пристъп, като това са замаяност, сърцебиене/ускорен пулс, страх от предстояща смърт, треперене, затруднено дишане. Кратка статистика в проценти относно тези и други най-често срещани симптоми по време на паническа атака на хора с ПР са представени на фиг. 1. [154]



**Фиг. 1 Често срещани симптоми по време на паническа атака**

Въпреки че в DSM са споменати 13 симптома, всъщност те могат да бъдат много повече. Симптомите на паническо разстройство се разделят на три групи, според начина им на проявление – физически, психически и поведенчески.

В класификацията по-долу са изброени всички възможни известни симптоми, включително и споменатите в DSM.

#### **Физически симптоми**

- Палпитации, тежест в сърцето, прескачане на сърцето или сърцебиене.
- Главоболие
- Изпотяване.
- Позиви за уриниране или дефекация.
- Премаляване, отмаляване

- Мускулни спазми, трепкане на мускули или мускулни групи
- Усещане за мравучкане или иглички
- Усещане за изгаряне/парене или изстудяване/вледеняване на определени части от тялото.
- Причерняване.
- Скърцане със зъби или стягане на челюстта.
- Съскъщ, пукащ шум в ушите.
- Замъглено виждане.
- Хипервентилация, учестено дишане.
- Усещане за прилив на адреналин като реално физическо преживяване на минаваща през тялото вълна.
- Усещане за вибриращо тяло, жужене или минаваща през тялото енергия.
- Треперене, тремор, усещане за люлеене.
- Недостиг на въздух, задух.
- Сърбеж.
- Усещане за задавяне.
- Болка в гърдите или дискомфорт.
- Гадене, коремно неразположение.
- Чувство на замаяност, нестабилност, световъртеж или отпадналост.
- Парестезии (вцепеняване или изтръпване) – акушерска ръка.
- Топли или студени вълни.
- Изчервяване или преbledняване.
- Изострена сетивност.
- Безсъние, проблеми със съня, кошмари.

## **Психически симптоми**

- Дерезализация (усещане за нереалност) или деперсонализация (отделеност от самия себе си).

- Страх от полудяване
- Страх от загуба на контрол.
- Страх от смъртта.
- Страх от загуба на контрол по време на шофиране.
- Клаустрофобични усещания.
- Неувереност в себе си и в живота.
- Загуба на способност за логическо разсъждаване.
- Ирационални натрапчиви мисли.
- „Бурен“ вътрешен диалог.
- Усещане, че никой не разбира какво се случва с лицето с ПР.
- Чувство и очакване, че ще се случи нещо лошо, което не може

да бъде предотвратено.

- Страх от самоубийство.
- Страх от загуба на паметта.
- Непрекъснатата тревожност.
- Страх от „излагане“ пред хората.
- Безсилие за справяне със самия себе си.
- Повишена емоционалност.
- Усещане за забавяне или ускоряване на времето.
- Страх от самия страх.
- Хипохондрични мисли, „прилепчивост“ на заболявания и

симптоми.

- Чувство на срам от самия себе си.
- Чувство на вина за случващото се и за неспособността за

справяне с него.

- Усещане за „празнота“ в главата
- Страх от установяване на нови социални връзки.

## **Поведенчески симптоми**

- Избягващо поведение на ситуации, в които е била преживяна паническа атака.
- Поведения в рамките на ситуацията – подпиране, седане, наплискване с вода, смучене на ментов бонбон. [13]
- Поведение на „бягството като спасение“ – стремеж за бързо напускане на ситуацията при настъпване на паническа атака.
- Непрестанно търсене на лекарска помощ.
- Отказ за присъствие на места където няма достъп до бърз „изход“.
- Избягване на пътувания.
- Стremeж за прикриване на паническата атака от срам от мнението и реакцията на другите хора.
- Избягване на социални контакти.
- Избягване на социални изяви.
- Избягване на физическо натоварване поради страх от отключване на панически пристъп и придружаващите го телесни симптоми.
- Избягване на излизания в прекалено горещи дни или престой в прекалено топли и задушни помещения.
- Непрекъснато носене на медикаменти за „спасение“ при паническа атака – най-често валидол или комбинация от мента, глог и валериан.
- Отказ от пиене на кафе и кофеинови напитки.
- Отказ от тютюнопушене.
- Отказ от употреба на алкохол или злоупотреба с алкохол.
- Непрекъснато търсене на информация за разстройството, най-често в интернет.
- Напускане на работа.

Възможно е да има и други прояви на паническо разстройство, които не могат да бъдат открити в списъка, тъй като всеки случай е индивидуален и симптомите са свързани с особеностите на личността, начина на живот и околната среда.

Смята се, че най-стресиращи за пациента са физическите симптоми, защото те са свързвани пряко със заплата относно живота на преживяващия паническа атака. Интензивността и силата на соматичните оплаквания често маскират наличието на психически проблем, като самите пациенти и личните лекари насочват вниманието си към търсене на реално физическо заболяване. Липсата на достатъчно информации относно разнородността на симптомите, съпътстващи ПР, само допълнително забавя процеса на диагностициране и терапия и повишава тревожността при страдащите от паническо разстройство.

### **1.2.6 Причини за отключване на паническото разстройство**

Причините за отключването на паническо разстройство при определени хора не са категорично изяснени. Смята се обаче, че те се делят в основата си на две – биологични причини и психологически причини.

#### **Биологични причини**

Според някои от последните изследвания в тази насока, съществува биологична предиспозиция за отключването на паническо разстройство. Значението на наследствения фактор се доказва от честата конкордантност при близначни двойки. Интересно е, че се наблюдават следните предразполагащи фактори в детството за развитие на заболяването – внезапна загуба на значима междуличностова връзка и липса на подкрепа. [9]

Повишената фамилна агрегация е характерна за паническото разстройство, макар генетичната предиспозиция да е умерена. Доказано е, че 4-8 (до 10-20) пъти по-голяма е вероятността от развитие на заболяването при първородственици на

пациент с ПР в сравнение с първородственици на здрави контроли. Около 50% от роднините на пациенти с ПР също страдат от ПР. Според различните автори 7.9 до 41% е честотата на заболяването сред първородственици в сравнение с 8% в популацията. Два пъти по-често се открива заболяването у жена роднина. Предполага се, че генетичното предразположение е около 32%-46%. [56]

По данни на американския Национален институт за психично здраве индивиди с биологични роднини по първа линия – майка, баща, брат, сестра, при които вече се е отключило паническо разстройство, са 8 пъти по-заstrasени от развитието на състоянието и при тях. Ако фамилната история включва роднини по първа линия, при които разстройството се е появило във възрастта преди 20 години, рискът е много по-голям.

Едновременно с това съществува биологична теория за отключването на паническо разстройство, която се базира на няколко основни пункта. Според тях:

1. Паническите пристъпи се дължат на неконтролируеми мощни разряди в норадренергичните неврони, чиито тела са концентрирани в едни от древните подкорови структури на мозъка – locus coeruleus и периакведукталното сиво вещество, а аксоните им се проецират към лимбичните структури.
2. Повишената възбудимост на норадренергичната невротрансмисия се дължи на отслабен инхибиторен контрол от други невротрансмитерни аференции, от които най-съществено място заемат серотонинергичните неврони с тела в nuclei raphe.
3. Тревожното очакване се свързва най-често с дефицит на ГАМК-ергичната невротрансмисия, но се допуска и ролята на серотонинергичната дисфункция. [57]

Именно хипотезата, че паническото разстройство се дължи на промени в нервната система, свързани с обмяната на невромедиаторите, серотонина,

норадреналина и т.н., стои в основата на теорията за медикаментозното лечение на пациенти с ПР.

От друга страна, теорията търпи редица критики. Според изразяващите несъгласие с нея специалисти, паническото разстройство не е резултат от нарушения в обмена на тези вещества, а напротив – нарушеният обмен се дължи на непрекъснато изпитваните от пациента страх и тревожност.

Съществува и друга теория за това защо при определени индивиди се стига до появата на паническо разстройство. Според нея този тип хора имат повишена чувствателност към въглеродния диоксид. При провеждането на експерименти с вдишване на въздух с голяма концентрация на въглероден диоксид довело при хората с такава чувствителност до разгръщането на паническа атака. [155] Други изследвания показват, че голяма част от хората, страдащи от паническо разстройство, имат недостиг на магнезий и цинк в организма, което е резултат от съвременния цивилизован начин на живот. (153)

### **Психологични причини**

Прави впечатление, че при почти всички хора с паническо разстройство началото на състоянието е регистрирано след период на интензивен стрес, който е прехвърлил индивидуалния праг на поносимост и е достигнал ниво на дистрес за конкретния индивид. Обикновено сред стресогенните събития са смърт на близък или приятел или отключване на тежко заболяване на човек от семейството или от обкръжението. Възможно е също да е налице преживяване на събитие, застрашаващо пряко живота на пациента – катастрофа, земетресение, попадане в бедствена ситуация, друг рисков инцидент. Тази своеобразна „среща със смъртта“ често е отключващият момент за заболяването, което е разбираемо, като се има предвид, че в един от основните симптоми на ПР е именно страхът от смъртта.

Ставайки свидетел или участник в подобни стресогенни събития, човек започва да си мисли: „Животът е несигурен, лесно може да бъде загубен, аз също съм застрашен, това, което се случва с мен, е смъртоносно“. Резултатът е страх,

прерастващ в паника и насочване на вниманието към опазването на сигурността на собствения живот. В резултат на това се появяват хипохондрични мисли, страх от всякакви ситуации, застрашаващи сигурността и съответно поведение на избягване.

Анализирайки ситуациите, при които обикновено се отключва паническа атака, прави впечатление, че в определени, по-ранни етапи на човешката еволюция, те действително са били животозастрашаващи. Например престоят в тунел или тясно затворено пространство е можел да доведе до задушаване или колапс. Височините са били опасно място за пребиваване поради риск от падане (сега обикновено пребиваваме на високи места, след като предварително сме били обезопасени). Престоят в открити пространства в древността също е бил рисков, тъй като там човек е бил изложен на погледа на хищници (лъвове или вълци) и е можел да стане тяхна лесна жертва. В по-късни времена обществените места са излагали човек на опасност от срещи със странни и враждебни непознати, които понякога са завършвали с фатален изход. [151]

Смята се, че точно заради страха от смъртта и притесненията за собствения живот, хората с паническо разстройство развиват т.нар. хипервигилитет – те започват да фокусират вниманието си прекалено силно върху различни физически усещания. Това, от своя страна, води до повишен аразуъл или т.нар. реакция на възбуда, което засилва физическите усещания и предизвиква поява на безпокойство. Така пациентът влиза в „омагьосан“ кръг на страхове-повишена възбудимост-страхове, където се чувства непрекъснато застрашен и в риск.

Идеята, че страхът от смъртта стои в основата на паническото разстройство е особено отстоявана от неорайхианската психотерапевтична школа. По думите на М. Алгафари, страхът от смъртта води до блокиране на живота, а жертвите на паническото разстройство са хора с по-силно изразен страх от смъртта и желание за трайност и безсмъртие.

Освен преживявания като смърт, болест, друг животозастрашаващ инцидент, сред стресогенните събития, провокирали отключването на паническо

разстройство по-рядко могат да бъдат смяна на местоживеене, смяна на месторабота, развод или раздяла с партньор, раждане на дете и др. Прави впечатление, че всички тези преживявания създават несигурност и нестабилност у индивида и провокират безпокойства за бъдещето му най-вече на ниво оцеляване.

Интересна е статистиката относно проявата на първата паническа атака. Тя обикновено се случва след като периодът на интензивен стрес вече е отминал. Възможно е обаче пристъпът да се появи след физическо натоварване, период на безсънни нощи, изтощителни пътувания, злоупотреба с алкохол или кафе, силно емоционално натоварване.

Много изследователи обръщат внимание на семейната среда, в която са отглеждани хората, при които вече има диагностицирано паническо разстройство, въпреки че няма директна и категорично доказана връзка между двете. Статистиката обаче показва, че повечето пациенти с ПР са имали прекалено протективни и предпазливи родители, склонни силно да контролират децата си. [150] Психологичната атмосфера, в която са израснали част от хората с ПР, благоприятства пораждаване на несигурност и зависимост, самите те са плахи и инхибирани в детството. [56]

Психологическият профил на самите пациенти също има специфични особености – много от тях са с повишено чувство за самоконтрол и самокритичност, сдържаност и трудно адаптиране при промяна на външните условия. Интересно изследване с Гинсен тест на жени с паническо разстройство, [22] показва, че тестираните лица са с по-скоро депресивен тон на настроението, повишена склонност към интроспекция, страхливост и саморефлексия. Според резултатите изследваните жени са по-скоро доминантен личностов тип – агресивна готовност, импулсивност, своенравност и стремеж към надмощие.

Според М. Алгафари, жените с паническо разстройство изпитват постоянен стремеж към перфектност, успех и контрол и се отличават с неумение да губят в живота. Този тип жени често тълкуват като критика дори най-безобидните думи на заобикалящите ги хора. Някои нови изследвания доказват, че подобна

личностова характеристика имат преобладаващата част от хората с паническо разстройство като цяло.

Според някои теории, отключването на паническо разстройство е своеобразен „вик за помощ“ от страна на човека, страдащ от състоянието. Заболяването е реакция в резултат на това, че лицето с ПР е достигнало своя праг на поносимост на психическо и емоционално натоварване. Тъй като личностовите му характеристики като „силен, контролиращ, способен да се справи с всички ситуации“ човек не му позволяват да търси директна помощ от своето обкръжение, паническото разстройство се явява индиректен начин за търсене на подкрепа. Това е т.нар. „вторична полза“ от заболяването. [150] Паническото разстройство позволява на човека, страдащ от него, да свали за кратко отговорността за определени неща от себе си и да си позволи липса на инициативност. То играе ролята на „съществено оправдание“ пред себе си и пред околните за невъзможността да се вършат определени дейности, да се вземат и реализират решения. Човекът с ПР чрез своето състояние търси вниманието на околните, тяхното съжаление, техните грижи и подкрепа. Често това поведение на „търсене на помощ“ дори не е осъзнато, но се открива в преобладаващата част от случаите на пациенти с паническо разстройство.

### **1.2.7 Терапия на ПР**

Според теоретичните постановки лечението на паническо разстройство трябва да се осъществява на две нива – медикаментозно и психотерапевтично. Изследванията показват, че най-успешна е комплексната терапия, която включва и двата вида въздействие върху биологичното цяло на индивида. По думите на М.Ачкова, медикаментозната терапия трябва да се комбинира с паралелно протичаща психотерапия, като най-често прилагани в случая са когнитивно-реструктуриращи техники.

## **Медикаментозно лечение**

Медикаментозните средства, които се изписват на пациенти с ПР, са такива, които действат в момента на самата паническа атака. Най-често това са бързодействащи анксиолитици – бензодиазепини (Diazepam, 10mg, Clonazepam, Rivotril 1,5-3 mg, Alprazolam). За предпазване от следващи пристъпи и овладяване на тревожността между атаките се използват трициклични антидепресанти с действие и върху серотонинергичната медиация – Anafranil 150-300 mg дневно, антидепресанти от групата на инхибиторите на обратния захват на серотонина. [9]

Смята се, че антидепресантите са най-подходящи за лечение на персистиращата тревожност и последващи пристъпи на паника, поради връзката на паническото разстройство с биологичните фактори за възникване на състоянието (най-вече що се отнася до серотонинергичната дисфункция). Особено предпочитан избор с висока терапевтична ефективност са антидепресантите с подчертан активиращ серотонинергичната система ефект. [57] Действието на този тип медикаменти се изяснява постепенно – след 2 до 4 седмици. Затова е уместно през първите две седмици да се приема и бензодиазепин с цел облекчаване на симптомите и омекотяване на началната активация на антидепресанта. Продължителната им употреба обаче не се препоръчва, тъй като носи повече рискове, отколкото ползи.

Съвременното лекарствено лечение изисква пръв избор за терапия да бъдат селективни инхибитори на серотониновия транспорт (СИСТ) в оптимални дневни дози. Полицикличните антидепресанти с основно действие върху серотонинергичната трансписия като кломипрамин, имипрамин и амитриптилин също са предпочитани заради силния антипанически ефект, който оказват. Лечението започва в ниски дози до достигане на оптималната дневна доза в рамките на 2-3 седмици.

Общият подход при медикаментозната терапия се определя в краткосрочна и дългосрочна перспектива. Краткосрочната е свързана с високия риск от ранно прекъсване на лечението, а дългосрочната – с още по-високия риск от рецидив

при спиране на поддържащата терапия. Схемата на фармакологична терапия следва да бъде прилагана за период от 12-24 месеца. По данни на психиатрични практики, терапевтиращи пациенти с ПР, за съжаление след отменяне на медикацията по-късни рецидиви се регистрират при около 60-80% от пациентите.

Според Консенсусно становище за диагноза и лечение на някои невротични разстройства (тревожни разстройства), 22-23 ноември 2002, Хисаря, световният опит на базата на двойно слепи проучвания е показал ефективността на някои базисни медикаменти, които са описани в Табл. 5

### Начална фаза

Тази фаза е с продължителност от 8 до 12 седмици, въпреки че началният ефект се появява между втората и четвъртата седмица. Пациентът трябва да бъде прегледан 2 пъти седмично. Медикаментозното лечение се стартира с антидепресант и/или бензодиазепинов медикамент. Изборът на антидепресант следва да се насочи върху следните възможности. (По данни на Консенсусно становище за диагноза и лечение на някои невротични разстройства (тревожни разстройства), 22-23 ноември 2002, Хисаря) [37]

Активна субстанция	Терапевтична доза (mg/дневно)
Селективни блокатори на обратния захват на серотонина	
Пароксетин	40-60
Сертралин	50-200
Флуоксетин	20-40
Флувоксамин	100-200
Циталопрам	20-60
Есциталопрам	10-20
Бензодиазепини	
Клоназепам	1-4
Алпразолам, вкл. бавно освобождаващ се	1.5-8
Хетероциклични	
Кломипрамин	75-150-300
Имипрамин	75-300
Обратими блокатори на MAO-A	
Моклобемид	300-450

Дезипрамин	50-200
Ребоксетин	4-8
Венлафаксин	150-300
Валпроати	1000-2500

**Табл. 5 Медикаментозна терапия при пациенти с паническо разстройство**

В допълнение към таблицата с препоръчани медикаменти и терапевтична доза в Консенсусното становище са посочени и следните указания, относно приема на лекарства за лечение на ПР:

- Лечението с бензодиазепините, самостоятелно или в комбинация, не трябва да продължава повече от два месеца поради риск от лекарствена зависимост. След 6 месеца се обсъжда терапевтична резистентност с консултант-психиатър.
- Комбинацията между антидепресант и бензодиазепин е допустима в първите седмици от лечението, тъй като бензодиазепините имат по-бърза изява на ефект. Продължителното приложение на бензодиазепини в комбинирана терапия също трябва да се избягва, поради риск от развитие на зависимост.
- Титриране на дозата – При трицикличните антидепресанти дозата трябва да се титрира постепенно, поради риск от тежки странични ефекти в началото.

#### Фаза на стабилизация

Установено е, че тази фаза трае от 3 до 6 месеца. През този период трябва да се преодолее остатъчната симптоматика – тревожност, фобии, и да се обърне внимание на ресоциализацията. Прегледите трябва да бъдат с честота 1-2 пъти месечно.

#### Фаза на стабилност

Тази фаза трае от 1 до 2 години. Необходимо е да се провеждат периодични прегледи от психиатър веднъж на 1-3 месеца.

#### *Критерии за резистентност*

Два последователни лечебни курса с два медикамента от различни фармакологични групи без, или с минимален терапевтичен ефект.

#### *Стратегии при резистентност*

- Преминаване от ССРИ към СНРИ
- Добавяне на втори антидепресант
- Лечение с валпроати – соли на валпроевата киселина. Те са алтернатива на останалите антипанически медикаменти и се прилагат при пациенти с промени в ЕЕГ. Ефективността им при паническо разстройство е установена през 90-те години на миналия век в отделни проучвания. Прилагат се в дози до 2250 милиграма дневно.
- Подсилване на антидепресанта с пиндолол в доза 5-7.5 милиграма дневно
- Нефазодон в доза 200-400 милиграма дневно
- Ондансетрон в доза 0.5-2 мг/дневно
- Преосмисляне на диагнозата.

### **Психотерапия**

Високият риск от рецидив след спиране на лекарственото лечение, както и честите странични ефекти при приема на антидепресанти и бенздиазепини са достатъчно показателни, че прилагана самостоятелно, медикаментозната терапия няма дълготраен положителен ефект при пациенти с ПР. Според съвременните тенденции, ефективната терапия при паническо разстройство трябва да е предимно психотерапевтична. Лекарствени средства се препоръчват само в моменти на кризи или при тежка форма на паническо разстройство и при тежка форма на агорафобия. При леките форми подходящо е прилагането само на подходящо подбрана психотерапия.

Смята се, че най-подходящи за терапия на тревожни разстройства, в частност паническо растройство, са методите на когнитивно-поведенческата психотерапия. Според една от най-разпространените теории, градираното, постепенно излагане на плашещите стимули и ситуации във виртуална или реална среда би трябвало да доведе до напълно автономно поведение. Препоръчва се терапията да е съпътствана от системна десензибилизация и дихателен тренинг, които са особено ефективни и дори задължителни в случаи, когато е налице агорафобия. Психолозите/психотерапевтите работят и върху мисловния модел на пациента/клиента. [56] Работи се за смяна на негативното и катастрофално мислене, за идеята, че всичко трябва „да се контролира и управлява“, за постигане на увереност, за изграждане на мисловен модел „светът е сигурно място за живеене“.

Практиката е при прилагане на **десензибилизация** (десензитизация) психологът или психотерапевтът да изработи план за действие от 8-10 стъпки, като първата е най-леката възможна за изпълнение. Например – при агорафобия, първата стъпка включва излизане извън дома без чужда помощ до възможно най-близката към момента за пациента точка. Последната отправна точка от плана за действие също трябва да бъде посочена самостоятелно от пациента/клиента. Прилагането на този метод е абсолютно показано при тежка степен на паническо разстройство, особено с голяма давност – над 1 година [37]

Когнитивно-поведенческата терапия изисква постепенно изпълняване на схемата за лечение и „непрескачане“ на определени стъпки. Понякога методът действа по-бавно, което може да предизвика загуба на доверие или търпение у пациента/клиента. В такива случаи е подходящо терапевтът да избере по-бърз и ефективен подход за лечение.

Ефективната психотерапия при ПР изисква пациентът/клиентът да бъде обучан в някои елементарни дихателни техники. Те са свързани със справянето с хипервентилацията и имат отношение към хората, които реагират с панически пристъп при повишено ниво на въглероден диоксид. Едно от най-

разпространените упражнения е т.нар. „Дишане в хартиена торбичка“, което има и терапевтичен ефект при остри кризисни ситуации на панически пристъп. Този тип дишане ускорява баланса между кислорода и въглеродния диоксид в кръвта и бързо води до неутрализиране на паниката. [150]

Диафрагменото (коремно) дишане, което се изучава и прилага от певците, спортистите, практикуващите различни йога системи, също е ефективен метод при хората с тревожни разстройства. Овладяването е лесно и се случва в рамките само на няколко терапевтични сеанса, а ефектът е изключително благотворен. То може да спре процес на хипервентилация по време на паническа атака и да действа профилактично.

Релаксиращи техники са особено подходящи и подобряват терапевтичния отговор драстично. Пациентът/клиентът се обучава да релаксира цялото тяло, мускулни групи, отделни мускули. Често поради високото ниво на адреналин и непрекъснатото тревожно очакване мускулите в тялото на пациента/клиента са напрегнати, което води до затруднено дишане и съответно хипервентилация, както и до още повече напрегнатост на физическо ниво. Предлага се обучение в техники за бърза релаксация, автогенен тренинг за релакс и освобождаване на мускулното и психическо напрежение и др.

Ефективно е прилагането на групова и семейна психотерапия. Терапията в групи „със себеподобни“ позволява обмяна на опит, разбиране, че „не си единствен“ и бързо въздействие в положителна насока върху мисловните и поведенчески модели. Семейната терапия е наложителна, когато близките на пациента с паническо разстройство не подхождат с разбиране или когато самите те могат да окажат терапевтичен ефект.

## **Нови тенденции в психотерапията при хора с ПР и тревожни разстройства**

Последните изследвания в областта на работата с хора с тревожни разстройства показват някои по-нови психотерапевтични направления като достатъчно бързи и ефективни. Това са:

### *Холотропно дишане*

Специфична форма на терапия чрез интензивно дишане, различна от вербалните психотерапевтични форми. Холотропното дишане се изучава и прилага от Трансперсоналната психология, а негов „баща“ е Станислав Гроф. Чрез специфично провеждана дихателна сесия под ръководството и наблюдението на специално обучение терапевти клиентът/пациентът бързо, ефективно и трайно се освобождава от тревожности, зависимости, депресивни състояния, широк спектър от емоционални, психосоматични и понякога физически заболявания. Подходяща терапия за по-напреднали фази на паническо разстройство и противопоказна в начална фаза, когато холотропните сесии могат драстично да увеличат тревожността и да нанесат повече вреда, отколкото полза. [65]

### *EMDR – терапия*

Eye Movement Desensitization and Reprocessing или в превод „Десенсибилизация и повторна преработка на информацията чрез движение на очите“ – това силно ефективна при хора с емоционални проблеми, породени след травматични преживявания. Особено се препоръчва при депресии, фобии, тревожност, панически атаки, зависимости, посттравматично стресово разстройство. Терапията работи за преодоляване на тревожни мисли, чувства и усещания. В основата ѝ стои отключване на негативните емоции и преживявания, които, чрез повторна обработка, успешно се трансформират от мозъка. Основна

техника е движението на очите, което се случва подобна на това, което може да наблюдаваме през REM фазата на съня.

### *ЕЕГ-Биофийдбек или невротренинг*

Терминът означава обратна биологична връзка. В основата на терапията стои подобряване на биоелектрическата дейност на мозъка, което се осъществява чрез специална модерна медицинска апаратура и софтуер. Клиничното приложение на системата се състои в регулярното замерване на физиологичните функции, свързани с тренинг за самоконтрол, което подлага на съзнателен контрол определени физиологични реакции – например работата на сърцето, кръвното налягане, дихателния ритъм и др. Благодарение на тренинга се овладяват отделни функции на организма, ръководени от автономната нервна система. ЕЕГ-биофийдбек терапията е силно ефективна при паническо разстройство, фобии и тревожни състояния. Тя се прилага също при епилепсия, мозъчни травми, след инсулт, закъснения в психичното развитие, депресии, проблеми със съня, анорексии и булимии, зависимости, хиперактивност, аутизъм, дислексии, дисграфии, и т.н. [152]

Въпреки че голяма част от тези психотерапевтични подходи все още са твърде нови и непознати в България и дори в света, а изследванията в тази насока са прекалено малко, те се оказват с бърз и дълготраен ефект при терапията на ПР.

Независимо от избора на терапия, наблюдението от психотерапевт или психолог трябва да продължи. Препоръчва се първоначално срещите със специалиста да се провеждат веднъж седмично, а след това профилактично с честота веднъж месечно за период от три до шест месеца. [37]

### **1.2.8 Прогноза при паническо разстройство**

Паническото разстройство може да трае десетилетия и е възможно значително да влоши качеството на живот. Установено е, че при поне половината болни то нарушава ежедневно функциониране. Пациентите с ПР се възприемат

като подложени на изключително силен стрес и полагат непрекъснати волеви усилия за овладяване на афектите си и за постигане на вътрешна стабилност. Това обяснява наличието на по-сериозна и трайна социална увреда при хората с паническо разстройство, отколкото при случаите на депресия. [56]

Прогнозата за лечението на паническо разстройство зависи от честотата на пристъпите и индивидуалното състояние на пациента. Дори при постигане на пълно отсъствие на симптоми, трябва да се има предвид, че опасността от рецидиви остава за цял живот. При развиване на зависимости има опасност от влошаване на социалното функциониране, а голяма част от пациентите развиват съпътстващо разстройство – депресия и фобийни разстройства.

### **1.3 Проблеми при прилагането на комплексно лечение при ПР**

За съжаление повечето пациенти с ПР не получават ефективна психотерапевтична помощ. Основните причини за това са няколко:

- 1. Пациентът не е информиран за нуждата от психотерапия** – при голяма част от случаите пациентите с паническо разстройство не получават информацията, че психотерапията е задължителна част от лечението на състоянието. Обикновено личният лекар, невролог или психиатър изписват медикаментозна терапия, без да дават указания, че тя трябва да е съпътствана от психотерапевтична помощ. Пациентът смята, че лекарствата са единственият метод за лечение на състоянието. Фактът, че голяма част от симптомите са физически оставя убеждението, че лечението трябва да е предимно медикаментозно. Пациентът смята, че прави необходимото, за да се излекува и следва препоръчаната му схема за прием на медикаменти.
- 2. Пациентът е информиран за нуждата от психотерапия, но отказва да посещава психолог/психотерапевт** – личният лекар, неврологът, психиатърът или психологът са информирали пациента за нуждата от

психотерапевтична помощ, но той, по едни или други съображения, отказва да посети психотерапевт. В България все още съществува консервативен подход относно посещението при психолог или психотерапевт.

- Една от основните причини за отказ от посещение при такъв специалист е срамът – срам от самия себе си, от околните, от специалиста. Често подходът в мисленето на пациентите, независимо от психическия проблем, е „Ще ме мислят за луд, защото посещавам психолог/психотерапевт“. Въпреки този мисловен модел много от пациентите с ПР приемат медикаменти, с които се лекуват психични заболявания.
- Друг сериозен проблем, който спира хората с ПР да посещават психолог/психотерапевт, е недостигът на финансови средства. Статистиката показва, че доходите на среднестатистическия българин не са достатъчно високи, за да може той да си позволи цял завършен курс на терапия при психолог/психотерапевт.
- Посещението при психолог/психотерапевт бива отказвано, тъй като пациентът не вярва, че психотерапията ще го излекува от заболяването. Недоверието в този вид специалисти в България все още е твърде високо, а информираността – слаба.
- Пациентът отказва да посещава психолог/психотерапевт, защото смята процесът за твърде сложен, трудоемък и бавен, а предпочита лекарствената терапия като по-лесна и бързодействаща. Този модел на мислене е характерен за началните фази на ПР, когато страдащите от разстройството се надяват на бързо лечение чрез медикаменти. В по-късните етапи, когато пациентът изпитва негативите на страничните реакции от лекарствата и евентуалния рецидив, мисловният модел се променя.

**3. Пациентът е информиран за нуждата от психотерапия, би желал да посети психолог/психотерапевт, но няма достатъчно квалифицирани кадри – Осигуряването на квалифицирана психотерапия при хора, страдащи**

от тревожни разстройства, често е проблем, особено в малките градове, където има недостиг на кадри. Лечението на тревожни разстройства изисква правилен подбор на психотерапевтични методи и ефективно прилагане. Практиката обаче показва, че голяма част от псиолозите/психотерапевтите нямат необходимата теоретична и практическа подготовка за работа с хора с тревожни разстройства. Посещението при психолог/психотерапевт, който няма необходимата квалификация, може да доведе до следните негативни ефекти:

- Загуба на доверие в ефектите от психотерапията.
- Загуба на доверие в психолога/психотерапевта.
- Загуба на надежда, че състоянието е лечимо.
- Влошаване на състоянието и усилване на симптомите.
- Отключване на друго тревожно разстройство, фобия, депресия.

## **1.4 Паническо разстройство – информираност и липса на информация**

### **1.4.1 Необходимост от повишаване информираността на личните лекари**

Въпреки че личните лекари често са първите медицински специалисти, които приемат пациент с паническо разстройство, тяхната информираност относно спецификата на паническото разстройство не е на достатъчно високо ниво. Една от причините за това е, че няма яснота кой точно трябва да лекува хората с тревожни разстройства и в частност – с паническо разстройство. Пациентите, както и самите медицински лица, не могат да дадат категоричен отговор кой има и кой няма право да прилага терапия при хора с ПР. От една страна, поради наличието на физически оплаквания, страдащите от ПР посещават първо личните си лекари, които би трябвало да определят ясно състоянието на пациента и нуждата му от лечение. Повечето ОПЛ-та обаче не са специално обучени за работа с хора с тревожни разстройства и не работят с психотерапевтични методи.

От друга страна, психиатрите лекуват предимно само с медикаменти, но, както вече стана ясно, паническото разстройство се лекува комплексно в съчетание с психотерапия. Само малка част от психиатрите обаче имат завършено обучение по психотерапия, поради което не могат и не прилагат втората част от комплексното лечение. Статутът на психолозите по отношение на терапията на панически разстройства остава неизяснен, поради липса на законово уредени правила за прилагане на психична помощ и психотерапия. Въпреки че в крайна сметка пациентите разбират, че имат нужда от психотерапевтична помощ, за тях остава неясно кой точно специалист трябва да потърсят за целта – обикновен психолог, клиничен психолог или психиатър, и кой всъщност е психотерапевт.

#### **1.4.2 Кой е психолог, психиатър и психотерапевт**

Неяснотата около тълкуването на термините „психолог“, „психиатър“ и „психотерапевт“ често е пречка за хората, нуждаещи се от психологична помощ, да потърсят правилния специалист. Тълкуването на термините често не е правилно. В повечето случаи по презумция се обръща внимание на обединяващия трите думи корен „психо“ (от психея, гр. – в превод душа), знаейки, че става дума за работа с хора с психични проблеми. Проучванията обаче показват, че хората не са наясно с разликите между трите термина.

Често клиентите/пациентите не са наясно, че психологът няма медицинско образование и че не лекува чрез медикаментозна терапия. От друга страна, няма яснота и относно факта, че психиатрите са лекари и дейността им основно е насочена към терапията на психози. За разлика от тях, психолозите много по-рядко могат да работят с психотични клиенти/пациенти, тъй като те се нуждаят предимно от лекарствена терапия. Неяснотата около казуса произлиза от факта, че в България професията „Психолог“ все още не е законово регламентирана.

В България също няма приет и закон за психотерапията. Хората не са наясно кой точно има право да извършва дейността психотерапия. Към момента единствено в Закона за здравето се споменава, че психотерапевт е този, който

заема длъжността „психотерапевт“ в дадено лечебно заведение [67]. Никъде не се споменава обаче какво трябва да е неговото образование. Според Асоциацията на психотерапевтите, легитимирани психотерапевти са само такива кадри с хуманитарно образование, които имат успешно завършен курс, квалификация или допълнителна специализация. Това най-често са психиатри, невролози и психолози. Легитимните психотерапевти в България са включени в специален регистър, който може да бъде открит на уеб сайта на асоциацията, като броят им надхвърля 100. Общо членовете на асоциацията на психотерапевтите са над 300.

Информацията относно диференцирането на трите вида специалисти обичайно не се предоставя на хората с паническо разстройство. Това ги обърква още повече и повишава тревожността им относно терапията на състоянието.

### **1.4.3 Тревожност, паника и интернет източници на информация**

Безспорен е фактът, че пациентите имат нужда от повече информация, но понякога изобилието от информация оказва и неблагоприятно въздействие върху хората с тревожност. Наблюденията на форуми, социални мрежи и групи за взаимопомощ на хора с паническо разстройство показват, че този вид дейност има две страни във връзка със състоянието на хората с паническо разстройство. От една страна, разговорите с хора със същия проблем и дискусиите относно различните видове терапия помагат на страдащите от ПР да откриват и прилагат нови подходи за справяне със състоянието. От друга страна, непрекъснатият информационен поток, който залива страдащите от паническо разстройство, засилва тревожността. Често, прочитайки за други случаи на ПР със симптоми, различни от собствените, хората с паническо разстройство си ги „присвояват“ или биват обхванати от хипохондрични мисли, свързани с тях.

Пребиваването в интернет само по себе си също е рисков фактор, защото потребителите биват „заливани“ от всякакъв вид информация, сред която новини от типа „черна хроника“, нежелани рекламни съобщения, свързани с различни заболявания и средства за лечението им, апокалиптични разкази и лични истории,

появяващи се като банери или спам страници. Точно този тип информационни съобщения са особено неблагоприятни при хората с паническо и други тревожни разстройства, които по принцип страдат от повишена емоционална чувствителност. Прочитането на подобно съобщение може автономно да отключи пристъп на паника. Редовното четене на информация от този тип засилва хроничната тревожност и влошава общото състояние на хората с ПР.

## **1.5 Профилактика при паническо разстройство**

### **1.5.1 Профилактика при хора в риск от отключване на паническо разстройство**

Въпреки че рисковете при паническо разстройство са сериозни, почти никой не работи в насока първична и вторична профилактика. Първична профилактика би могла да се осъществява с цел предотвратяване развитието на разстройството. Въпреки че се знае достатъчно за отключващите заболяването фактори, никой не работи с хората в рисковата група от поява на паническо разстройство. Практиката в световен мащаб обаче доказва, че ако бъде приложена подходяща психологическа помощ в превантивен момент, разстройството може изобщо да не се прояви. Към момента подобна профилактика не се осъществява в системата на първичната помощ. Психолози и психиатри също работят в тази насока изключително рядко, като основна причина за това – хората в риск от отключване на паническо разстройство не посещават психолози и психиатри

### **1.5.2 Вторична профилактика при хора с паническо разстройство**

Вторичната профилактика се отнася до предотвратяване развитието на друго психично заболяване и появата на суицид. За да бъде осъществена подобна профилактична дейност обаче, самите медицински специалисти, респективно психолози, трябва да бъдат обучени за работа с хора с паническо и други тревожни разстройства.

До този момент в България в тази връзка се работи изключително слабо. Тъй като е налице сериозна необходимост от обучение на различни видове специалисти в тази насока, предстои стартирането на проект, посветен на превенция на някои от рисковете при депресии и тревожни разстройства. Проектът е по програма БГ07 "Инициативи за обществено здраве" и се осъществява със съдействието на Норвежкия финансов механизъм. Той ще обхване 2000 лични лекари, социални работници и психолози, които ще бъдат обучени да разпознават ранните симптоми на тревожност и депресия. Проектът е насочен също към превенцията на суицидни действия при този тип пациенти. [156]

В рамките на проект „Подобрени услуги за психично здраве“ личните лекари ще бъдат обучени лесно и бързо да разпознават кога пациентите им се нуждаят от психична помощ. Обхванати са ОПЛ-та от регионите, в които са регистрирани най-много самоубийства – Югозападен, Южен централен и Северен централен. Според статистиката само една четвърт от хората с психични разстройства стигат до психиатър. По думите на д-р Румяна Динолова от Националния център за обществено здраве и анализи, останалата част от пациентите или получават лечение само на физическите симптоми, или изобщо не получават никаква медицинска грижа. [149]

## **1.7 Изводи**

1. Паническото разстройство е често разпространен в съвременното общество психичен проблем, който засяга хора в активна възраст и води до социална изолация и сериозно нарушава ежедневието на страдащите от него хора.

2. Диагностиката на паническото разстройство е затруднена от факта, че симптомите му имитират широк диапазон от соматични заболявания и са близки до симптомите на други психични заболявания.

3. Паническото разстройство се лекува чрез комплексна терапия, която включва медикаментозно лечение и психотерапия. Провеждането на комплексна терапия обаче често не се осъществява, тъй като се дава превес на лекарствените методи, без да се прилага психотерапевтична намеса. Това прави лечебния процес бавен или изцяло неосъществим. Много от хората губят доверие в здравеопазната система и отказват всякакъв вид лечение.

4. Информираността относно проблемите на паническото разстройство на ниво първична помощ не е достатъчна, което възпрепятства диагностиката и терапията на паническото разстройство. Много от хората с типична симптоматика, отговарящи на критериите за поставяне на диагноза ПР, не са правилно диагностицирани или получават коректна диагноза след дълъг и изтощителен период. Това затруднява терапевтичния процес и е причина пациентите да спират да търсят помощ от личните лекари във връзка с паническото разстройство.

5. Паническото разстройство е сериозен проблем от икономическа гледна точка, тъй като нанася сериозни загуби заради забавен производствен процес поради честите отсъствия от работа и скъпи изследвания на страдащите от него хора по време на диагностичния процес.

6. Профилактичната дейност може да ограничи случаите на паническо разстройство и да предотврати развитието на вторични психични заболявания.

7. Търсенето на проблемите при диагностиката, лечението и профилактиката на паническото разстройство у нас е в ръцете на различни специалисти. Няма координация, няма изградена мрежа и водещ специалист, който да поеме конкретния случай и да изгради подходящ психотерапевтичен план, за да предпази пациента и да доведе до положителен резултат.

8. Психопрофилактиката на паническото разстройство е подценяван проблем в здравеопазването на различни нива – министерство на здравеопазване, комисия по здравеопазване в народното събрание, центрове за психично здраве, което е и една от причините да няма изградена нормативна база, единни стандарти с регламентирани действия на всеки специалист.

9. В страната има много специалисти завършили специалността психология, но без специална подготовка за психотерапия, психопрофилактика и регламентирано участие в психотерапевтичен екип.

## **II. ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ.**

### **2.1 Цел и задачи на проучването**

#### **2.1.1 Цел**

Целта на настоящето изследване е да установи информираността на пациентите, медицинските специалисти и психолозите относно проблемите при профилактиката, диагностиката и терапията на паническото разстройство и възможностите за прилагане на съвременни подходи с цел превенция и лечение.

#### **2.1.2 Задачи**

1. Установяване на проблемите при диагностиката и терапията на паническото разстройство и възможностите за профилактика.
2. Изследване нивото на информираност за паническото разстройство сред пациенти, ОПЛ, психиатри и психолози.
3. Проучване на удовлетвореността на пациентите от получената медицинска помощ в процеса на диагностика и лечение на паническото разстройство.
4. Установяване на необходимостта от обучение на пациенти, ОПЛ, психиатри и психолози за промяна на отношението към проблемите на паническото разстройство.
5. Анализирание на прилаганите терапевтични методики от ОПЛ, психиатри и психолози с оглед обосноваване на нови подходи, техники и методи на лечение и профилактика.
6. Очертаване на възможностите за създаване на информационни и обучителни материали за прилагане от ОПЛ, психиатри и психолози при повишаване на здравната култура на пациентите и профилактиката на паническото разстройство и вторично отключени психични проблеми.

#### ***ЗАБЕЛЕЖКИ***

1. В разработката са използвани едновременно термините „Пациенти“ и „Клиенти“, тъй като част от изследваните лица с паническо разстройство са търсили помощ само от психолог, без да

посещават медицински специалист. Терминът „Клиент“ е използван, тъй като психолозите без медицинско образование не работят с „пациенти“.

2. Във връзка с провеждането на Анкета С на места в дисертацията е използвана квалификацията психолог/психотерапевт или психолози/психотерапевти, тъй като част от анкетираните психолози имат завършено обучение по психотерапия със съответния документ и определят себе си като практикуващи пълноправни психотерапевти. Останалата част от анкетираните психолози нямат психотерапевтична подготовка и работят предимно в областта на психологическото консултиране. Част от действащите психотерапевти пък имат и медицинско образование.

## **2.2 Методология на проучването**

### **2.2.1 Работна хипотеза**

При диагностиката и лечението на паническото разстройство съществуват проблеми, свързани с информираността за заболяването. Общопрактикуващите лекари работят твърде малко по проблемите на паническото разстройство, психиатрите лекуват предимно чрез медикаментозна терапия и е налице недостиг на квалифицирани кадри за прилагане на психотерапия.

Предположенията ни са, че ако се повиши информираността относно паническото разстройство, ще се повиши здравната култура на пациентите и ще може да се извършва пълноценно лечение и профилактика на заболяването и съпътстващите го вторични здрави проблеми. Ако се работи в посока обучение на общопрактикуващите лекари за работа с хора с паническо разстройство и се изработят подходящи информационни материали, ще се засили ролята на общопрактикуващите лекари в процеса на своевременно откриване и терапия на заболяването.

Смятаме, че ако се изработят стандарти и в тях намери място работата с лица с паническо разстройство, като се очертаят пътищата на комуникация и колаборация между различните видове специалисти, ще се подобри отношението по проблемите на паническото разстройство. Едновременно с това работата със семействата на пациентите би улеснило терапевтичния процес и би ограничило негативните последици на ниво личностни взаимоотношения.

### **2.2.2 Предмет на проучването**

Предмет на проучването са основните проблеми при диагностиката, терапията и профилактиката на паническо разстройство и информираността относно ПР при пациентите, лични лекари, психиатри и психолози.

### **2.2.3 Обект на проучването**

Обект на проучването е работата на медицински и немедицински лица при диагностика, терапия и профилактика на хора с паническо разстройство и поведението на изследваните лица с паническо разстройство.

### **2.2.4 Логически единици единици на проучването**

- пациенти/клиенти с поставена диагноза „Паническо разстройство“ на базата на изискванията за диагностициране, указани в МКБ-10 и DSM-IV.
- общопрактикуващи лекари с действащи практики.
- психиатри, работещи в психиатрични практики.
- психолози със завършена образователна степен „магистър“ с частна или обществена практика.

### **2.2.5 Технически единици**

- Индивидуални и групови практики на общопрактики лекари  
В изследването са включени практики на общопрактикуващи лекари на територията на цялата страна, избрани на принципа на случайния подбор.
- Психиатрични практики  
В изследването са включени психиатрични практики на територията на цялата страна, избрани на принципа на случайния подбор.
- Кабинети на психолози/психотерапевти  
В изследването са включени частни кабинета за психологична помощ и психотерапия на територията на цялата страна.

### 2.3 Характер и обем на проучването

Изследваната **генерална съвкупност** относно лицата с паническо разстройство включва всички пациенти с диагноза „паническо разстройство“ на базата на изискванията за диагностициране, указани в МКБ 10 или DSM-IV, живеещи на територията на България. Според информация от 16 февруари 2015 г. Националният център по обществено здраве и анализи не разполага с данни само за паническото разстройство (епизодична пароксизмална тревожност). Предоставените данни във връзка с настоящето проучване се отнасят само за *хоспитализирани в стационарите на лечебните заведения* през 2013 г. с „невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства“ и *болни под наблюдение на психиатрични заведения, отделения, кабинети и амбулатории* към 31.12.2013 г. с „невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства“. Общият брой на включените в двете групи пациенти е 18 139 души (4110 за първата група и 14029 за втората група). (Табл. 6 и Табл. 7)

**Хоспитализирани случаи / изписани и умрели/ в  
стационарите на лечебните заведения през 2013г. с  
"невротични, свързани със стрес и соматоформни  
разстройства" /МКБ 10 - F40-F48/ по области**

<b>Области</b>	<b>Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства /F40-F48/</b>	
	<b>Брой</b>	<b>На 100000 население</b>
Общо	4110	56,6
Благоевград	16	5,0
Бургас	509	122,9
Варна	508	107,2
В. Търново	104	41,2
Видин	19	19,7
Враца	40	22,2
Габрово	31	26,0
Добрич	147	79,2
Кърджали	74	49,0
Кюстендил	115	87,4
Ловеч	39	28,5
Монтана	35	24,5
Пазарджик	71	26,2
Перник	6	4,6
Плевен	91	34,8
Пловдив	614	90,5
Разград	47	38,7
Русе	274	118,8
Силистра	6	5,1
Сливен	42	21,6
Смолян	23	19,6
София-столица	655	50,2
София	95	39,2
Ст. Загора	255	77,5
Търговище	11	9,3
Хасково	180	74,8
Шумен	85	47,6
Ямбол	18	14,1

**Табл. 6 Статистика за хоспитализираните случаи**

**Болни под наблюдение на психиатричните заведения,  
отделения, кабинети и амбулатории на 31.12.2013  
година с "невротични, свързани със стрес и  
соматоформни разстройства" /МКБ 10 - F40-F48/ по  
области**

<i>Области</i>	Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства /F40-F48/	
	Брой	На 100000 население
<b>Общо</b>	14029	193,6
Благоевград	17	5,3
Бургас	4875	1176,2
Варна	16	3,4
В. Търново	353	140,6
Видин	-	-
Враца	54	30,3
Габрово	160	135,3
Добрич	51	27,6
Кърджали	894	593,6
Кюстендил	45	34,5
Ловеч	585	431,5
Монтана	365	257,8
Пазарджик		
Перник	10	7,8
Плевен	663	255,6
Пловдив	1500	221,2
Разград	604	500,9
Русе	7	3,0
Силистра	-	-
Сливен	591	304,8
Смолян	372	320,1
София-столица	583	44,5
София	274	113,8
Ст. Загора	524	159,7
Търговище	717	609,1
Хасково	384	160,5
Шумен	19	10,7
Ямбол	366	287,8

**Табл. 7 Статистика за случаите под наблюдение**

Изследваната генерална съвкупност относно ОПЛ включва всички общопрактикуващи лекари, работещи на ниво първична медицинска помощ на територията на България;

Изследваната генерална съвкупност относно психиатрите включва всички психиатрични практики, работещи на територията на България;

Изследваната генерална съвкупност относно психолозите включва всички психолози, работещи на територията на България.

### **2.3.1 Обхват на изследването**

Изследването обхваща:

- 100 пациенти/клиенти с диагноза „паническо разстройство“ според критериите за диагностициране на ПР, указани в МКБ-10 или DSM-IV. В случая е трудно определянето на репрезентативна извадка, тъй като няма статистика за точния брой на хората с паническо разстройство. По тази причина е използвана механична извадка, приложена на базата на предварително зададен брой в размер на 100 души с ПР.

- 40 практики на общопрактикуващи лекари, работещи на ниво първична медицинска помощ.

- 10 психиатри на общинска или държавна практика.

- 40 психолози със завършена степен „магистър“ и частни или държавни/общински практики.

#### **Критерии за включване**

- Лица със симптоматика, характерна за паническото разстройство
- Лични лекари, психиатри и психолози с активна практика.
- Желание за доброволно и безпристрастно участие в провежданото проучване.

### **Критерии за изключване**

- Отсъствие на симптоми и диагноза „Паническо разстройство“. (за лицата с ПР)
- Явна демонстрация на отказ от сътрудничество.
- Предоставяне на грешна или изопачена информация.

### **2.3.2 Признаци на проучването**

За логическите единици:

#### *Пациенти с паническо разстройство*

- Демографски и социален статус – пол, възраст, семейство, образование, работа.
- Здравен статус – наличие на хронични физически заболявания, наличие на психични заболявания у лицето, наличие на психични заболявания във фамилната история.
- История на заболяването – предшестващ заболяването период, начало на заболяването, поставяне на диагноза.
- Клинична картина на ПР – симптоми, честота на паническите атаки, ниво на тревожност, наличие или отсъствие на агорафобия, наличие или отсъствие на друго тревожно разстройство, депресия или фобия.
- Терапия на паническото разстройство – медикаментозна терапия, психотерапия, алтернативни методи, резултати;
- Промяна в социалния статус след заболяването – социална изолация, смяна на местоработата, отказ от работата, общуване, интимни и приятелски взаимоотношения.
- Информираност относно негативните последици от заболяването и съпътстващите рискове.

- Информираност и необходимост от информираност на семействата на пациентите относно диагностиката, клиниката и терапията на заболяването.
- Съпричастност на семейството към състоянието.

#### *За личните лекари*

- Образователен ценз – образование, специалност, квалификации, стаж;
- Месторабота и режим на работа – населено място, наличие на допълнително работно място, работа в екип;
- Информираност относно диагностиката на паническо разстройство – изследвания преди поставяне на диагнозата, честота на посещения и диагностициране на пациенти с ПР;
- Информираност относно клиничната картина на заболяването – паническа атака, симптоми, тревожност;
- Информираност относно терапията на паническо разстройство – медикаментозна терапия, психотерапия;
- Информираност относно негативните последици и рисковете, съпътстващи заболяването;
- Установяване на практиката за работа с близките и семействата на пациенти с паническо разстройство.
- Установяване на нуждата от информационни материали за паническото разстройство.

#### *За психиатрите*

- Образователен ценз – образование, специалност, квалификации, стаж, обучение за прилагане на психотерапия, включване в регистъра на психотерапевтите;

- Месторабота и режим на работа – населено място, наличие на второ работно място, работа в екип с лични лекари и психолози;
- Информираност относно диагностиката на паническо разстройство – избор на диагностични указания - МКБ или DSM, фамилна обремененост;
- Информираност относно клиничната картина на заболяването - паническа атака, симптоми, тревожност;
- Изписвана медикаментозна терапия – най-често прилагани медикаменти, странични ефекти, резистентност, пристрастяване, най-ефективни медикаменти;
- Информираност относно необходимостта и вида психотерапевтични методи при пациенти с ПР.
- Информираност относно негативните последици и рисковете, съпътстващи заболяването;
- Честота на случаите паническо разстройство в личната практика – брой пациенти, рецидиви, успешно излекувани пациенти, отказ от лечение.
- Установяване на практиката за работа с близките и семействата на пациенти с паническо разстройство.
- Установяване на нуждата от информационни материали за паническото разстройство.

#### *За психолозите*

- Месторабота и образователен ценз – населено място, образование, специалност, квалификации, стаж, обучение за прилагане на психотерапия, включване в регистъра на психотерапевтите;
- Информираност относно диагностиката на паническо разстройство – избор на критерии според МКБ и DSM, диференциална диагноза;

- Информираност относно причините и клиничната картина на заболяването - паническа атака, симптоми, тревожност;
- Информираност относно медикаментозна терапия – прилагани медикаменти, странични ефекти, резистентност, пристрастяване, най-ефективни медикаменти;
- Информираност относно необходимостта и вида психотерапевтични методи при пациенти с ПР - най-често прилагани психотерапевтични методи, вид, честота, продължителност, ефективност.
- Информираност относно негативните последици и рисковете, съпътстващи заболяването;
- Честота на случаите паническо разстройство в личната практика – брой пациенти, рецидиви, успешно излекувани пациенти.
- Причини за отказ от терапия от страна на клиента/пациента.
- Установяване на нуждата от информационни материали за паническото разстройство.

#### **За техническите единици**

- Географско разположение;
- Капацитетни възможности на лекарските практики и кабинетите на психолози/психотерапевти;
- Посещаемост.

#### **2.3.3 Място и време на изследването**

Изследването е проведено на територията на Република България в рамките на 16 месеца – от февруари 2014 до юни 2015 г.

### 2.3.4 Органи на проучването

Дейностите по реализиране на изследването са проведени от автора на настоящата научна разработка – Анна Михайлова Маринова, магистър по психология, асистент към филиал „Проф. д-р Иван Митев“-Враца към Медицински университет София.

## 2.4 Методи

### 2.4.1. Социологически методи:

Основни информационни източници:

1. Мнението на пациентите относно личните им преживявания при появата, проявяването, поставянето на диагнозата и терапията на паническо разстройство
2. Мнението и опитът на медицински и немедицински специалисти, работещи с хора с ПР, относно честотата на случаите на паническо разстройство, диагностиката, клиниката, терапията, работа с пациенти и техните семейства и необходимостта от информационни материали

За изследване на мнението и опита на обхванатите лица е използвана социологическа методика с качествени и количествени параметри с цел идентифициране на проблемите на генералната съвкупност.

За реализиране на проучването са разработени четири вида анкетни карти и един въпросник:

- **Пряка/непряка индивидуална анонимна анкета за хора с паническо разстройство. Анкета карта А** (Приложение 1) се състои от 71 въпроса, които биват отворени, затворени и полузатворени. Част от респондентите са анкетирани индиректно, тъй като предоставят отговори на въпросите в анкетната карта чрез електронна поща или социалните мрежи. Останалата част са анкетирани директно, в спокойна обстановка и в присъствието на органите на изпълнение на проучването. Въпросите в Анкетна карта А засягат

появата, диагностиката и клиниката на паническото разстройство, предхождащите събития, съпътстващите фактори, честотата на паническите атаки, симптомите, най-честите проблеми при диагностиката и терапията на ПР, необходимостта от информираност, нивото на удовлетвореност от медицинската и психологическа помощ.

Част от респондентите са подбрани сред членовете на форум групи за взаимопомощ на хора с паническо разстройство в социалната мрежа Facebook. Останалата част са доброволно участващи клиенти/пациенти на частни или обществени лекарски или психологични практики на територията на цялата страна.

- **Пряка индивидуална анонимна анкета за личните лекари. Анкетна карта В** (Приложение 2). Анкетната карта се състои от 43 въпроса, които биват отворени, затворени и полузатворени. Въпросите засягат характеристиките на лекарската практика, обученост на медицинското лице, информираност относно паническото разстройство, най-често срещани проблеми при работа с пациенти с ПР и техните семейства, необходимост от информационни материали и обучения за работа с хора с ПР. Анкетирането е проведено групово - по време на общи събрания, симпозиуми или конференции на лични лекари от цялата страна в присъствието на органите на изпълнение на проучването, както и индивидуално – в кабинетите на личните лекари в спокойна обстановка и в присъствието на органите на изпълнението.

- **Пряка индивидуална анонимна анкета за психолозите/психотерапевтите. Анкетна карта С** (Приложение 3). Анкетната карта се състои от 30 въпроса, които биват отворени, затворени и полузатворени. Въпросите засягат характеристиките на практиката на психолозите, обученост за работа с хора с тревожни разстройства, информираност относно паническото разстройство, най-често прилагани терапии, често срещани необходимост от информационни материали и обучения за работа с хора с ПР. Анкетирането е

проведено индивидуално при лични срещи с респондентите и в присъствието на органите на изпълнение на проучването

- **Пряка/непряка индивидуална анонимна анкета за психиатри. Анкетна карта D** (Приложение 4). Анкетата се състои от 34 въпроса, които биват отворени, затворени и полузатворени. Респондентите са анкетиран директно, в спокойна обстановка и в присъствието на органите на изпълнение на проучването, и индиректно – чрез електронната поща в интернет. Въпросите в Анкетна карта D засягат честотата на посещение на хора с ПР, видовете терапия, ефективността на терапията, информираността на специалистите относно симптомите и рисковете от ПР, необходимостта от информираност относно ПР, проблемите при терапията на ПР.

- **Диагностичен въпросник за ПР**

Диагностичният въпросник (Приложение 5) се състои от 8 въпроса. Въпросникът установява наличието на паническо разстройство и степента на тежест на ПР при всеки конкретен пациент. Изготвен е на базата на чуждестранен опит и в основата му стоят диагностичните критерии, фигуриращи в МКБ-10 и DSM-IV.

Всички респонденти, на които е предоставена Анкетна карта А, са оговорили предварително на въпросите в диагностичен въпросник за Паническо разстройство (Приложение 5) с цел правилно диференциране на диагнозата. Причината е, че голяма част от хората с паническо разстройство нямат поставена диагноза от медицинско лице или психолог, а се определят като „самодиагностицирали се“. Целта е предварително да бъде установено, че всички респонденти отговарят на диагностичните критерии за наличието на паническо разстройство.

#### **2.4.2 Документален метод**

Преглед на закони, нормативни документи, стандарти, методики, информационни сайтове в интернет, форуми за взаимопомощ и психологическа подкрепа и т.н.

Във връзка със сибаране на информация е извършен ретроспективен анализ на нормативни документи, методики и международни стандарти относно прилагането на медицински, психиатрична, неврологична и психологична помощ и във връзка с диагностиката и терапията на паничечско разстройство.

За установяване на размера на проблема са проучени интернет сайтове и форуми за психологическа помощ и подкрепа на хора с паничечско разстройство и други тревожни разстройства. Посетени са отворени и затворени групи за хора с паничечско разстройство в социалната мрежа Facebook и са провеждани дискусии с членовете.

#### **2.4.3 Статистически метод**

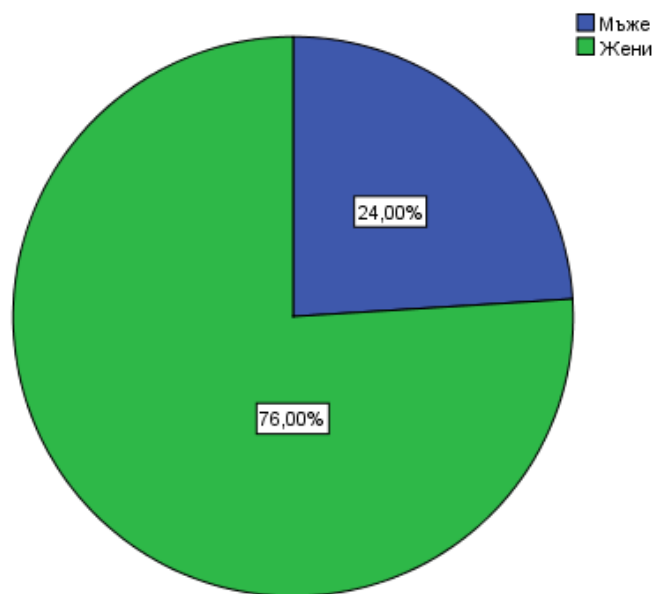
Данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19. с качествени и количествени параметри за идентифициране на проблемите. Резултатите са представени в таблици, графики и диаграми.

### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

#### 3.1 Социално-демографски профил и здравен статус на изследваните лица с ПР

Според резултатите от проучването по-голямата част от изследваните лица с паническо разстройство са от женски пол – 76% , а по-малката част - 24%, са от мъжки. Това доказва статистиката, че жените по-често страдат от ПР, в сравнение с мъжете. (Фиг.2 ) Средната възраст на респондентите е 34,4 години, като най-младият участник в изследването е на 16 г., а най-възрастният – на 51 г.

#### Полова принадлежност на лицата с паническо разстройство



**Фиг. 2** Разпределение по пол на лицата с паническо разстройство

Почти всички изследвани лица с ПР живеят в град – 94%, като съвсем малка част от анкетираните живеят в село – едва 6%. (Фиг. 3) Този факт може да се разглежда като доказателство за теорията, че паническото разстройство е характерно за забързания и натоварен градски живот.



**Фиг. 3** Разпределение по местоживеене на лицата с ПР

При анализа на резултатите от анкетното проучване става ясно, че пациентите с паническо разстройство са предимно хора с висок образователен ценз – 69% от респондентите са с висше образование, като 35% са с образователна степен „бакалавър“ и 34% - с образователна степен „магистър“. 8% от анкетираните имат образователно-квалификационна степен „специалист“ (полувисше образование) и 21% са със завършено средно образование. Едва 2% от изследваните лица с паническо разстройство имат основно образование, като един от респондентите е на възраст от 16 г. и все още е ученик в среднообразователната система. (Фиг. 4)



**Фиг. 4** Образователен ценз на лицата с паническо разстройство

Според данните от проучването, по-голямата част от пациентите с паническо разстройство са семейни – 67%. Процентът на хората, които нямат брачен партньор или не живеят на семейни начала с никого е едва 20%, като 100% от тях са млади жени на възраст под 29 г. Респондентите със семеен статус „разведен“ са едва 10%. (Фиг. 5) Вдовец/вдовица – 1% и в процес на развод или раздяла – 2%.



**Фиг. 5 Семеен статус на лицата с паническо разстройство**

Данните от проведената анкета показват, че по-голямата част от изследваните лица с паническо разстройство са родители на едно и повече деца. Родители на едно дете са 49% от респондентите, а на две деца – 29%. Само 2% от анкетираните имат три деца, а 20% все още не са станали родители. Сред респондентите няма многодетни родители. (фиг. 6)



**Фиг. 6 Родителски статус на лицата с паническо разстройство**

Въпреки че 20% (Фиг.5) от изследваните лица с паническо разстройство нямат брачен партньор или не живеят с никого на семейни начала, цели 96% от анкетираните са в съжителство с други хора. Това става ясно от въпроса „Вие живеете с...?“, на който само 4% са посочили отговор „самотноживеещ“. Повече от половината респонденти са отговорили, че живеят със съпруг и деца – 58%, а 11% са членове на разширено семейство – съпруг, деца и родители. Само с родителите си живеят 14% от анкетираните и само със съпруга си – 10%. Най-малък е процентът на живеещите само с децата си – едва 2%. 1% от анкетираните е посочил отговор „Друго“, без да уточнява подробности за съжителството си с някого (Фиг. 7)

*Във въпросите са включени квалификациите „живеещ на семейни начала“, тъй като общата статистика за страната показва, че броят на сключващите брак българи е все по-малък. Все по-голяма част от българите предпочитат да живеят на семейни начала с партньор, без да имат граждански брак с него. Уточнението е необходимо с цел максимална обективност на изследването.*



**Фиг. 7** Разпределение на лицата с паническо разстройство според съжителството им с други лица

Въпреки наличието на паническо разстройство при изследваните лица, по-голямата част от тях са работещи хора – 88% посочват отговор, че работят и едва 12% не работят. Сред работещите преобладават тези, които са заети на пълен работен ден – 62%, следвани от работещите на непълен работен ден – 17%. Респондентите, които работят от дома си, са 4%, а почасово работещите – 5% (Фиг. 8)



**Фиг. 8** Заетост при изследваните лица с ПР

Като цяло се оказва, че по-голямата част от изследваните лица с паническо разстройство не страдат от хронични заболявания и са в добро общо здравословно състояние – 68%. При останалите 32% се наблюдават хронични заболявания, част от които са типично психосоматични (астма, диабет, хипертония, заболявания на щитовидната жлеза). (Табл.8)

***Забележка:** В анкетата са включени заболявания, при които следва да се направи диференциална диагноза.*

ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦАТА С ПР	Честота в проценти
Астма	8%
Друго белодробно заболяване	2%
Пролапс на митралната клапа	2%
Друго сърдечно заболяване	1%
Диабет	4%
Епилепсия	1%
Заболяване на щитовидната жлеза	8%
Хипертония	5%
Друго	1%
Не страдам от изброените заболявания	68%

**Табл. 8 Хронични заболявания при лицата с ПР**

### 3.2 Професионален профил и характеристика на медицинските специалисти и психолози, участвали в изследването

Включените в изследването лични лекари имат практики в 15 различни градове и села на територията на страната. Най-голям е процентът на изследваните общопрактикуващи лекари от Враца, Бяла Слатина, Мездра и Вършец. При психиатрите най-много са изследваните лица от Враца и Велико Търново, а при психолозите – София и Велико Търново (Табл. 9).

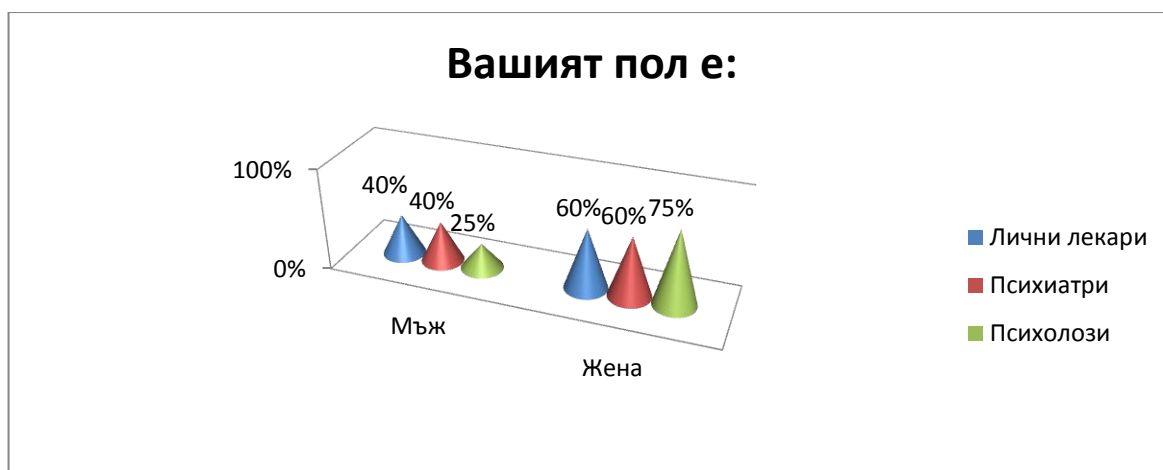
Размерът на практиките при личните лекари е от 899 до 14 503 души. Прави впечатление големият процент на ОПЛ-та, отказали да посочат размер на своите практики. Цели 67,5% не са предоставили данни по този въпрос.

ГРАД/СЕЛО	БРОЙ	ПРОЦЕНТ
<b>ЛИЧНИ ЛЕКАРИ</b>		
Белоградчик	3	7,5%
Берковица	1	2,5%
Бъркачево	1	2,5%
Бяла Слатина	6	15%
Враца	8	20%
Вършец	6	15%
Ловеч	1	2,5%
Мездра	5	12,5%
Монтана	3	7,5%
Пловдив	1	2,5%
Роман	1	2,5%
Сливен	1	2,5%
Соколаре	1	2,5%
Ямбол	1	2,5%
<b>ПСИХИАТРИ</b>		
Бургас	1	10%
Варна	1	10%
Велико Търново	2	20%
Враца	4	40%
Пловдив	1	10%
София	1	10%
<b>ПСИХОЛОЗИ</b>		
Бургас	3	7,5%
Варна	3	7,5%
Велико Търново	5	12,5%
Видин	2	5%
Враца	3	7,5%
Ловеч	1	2,5%
Монтана	1	2,5%

Пловдив	2	5%
Русе	4	10%
София	14	35%
Стара Загора	2	5%

**Табл. 9** Процентно разпределение на изследваните специалисти по местоживеене

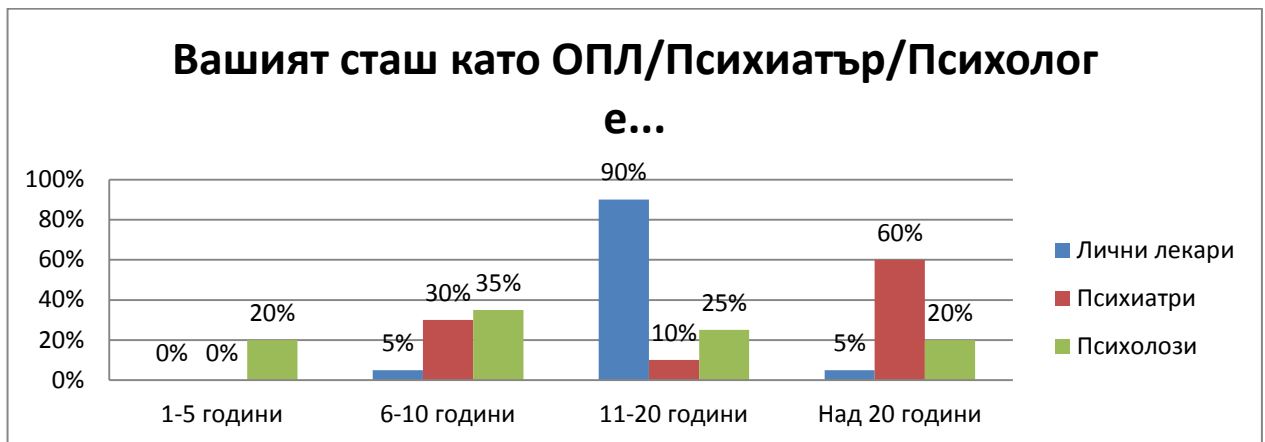
По-голямата част от анкетираните медицински специалисти и психолози са жени (Фиг.9) с дългогодишна практика. (Фиг.10)



**Фиг. 9** Разпределение на изследваните специалисти по пол

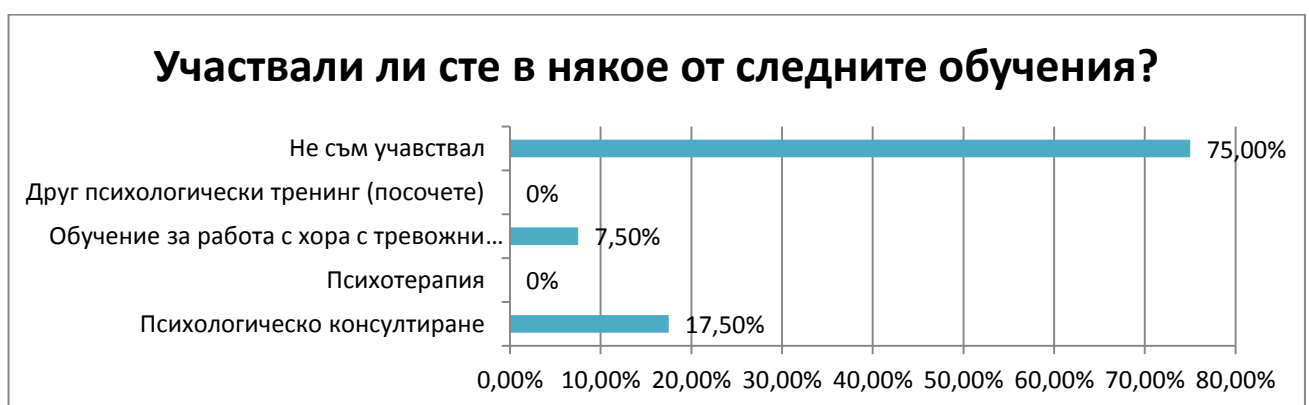
Фактът, че при личните лекари най-голям е процентът на лицата със стаж между 11 и 20 години (90%) говори, че специалистите са завършили образованието си преди достатъчно много време. През този период, поради динамичността на ежедневието и съвременния живот, са настъпили множество промени във връзка с общественото здраве. Ако лекарите не са били допълнително обучавани или самите те не са обогатявали познанията си чрез допълнителни материали, е възможно да не са наясно с измененията, настъпили във връзка с т.нар. заболявания на съвременното общество. Допълнителни обучения са необходими, за да се осъвременяват терапевтичните методи и да се прилагат по-малко консервативните подходи на лечение. При психиатрите давността на трудовия стаж е още по-голям – тук най-голям е процентът на

специалистите с практика над 20 години (60%). При психолозите тази статистика е по-благоприятна. (Фиг. 10)



**Фиг. 10 Трудов стаж на изследваните специалисти**

Едновременно с това може да се предполага, че по-голямата част от личните лекари нямат достатъчно добри познания за работа с хора с психични проблеми, тъй като повечето от тях не са участвали в никакво обучение за работа в посока психично здраве. Цели 75% посочват, че не са участвали в тренинг в областта на психологията. Едва 7,5% заявяват, че са били включвани в обучение за работа с хора с тревожни разстройства. От анкетираните ОПЛ-та 17,5% посочват, че са участвали в обучение в областта на психологическото консултиране. (Фиг.11)



**Фиг. 11 Обучение за работа с хора с психични проблеми при ОПЛ**

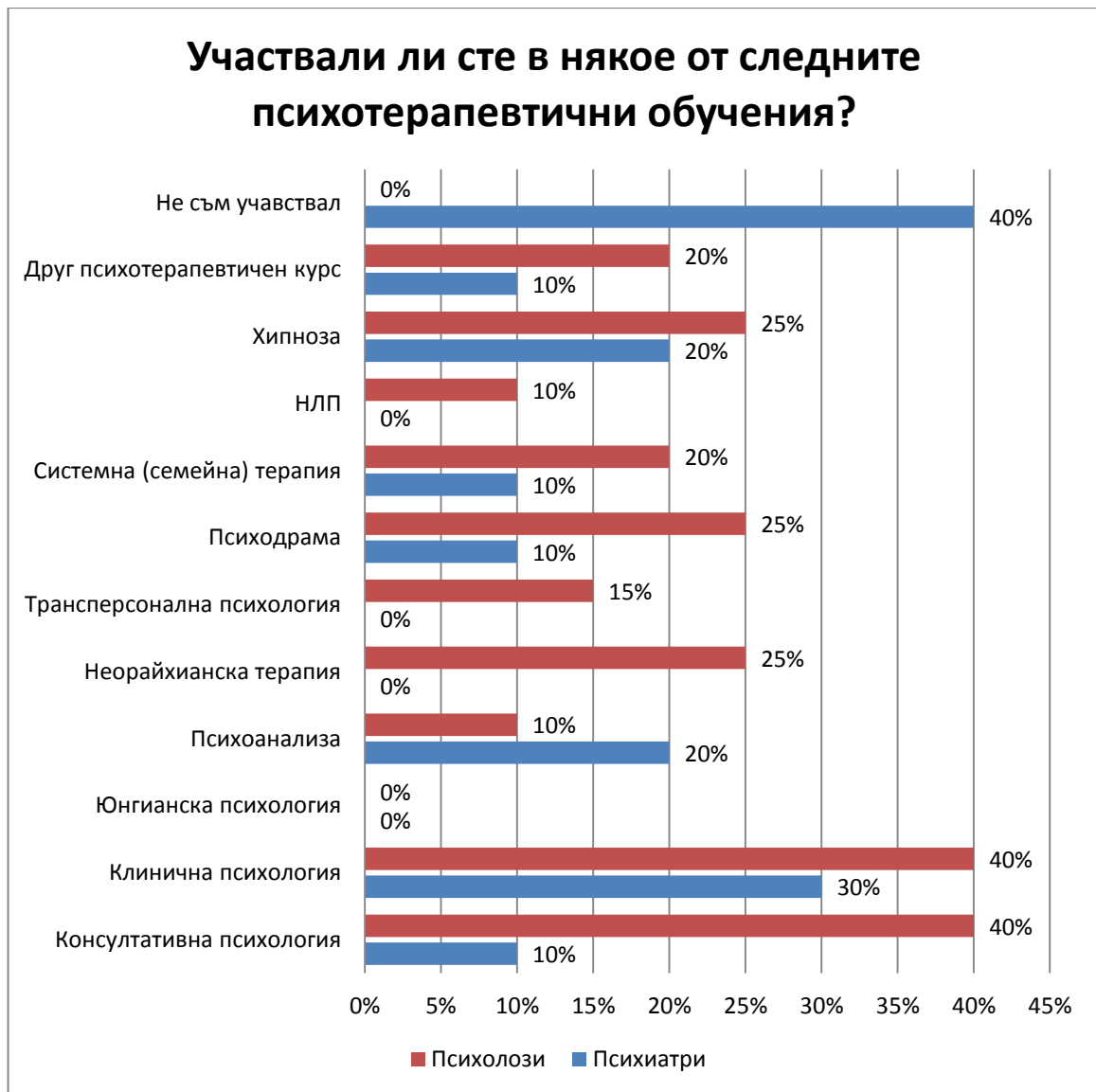
При психолози и психиатри се наблюдава интересна статистика относно обучението им в различни психотерапевтични и консултативни школи. В анкетата

са изброени традиционни и нови психотерапевтични течения, които се прилагат в световната практика за третирането на случаи на паническо разстройство. При психиатрите се регистрира слабо участие в подобни обучения – цели 40% заявяват, че не са участвали в нито един тренинг от изброените. За разлика от тях 100% от анкетираните психолози имат поне по едно преминало обучение от изброените.

Сред психиатрите най-голям е процентът на преминалите обучение „клинична психология“ – 30%, хипноза – 30% и психоанализа – 30%. Прави впечатление, че това са сравнително консервативни школи, прилагани в психиатричната практика от години.

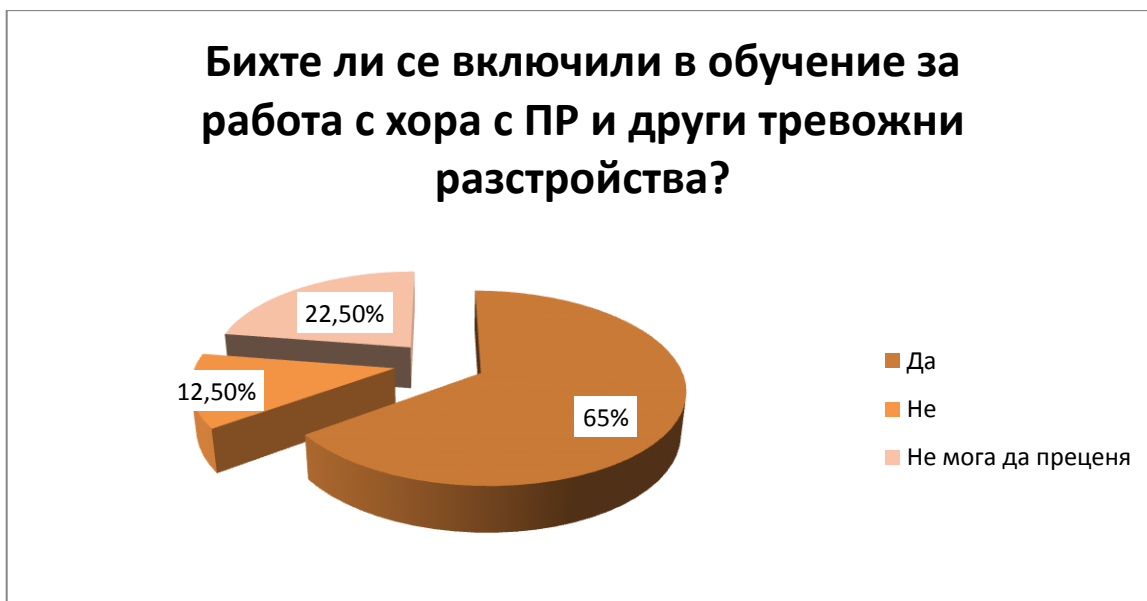
При психолозите най-голям е процентът на преминалите обучение по консултативна и клинична психология – съответно по 40%. Следват хипноза, психодрама и неорайхианска терапия – съответно по 25%. Отговор „друг психотерапевтичен курс“ е посочен от 10% от психиатрите и 20% от психолозите. Сред изброените обучения са когнитивно-поведенческа терапия, арттерапия, биофийдбек, системни констелации и социална терапия – нови и сравнително нови направления в психологията с подчертана насоченост и ефективност при лечението на тревожни разстройства. (Фиг. 12)

*Забележка: Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като някои от анкетираните са посочили повече от един отговор.*



**Фиг. 12 Специализирано обучение при психиатри и психолози**

Въпреки факта, че ОПЛ-тата нямат специална подготовка за работа с хора с паническото разстройство и други тревожни разстройства, по-голямата част от тях биха се включили в такова обучение – 65%. От анкетираните лични лекари обаче 12,5% заявяват, че не биха участвали в обучение за работа с пациенти с тревожни разстройства, а 22,5% не могат да преценят дали извяват подобно желание. Липсата на достатъчно познания за работа с хора с тревожни разстройства и желанието за професионално развитие могат да бъдат разглеждани като вероятни мотиви за желанието на ОПЛ-тата за включване в подобно обучение. (Фиг.13)



Фиг. 13 Желание за обучение за работа с хора с тревожни разстройства при общопрактикуващите лекари

Интересна е статистиката, че 40% от психиатрите също не са преминали обучение за работа с хора с тревожни разстройства, въпреки че най-често този тип пациенти биват направлявани към психиатричните кабинети. Психиатрите изразяват висока степен на готовност за включване в подобно обучение като само 20% са категорични, че не биха се включили. (Табл. 10)

ПСИХИАТРИ	Да	Не
Участвали ли сте в обучени за работа с хора с тревожни разстройства?	60%	40%
Бихте ли участвали в обучение за работа с хора с тревожни разстройства?	80%	20%

Табл. 10 Желание за обучение за работа с хора с тревожни разстройства при психиатрите

### 3.3 Проблеми при диагностиката и терапията на паническо разстройство

При анализ на давността на заболяването при изследваните лица се установява, че при по-голямата част от тях разстройството съществува от достатъчно дълъг период. При 59% от респондентите паническото разстройство

се е отключило преди повече от 5 години. Между тях най-голям е процентът на хората, при които заболяването датира в периода от преди 5 до 10 години – 26%, следвани от 20%, при които ПР съществува отпреди 10 до 15 години и 13%, при които разстройството е налице отпреди повече от 20 години. 13% от всички изследвани лица посочват, че заболяването при тях се е отключило преди 1 до 2 години, 10% - преди 3 до 4 години, 11% - преди 2 до 3 години и 6% - преди година. Най-малък е процентът на хората, при които началото на разстройството е регистрирано преди половин година – 1%. (Фиг. 14)



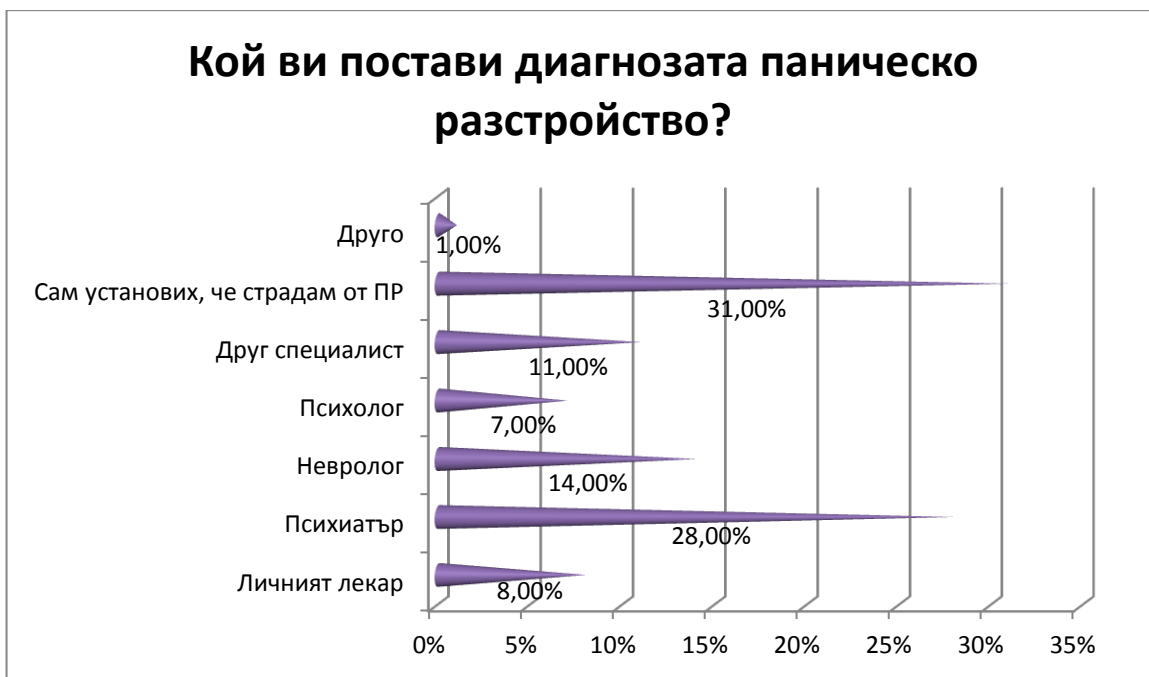
**Фиг. 14 Давност на заболяването при лицата с ПР**

Прави впечатление, че въпреки голямата давност на заболяването при повечето от респондентите, никой от тях не е напълно излекуван от състоянието. При подбора на анкетираните и попълването на диагностичния въпросник (Приложение 5) при всички тях се наблюдава наличие на тревожност и симптоми на паническо разстройство в различни степени – от най-ниско до най-тежко.

Във връзка с поставянето на диагноза „паническо разстройство“ е притеснителна тенденцията голяма част от анкетираните да се определят като „самодиагностицирали се“. На въпроса „Кой за пръв път ви постави диагноза „паническо разстройство“?, 31% от респондентите посочват отговора „Сам установих, че страдам от паническо разстройство“.

Анализът на отговорите на същия въпрос показват и друг притеснителен факт – изключително нисък е процентът на личните лекари, поставили диагноза „паническо разстройство – едва 8%. Дялът на поставилите диагноза „паническо разстройство“ ОПЛ-та е много малък, като се има предвид, че те обичайно са първичното звено, където първоначално попадат пациентите с паническо разстройство. Значително голям е процентът на психиатрите, поставили диагноза „паническо разстройство“ – 28%.

Респондентите отговарят също, че невролог е поставил за пръв път диагноза ПР в 14% от случаите и психолог в едва 7% от случаите. Това показва, че страдащите от паническо разстройство рядко попадат в кабинета на психолог в началото на заболяването и в тази фаза почти не търсят психотерапевтична помощ. В 11% от казусите диагнозата „паническо разстройство“ е поставена от друг специалист и при 1% - от специалисти в Спешен център, като това пояснение е дадено от лице, посочило графа „друго“. (Фиг.15)



**Фиг. 15 Вид специалист, диагностицирал наличието на ПР**

Едновременно с това от проучването сред личните лекари също става ясно, че според тях пациентите с паническо разстройство, които ги посещават, са сравнително малко. ОПЛ-тата твърдят, че процентът на пациентите с паническо разстройство, изчислен като част от общия обем на тяхната практика, се движи от 1% до максимум 30%, или средно – 7,2%. Прави впечатление, че 40% от личните лекари не са посочили в отговор на отворения въпрос никакви данни за предполагаемия според тях процент на пациенти с паническо разстройство. Това говори или за слаба мотивация за сътрудничество при провеждането на проучването, или за затруднения при определяне броя на посещаващите ги хора с ПР.

За сравнение – сред психолозите двойно по-малко, 20%, са отказали да посочат конкретен процент на същия въпрос, а при психиатрите – 100% са дали отговор. (Табл. 11)

По ваши наблюдения какъв процент от пациентите/клиентите ви са с паническо разстройство?		
	Процент	Без отговор
Общопрактикуващи лекари	От 1 до 30% (усреднено 7,2%)	40%
Психиатри	От 1 до 30% (усреднено 13,8%)	0%
Психолози	От 5 до 70% (усреднено 21,9)	20%

**Табл. 11 Процент пациенти/клиенти с ПР при различните видове специалисти**

На затворен въпрос „Посещават ли ви често пациенти с паническо разстройство?“ трите групи анкетирани специалисти отговарят сравнително еднородно. Най-голям и в трите групи е процентът на посочилилите отговор „Да“ – за ОПЛ – 45%, за психиатри – 60%, за психолози – 50%. Също голям е процентът на личните лекари и психиатрите, отговорили с „Да, но много рядко“ – съответно 42,5% и 40%. (Фиг. 16) На този въпрос са отговорили 100% от анкетираните и в трите групи специалисти.

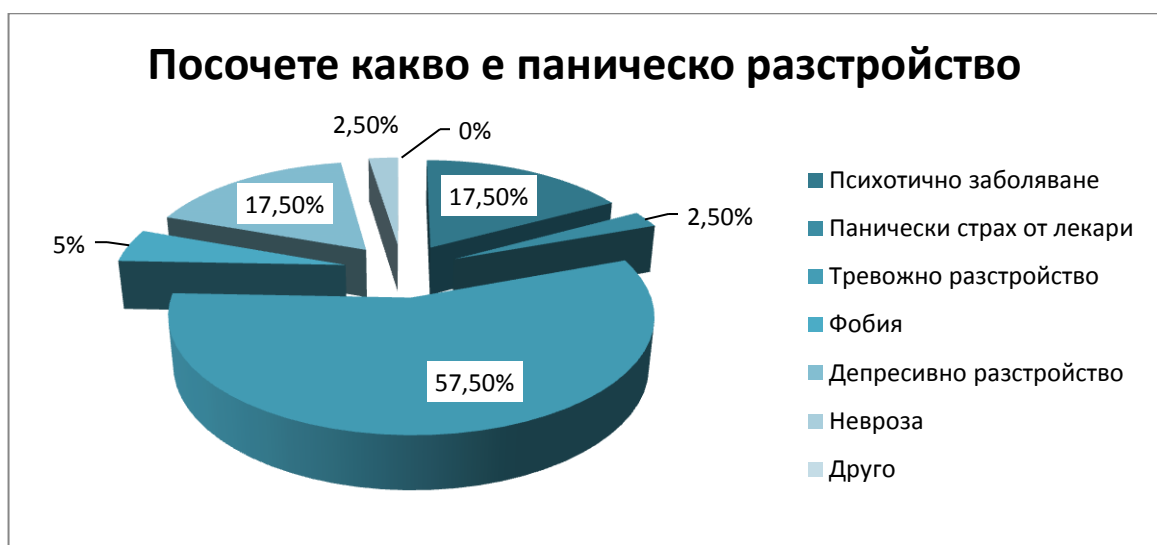


**Фиг. 16 Честота на посещение на лица с ПР при различните специалисти**

Въпреки че паническото разстройство е достатъчно разпространено, а симптомите, евентуалните причини и методите за терапия са описани в МКБ и DSM, оказва се, че голяма част от медицинските специалисти и психолозите не са наясно с особеностите на състоянието. Това възпрепятства поставянето на правилна диагноза и постигането на физическо и психично здраве при хората с ПР във всички аспекти на здравеопазването – профилактика, диагностика и терапия.

От проучването става ясно, че голяма част от самите общопрактикуващи лекари не знаят какво точно представлява паническото разстройство. На въпроса „Посочете какво е паническо разстройство“ медицинските специалисти отговарят разнородно. Категорични, че става дума за тревожно разстройство са 57,5% от анкетиранияте. 17,5% обаче отговарят, че ПР е психотично разстройство, а други 17,5% посочват, че е депресивно разстройство. 5% твърдят, че става дума за фобия, 2,5% - че ПР е невроза, и изненадващи 2,5% - че е панически страх от лекари. (Фиг. 17)

*Забележка: Общият процент надхвърля 100, тъй като някои от респондентите са дали повече от един отговор.*



**Фиг. 17** Дефиниция на паническо разстройство според ОПЛ

Неяснота сред медицинските специалисти се наблюдава и по отношение на това какви са преобладаващите оплаквания на пациентите с ПР. Само 7,5% от личните лекари са посочили, че еднакво преобладаващи са физическите, психическите и поведенческите проблеми, както е в действителност. Притеснително е, че психиатрите съвсем не отчитат наличието на поведенчески оплаквания – 0% са посочили този отговор. Всъщност поведенческите симптоми като отбягване на конкретни ситуации, чести отсъствия от работа и др. имат най-голямо значение за промяната на ежедневиия ритъм на живот и социалния живот на пациентите с ПР. (Табл. 12)

### Какви са най-честите оплаквания на хората с ПР

	ОПЛ	Психиатри
<b>Физически</b>	27,5%	20%
<b>Психически</b>	27,5%	30%
<b>Поведенчески</b>	22,5%	0%
<b>Физически и психически</b>	15%	50%
<b>Физически, психически и поведенчески</b>	7,5%	0%
<b>Друго</b>	0%	0%

**Табл. 12 Преобладаващи симптоми при хората с ПР според медицинските специалисти**

Проучването показва, че по-голямата част от личните лекари и психиатрите са напълно наясно от необходимостта от психотерапия или психологическа помощ за успешното лечение на състоянието. (Табл. 13) Въпреки това практиката сочи, че и двата вида медицински специалисти почти не работят в тази насока или не изпращат пациентите си при квалифициран специалист. В повечето случаи повечето се предписва единствено медикаментозно лечение.

### Какво лечение предписват на пациентите с ПР?

	<b>ОПЛ</b>	<b>Психиатри</b>
<b>Медикаментозна терапия</b>	7,5%	10%
<b>Психотерапия/психологическа помощ</b>	12,5%	10%
<b>Комплексна терапия – медикаменти и психотерапия</b>	77,5%	50%
<b>Друго</b>	2,5% %	30%

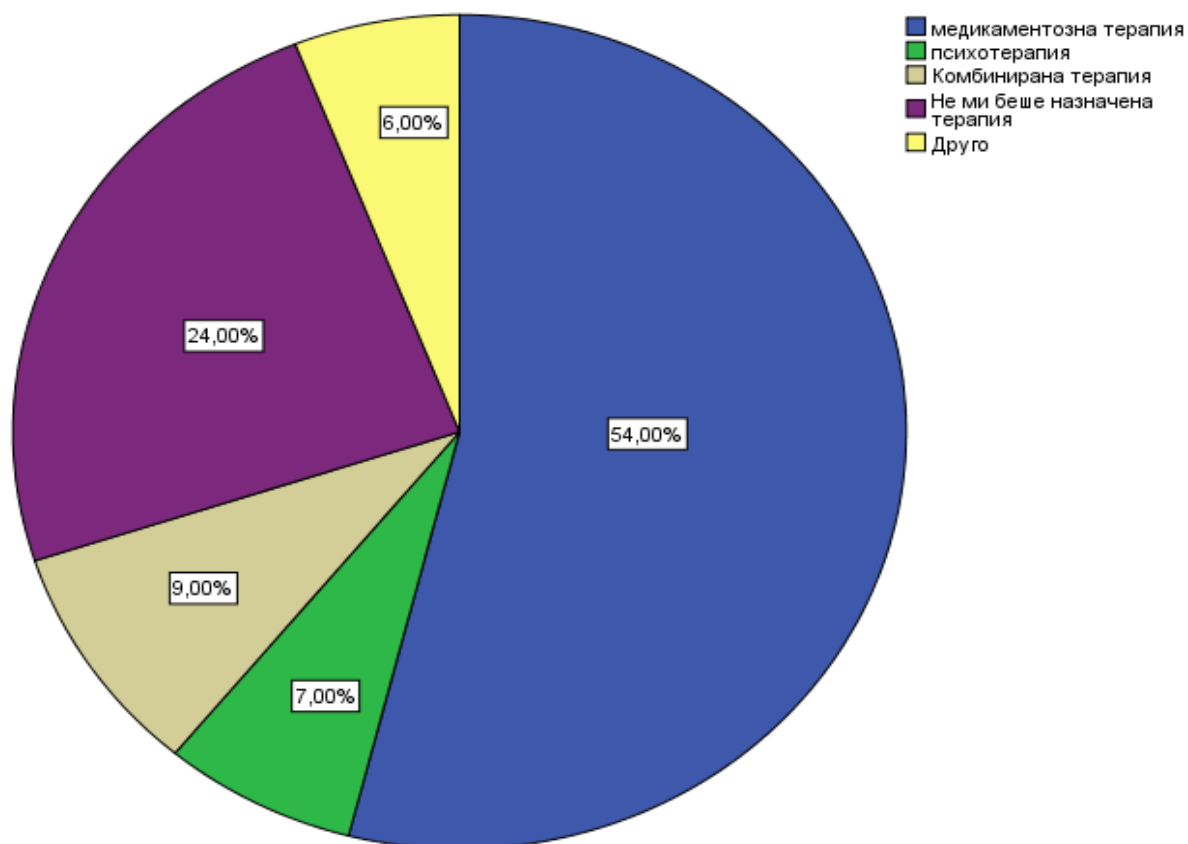
**Табл. 13 Терапия при пациентите с ПР според медицинските специалисти**

При всички случаи отговорилите с „Друго“ на въпроса поясняват, че изборът на терапия е индивидуален според поносимостта на пациентите към медикаментите и вида на психотерапията

Резултатите от изследването при лицата с ПР също доказват драстичното разминаване между теоретичните знания на медицинските специалисти относно терапията и практическо приложения. Отново, въпреки яснотата относно необходимостта от психотерапевтична намеса, медицинските специалисти са предписали предимно медикаментозна терапия на своите пациенти – 54%. (фиг. 18)

Притеснителен е фактът, че голяма част от анкетираните лица с паническо разстройство са останали без никакво лечение – цели 24%. Драстично малък е дялът на хората, на които е била предписана комбинирана терапия – едва 9%.

## Каква терапия ви беше назначена?



**Фиг. 18 Назначена терапия за лечение на ПР според лицата с паническо разстройство**

Данните от проучването сред лицата с ПР показва още, че те са били слабо информирани от страна на медицински специалист относно необходимостта от психотерапевтична намеса. Цели 54% от респондентите сами са открили информация относно нуждата от психотерапия. Подробни разяснения са получили едва 8% от анкетираните. Фактът е още едно доказателство за това, че пациентите остават неинформирани за необходимостта от посещение при психолог/психотерапевт. (Фиг. 19)



**Фиг. 19 Информираност относно необходимостта от психотерапия според данни на лицата с ПР**

### **3.4 Психологът/психотерапевтът – прескачаното терапевтично звено**

Въпреки че психотерапията и психологическото консултиране са важна, а според някои – задължителна и основна компонента при лечението на ПР, пациентите често не се възползват от нея. Една от основните причини е пълната неяснота сред пациенти и дори сред медицински специалисти относно това кой има право да предоставя психотерапевтична или психологическа помощ.

Най-голям е процентът на общопрактикуващите лекари, които са на мнение, че психиатър може да оказва психотерапевтична помощ – 70%. 50% посочват психолог, 32,5% - клиничен психолог, 2,5% - педагог и 27,5% - лекар (Фиг. 20)



**Фиг. 20** Специалисти, оказващи психотерапевтична помощ според общопрактикуващите лекари

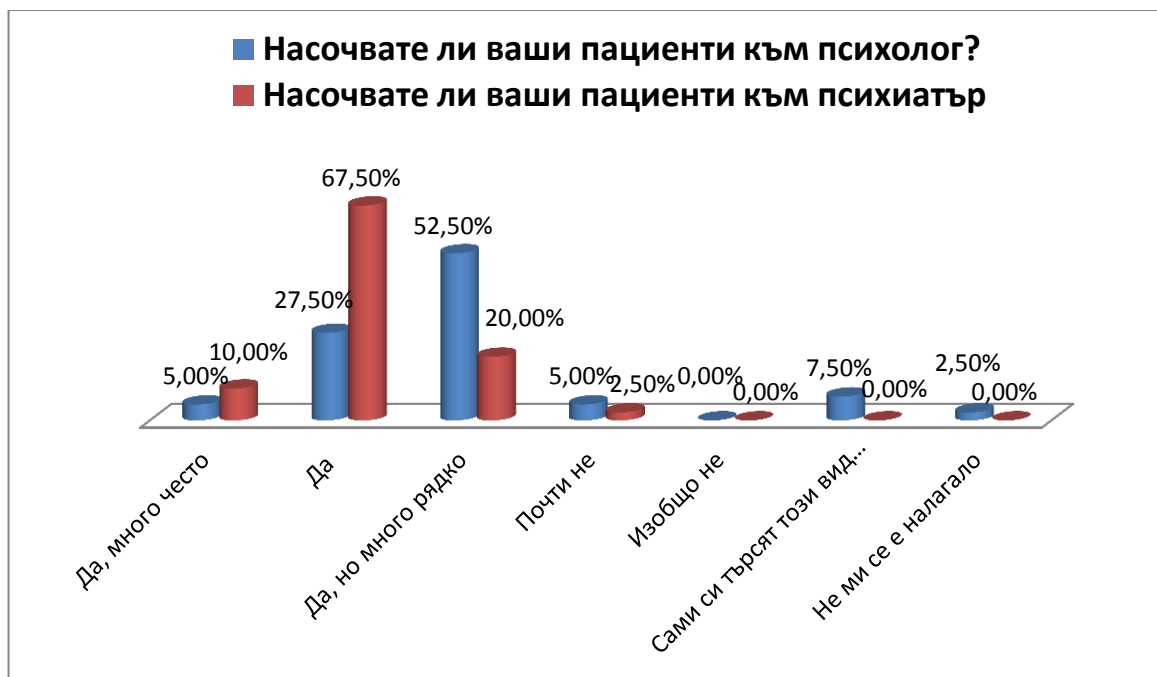
След като самите медицински специалисти не са наясно относно това кой може да предоставя психотерапевтична помощ или психологическа подкрепа, съвсем логично пациентите също да потъват в неяснота.

Проучването показва, че личните лекари много рядко изпращат своите пациенти при психолог. В повечето случаи те ги насочват към психиатър. Така хората с паническо разстройство и други пациенти, нуждаещи се от психотерапевтична помощ като задължителна компонента при терапията на техния медицински проблем, остават неинформирани, че трябва да потърсят психологическа помощ.

Почти половината от ОПЛ-тата – 52,5%, твърдят, че са насочвали свои пациенти към психолог, но много рядко. С „Да“ отговарят 27,5% от общопрактикуващите медицински специалисти, а с „Да, много често“ – едва 5%. Други 5% заявяват, че почти не изпращат пациентите си на психолог, а 7,5%

твърдят, че пациентите сами си търсят този вид специалист. При 2,5% от личните лекари не се е налагало да насочват някого към психолог.

За сравнение цели 67,5% от ОПЛ-тата отговарят с „Да“ на въпроса „Насочвате ли ваши пациенти към психиатър?“. „Да, много често“ отговарят 10%, а с „Да, но много рядко“ – 20%. Само 2,5% посочват отговор „Почти не“. (Фиг. 21)



**Фиг. 21 Насочване на пациентите с ПР към психолог и психиатър по данни на общопрактикуващите лекари**

Едновременно с това психолозите посочват, че посетилите ги клиенти с паническо разстройство в повечето случаи сами са се насочили към тях – 75%, чрез техен роднина или приятел – 55%, били са посъветвани от друг клиент със същия проблем - 40%, или са взели това решение на базата на информация, прочетена в интернет – 35%. Тревожно малък е процентът на хората, които са потърсили психолог, след като са били насочени от медицински специалист – едва 20%. (Фиг. 22)

**Забележка:** Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като някои от анкетираните са посочили повече от един отговор.



**Фиг. 22 Насочване на лицата с ПР към психолог – по данни на психолози/психотерапевти**

За да се установи зависимостта между информираност относно необходимостта от психотерапия и посещаемост при специалист, оказващ психологическа помощ, беше извършено изследване на корелационна зависимост чрез регресионен анализ.

Изследваните променливи са „Беше ли ви разяснено от лекар, че ПР се лекува най-успешно в комбинация с психотерапия“ и „Посещавал ли сте психолог или психотерапевт във връзка с ПР“. Данните са представени в Табл. 14.

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,230	,053	,043	1,095

**Табл. 14 Корелационна зависимост между информираност и посещаемост при психолог/психотерапевт**

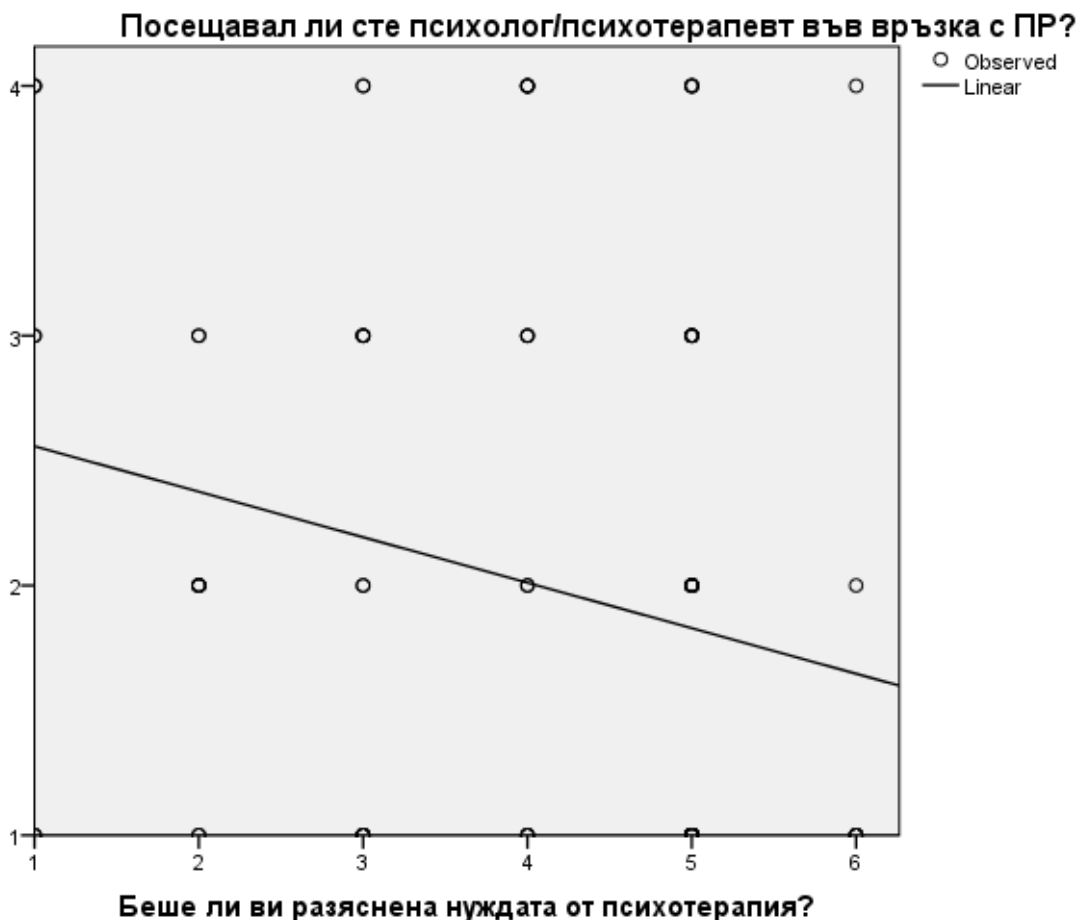
От таблицата се вижда, че връзката между променливите е еднопосочна – с увеличаване на разясненията относно необходимостта от психотерапия се увеличава и посещаемостта при психолог. За това съдим от стойността на корелационния коефициент (Multiple R), който е 0,230. Връзката между факторите обаче е сравнително слаба, тъй като стойността на коефициента е под границата от 0,3. Коефициентът на детерминация  $r^2$  е равен на 0,053. От този факт може да се направи извода, че само 5,3% от посещаемостта при психолог/психотерапевт зависи от информираността относно психологическа помощ. Т.е. налице са и други фактори, които влияят на посещаемостта.

От Табл. 15 става ясно, че равнището на значимост на F-критерия, обозначен като Signif F, е със стойност под грешката от 0,05. В случая той е 0,021. По тази причина може да приемем, че приложеният линеен регресионен модел е адекватен и представлява задоволително връзката между двете променливи.

ANOVA					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	10,452	1	10,452	5,472	,021
Residual	187,188	98	1,910		
Total	197,640	99			

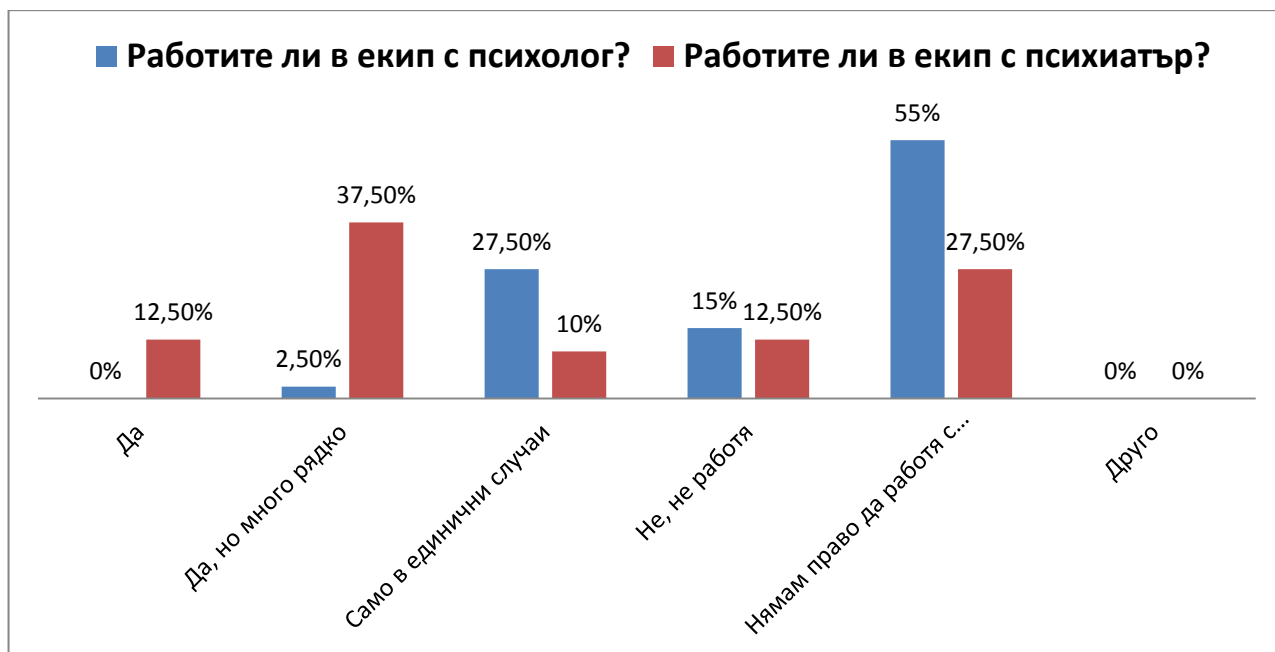
**Табл. 15 Адекватност на модела**

Зависимостта между двете променливи е представена графично във фиг. 23



**Фиг. 23 Графична зависимост между информираност и посещаемост при психолог/психотерапевт**

Липсата на колаборация и сътрудничество между лични лекари и психолози в по-голяма степен и лични лекари и психиатри – в по-малка степен, личи и от отговорите на въпроса „Работите ли в екип с психолог/психиатър“. ОПЛ-тата заявяват, че нямат законово право да работят в екип с психолог (55%) и с психиатър (27,5%), което е пречка при прилагането на комплексно лечение на хора с ПР и други пациенти с тревожни разстройства. В единични случаи само 27,5% от ОПЛ-тата работят с психолог и 10% - с психиатър. (Фиг. 24)



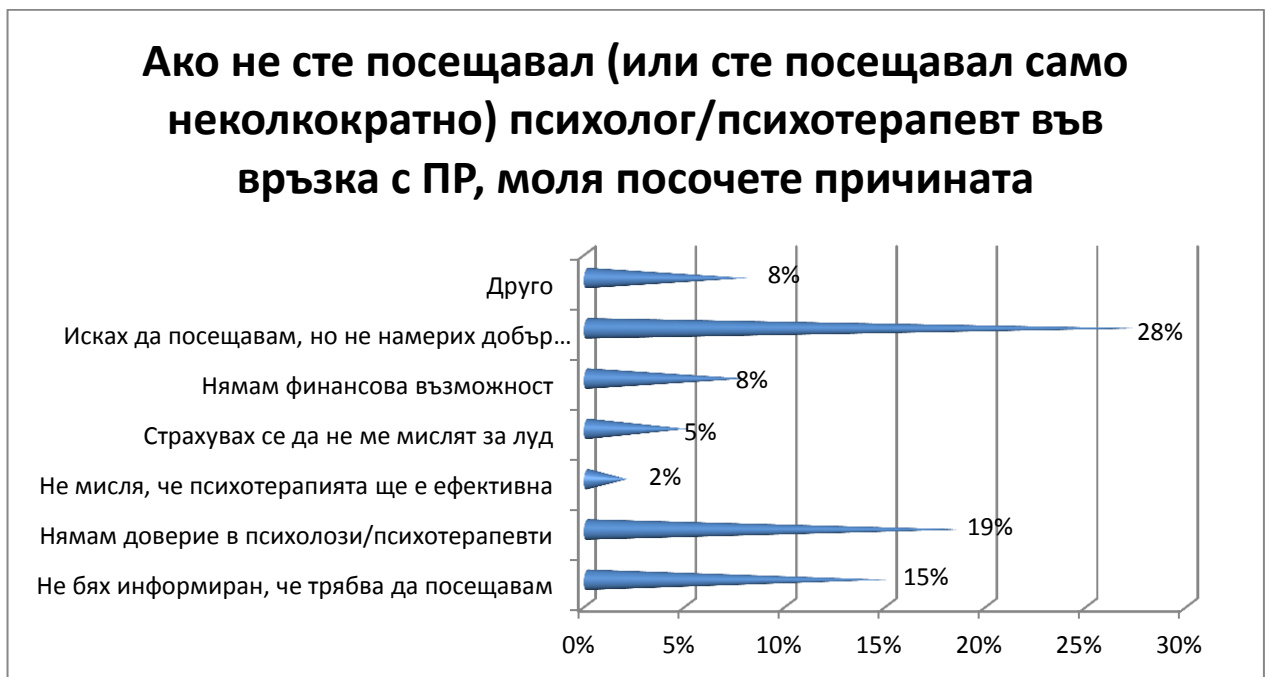
**Фиг. 24 Сътрудничесто с психиатър и психолог – по данни на ОПЛ**

Данните от проучването сред психолозите също показва, че личните лекари почти не насочват хора с паническо разстройство към тях. С категорично да на въпроса „Има ли насочени към вас пациенти с ПР от личния лекар?“ с категорично „Да“ отговарят една 15% от анкетиранияте психолози. „Да, но много рядко“ – 25%, „Почти не“ – други 25% и нямат информация – 15%. (Фиг. 25 )



**Фиг. 25 Насочване на пациенти с ПР от личен лекар към психолог – по данни на психолози/психотерапевти**

Оказва се, че лицата с ПР не посещават или спират да посещават психолог/психотерапевт и поради други причини. Един от най-сериозните проблеми е недостигът на достатъчно квалифицирани кадри, според преценката на анкетираните. На второ място по процент се нарежда проблемът с липсата на доверие в психотерапията/психологията като цяло (19%). На трето отново е липсата на информираност относно необходимостта от психотерапия – 15%. (Фиг. 26)



**Фиг. 26 Причина за отказ от психотерапия или психологическа помощ – по данни на лицета с паническо разстройство**

Самите психолози/психотерапевти също отчитат, че не малка част от клиентите спират да идват на терапия след едно или няколко посещения. 30% от респондентите са отговорили, че това се случва, 5% - случва се много често, а 45% - много рядко. Категорично няма отказали се от терапията при едва 5% от анкетираните. (Фиг. 27)



**Фиг. 27 Честота на отказа от психотерапия или психологическа помощ при лица с ПР – по данни на психолози/психотерапевти**

Причината за отказа от психотерапия или консултация различна, но преобладаващата е в недостига на финансови средства (45%) и в мнението на лицата с ПР, че медикаментозната терапия е достатъчна (30%). Следваща по честота причина е бавният процес на терапия - 20%. Също 20% от анкетираните психолози/психотерапевти са посочили отговор „Друго“, без обаче никой от тях да уточнява каква е причината. Само 10% отговарят, че клиентите им се отказват, защото губят доверие в прилаганите методи. (Фиг. 28)

*Забележка: Общият сбор надхвърля 100%, тъй като някои от анкетираните са посочили повече от един отговор.*



**Фиг. 28 Причина за отказа на лицата с ПР от психологическа помощ – по данни на психолози/психотерапевти**

Мнението на психолози/психотерапевти се разминава с това на лицата с ПР, отказали се да ползват психологическа помощ след едно или повече посещения (виж Фиг. 26). Това означава, че между двете страни в терапевтичния процес липсва комуникация и яснота във връзка с прекъсването на психотерапията или психологическата консултация.

Въпреки че голяма част от лицата с ПР се отказват от психологическа помощ, статистиката показва, че е налице силна зависимост между успешно излекуваните пациенти с паническо разстройство при ОПЛ-тата и посещението им при психолог/психотерапевт. Взаимовръзката се доказва чрез корелационна зависимост, установена чрез регресионен анализ. Изследваните променливи са „Има ли сред пациентите ви такива с успешно излекувано ПР?“ и „Сред пациентите ви има ли такива, които посещават психолог?“. Променливите се основават на данни, получени от анкетирането на общопрактикуващи лекари. (Табл. 16)

### Model Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,717	,514	,501	,822

**Табл. 16 Корелация между успешно лечение и посещаемост при терапевт**

Коефициентът на зависимост между променливите е 0,717, което показва, че броят на успешно излекуваните пациенти с ПР е толкова по-голям, колкото по-голяма е посещаемостта при психолог/психотерапевт. За това говори еднопосочният коефициент. При това коефициентът на детерминация е 0,514, което означава, че успешното лечение на ПР зависи от психологичната помощ при 51,4% от разглежданите случаи. В допълнение връзката между двете променливи е голяма, тъй като корелационният коефициент 0,717 попада в диапазона между 0,7 до 0,9.

Линейният регресионен модел е адекватен, тъй като F-критерия е 0,00, което е значително по-малко от грешката 0,05. (Табл. 17)

### ANOVA

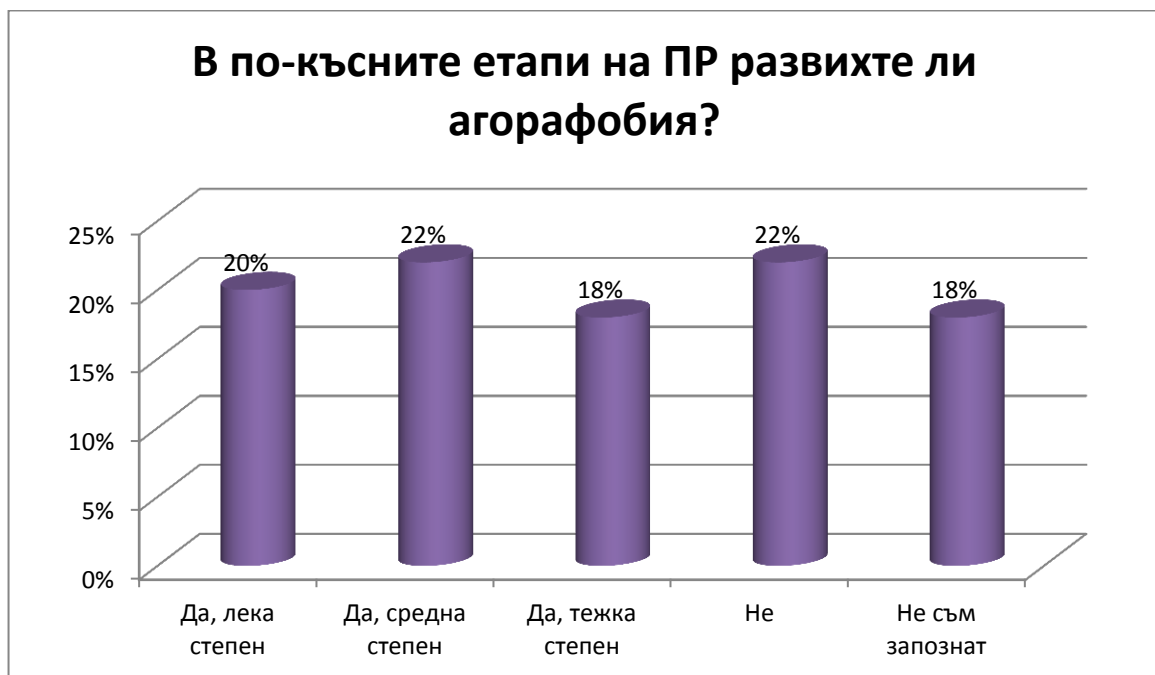
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	27,106	1	27,106	40,127	,000
Residual	25,669	38	,676		
Total	52,775	39			

**Табл. 17 Адекватност на приложения модел**

### 3.5 Рискове и профилактика

Недостатъчно добрата комуникация между всички участници в лечебния процес – от една страна, пациенти/клиенти, от друга, ОПЛ, психиатри и психолози, е причина за изключително лошата профилактика при ПР и регистрираните усложнения на състоянието. Едно от доказателствата за това са отключените вторично психични заболявания при изледваните лица с паническо разстройство.

На въпроса „В по-късните етапи на ПР развихте ли агорафобия?“ цели 60% отговарят положително. От тях 20% са развили лека степен, 22% - средна степен, а 18% -тежка степен на агорафобия. Само 22% от респондентите с ПР не са отключили агорафобия. (Фиг. 29)



**Фиг. 29** Наличие на агорафобия при лицата с паническо разстройство

В допълнение при голяма част от лицата с паническо разстройство са се появили и други психически проблеми. Най-много са отключили състояние на генерализирана тревожност, депресия и специфична фобия, следвани от

обсесивно-компулсивно разстройство (10%). Други 10% са развили лекарствена зависимост. (Фиг 30)



**Фиг. 30 Отключване на вторично психично заболяване при лицата с ПР**

Тези резултати доказват, че вторична профилактика на ниво усложнения (след появата на ПР) почти не е провеждана, или че прилаганото лечение на основния психологически проблем не е било ефективно.

Резултатите от проведеното проучване показват и изключително ниско ниво на познания относно първичната профилактика. Личните лекари демонстрират слаби знания относно отключващите обстоятелства, предхождащи появата на паническо разстройство. 30% от анкетираните лекари посочват като рисков фактор наличието на тежко детство и 30% - наличието на съществуваща депресия. (Фиг. 31) Посочени са и други фактори, които не се смятат за най-рискови. Едновременно с това е пренебрегван фактор, който се оказва от изключителна

важност за появата на ПР – смъртта на близък човек. Само 30% от ОПЛ-тата посочват това като рисков фактор за отключването на разстройството. Оказва се обаче, че 45% от анкетираните лица с ПР смятат, че този факт е провокирал началото на разобяването при. (Табл.) Изследването показва, че личните лекари определят за най-рисков фактор наличието на преживян инцидент. 62,5% от анкетираните са дали този отговор, който действително се смята е един от най-рисковите за появата на ПР. От резултатите при проучването сред хората с паническо разстройство обаче става ясно, че само 9% свързват преживян от тях (4%) или от техен близък (5%) инцидент с началото на заболяването.



**Фиг. 31 Рискови фактори за отключването на ПР – според ОПЛ**

Регистрирано ли е при вас някое от следните събития преди началото на ПР, което, по ваши наблюдения, има връзка със състоянието ви?	
Смърт на член на семейството	45%
Смърт на приятел или познат	8%

Тежка/внезапна болест на някой от семейството	27%
Инцидент, злополука с вас	4%
Инцидент, злополука с ваш близък	5%
Смяна на местоживееене	6%
Смяна на месторабота	8%
Промяна на семейния статус	8%
Раждане на дете	9%
Друго	6%
Няма такова събитие	5%

**Табл. 18 Събитие, свързано с появата на ПР – по данни на лицата с паническо разстройство**

При Фиг. 31 и Табл. 18 общият сбор от процентите надхвърля 100, тъй като респондентите са посочили повече от един отговор.

5% от анкетираните лица с ПР са посочили графа друго, като сред изброените възможни събития, отключили състоянието, са силна уплаха, нападения от кучета, силен емоционален стрес, грешно поставена диагноза и претовареност на работа.

Трябва да се отбележи и друго несъответствие във връзка с риска от отключване на заболяването. Според общоприетите медицински станандарти хората с фамилна обремененост са по-склонни да отключат паническо разстройство, отколкото тези, в чиято фамилия не са регистрирани такива случаи. Такова е мнението и на част от общопрактикуващите лекари. При почти половината от респондентите с ПР обаче не се наблюдава фамилна обремененост с ПР (47%). Само 22% от анкетираните заявяват, че имат кръвен роднина с паническо разстройство, а 31% нямат информация. (Фиг. 32)



**Фиг. 32 Фамилна обремененост при паническо разстройство**

Недостатъчно добра подготовка относно най-големите рискове, съпътстващи паническото разстройство, се наблюдава и при трите групи анкетиращи специалисти – ОПЛ, психиатри и психолози. За това може да съдим от големия процент неотговорили на отворен въпрос „Какви са рисковете при пациенти с паническо разстройство (моля, посочете)?“. В табл. е посочен процентът на неотговорилите на въпроса в съответната група анкетиращи респонденти. (Табл. 19)

ОПЛ	Психиатри	Психолози
70%	60%	60%

**Табл. 19** Специалисти без отговор на въпроса „Какви са рисковете при пациенти с ПР?“

Малкият процент на отговорилите показва или липса на знания за рисковете, или отново слаба мотивация за сътрудничество във връзка с проучването.

Сред рисковете посочени от отговорилите специалисти най-често срещани са:

- Усложняване/влошаване/прогресиране на състоянието, хронифициране
- Отключване на друго заболяване, фобии, депресия
- Злоупотреба с алкохол, медикаменти
- Социална изолация, социална дезадаптация
- Риск от самоубийство

Прави впечатление, че психиатрите и психолозите са по-наясно с риска от социална изолация при ПР, отколкото личните лекари, които по-често посочват хронифициране и влошаване на състоянието като съпътстващ риск.

### **3.6 Информация и липса на информация във връзка с диагностиката, лечението и профилактиката**

Получаването на изчерпателна информация за здравословното състояние или за конкретно заболяване е основно право на всеки пациент и важен фактор в процеса на терапия. Оказва се обаче, че при хората с паническо разстройство липсата на информация е главен проблем, който възпрепятства успешното справяне със състоянието. Доказателство за това са отговорите на група въпроси от Анкетна карта А, свързани с информираността и необходимостта от повече информация относно паническото разстройство. Анализът на данните, подадени от общопрактикуващите лекари чрез Анкетна карта В, също доказват това твърдение.

На първо място най-сериозен е проблемът, че специалистът, поставил диагноза „паническо разстройство“, не предоставя достатъчно информация на пациентите. На въпроса „Специалистът, който ви постави диагноза, предостави ли ви информация за състоянието ви?“ едва 9% от анкетираните хора с ПР отговарят „Да, предостави ми достатъчно информация“. 17% посочват отговор „Да, но количеството информация не беше достатъчно“. 18% от респондентите заявяват, че почти не са получили никаква информация и цели 24% твърдят, че не им е била предоставена никаква информация за тяхното състояние. (Фиг. 33)

Интересен е фактът, че най-голям е процентът (30%) на отговорилите на този въпрос с „Нямам поставена диагноза от специалист“. Това потвърждава данните от статистиката относно „самодиагностициралите се“ пациенти.



**Фиг. 33 Информираност на пациентите с ПР от страна на специалиста,  
поставил диагнозата**

Удовлетвореността във връзка с информацията, предоставена от личните лекари (независимо дали те са тези, които са диагностицирали пациентите с ПР, или не), също е изключително ниска. Това показват отговорите на група въпроси, оценяващи количеството информация, получили пациентите във връзка с причините за отключването на ПР, протичането на заболяването и терапията.

Едва 5% от респондентите посочват, че са получили достатъчно информация от личния си лекар за причините за състоянието си, и съответно по 6% са получили информация за протичането и терапията. Най-голям е процентът на хората, които са отговорили, че не са получили никаква информация – 41% за причините, 32% за протичането на ПР и 30% за терапията. (Фиг. 34) От тази статистика се вижда, че по мнение на пациентите, предоставяната им информация за причините, протичането и терапията на разстройството не е достатъчна.

В графиката не са включени отговорите „Не съм посещавал личния си лекар във връзка с паническото разстройство“, които са 30% от общия брой на всички анкетирани. Този факт отново доказва, че хората с паническо разстройство не търсят помощ от ОПЛ-тата по отношение на паническото разстройство.



**Фиг. 34 Информираност сред хората с паническо разстройство чрез предоставената информация за ПР от страна на личния лекар**

Във връзка с посещението при личния лекар и предоставената информация за протичането на заболяването беше установена значима корелационна зависимост. Изследвани бяха променливите „информираност относно протичане на паническото разстройство“ и „удовлетвореност от предоставените грижи“. Резултатите са представени в Табл. 20, където честотите са изобразени двумерно.

		Доволни ли сте от предоставените от ОПЛ грижи?					Всичко
		Да, много	Да, отчасти	Не съм доволен	Не съм посещавал ОПЛ заради ПР	Не мога да преценя	
ОПЛ информира ли ви за протичането на ПР?	Да, получих достатъчно информация	0	0	3	2	1	6
	Да, но информацията не беше достатъчно	0	5	11	9	2	27
	Не, не ми предостави никаква информация	3	4	16	8	1	32
	Не мога да преценя	1	1	1	2	0	5
	Не съм посещавал личния си лекар заради ПР	2	6	6	11	5	30
Всичко		6	16	37	32	9	100

**Табл. 20 Зависимост между информираност и удовлетвореност от медицински грижи**

Чрез метода на регресионния анализ е установено, че корелационният коефициент  $R=0,005$  е положителен (Табл. 21), което означава, че зависимостта между двете променливи е еднопосочна. Резултатът може да се тълкува, че колкото по-малко информирани са били пациентите, толкова по-малко доволни са те от предоставените им от ОПЛ грижи. Коефициентът обаче е в границите между 0 и 0,3, което означава, че връзката между променливите е слаба.

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,005	,000	-,010	1,314

**Табл. 21 Корелационна зависимост чрез регресионен анализ на променливите „информираност“ и „удовлетвореност“ от ОПЛ**

Изследваните лица с ПР също посочват, че не са получили никакви информационни материали от медицински специалист или психолог/психотерапевт с цел разясняване на причините за появата на

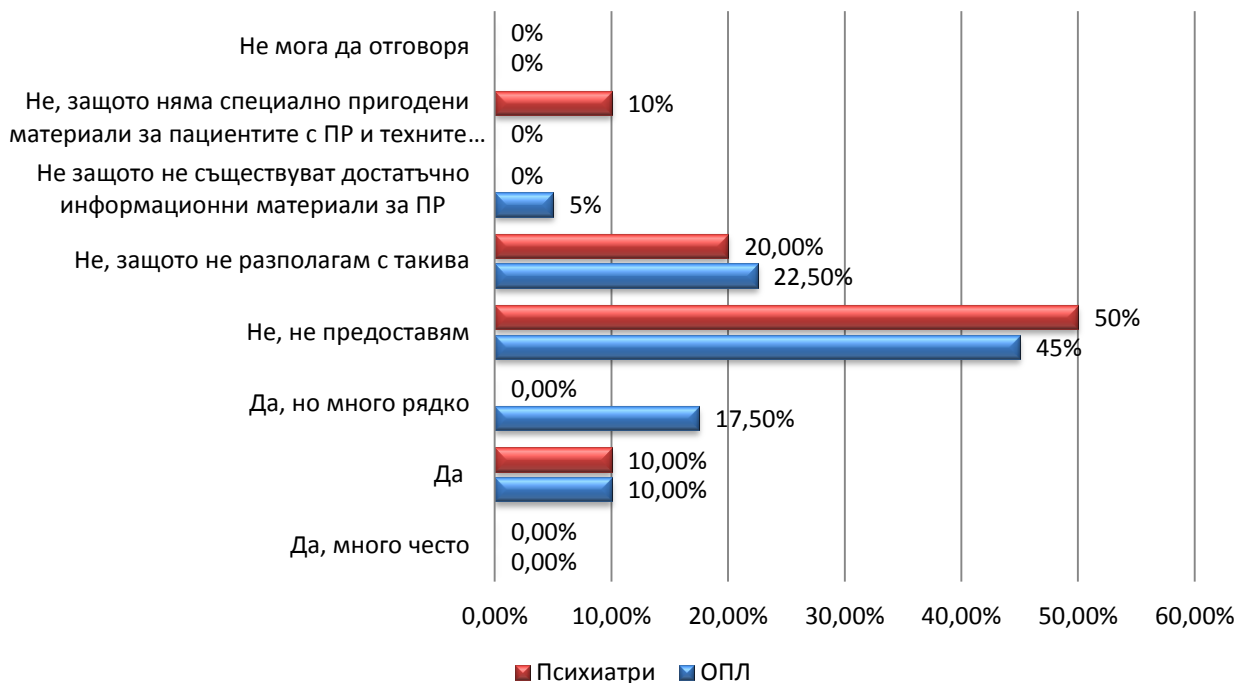
разстройството, протичането и терапията. На въпроса „Вие и семейството ви получихте ли някакви информационни материали от медицински специалист или психолог?“ 89% отговарят отрицателно. Едва 2% заявяват, че са получили информационни материали. (Фиг.35)



**Фиг. 35** Предоставени информационни материали на изследваните лица с ПР

Съществуващата тенденция на лицата с паническо разстройство и техните семейства да не се предоставят никакви информационни материали се доказва и от отговорите на личните лекари. На въпроса „Предоставяте ли някакви информационни материали на пациентите с паническо разстройство и техните семейства“ 17,5% отговарят, че изобщо не предоставят, 22,5% - не предоставят, защото не разполагат с такива, а 5% - не предоставят, защото няма достатъчно информационни материали за ПР. 45% от ОПЛ-тата твърдят, че предоставят, но в много редки случаи. (Фиг. 36)

## Предоставяте ли някакви информационни материали на пациентите с ПР и техните семейства



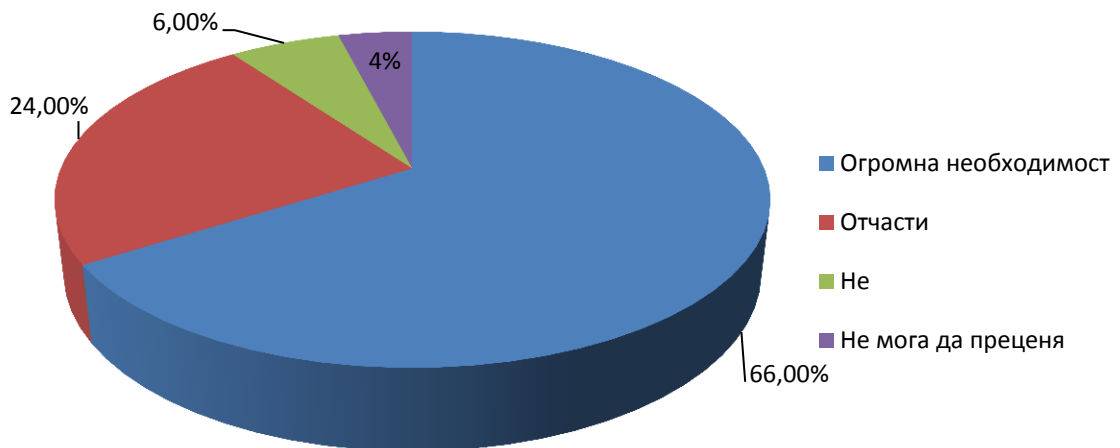
**Фиг. 36 Предоставяне на информационни материали за ПР от страна на общопрактикуващите лекари и психиатри**

От същата фигура се вижда, че психиатрите също не предоставят информационни материали – 50%. Само 10% от тях предоставят такива. 20% са посочили, че не предоставят, защото не разполагат, 5% - защото не съществуват достатъчно информационни материали за ПР, и 10% - защото няма специално пригодени материали за лицата с ПР и техните семейства.

Въпреки че хората с ПР и семействата им не получават информационни материали, необходимостта от такива е изключително голяма. Това показват отговорите на въпроса към пациентите с ПР „Имахте ли необходимост да получите информационни материали за вас и вашите семейства?“. 66% от респондентите посочват, че са имали огромна необходимост, а 24% поясняват, че са имали частична необходимост. Едва 6% от анкетираните твърдят, че не са

имали необходимост от информационни материали. 4% не могат да преценят (Фиг.37)

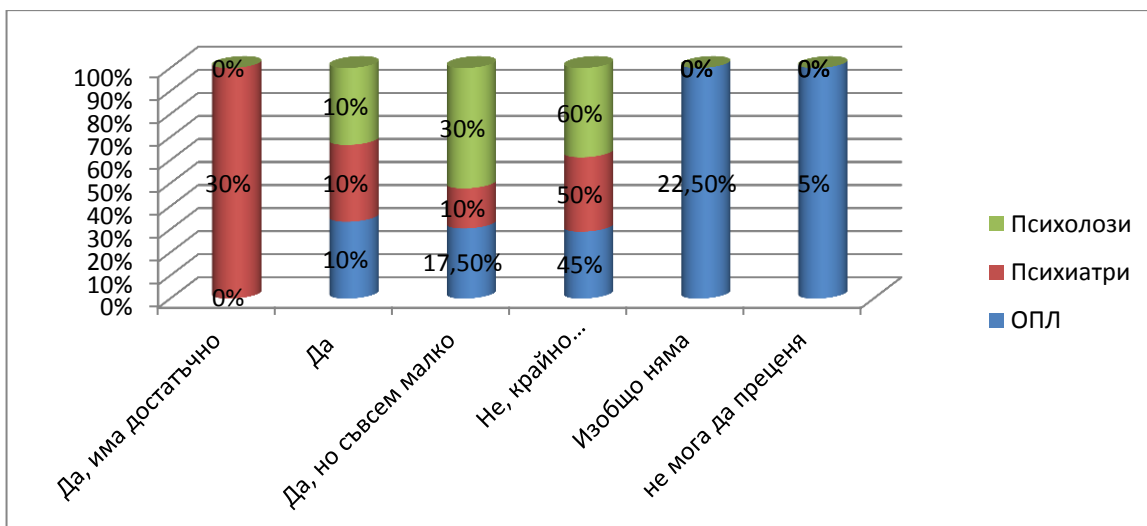
### **Имахте ли необходимост да получите информационни материали за вас и вашите семейства?**



**Фиг. 37** Необходимост от информационни материали за пациентите и техните семейства

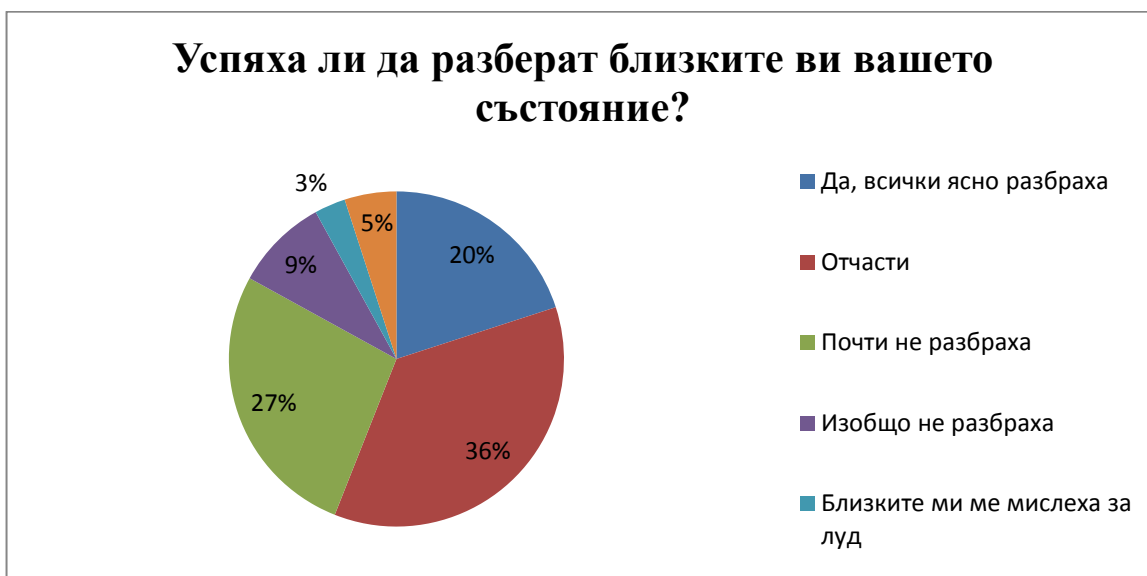
Става ясно, че една от причината пациентите да не получават информационни материали за ПР е фактът, че такива като цяло не съществуват или не са пригодени за пациентите и техните семейства. И трите групи специалисти определят необходимостта от информационни материали от такъв тип като много голяма. (Фиг. 38) 45% от ОПЛ-тата, 50% от психиатрите и 60% от психолозите оценяват съществуващите информационни материали за ПР като крайно недостатъчни.

### **Според вас има ли достатъчно информационни печатни и интерактивни материали за паническото разстройство?**



**Фиг. 38 Наличност на информационни печатни и интерактивни материали за ПР**

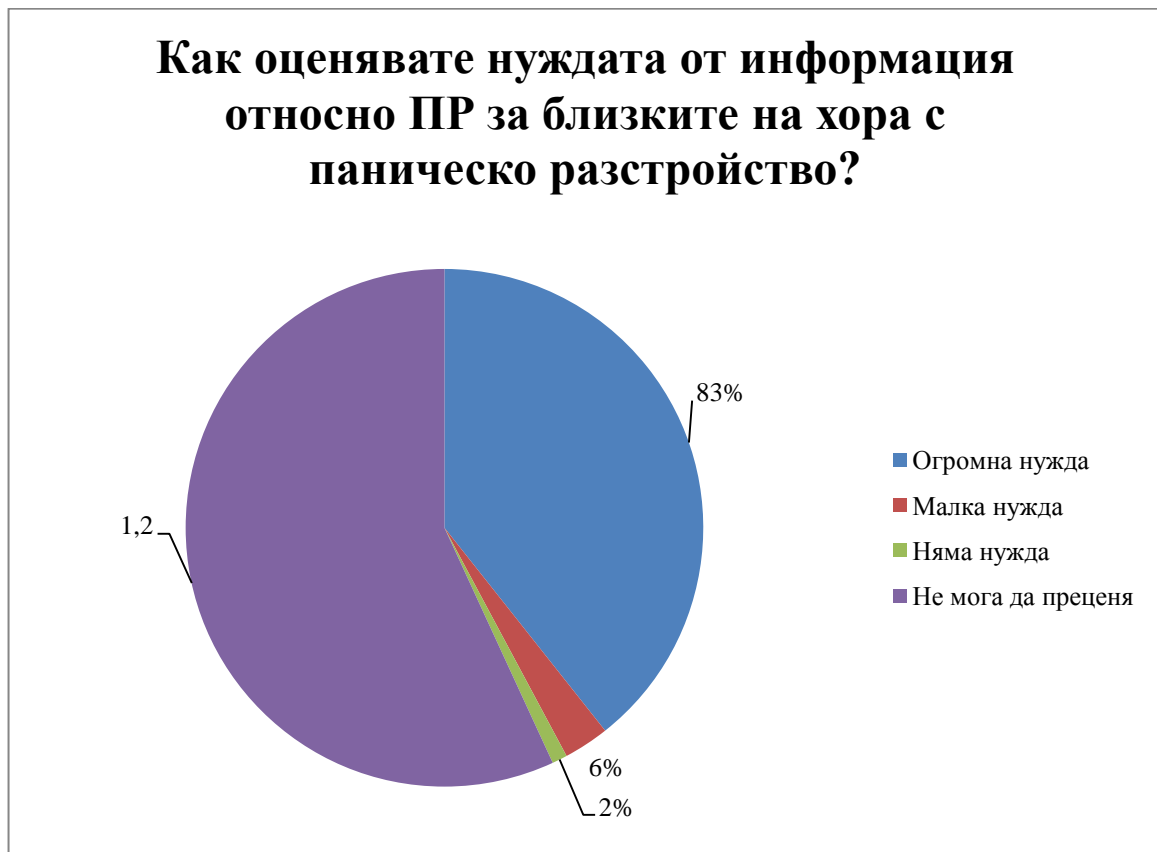
Проблем с информираността има и по отношение на семействата на хората с паническо разстройство, които често не успяват да разберат състоянието на своя роднина с ПР. (Фиг. 39) Вижда се, че пълна яснота за състоянието на хората с ПР са имали близките на само 20% от анкетираните.



**Фиг. 39 Разбиране от страна на близките на хора с ПР**

Поради тази причина повечето от анкетираните лица с паническо разстройство оценяват като много голяма нуждата от предоставяне на

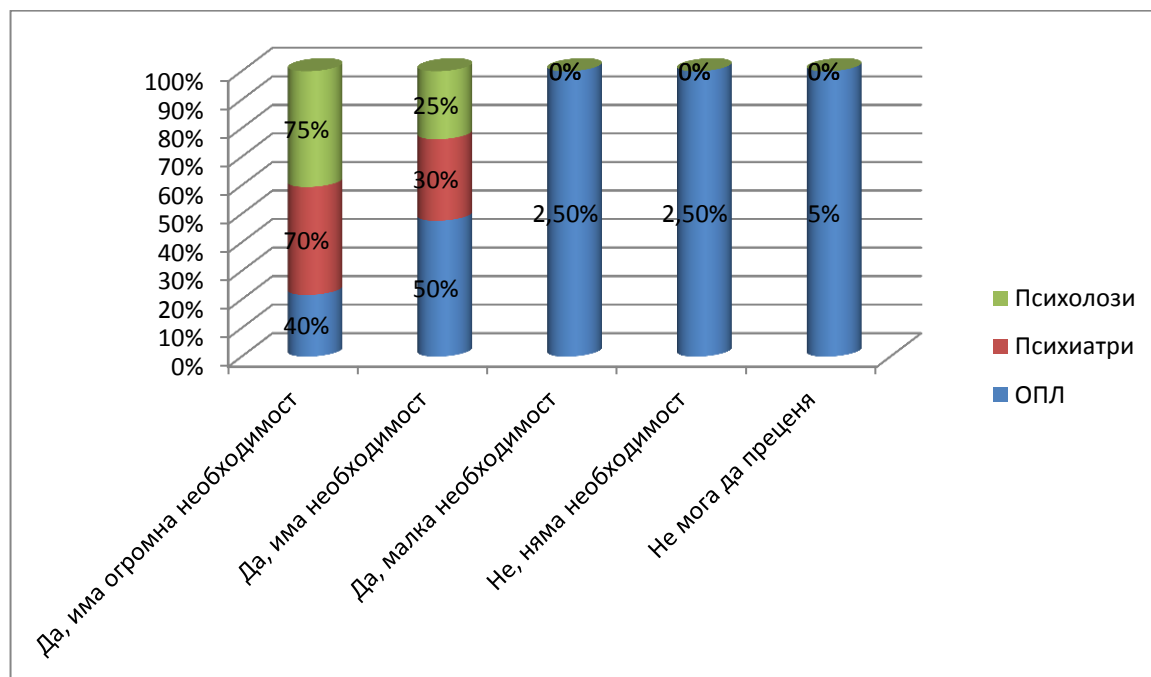
информация на техните семейства. (Фиг. 40) От грфиката се вижда, че цели 83% от респондентите смятат, че има огромна нужда близките да бъдат информирани.



**Фиг. 40** Необходимост от информираност на близките на лица с ПР

Медицинските специалисти и психолозите/психотерапевтите също са на мнение, че необходимостта от предоставяне на информация за ПР на близките на пациентите е голяма. (Фиг. 41) 75% от психолозите, 70% от психиатрите и 40% от личните лекари оценяват необходимостта като „огромна“. Отговор „Няма необходимост“ са посочили само 2,5% от ОПЛ-тата и 0% от психиатрите и психолозите.

## Има ли необходимост семействата на хората с ПР да бъдат информирани относно спецификата на състоянието?



**Фиг. 42** Необходимост от информираност за семействата на хора с ПР – по данни на специалистите

За да бъде изследвана зависимостта между променливите „Успяха ли близките да разберат състоянието ви“, „Бяха ли наясно близките ви с рисковете и последиците“, „Как оценявате нуждата от информация относно ПР за близките ви“ и „Вие и семейството ви получихте ли някакви информационни материали“ е приложена линейна множествена регресия. Чрез корелационна матрица по метода „коэффициент на Спирман“, изобразена в Табл. 22, беше установено, че между променливите не се наблюдава мултиколинеарност, тъй като няма регистриран коэффициент, по-голям от 0,7. В резултат на това може да се направи изводът, че факторите са независими и наблюдаваните регресионни коэффициенти са ефективни.

		Успяха ли близките да разберат състоянието ви	Бяха ли наясно близките ви с рисковете и последиците	Как оценявате нуждата от информация относно ПР за близките ви	Вие и семейството ви получихте ли някакви информационни материали
Успяха ли близките да разберат състоянието ви	Correlation Coefficient	1,000			
	Sig. (2-tailed)	.			
	N	100			
Бяха ли наясно близките ви с рисковете и последиците	Correlation Coefficient	,107	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,287	.		
	N	100	100		
Как оценявате нуждата от информация относно ПР за близките ви	Correlation Coefficient	,065	-,064	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,523	,524	.	
	N	100	100	100	
Вие и семейството ви получихте ли някакви информационни материали	Correlation Coefficient	-,007	,232*	-,011	1,000
	Sig. (2-tailed)	,947	,020	,912	.
	N	100	100	100	100

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Табл. 22 Корелационна матрица по метода „Коефициент на Спирман“**

Едновременно с това се наблюдава статистически значим коефициент Sig 2-tailed, равен на 0,020, или по-малко от 0,05. Той е регистриран между променливите „Яснота на близките относно рисковете“ и „Информираност чрез информационни материали на пациента и близките“.

От множествената регресия във връзка с изброените променливи става ясно, че колкото по-информирани чрез специални информационни материали са пациентите и близките относно ПР, толкова по-голяма е яснотата за рисковете и последиците. Основание за това заключение дава стойността на множествения корелационен коефициент Multiple R 0,078, който е с положителен знак и говори за еднопосочност. (Табл. 23) Трябва да се вземе предвид обаче равнището на значимост Signif F със стойност 0,898, което е по-голямо от грешката 0,05. Това означава, че предложения корелационен модел не е достатъчно адекватен. (Табл. 24)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,078 <sup>a</sup>	,006	-,025	1,359

**Табл. 23 Множествена регресия на изброените променливи**

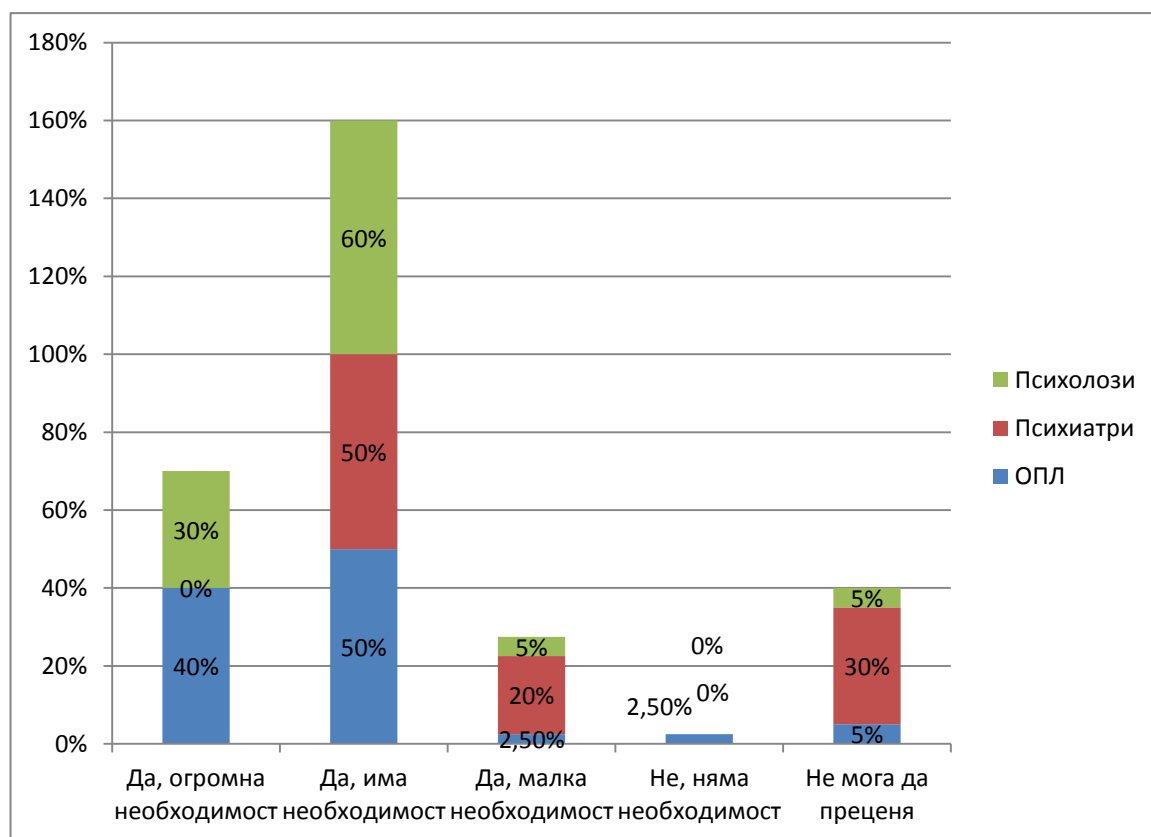
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,096	3	,365	,198	,898 <sup>a</sup>
	Residual	177,344	96	1,847		
	Total	178,440	99			

**Табл. 24 Адекватност на приложения модел**

Вероятно поради проблемите с информираността при паническо разстройство всички видове специалисти, обхванати в настоящето проучване са на мнение, че има голяма нужда от единно специализирано ръководство за работа с хора с ПР. Отговор „Не, няма необходимост“ посочват само 2,5% от общопрактикуващите лекари и 0% от психиатрите и психолозите/психотерапевтите.

Трябва обаче да отбележим, че процентът на психиатрите, които не могат да преценят дали има необходимост, не е съвсем малък – 30%. (Фиг. 43)

**Според вас има ли необходимост от специализирано ръководство за работа с хора с ПР, предназначено за медицински специалисти и психолози/психотерапевти?**



**Фиг. 43** Необходимост от специализирано ръководство за работа с хора с ПР

Респондентите и в трите групи от специалисти за категорични, че биха използвали ръководство, разработено специално за работа с хора с паническо разстройство. (Фиг. 44) Само 2,5% от личните лекари и 10% от психиатрите по-скоро не биха използвали ръководството. Всички останали специалисти от трите групи биха ползвали в практиката си подобно помагало в различни степени.



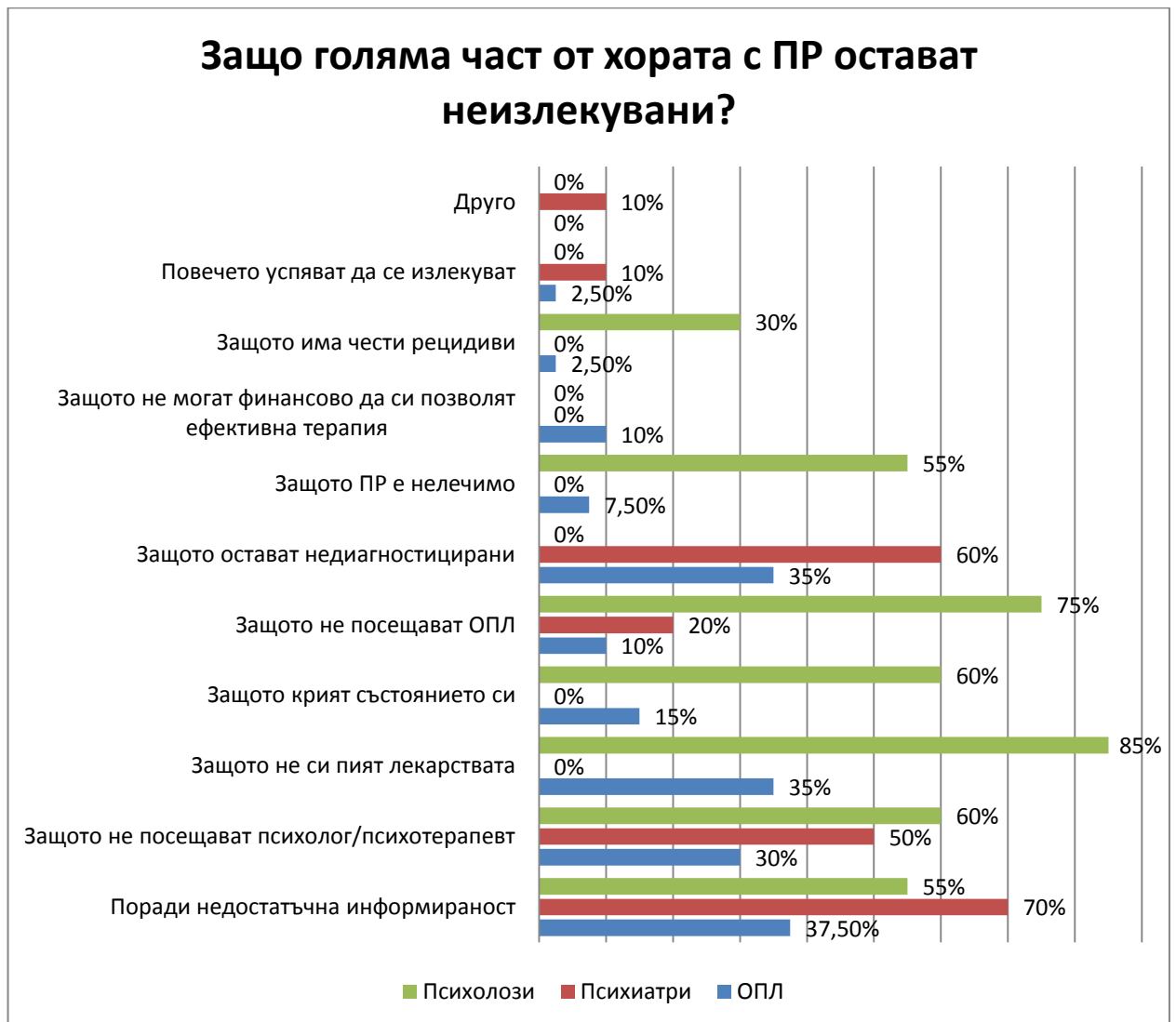
**Фиг. 44 Желание за приложение на ръководство за работа с хора с паническо разстройство от страна на всички видове специалисти**

### 3.7 Най-чести проблеми и препоръки

В заключителната част на проведеното проучване на респондентите от четирите анкетирувани групи бяха зададени група въпроси, очертаващи най-често срещаните проблеми на паническото разстройство и евентуални препоръки за разрешаването им. Един от тях засяга мнението на медицинските специалисти и психолози/психотерапевти относно причините за големия процент на неефективно излекувани хора с паническо разстройство.

От резултатите могат да бъдат очертани няколко тенденции. На първо място – недостатъчната информираност е една от причината за това голяма част от хората с ПР да остават неизлекувани. Този отговор са посочили 37,5% от общопрактикуващите лекари, 70% от психиатрите и 55% от психолозите/психотерапевтите. На второ място се нарежда отговорът „защото не

посещават психолог/психотерапевт/ - него са избрали 30% от личните лекари, 50% от психиатрите и 60% от психолозите/психотерапевтите. В допълнение психолозите обръщат внимание и на факта, че пациентите не посещават ОПЛ-тата (75%). На трето място – като най-сериозен проблем се очертава фактът, че много от пациентите с ПР остават недиагностицирани. На това мнение са 35% от личните лекари и 60% от психиатрите. ). (Фиг. 45)



**Фиг. 45 Причини за големия брой неизлекувани случаи на паническо разстройство**

От отговорите на този въпрос могат да бъдат направени две тревожни заключения. На първо място – голяма част от специалистите са на мнение, че хората с ПР остават неизлекувани, защото не си пият лекарствата – 35% от личните лекари и 75% от психолозите са на това мнение. Всъщност по-леките случаи (а според някои – дори и тежките случаи) на паническо разстройство могат да се лекуват единствено с психотерапия. Фактът, че психолозите/психотерапевтите, които би трябвало да са основни действащи лица при лечението на паническото разстройство, обявяват неприемането на медикаменти като основна причина за неизлекуваните случаи, говори, че самите те не са достатъчно наясно за водещата роля на психотерапевтичната намеса.

На второ място – голяма част от специалистите обявяват паническото разстройство за нелечимо. Това са 7,5% от ОПЛ-тата и 55% от психолозите/психотерапевтите. Това говори за недостатъчно високо ниво на професионализъм от тяхна страна, тъй като при добре подбрана и приложена индивидуална терапия в повечето случаи заболяването би трябвало да бъде излекувано.

*Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като някои специалисти са посочили повече от един отговор.*

Помолени чрез отворен въпрос да очертаят основните препоръки за успешната работа с хората с паническо разстройство, някои от респондентите не са посочили отговор. Отказът им в процентно съотношение е представен в Табл. 25

Лица с ПР	ОПЛ	Психиатри	Психолози
5%	72,5%	80%	50%

**Табл. 25 Без отговор на въпроса „Какво трябва да се направи в полза на хората с паническо разстройство?“**

Вижда се, че почти всички анкетирани с паническо разстройство са посочили конкретни препоръки. Големият процент е обясним, тъй като лицата са пряко заинтересовани и силно съпричастни към проблема. Според техните препоръки следва да се работи в насока:

- Подобряване информираността относно паническото разстройство.
- Професионализъм от страна на медицинските и немедицински специалисти, работещи с хора с паническо разстройство
- Даване на гласност по проблема сред обществото с цел „да не ни мислят за луди“.
- Осигуряване на безплатна психотерапевтична помощ за хора с ПР и други тревожни разстройства.
- Очертаване на най-ефективните терапевтични методи за работа с хора с паническо разстройство.

От Табл. 25 става ясно, че лични лекари, психиатри и психолози/психотерапевти се затрудняват в очертаването на конкретни препоръки. По-малко трудности при оформяне на списък с препоръки срещат психолозите/психотерапевтите, 50% от които са дали отговор на въпроса. Според тях трябва да се работи в следните насоки:

- Повишаване на информираността при пациенти и специалисти
- Ранна диагностика на ниво първична медицинска помощ
- Образователна и терапевтична профилактика и превенция
- Насочване на пациентите към психолог/психотерапевт
- Индивидуален подход в избора на терапия и самопомощ в терапевтичния процес.

От отговорите на общопрактикуващите лекари и психиатри се очертават следните насоки за работа с цел подобряване положението на хората с ПР:

- Прилагане на комбинирана терапия
- Контрол над приема на медикаменти
- Комплексна работа на ОПЛ, психиатър и психолог
- Диалог с близките на пациентите и съдействие от страна на семейството
- Психохигиена и психопрофилактика
- Здравна и социална реформа

### **3.8 Обсъждане**

Сравнително голямата честота и тежестта на увредата, която нанася паническото разстройство, го превръща в един от най-сериозните психосоциални заболявания в съвременното общество. Сериозността на проблема се задълбочава поради трудностите, които срещат пациентите, от една страна, и медицинските и немедицински специалисти, от друга, при диагностиката и лечението на състоянието. Негативите от появата на заболяването могат да бъдат разделени в няколко групи.

#### **3.8.1 Личностови промени**

Отключването на заболяването променя изцяло живота на индивида във всички негови сфери – семейство, работа, социално обкръжение, професионална реализация, забавления, личностово развитие. Променят се основните навици, дневен режим и дейности. Най-тревожни за пациента обаче са личностовите промени, които настъпват. Човек се превръща в „роб на самия себе си“ и се чувства „увреден“, без да е налице физическа увреда. Смелият, упорит, целеустремен, с висока интелигентност индивид се превръща в обхванат от страх, паника, непрекъсната тревожност член на обществото, неспособен да се справя с елементарни ежедневни дейности. Такива са ходенето до магазина, работа,

пътуване в обществен транспорт, пътувания по принцип, отглеждане на дете, посещаване на любими места.

Често човекът с ПР не може „да познае сам себе си“ и това го прави още по-безсилен в справянето със ситуацията. Драстичната личностова промяна предизвиква негативни емоции, сред които омраза към самия себе си и тежки самообвинения. Неадекватно лекуваното паническо разстройство може да остави пациента в това състояние години наред и е възможно човек никога да не възстанови личностовата си характеристика отпреди появата на заболяването.

### **3.8.2 Социални проблеми**

Драстично промененото поведение на пациента с ПР се отразява изключително негативно на взаимоотношенията му с близките и приятелите и общуването му като цяло. При наличието на тежка агорафобия хората с ПР могат да прекъснат изцяло контактите си със света и да изпаднат в трудно обратима социална изолация. Едни от най-страдащите от състоянието на пациента с паническо разстройство са неговите роднини, съпруг/съпруга и деца. Тъй като поведението на страдащият от ПР човек е силно егоцентрично, то се отразява силно негативно върху взаимоотношенията му с останалите членове на семейството. Често пациентът е самовглъбен, непрекъснато изследва себе си, а вниманието му е насочено върху собствените му физически симптоми. Страхът за физическото му здраве може да го накара да мери непрекъснато кръвното си налягане, да мери пулса си, да наблюдава отделни части от тялото си и т.н. Това поведение може да е толкова обсебващо, че понякога родителите, страдащи от ПР, губят способността да се грижат пълноценно за децата си. Пълното осъзнаване на този факт ги кара да се чувстват още по-безпомощни и да разчитат още повече на останалите членове от семейството. По тази и други причини често хората с паническо разстройство изпадат в крайна зависимост от най-близките си хора.

От своя страна, близките на пациентите с паническо разстройство понасят негативите от заболяването, поемайки голяма част от задълженията на пациентите. В допълнение самите те обикновено не са наясно какво могат да направят за подобряване състоянието на страдащите от ПР и често не разбират особеностите на състоянието. Това нарушава комуникацията и връзката между болен и най-близкото му обкръжение и води до чести конфликтни ситуации.

Поради страх от нова паническа атака и съпътстващите състоянието симптоми, хората с паническо разстройство се страхуват от поддържането на стари социални връзки и от осъществяването на нови социални контакти. Пациентите се страхуват да отидат на интервю за работа, да започнат работа на ново работно място, да се срещат с нови хора, да поставят начало на нова интимна връзка, да посещават места с непознати хора. Един от основните страхове, което възпрепятства социалните контакти, е идеята, че „ще бъдат сметнати за луди“ и „ще се изложат пред непознати“.

Паническото разстройство е един от актуалните проблеми на съвременната медицина от социална гледна точка, тъй като заболяването засяга предимно млади хора в социално активна възраст. През последните години сериозно притеснителни са социално-икономическите последици от ръста на заболяването от ПР. Обществото губи работен и интелектуален потенциал, най-често в млада възраст, което се отразява на брутният вътрешен продукт и качеството на продукцията като цяло. Факт е, че паническото разстройство инвалидизира напълно 10% от засегнатите индивиди.

### **3.8.3 Проблеми, свързани със здравеопазната система**

Трудностите при диагностиката и лечението на паническото разстройство се отразяват неблагоприятно на здравеопазната система в няколко аспекта. От една страна, общопризнатата в световната практика сложност при лечението на ПР и тревожни разстройства води до нарастване на недоверието в медицината.

От друга страна, здравеопазната система търпи сериозни финансови загуби при диагностиката и терапията на ПР. В периода преди диагностицирането на заболяването често пациентите са изпращани на скъпи и сложни изследвания и правят посещения при няколко специалисти. Това най-често са кардиолог, невролог и психиатър. Провежданите изследвания обикновено са свързани с обмяната на веществата, жлезите с вътрешна секреция, гастроентерологични изследвания, кръвни изследвания, ЕКГ, ЕЕГ и др. По тази причина разходите около един пациент с паническо разстройство нарастват драстично. Финансовите загуби биха могли да бъдат спестени при добра профилактика, навременна диагностика и адекватна терапия на заболяването.

#### **3.8.4 Рискове при пациенти с ПР**

Става ясно, че диагнозата „паническо разстройство“ е повод за очакване на по-късни рискове, свързани със заболяването. Най-често това са:

- Развитие на депресия – невъзможността за справяне с разстройството и негативното влияние на симптомите често са причина за отключването на депресия, което прави лечението на състоянието още по-трудно.
- Суицидни мисли – трудностите около терапията на ПР и евентуалното отключване на депресия са причина да се мисли за риск от суицид.
- Зависимости – статистиката показва, че част от хората с паническо разстройство развиват алкохолна или наркотична зависимост. Наличието на подобен вторичен проблем прави терапията още по-сложна.
- Социофобия и социална изолация – прекъсването на социалните контакти и страха от обществото са едни от и най-често реализираните рискове, съпътстващи паническото разстройство.

- Други фобии и тревожни разстройства – често паническото разстройство прераства в други тревожни разстройства и/или е съпътствано от фобии.

## 4 ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ, ПРИНОСИ

### 4.1 Изводи

1. Лицата с паническо разстройство са високообразовани, в активна възраст, предимно работещи на пълен работен ден. Наличието на заболяването при тях създава следния прецедент – висококвалифицирани кадри в най-продуктивната възраст от живота си срещат сериозни трудности при реализацията си, което се дължи на често съпътстващите паническото разстройство агорафобия и социална изолация.
2. По-голямата част от хората с паническо разстройство са семейни (67%) и родители на едно и повече деца. Сред тях няма самотноживеещи. Наличието на неприятните физически, психически и поведенчески прояви на паническото разстройство пречат на хората с ПР да изпълняват пълноценно задълженията си като родители и семейни (интимни) партньори.  
Фактът, че 96% от хората с паническо разстройство живеят с други хора е обясним по следните причини:
  - Повечето от тях са семейни и имат едно или повече деца;
  - Голяма част от хората с паническо разстройство се страхуват да останат сами и съжителството с други хора им дава повече сигурност (виж. Литературен обзор).
3. Голямата давност на паническото разстройство при респондентите, попълнили Анкетна карта А, и персистиращите дори след 20 години симптоми на тревожност и панически атаки показват, че провежданата терапия на заболяването не е достатъчно ефективна.

4. Отключването на допълнителен психически проблем или заболяване при хора с ПР доказва, че не се работи ефективно в посока вторична профилактика.
5. Хората с паническо разстройство често сами откриват какво е състоянието им и сами си поставят диагноза (31% сами са установили наличието на ПР), въпреки че нямат знанията и уменията на медицински лица или психолози. От този факт може да се предполага, че специалистите, които би трябвало да могат да поставят правилна диагноза „паническо разстройство“ – лекари и психолози, или са „пропускан“ фактор в процеса на диагностициране, или не са поставили съответната диагноза, при наличието на достатъчно симптоматика. Самодиагностицирането е повод за появата на проблеми при последвалата терапия и създава риск от самоопределяне на грешна диагноза.
6. От факта, че голяма част от личните лекари и психолозите не посочват конкретен процент пациенти с ПР (40% от личните лекари и 20% от психолозите не дават отговор) в тяхната практика може да се направят следните предположения:
  - Личните лекари и психолозите нямат достатъчно информация за пациентите с паническо разстройство.
  - Хората с паническо разстройство не споделят подробности за своето състояние с личните си лекари.
  - Личните лекари не са предпочитано звено за консултация и лечение от страна на хората с паническо разстройство.
  - Личните лекари трудно разпознават симптомите на паническото разстройство.
7. Личните лекари често са прескачано звено в процеса на диагностициране и лечение на паническото разстройство. Доказателство за това е сравнително

големият процент от хората с паническо разстройство, които отговарят, че не са посещавали личните си лекари във връзка със състоянието си – 32%.

8. Психолозите/психотерапевтите изключително често са пропускан терапевтичен фактор в лечебния процес. Това е така, тъй като, от една страна, личните лекари и психиатрите не насочват пациентите към психолози/психотерапевти и не им разясняват нуждата от психологическа помощ, а от друга страна, голяма част от самите пациенти/клиенти не вярват в ефективността на психотерапията и в методите на психолози/психотерапевти. Едновременно с това лицата с ПР не посещават психолог/психотерапевт или се отказват от такъв вид терапия, тъй като не намират достатъчно квалифицирани кадри или не са доволни от психотерапевтичния процес.
9. Успешното лечение на ПР е в силна зависимост от посещението на пациентите при психолог/психотерапевт. Това е доказано чрез колерационна зависимост, демонстрирана с помощта на регресионен анализ. Това означава, че колкото повече пациентите биват информирани за необходимостта от психотерапевтична намеса, толкова повече ще нараства броят на излекуваните от ПР лица.
10. Личните лекари, психиатрите и психолозите не предоставят достатъчно информация относно причините за заболяването, протичането и терапията на пациентите и техните семейства. Едновременно с това, при положение, че повечето от тях са наясно от нуждата от психотерапия като задължителна компонента при лечението на ПР, медицинските специалисти предписват основно медикаментозна терапия.

11. На лицата с паническо разстройство масово се изписват медикаменти, без да се изследва индивидуалната поносимост към лекарствата. Въпреки че голяма част от специалистите препоръчват да се работи индивидуално с конкретния пациент и да се използва специфичен спрямо неговата личност терапевтичен подход, на практика това не се случва.
12. Познанията на личните лекари относно особеностите на паническото разстройство и хората с тревожни разстройства не са достатъчно добри. По тази причина са затруднение и процесите на диагностика, терапия и профилактика. Това показва, че специалистите имат нужда от допълнително обучение. Едновременно с това всички видове специалисти демонстрират готовност за включване в обучителен курс и желание за използване на ръководство за работа с хора с тревожни разстройства.
13. Не съществуват достатъчно материали за паническото разстройство, предназначена за пациентите и техните семейства. По тази причина медицинските специалисти и психолози не предоставят информационни материали на хората с паническо разстройство, въпреки че е налице огромна необходимост от предоставянето на такива. Във връзка с това заключение може да се направи изводът, че е необходима професионална изработка и разпространение на информационни материали с цел повишаване на информираността.
14. При диагностиката, терапията и профилактиката на паническото разстройство се установява липса на комуникация и колаборация между различните видове специалисти, от една страна, и между специалисти и пациенти/клиенти, от друга страна. Една от причините за това е липсата на информация и яснота относно ефективните методи за психотерапия, видовете психотерапия и квалификацията при психолози/психотерапевти.

Това доказва хипотезата, че слабата информираност води до проблеми при диагностиката, терапията и профилактиката на заболяването.

## **4.2 Препоръки**

### **4.2.1 Препоръки към министерството на здравеопазването**

- **Създаване и приемане на Закон за психотерапията** с цел изясняване на въпросите – кой има право да прилага психотерапия, кои обучителни курсове по психотерапия дават необходимата психотерапевтична подготовка, каква продължителност трябва да имат базисните курсове по психотерапия.
- **Създаване и приемане на Закон за регулиране дейността на психолозите в България** с цел установяване на по-висок контрол върху дейността на психолозите, повишаване на квалификацията на кадрите, защита на клиентите от непрофесионална психологична помощ.
- **В Закона за здравето ясно да са регламентирани правилата за лечение на хора с тревожни разстройства** и правата и задълженията на личните лекари при оказването на медицинска помощ на лица с психични заболявания.
- **Въвеждане на законово изискване личните лекари да имат успешно завършило обучение за работа с хора с психични проблеми.**
- **Разработване и създаване на печатни и електронни информационни материали за паническото разстройство,** предназначени за пациентите с паническо разстройство и техните семейства.

#### 4.2.2 Препоръки към личните лекари

- **Повишаване на информираността** относно спецификата на паническото разстройство и начините за терапия при пациенти с ПР с цел личните лекари да могат лесно да разпознават и диагностицират състоянието.
- **Предоставяне на повече информация** и информационни материали на пациентите с паническо разстройство и техните семейства.
- **Работа с хора в риск** от развитие на паническо и друго тревожно разстройство с цел профилактика.
- **Работа с пациентите с паническо разстройство с цел профилактика** на вторично психично разстройство.
- **Работа със семействата** и близките на хората с паническо разстройство.
- **Участие в обучения** за работа с хора с паническо и други тревожни разстройства.

#### 4.2.3 Препоръки към психиатрите

- При лечението на паническо разстройство **да се разяснява подробно на пациентите необходимостта от комплексно лечение**, включващо задължително психологическа помощ.
- **Разширяване на квалификацията** в насока прилагане на психотерапевтична помощ при хора с паническо разстройство.
- **Предоставяне на повече информация** и информационни материали на пациентите с паническо разстройство и техните семейства.
- **Работа със семействата** и близките на хората с паническо разстройство.

- **Работа с хора в риск** от развитие на паническо и друго тревожно разстройство с цел профилактика.
- **Работа с пациентите с паническо разстройство с цел профилактика на вторично** психично разстройство.

#### 4.2.4 Препоръки към психолозите

- **Повишаване на квалификацията** с цел придобиване на знания, умения и права за прилагане на психотерапия при хора с паническо разстройство.
- **Работа с хора в риск** от развитие на паническо и друго тревожно разстройство с цел профилактика.
- **Работа с хората с паническо разстройство** в насока профилактика на вторично отключване на психично разстройство.
- **Предоставяне на повече информация** и информационни материали на пациентите с паническо разстройство и техните семейства.
- **Работа със семействата** и близките на хората с паническо разстройство.

#### 4.2.5 Препоръки към Министерството на образованието и образователните институции

- **Повишаване на контрола** и изискванията при провеждането на обучения за специалисти за работа с хора с тревожни разстройства.
- Разработване и **отпечатване на информационни материали** за обучение на медицински специалисти и психолози при работа с хора с паническо разстройство.

- **Провеждане на специализирани курсове за обучение** на личните лекари за работа с хора с паническо и други тревожни разстройства.

## **4.3 Приноси**

### **4.3.1 Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер**

1. Проведено е първото по рода си проучване в страната, обхващащо толкова голям брой хора с паническо разстройство и насочено към изучаване на проблемите при диагностиката, терапията и профилактиката на състоянието, като за целта са използвани различни източници на информация и са обхванати всички ключови елементи, които имат доказано отношение към проблема.
2. Представено е действителното състояние на проблема, който засяга голяма част от хората с паническо разстройство в страната.
3. Направен е опит за първи път в България един конкретен медико-социален и психологически проблем да бъде изучен чрез изследване на различните участници в процеса на неговото решаване – общопрактикуващи лекари, психиатри, психолози, пациенти и близки на пациентите.

### **4.3.2 Приноси с приложен характер**

- 1. Разработен е диагностичен въпросник за установяване на евентуалното наличие на паническо разстройство.**

Въпросникът е адаптиран по материали от Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994, и Учебно-методическо пособие „Клиника, диагностика и лечение паническия расстройство“, Е. Иванова, А. Алексеевич, 2005. Състои се от

8 въпроса, насочени към пациентите, и търсещи наличието на евентуални симптоми на паническо разстройство и панически атаки. Във въпросника е включен въпрос, изискващ от пациентите самооценка на тежестта на състоянието им.

Диагностичният въпросник може да бъде предоставян на общопрактикуващите лекари, за да ги подпомогне при установяване наличието и ранната диагностика на паническо разстройство. ОПЛ-тата може да изискват попълването на въпросника при пациенти, за които се съмняват, че става дума за ПР. В случай че отговорите на пациентите насочват медицинския специалист към паническо разстройство и не е налично допълнително медицинско състояние, с което може да се направи диференциална диагноза, следва пациентът да бъде насочен към психиатър и психолог за изработка на индивидуален терапевтичен план.

## **2. Разработени са две учебни програми:**

- Учебна програма за петдневен следдипломен квалификационен курс за работа с хора с паническо разстройство на тема „Диагностика, терапия и профилактика на паническо разстройство“, предназначена за лекари и специалисти по здравни грижи. (Приложение 6)

- Учебна програма за петдневен следдипломен квалификационен курс на тема „Съвременни психотерапевтични методи при паническо разстройство“, предназначена за психолози и психиатри. (Приложение 7)

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Анкетна карта А

Уважаеми клиенти/пациенти,

Целта на настоящата анкета е да установим проблемите, които сте срещнали и срещате при появата, диагностицирането и терапията на паническо разстройство (ПР). Моля, отговорете откровено и ясно, като оградите верния отговор или подчертаете с **BOLD**, ако анкетирането се провежда чрез електронната поща!

<b>ВЪПРОСИ</b>	<b>ОТГОВОРИ</b>
1. Пол	а) мъж б) жена
2. Възраст	.....
3. Местоживееене	а) град б) село
4. Образование	а) основно б) средно в) специалист (полувисше) г) бакалавър д) магистър
5. Вашият семеен статус е:	а) неженен/неомъжена б)семеен (живеещ на семейни начала) в)разведен г)вдовец/вдовица д)в процес на развод/раздяла
6. Вие живеете с:	а) съпруг/съпруга б) съпруг/съпруга, деца в) родители, съпруг/съпруга, деца г) родители д) самотноживеещ е) дете/деца ж)друго.....

7. Вашият статус като родител е:	а) нямам деца б) родител съм на едно дете в) родител съм на две деца г) родител съм на три деца д) родител съм на четири и повече деца
8. Каква е вашата заетост?	а) работя на пълен работен ден б) работя на непълен работен ден в) работя почасово г) работя от вкъщи д) не работя
9. Страдате ли от някое от следните физически заболявания?	а) астма б) друго белодробно заболяване в) пролапс на митралната клапа г) друго сърдечно заболяване д) диабет е) епилепсия ж) заболяване на щитовидната жлеза з) хипертония (високо кръвно налягане) и) друго..... й) не страдам
10. Приемате ли лекарства за лечение на хронично физическо заболяване?	а) да, приемам всекидневно б) да, приемам периодично в) не, не приемам
11. Ако отговорът на предишния въпрос е положителен, моля, посочете вида на лекарствата?	.....
12. Страдате ли от някоя от следните зависимости?	а) тютюнева зависимост б) алкохолна зависимост в) наркотична зависимост г) лекарствена зависимост д) не
13. Страдате ли от някой от посочените психични проблеми?	а) агорафобия б) obsесивно-компулсивно разстройство в) генерализирано тревожно разстройство г) депресия е) специфична фобия (към паяци, височини и т.н.) г) биполярно разстройство д) друго психично заболяване (моля посочете какво)..... е) не ж) не съм запознат
14. Има ли кръвен член от семейството ви, който да е страдал от някое от следните психични заболявания?	а) агорафобия б) obsесивно-компулсивно разстройство в) генерализирано тревожно разстройство г) депресия е) специфична фобия (към паяци, височини и т.н.) г) биполярно разстройство д) друго психично заболяване (моля посочете какво).....

	<p>е)не ж)не съм запознат</p>
<p>15. Има ли кръвен член от семейството ви, който да е страдал или да страда от паническо разстройство?</p>	<p>а)да б)не в)не съм запознат</p>
<p>16.Ако отговорът на предишния въпрос е положителен, моля, посочете каква е роднинската ви връзка с него (може да посочите повече от един отговор, ако броят на членовете е повече от един):</p>	<p>а)майка б)баща в)сестра г)брат д)баба е)дядо ж)леля з)чичо и)братовчедка й)братовчед к)друг, по-далечен роднина</p>
<p>17. Кога за пръв път при вас се отключи паническо разстройство?</p>	<p>а)преди месец б)преди половин година в)преди година г)преди 1до 2 години д)преди 2 до 3 години е)преди 3 до 4 години ж)преди 5-10 години з)преди 10-15 години и)преди 15-20 години й)преди повече от 20 години</p>
<p>18. Непосредствено преди отключването на заболяването преживявали ли сте някое от следните събития, което свързвате с появата на състоянието (може да посочите повече от един отговор):</p>	<p>а)смърт на член от семейството б)смърт на приятел или познат в)тежка/внезапна болест на член от семейството г)тежко болестно състояние при вас д)инцидент, злополука (катастрофа, травма) с вас е)инцидент, злополука (катастрофа, травма) с ваш роднина, близък или познат ж)смяна на местоживееене з)смяна на месторабота и)промяна на семейния статус (сватба, развод, раздяла) й)раждане на дете к)друго..... л)няма такова събитие</p>
<p>19.Преди отключване на паническото разстройство имали ли сте някои от следните прояви:</p>	<p>а)често боледуване б)повишена чувствителност към употребата на кафе в)лесно стряскане г)усещане за непрекъсната напрегнатост д)непоносимост към употребата на алкохол е)не</p>
<p>20.Къде се прояви първата ви паническа атака?</p>	<p>а)у дома в присъствието на други хора б)у дома, докато бяхте сами в)в обществения транспорт</p>

	<p>г)в магазин, супермаркет  д)докато чакахте на опашка на обществено място  е)в асансьор или тясно помещение  ж)в топло, задушно помещение  з)на концерт, протест, карнавал или друга масова проява  и)на голямо, открито пространство  й)на работното ви място  к)друго (посочете) .....</p>
21. С каква честота започнаха да се появяват паническите атаки в началото на паническото разстройство?	<p>а)всеки ден по няколко пъти  б)веднъж дневно  в)веднъж на няколко дни  г)веднъж седмично  д)няколко пъти месечно</p>
22. В по-късните етапи на паническото разстройство как се промени честотата на паническите атаки?	<p>а)драстично се увеличиха  б)увеличиха се  в)нямаше промяна  г)намаляха  д)изчезнаха</p>
23.Къде най-често започнаха да се появяват панически атаки в по-късните етапи от развитието на разстройството?	<p>а)у дома в присъствието на други хора  б)у дома, докато бяхте сами  в)в обществения транспорт  г)в магазин, супермаркет  д)докато чакахте на опашка на обществено място  е)в асансьор или тясно помещение  ж)в топло, задушно помещение  з)на концерт, протест, карнавал или друга масова проява  и)на голямо, открито пространство  й)на работното ви място  к)друго (посочете) .....</p>
24.Какви бяха симптомите на първите ви панически атаки (може да посочите повече от един отговор)?	<p>а) тежест в сърцето, прескачане на сърцето или сърцебиене.  б)Изпотяване.  в)Треперене, тремор, усещане за люлеене.  г)Недостиг на въздух, задух.  д)Усещане за задавяне.  е)Болка в гърдите или дискомфорт.  ж)Гадене, коремно неразположение.  з)Чувство на замаяност, нестабилност, световъртеж или отпадналост.  и)Дереализация (усещане за нереалност) или деперсонализация (отделеност от самия себе си).  й)Страх от полудяване или загуба на контрол.  к)Страх от смъртта.  л)Парестезии (вцепеняване или изтръпване).  м)Топли или студени вълни.</p>
25. Кои симптоми най-често започнаха да се	<p>а) тежест в сърцето, прескачане на сърцето или</p>

<p>проявяват при панически атаки в по-късни фази на разстройството (може да посочите същите или други отговори, симптомите може да са повече от един)?</p>	<p>сърцебиене.  б)Изпотяване.  в)Треперене, тремор, усещане за люлеене.  г)Недостиг на въздух, задух.  д)Усещане за задавяне.  е)Болка в гърдите или дискомфорт.  ж)Гадене, коремно неразположение.  з)Чувство на замаяност, нестабилност, световъртеж или отпадналост.  и)Дереализация (усещане за нереалност) или деперсонализация (отделеност от самия себе си).  й)Страх от полудяване или загуба на контрол.  к)Страх от смъртта.  л)Парестезии (вцепеняване или изтръпване).  м)Топли или студени вълни.</p>
<p>26. Имали ли по време на паническа атака някои от следните физически сиптоми (може да посочите повече от един отговор)?</p>	<p>а)позиви за уриниране или дефекация  б)мускулни спазми, трепкане на мускули или мускулни групи  в)усещане за мравучкане или иглички  г)причерняване  д)скърцане със зъби или стягане на челюстта  е)съскъщ, пукащ шум в ушите или главата  ж)замъглено виждане  з)хипервентилация, учестено дишане  и)усещане за адреналин като преминаваща през тялото ви вълна  й)усещане за вибриращо или жужащо тяло  к)сърбеж  л)“изострена“ сетивност</p>
<p>27. Имали ли сте по време на паническа атака някои от следните психични сиптоми (може да посочите )?</p>	<p>а)Страх от загуба на контрол по време на шофиране.  б)Клаустрофобични усещания.  в)Загуба на способност за логическо разсъждаване.  г)Ирационални натрапчиви мисли.  д)„Бурен“ вътрешен диалог.  е)Усещане, че никой не разбира какво се случва с вас  ж)Чувство и очакване, че ще се случи нещо лошо, което не може да бъде предотвратено.  з)Страх от самоубийство.  и)Страх от загуба на паметта.  й)Страх от „излагане“ пред хората.  к)Безсилие за справяне със самия себе си.  л)Повишена емоционалност.  м)Усещане за забавяне или ускоряване на времето.  н)Страх от самия страх.  о)Усещане за „празнота“ в главата</p>
<p>28.Изпитвали ли сте между паническите</p>	<p>а)безсъние, трудно заспиване, кошмари</p>

атаки някое от следните състояния (може да посочите повече от един отговор)?	б)неувереност в себе си в живота в)непрекъсната тревожност г)хипохондрпични мисли и „прилепчивост“ на заболявания д)чувство на срам от самия себе си е)страх от установяване на нови социални връзки ж)гняв към себе си и света з)агресия към себе си и света и)усещане за несправедливост
29. В по-късните етапи на паническо разстройство развихте ли състояние на агорафобия?	а)да, лека степен б)да, средна степен в)да, тежка степен г)не д)не съм запознат
30. В по-късните етапи на паническо разстройство развихте ли някое от следните психически разстройства или състояния?	а)обсесивно-компулсивно разстройство б)генерализирано тревожно разстройство в)депресия г)специфична фобия (към паяци, височини и т.н.) д)биполярно разстройство е) друго психично заболяване (моля посочете какво)..... ж)алкохолна зависимост з)наркотична зависимост и)лекарствена зависимост й)не
31. Как се отрази ПР на социалния ви живот?	а)силно ограничих социалните си контакти б)слабо ограничих социалните си контакти в)увеличих социалните си контакти г)няма промяна д)не мога да преценя
32. Как се отрази ПР на обществения живот?	а) ограничих максимално посещенията си на обществени места б)ограничих отчасти посещенията си на обществени места в)увеличих посещенията на обществени места г)няма промяна д)не мога да преценя
33. Как се отрази ПР на работата ви?	а)напуснах работа б)смених работното място с друго в)започнах да работя от вкъщи г)започнах по-често да отсъствам от работа д)няма промяна е)не мога да преценя
34. Как се отрази ПР на интимните ви взаимоотношения?	а)станах прекалено зависим/а от партньора си б)взаимоотношенията ни се подобриха в/взаимоотношенията ни се влошиха отчасти г)взаимоотношенията ни се влошиха драстично д)разделихме се с партньора ми е)няма промяна ж)друго.....

35. Кой за пръв път ви постави диагноза „паническо разстройство“?	а)личният лекар б)психиатър в)невролог г)психолог д)друг специалист е)сам установих, че страдам от ПР ж)друго (посочете).....
36. Специалистът, който ви постави диагноза, предостави ли ви информация за състоянието?	а)да, предостави ми достатъчно информация б)да, но количеството информация на беше достатъчно в)почти не ми предостави информация г)не, не ми предостави никаква информация д)не мога да преценя е)нямам поставена диагноза от специалист
37. От къде получихте най-изчерпателна информация за състоянието си (може да посочите повече от един отговора)?	а)от личния си лекар б)от психиатър в)от невролог г)от психолог/психотерапевт д)от приятел без ПР е)от приятел с ПР ж)от печатно издание – книга, брошура, списание... з)от форум в интернет и)от сайтове в интернет й)друго (посочете).....
38. Посетихте ли някой от следните медицински специалисти, преди да разберете, че страдате от паническо разстройство?	а)кардиолог б)пулмолог (белодробен специалист) в)невролог г)ендогринолог д)гастроентеролог е)друго.....
39. Кога посетихте личния си лекар във връзка с паническото разстройство?	а)още при първата паническа атака б)след няколко панически атаки в)още не съм го посещавал г)друго.....
40. Личният лекар предостави ли информация за причините за състоянието ви?	а)да, предостави ми достатъчно информация б)да, предостави ми, но информацията не беше достатъчно в)не, не ми предостави никаква информация г)не мога да преценя д)не съм посещавал личния си лекар във връзка с паническото разстройство
41. Личният лекар предостави ли ви информация за протичането на паническото разстройство?	а)да, предостави ми достатъчно информация б)да, предостави ми, но информацията не беше достатъчно в)не, не ми предостави никаква информация г)не мога да преценя д)не съм посещавал личния си лекар във връзка с паническото разстройство
42. Личният лекар предостави ли ви информация за терапията при паническо	а)да, предостави ми достатъчно информация б)да, предостави ми, но информацията не беше

разстройство?	достатъчно в)не, не ми предостави никаква информация г)не мога да преценя д)не съм посещавал личния си лекар във връзка с павничекото разстройство
43. Колко време измина от първата паническа атака до поставяне на диагнозата „паническо разстройство“?	а)веднага ми поставиха диагнозата б)една седмица в)един месец г)няколко месеца д)половин година е)година ж)две години з)три години и)четири години й)пет и повече години к)друго.....
44. Беше ли ви поставена някоя от следните диагнози, преди да разберете, че се касае за паническо разстройство?	а)нервно-вегетативна дистония б)сърдечна невроза г)сърдечно-съдова дистония д)невро-циркулаторна дистония е)не
45. Продължихте ли да посещавате личния си лекар за консултации в следващите етапи на паническо разстройство?	а)да, често б)да, но рядко в) не г)изобщо не съм посещавал личния си лекар във връзка с ПР
46. Доволни ли сте от предоставяните от личния ви лекар грижи във връзка с паническото разстройство?	а)да, много б)да, отчасти в)не съм доволен г)не съм посещавал личния си лекар във връзка с ПР д)не мога да преценя
47. Кой ви назначи терапия за паническото разстройство?	а)личният лекар б)психиатър в)невролог г)психолог д)друг специалист е)сам си назначих ж)друго (посочете).....
48. Каква терапия ви беше назначена за справяне с паническото разстройство?	а)медикаментозна терапия б)психотерапия в)комбинирана медикаментозна и психотерапия г)не ми беше назначена терапия д)друго.....
49. Коя терапия избрахте вие?	а)медикаментозна терапия б)психотерапия в)комбинирана медикаментозна и психотерапия г)не съм прилагал никаква терапия д)друго.....
50. Ако сте прилагали някоя от изброените във въпрос 48 и 49 терапии, моля, посочете	а)медикаментозна терапия б)психотерапия

коя беше най-ефективна за вас?	в)комбинирана медикаментозна и психотерапия г)не съм прилагал никаква терапия д)друго.....
51. Ако сте прилагали медикаментозна терапия, изпадали ли сте в някои от следните състояния, които свързвате с лекарствените препарати?	а)повишена уморяемост б)повишена сънливост в)липса на концентрация г)влошена памет д)влошено либидо е)рязко повишаване на тревожността ж)безсъние з)медикаментозна зависимост
52. Ако сте приемали лекарства за лечение на ПР, ефективна ли беше за вас тази терапия?	а)да, много съм доволен б)да, много, но имаше много странични действия в)да, но само докато приемах лекарства г)почти не д)категорично не е)не мога да преценя
53. Ако сте приемали лекарства за ПР, колко време продължи приемът им?	а)няколко седмици б)няколко месеца в)половин година г)около година д)година и половина е)две години ж)три години з)четири години и) 5 -10 години й) 10-15 години к) 15-20 години л) над 20 години
54. Беше ли ви разяснено от лекар, че ПР се лекува най-успешно в комбинация с психотерапия?	а)да, беше ми обяснено подробно б)да, но получих съвсем кратки разяснения в)не, не ми беше разяснено г)беше ми разяснено, но не от лекар, а от психолог д)сам/а разбрах от други източници, че е необходима и психотерапия е)не мога да преценя
55. Посещавал ли сте психолог или психотерапевт във връзка с ПР?	а)изобщо не съм посещавал б)да, но само веднъж в)да, но само няколко посещения г)да, многократно
56. Ако сте посещавали психолог или психотерапевт във връзка с ПР многократно, каква беше честотата на посещения?	а) веднъж седмично б)два пъти седмично в)веднъж на две седмици г)веднъж месечно д)веднъж годишно е)по-рядко
57. Ако не сте посещавал (или сте посещавал само неколkokратно) психолог или психотерапевт във връзка с ПР, моля,	а)не бях информиран, че трябва да посещавам б)нямат доверие в психолозите и психотерапевтите

посочете причината:	в)не мисля, че психотерапията ще е ефективна г)страхувах се, да не ме мислят за луд д)нямам финансова възможност е)исках да посещавам, но не намерих добър професионалист ж)друго.....
58. Ако сте посещавали психолог или психотерапевт, беше ли терапията ефективна за лечението на ПР при вас?	а)да, изключително ефективна б)да, сравнително ефективна в)да, отчаси г)почти не д)категорично не е)не мога да преценя ж)не съм посещавал
59. Информирани ли сте относно някоя от следните терапии (оградете с кръгче тези, които познавате)?	а)психо-динамична терапия б)когнитивно-поведенческа терапия в)гещалт-терапия г)десенсибилизация д)холотропно дишане е)Техника за емоционална свобода ж)хипноза з)EMDR терапия и)биофийдбек и невротренинг терапия й)хипнотична регресия к)групова или семейна психотерапия л)не съм информиран
60. Ако сте започнали с някои от изброените терапии в предишния въпрос, посочете от къде имате информация:	а)от личния лекар б)от психиатър в)от невролог г)от психолог или психотерапевт д)от приятели или познати е)от интернет ж)от печатни издания з)друго..... и)не съм информиран
61. Участвали ли сте в някоя от следните терапии за лечение на ПР:	а)психо-динамична терапия б)когнитивно-поведенческа терапия в)гещалт-терапия г)десенсибилизация д)холотропно дишане е)Техника за емоционална свобода ж)хипноза з)EMDR терапия и)биофийдбек и невротренинг терапия й)хипнотична регресия к)групова или семейна психотерапия л)други дихателни техники (посочете) ..... м)друго..... н)не съм участвал
62. Ако отговорът на предишния въпрос е положителен, посочете коя терапия за вас е	а)психо-динамична терапия б)когнитивно-поведенческа терапия

<p>била най-успешна:</p>	<p>в)гещалт-терапия  г)десенсибилизация  д)холотропно дишане  е)Техника за емоционална свобода  ж)хипноза  з)EMDR терапия  и)биофийдбек и невротренинг терапия  й)хипнотична регресия  к)групова или семейна психотерапия  л)други дихателни техники (посочете)  .....  м)друго.....</p>
<p>63. Ако някаква друга терапия или дейност ви е помогнала да се излекувате от ПР, моля, посочете каква е тя:</p>	<p>.....  .....</p>
<p>64. Какъв беше най-сериозният проблем, който срещнахте при лечението на ПР (може да посочите няколко отговора)?</p>	<p>а)липсата на достатъчно информация от страна на личния лекар  б)липсата на достатъчно информация от страна на друг специалист  в)липсата на професионална психотерапевтична помощ  г)неразбиране от страна на медицинските специалисти  д)трудното диагностициране  е)неефективността на медикаментозната терапия  ж)отношението на близките им  з)друго.....</p>
<p>65. Получихте ли подкрепа от семейството ви във връзка с ПР?</p>	<p>а)да, получих голяма подкрепа  б)да, отчасти  в)почти не  г)не, не получих никаква подкрепа  д)не мога да преценя</p>
<p>66. Успяха ли да разберат близките ви вашето състояние?</p>	<p>а)да, всички ясно разбраха какво се случва с мен  б)близките ми успяха отчасти да разберат състоянието ми  в)близките ми почти не разбраха състоянието ми  г)близките ми изобщо не разбраха състоянието ми  д)близките ми ме мислеха за луд/а  е)не мога да преценя</p>
<p>67. Бяха ли наясно близките ви с рисковете и последиците от ПР?</p>	<p>а)да, бяха съмсем наясно  б)да, отчасти  в)почти не бяха наясно  г)изобщо не бяха наясно  д)не мога да преценя</p>
<p>68. Как оценявате нуждата от информация относно ПР за близките на хора с паническо разстройство?</p>	<p>а)огромна нужда близките да бъдат информирани  б)малка нужда от информация  в)няма нужда близките да получават информация за ПР</p>

	г)не мога да преценя
69. Вие и семейството ви получихте ли някакви информационни материали от медицински специалист или психолог/психотерапевт?	а)да б)не в)не съм посещавал медицински специалист или психолог/психотерапевт
70. Имате ли необходимост да получите такива?	а)огромна необходимост б)отчасти в)нямах необходимост г)не мога да преценя
71. Какво бихте препоръчали да се направи в полза на хората с ПР (опишете свободно)	..... ..... .....

## Анкетна карта В

Уважаеми лични лекари,

Целта на настоящата анкета е да установим проблемите, които срещате вие и вашите пациенти с паническо разстройство, при диагностиката, протичането и терапията на състоянието. Моля, отговорете ясно и откровено, като оградите верния отговор!

ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ
1. Вие сте:	а) мъж б) жена
2. Населено място, където практикувате:	.....
3. Какъв е обхватът на вашата практика?	
4. Работите ли на допълнително работно място?	а) да, в държавна или общинска структура б) да, имам частен кабинет в) да, но не по специалността г) не
5. Вашата специалност е:	.....
6. Имате ли допълнителни квалификации (моля, посочете)?	..... .....
7. Вашият трудов стаж е:	а) 1-5 години б) 6-10 години в) 11-20 години г) над 20 години
8. Трудовият стаж като ОПЛ е:	а) 1-5 години б) 6-10 години в) 11-20 години г) над 20 години
9. Участвали ли сте в някое от следните обучения:	а) психологическо консултиране б) психотерапия

	<p>в) обучение за работа с хора с тревожни разстройства</p> <p>г) друг психологически тренинг (моля, посочете).....</p> <p>д) не съм участвал</p>
10. Насочвате ли често ваши пациенти към психолог?	<p>а) да, много често</p> <p>б) да</p> <p>в) да, но много рядко</p> <p>г) почти не</p> <p>д) изобщо не</p> <p>е) сами си търсят този вид специалист</p> <p>ж) не ми се е налагало да насочвам</p>
11. Работите ли в екип с психолог?	<p>а) да, много често</p> <p>б) да</p> <p>в) да, но много рядко</p> <p>г) само в единични случаи</p> <p>д) не, не работя</p> <p>е) нямам право да работя с психолог</p> <p>ж) друго.....</p>
12. Насочвате ли често ваши пациенти към психиатър?	<p>а) да, много често</p> <p>б) да</p> <p>в) да, но много рядко</p> <p>г) почти не</p> <p>д) изобщо не</p> <p>е) сами си търсят този вид специалист</p> <p>ж) не ми се е налагало да насочвам</p>
13. Работите ли в екип с психиатър?	<p>а) да, много често</p> <p>б) да</p> <p>в) да, но много рядко</p> <p>г) само в единични случаи</p> <p>д) не, не работя</p> <p>е) нямам право да работя с психиатър</p> <p>ж) друго.....</p>
14. Посочете какво е паническо разстройство:	<p>а) психотично заболяване</p> <p>б) панически страх от лекари</p> <p>в) тревожно разстройство</p> <p>г) фобия</p> <p>д) депресивно разстройство</p> <p>е) невроза</p> <p>ж) друго.....</p>
15. Посещават ли ви често пациенти с паническо разстройство?	<p>а) да, много често</p> <p>б) да</p> <p>в) да, но много рядко</p> <p>г) почти не</p> <p>д) изобщо не</p> <p>е) друго.....</p>
16. Вие поставяте ли диагноза „паническо разстройство“?	<p>а) да, много често</p> <p>б) да</p> <p>в) да, но много рядко</p> <p>г) почти не</p> <p>д) изобщо не</p>

	е)нямам право да поставям такава диагноза
17. Изпращате ли пациентите с диагноза „паническо разстройство“ на изследвания за някое от следните заболявания:	а) белодробно заболяване в) пролапс на митралната клапа г) друго сърдечно заболяване д) диабет е) епилепсия ж) заболяване на щитовидната жлеза з) хипертония и) друго психично заболяване й) не
18. Назначавате ли медикаментозна терапия на пациенти с паническо разстройство?	а) да, много често б) да, назначавам в) да, но само в единични случаи г) не, не назначавам д) не, насочвам ги към невролог е) не, насочвам ги към психиатър
19. По ваши наблюдения, какъв процент от пациентите ви страдат от паническо разстройство?	.....
20. Обикновено колко пъти ви посещава един и същи пациент с паническо разстройство?	а) най-често еднократно б) 1-5 пъти в) 5-10 пъти г) 10-15 д) 15-20 е) Над 20 ж) нямам такива пациенти
21. Какви са най-честите оплаквания на хората с паническо разстройство:	а) физически оплаквания б) психически оплаквания в) оплаквания от поведенчески проблеми г) друго.....
22. Какви са най-честите физически оплаквания по време на паническа атака (моля, посочете)?	а) тежест в сърцето, прескачане на сърцето или сърцебиене. б) изпотяване. в) треперене, тремор, усещане за люлеене. г) недостиг на въздух, задух. д) усещане за задавяне. е) болка в гърдите или дискомфорт. ж) гадене, коремно неразположение. з) чувство на замаяност, нестабилност, световъртеж или отпадналост. и) парестезии (вцепеняване или изтръпване). й) топли или студени вълни к) позиви за уриниране или дефекация л) мускулни спазми, трепкане на мускули или мускулни групи м) усещане за мравучкане или иглички н) причерняване о) скърцане със зъби или стягане на челюстта п) съскъщ, пукащ шум в ушите или главата р) замъглено виждане с) хипервентилация, учестено дишане

	<p>т)усещане за адреналин като преминаваща през тялото вълна</p> <p>у)усещане за вибриращо или жужащо тяло</p> <p>ф)сърбеж</p> <p>х)“изострена“ сетивност</p>
<p>23. Какви са най-честите психически оплаквания при паническо разстройство (моля, посочете)?</p>	<p>а)Дереализация (усещане за нереалност) или деперсонализация (отделеност от самия себе си).</p> <p>б)Страх от полудяване или загуба на контрол.</p> <p>в)Страх от загуба на контрол по време на шофиране.</p> <p>г)Клаустрофобични усещания.</p> <p>д)Страх от загуба на способност за логическо разсъждаване.</p> <p>е)Ирационални натрапчиви мисли.</p> <p>ж)„Бурен“ вътрешен диалог.</p> <p>з)Усещане, че никой не разбира какво се случва с пациента</p> <p>и)Чувство и очакване, че ще се случи нещо лошо, което не може да бъде предотвратено.</p> <p>й)Страх от самоубийство.</p> <p>к)Страх от загуба на паметта.</p> <p>л)Страх от „излагане“ пред хората.</p> <p>м)Безсилие за справяне със самия себе си.</p> <p>н)Повишена емоционалност.</p> <p>о)Усещане за забавяне или ускоряване на времето.</p> <p>п)Страх от самия страх.</p> <p>р)Усещане за „празнота“ в главата</p> <p>с)Страх от смъртта</p>
<p>24. Посочете най-честите поведенчески проблеми при пациенти с паническо разстройство (моля, посочете свободно):</p>	<p>а)отбягване на конкретни ситуации</p> <p>б)ограничаване на социалните контакти</p> <p>в)чести отсъствия от работа</p> <p>г)чести посещения при лекар</p> <p>д)провеждане на чести медицински изследвания</p> <p>е)друго (моля, посочете).....</p>
<p>25. Какви са рисковете при пациенти с паническо разстройство (моля, посочете)?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>26. Какви са най-честите проблеми, които срещате при работа с хора с паническо разстройство?</p>	<p>а)прекалено чести прегледи</p> <p>б)необходимост от чести и скъпи изследвания</p> <p>в)хипохондрични наклонности</p> <p>г)желание за непрекъснато внимание</p> <p>д)отделяне на твърде много време за преглед</p> <p>е)отказ от страна на пациента да си пие лекарствата</p> <p>ж)агресивно поведение</p> <p>з)отказ за сътрудничество в процеса на терапия</p>

	и) друго .....
27. Сред пациентите ви с паническо разстройство има ли такива, които посещават психолог/психотерапевт?	а)да, много често б)да в)да, но много рядко г)не, няма д)нямам информация е)нямам пациенти с паническо разстройство
28. Има ли сред пациентите ви такива с успешно излекувано паническо разстройство?	а)да, има много б)да в)да, но много малко г)не, няма напълно излекувани д)нямам информация е)нямам такива пациенти
29. Работите ли с близките и семействата на хора с паническо разстройство?	а)да, много често б)да в)да, но много рядко г)почти не работя с тях д)изобщо не е)не се налага, защото нямам пациенти с паническо разстройство
30. Ако не работите, каква е причината:	а)не мисля, че е необходимо б)пациентите нямат желание в)близките на пациентите не желаят да бъдат обучавани г)не съм преминал обучение за работа с хора с тревожни разстройства и техните роднини д)нямам време е)друго..... ж)нямам пациенти с паническо разстройство
31. Ако работите с близките и семействата на хора с паническо разстройство, в каква насока са действията ви (може да посочите няколко отговора):	а)разясняване на клиничната картина б)разясняване на причините за разстройството в)разясняване на терапията г)обучение за оказване на подкрепа в ежедневието д)обучение за оказване на помощ при паническа атака е)обучение за разпознаване на рецидив след прекратяване на медикаментозната терапия ж)обучение за страничните ефекти на медикаментите з)обучение за рисковете при паническо разстройство и)друго..... й)нямам пациенти с паническо разстройство
32. Според вас кои са най-подходящите методи за терапия на хора с паническо разстройство?	а)медикаментозна терапия б)психотерапия или психологическа помощ в)комплексна терапия чрез медикаменти и психотерапия г)друго (моля, посочете).....
33. Кой в България може да оказва	а)психолог

психотерапевтична помощ?	б)клиничен психолог в)психиатър г)педагог д)лекар е)друго.....
34. Наличието на кой фактор е най-рисков за отключването на паническо разстройство:	а)тежко детство б)вече поставена диагноза „депресия“ в)роднина с тревожно разстройство г)роднина с друго психично заболяване д)преживян инцидент е)смърт на близък з)вече поставена диагноза на тежко психотично заболяване,, и)друго.....
35. Предоставяте ли някакви информационни материали на пациентите с паническо разстройство и техните семейства?	а)да, много често б)да в)да, но много рядко г)не, не предоставям д)не, защото не разполагам с такива е)не, защото не съществуват достатъчно информационни материали за паническото разстройство ж)не, защото няма специално пригодени информационни материали за пациенти и техните семейства з)не мога да отговоря
36. Според вас има ли достатъчно информационни печатни и интерактивни материали за паническото разстройство?	а)да, има достатъчно б)да в)да, но са съвсем малко г)не, крайно недостатъчно са д)изобщо няма е)не мога да преценя
37. Според вас има ли необходимост семействата на хората с ПР да бъдат информирани относно спецификата на състоянието?	а)да, има огромна необходимост б)да, има необходимост в)да, малка необходимост г)не, няма необходимост д)не мога да преценя
38. Според вас има ли необходимост от специализирано ръководство за работа с хора с ПР за медицински специалисти и психолози/психотерапевти?	а)да, има огромна необходимост б)да, има необходимост в)да, малка необходимост г)не, няма необходимост д)не мога да преценя
39. Бихте ли използвали в практиката си ръководство за работа с хора с паническо разстройство, ако беше налично такова?	а)да, при всички случаи б)да, когато е необходимо в)да, ще използвам г)по-скоро не д)категорично не е)не мога да преценя
40. Бихте ли се включили в обучение за работа с хора с паническо разстройство и други тревожни разстройства?	а)да б)не в)не мога да преценя

<p>41. Според вас защо голяма част от хората с ПР остават неизлекувани?</p>	<p>а)поради недостатъчна информираност  б)защото не посещават психолог или психотерапевт  в)защото не си пият лекарствата  г)защото крият състоянието си  д)защото не посещават ОПЛ  е)защото остават недиагностицирани  ж)защото ПР е нелечимо  з)защото не могат финансово да си позволят ефективна терапия  и)защото има чести рецидиви  й)повечето успяват да се излекуват  к)друго.....</p>
<p>42. Според вас кой е най-големият проблем, който срещат хората с паническо разстройство?</p>	<p>а)липсата на достатъчно информация за паническото разстройство  б)липсата на квалифицирани психотерапевти и обучени психолози  в)неефективността на медикаментозната терапия  г)неефективността на терапията при психолог/психотерапевт  д)недостиг  д)отношението на близките им  е)социалната изолация  ж)друго.....</p>
<p>43. Какво бихте препоръчали да се направи в полза на успешното справяне с паническо разстройство (опишете свободно)</p>	<p>.....  .....  .....</p>

Благодарим за участието и отделеното време!

## Анкетна карта С

Уважаеми психолози,

Целта на настоящата анкета е да установим проблемите, които срещате вие и вашите клиенти с паническо разстройство, при диагностиката, протичането и терапията на състоянието. Моля, отговорете ясно и откровено, като оградите верния отговор!

ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ
1. Вие сте:	а) мъж б) жена
2. Населено място, където практикувате:	.....
3. Вашият стаж като психолог е:	а) 1-5 години б) 6-10 години в) 11-20 години г) над 20 години
4. Вашата специализация е:	.....
5. Участвали ли сте в някое от следните обучения:	а) консултативна психология б) клинична психология в) юнгианска терапия г) психоанализа д) неорайхианска терапия е) трансперсонална психотерапия ж) психодрама з) системна (семейна) терапия и) НЛП й) хипноза к) друг психотерапевтичен курс (моля, посочете)..... л) не съм участвал в нито едно
6. Имате ли допълнителни квалификации (ако да, моля посочете)?	.....

	.....
7. Посещават ли ви клиенти/пациенти с паническо разстройство?	а)да, много често б)да в)почти не г)изобщо не д)нямам информация
8. Сред клиентите/пациентите ви с паническо разстройство има ли такива, които да са насочени към вас от личния лекар?	а)да, много често б)да в)почти не г)изобщо не д)нямам информация е)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
9. Сред клиентите/пациентите ви с паническо разстройство има ли такива, които да са насочени към вас от друг медицински специалист?	а)да, много често б)да в)почти не г)изобщо не д)нямам информация е)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
10. По ваше наблюдение, какъв процент от всички ваши клиенти/пациенти страдат от паническо разстройство?	.....
11. Сред клиентите/пациентите ви с паническо разстройство има ли такива и с агорафобия?	а)да, много често б)да в)почти не г)изобщо не д)нямам информация е)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
12. Ако имате клиенти/пациенти с паническо разстройство, кой ги е насочил да потърсят психологическа помощ:	а) медицински специалист б)друг психолог/психотерапевт в)сами са се насочили към това решение г)техен роднина или приятел д)друг клиент/пациент със същия проблем е)на базата на информация от интернет ж)нямам информация з)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
13. При първите си посещения при вас клиентите/пациентите с паническо разстройство приемат ли медикаменти за терапия на състоянието?	а)да, повечето от тях б)да, половината от тях в)да, но много малка част от тях г)не приемат медикаменти д)нямам информация е)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
14. По ваши наблюдения след оказване на	а)да, приемът на лекарства спира изцяло

психологическа помощ употребата на медикаменти за лечение на ПР намалява ли?	б)да, отчасти в)не, остава същата г)не, увеличава се д)нямам информация е)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
15. Колко минимум психотерапевтични сесии са необходими за повлияване състоянието на хора с ПР?	а)1-5 б)5-10 в)10-15 г)15-20 д)Над 20
16. Обикновено колко пъти ви посещава един и същи клиент/пациент с паническо разстройство?	а)най-често еднократно б)само няколко посещения в)5-10 пъти г)10-15 д)15-20 е)Над 20 ж)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
17. Има ли сред клиентите/пациентите ви с ПР такива, които се отказват от психотерапия?	а)да, много често б)да в)да, но много рядко г)не, няма отказали се д)не мога да преценя е)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
18. Ако отговорът на предишния въпрос е положителен, поради какви причини се отказват от психологическа помощ хората с ПР?	а)смятат, че психотерапията не е ефективна б)губят доверие в прилаганите методи в)смятат, че процесът е твърде бавен г)смятат, че медикаментозната терапия е достатъчна д)нямат достатъчно финансови средства е)срамуват се, че търсят психологическа помощ ж)друго..... з)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
19. Имате ли успешно излекувани клиенти/пациенти с ПР?	а)да, почти всички б)да в)да, но много малко г)не, няма напълно излекувани д)не мога да преценя е)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
20. Ако имате напълно излекувани клиенти/пациенти с ПР, има ли такива, които са използвали само психотерапия без медикаментозно лечение?	а)да, почти всички б)да в)да, но много малко г)не, няма такива е)не мога да преценя ж)нямам клиенти/пациенти с паническо разстройство
21. Според вас кои са най-подходящите	а)когнитивна терапия

<p>психотерапевтични методи за хора с паническо разстройство?</p>	<p>б) поведенческа терапия  в) когнитивно-поведенческа терапия  г) динамична психотерапия  д) гещалт терапия  е) хипноза  ж) регресивна психотерапия  з) психоанализа  и) техники за релаксация  й) холотропно дишане  к) други дихателни техники  л) EMDR  м) техника за емоционална свобода  н) биофийдбек невротренинг  о) семейни констелации  п) друго.....  р) не мога да преценя</p>
<p>22. Кои от изброените в предишния въпрос психотерапевтични методи прилагате вие?</p>	<p>а) когнитивна терапия  б) поведенческа терапия  в) когнитивно-поведенческа терапия  г) динамична психотерапия  д) гещалт терапия  е) хипноза  ж) регресивна психотерапия  з) психоанализа  и) техники за релаксация  й) холотропно дишане  к) други дихателни техники  л) EMDR  м) техника за емоционална свобода  н) биофийдбек невротренинг  о) семейни констелации  п) не прилагам нито един от изброените</p>
<p>23. Посочете кои са най-честите рискове при хора с паническо разстройство:</p>	<p>.....  .....  .....</p>
<p>24. Има ли достатъчно информационни печатни материали за паническото разстройство?</p>	<p>а) да, има достатъчно  б) да, има  в) да, но са съвсем малко  г) не, не са достатъчни  д) не, крайно недостатъчно са  е) не мога да преценя</p>
<p>25. Има ли необходимост от специализирано ръководство за работа с хора с ПР за медицински специалисти и психолози/психотерапевти?</p>	<p>а) да, има огромна необходимост  б) да, има необходимост  в) да, малка необходимост  г) не, няма необходимост  д) не мога да преценя</p>

<p>26. Има ли необходимост семействата на хората с ПР да бъдат информирани относно спецификата на състоянието?</p>	<p>а) да, има огромна необходимост  б) да, има необходимост  в) да, малка необходимост  г) не, няма необходимост  д) не мога да преценя</p>
<p>31. Бихте ли използвали в практиката си ръководство за работа с хора с паническо разстройство, ако беше налично такова?</p>	<p>а) да, при всички случаи  б) да, когато е необходимо  в) да, ще използвам  г) по-скоро не  д) категорично не  е) не мога да преценя</p>
<p>28. Защо голяма част от хората с ПР остават неизлекувани?</p>	<p>а) поради недостатъчна информираност  б) защото не посещават психолог или психотерапевт  в) защото бързо се отказват от психотерапия  г) защото крият състоянието си  д) защото остават недиагностицирани  е) защото ПР е nelечливо  ж) защото не могат финансово да си позволят ефективна терапия  з) защото има чести рецидиви  и) защото няма достатъчно обучени специалисти за терапия на ПР  й) повечето успяват да се излекуват  к) друго.....</p>
<p>29. Кой е най-големият проблем, който срещат хората с ПР?</p>	<p>а) липсата на достатъчно информация от страна на личния лекар  б) липсата на достатъчно информация от страна на друг специалист  в) липсата на професионална психотерапевтична помощ  г) неразбиране от страна на медицинските специалисти  д) трудното диагностициране  е) неефективност на медикаментозната терапия  ж) отношението на близките им  з) друго.....</p>
<p>30. Какво бихте препоръчали да се направи в полза на успешното справяне с ПР (опишете свободно)</p>	<p>.....  .....  .....</p>



## Анкетна карта D

Уважаеми психиатри,

Целта на настоящата анкета е да установим проблемите, които срещате вие и вашите пациенти с паническо разстройство, при диагностиката, протичането и терапията на състоянието. Моля, отговорете ясно и откровено, като оградите верния отговор!

ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ
1. Вие сте:	а) мъж б) жена
2. Населено място, където практикувате:	.....
3. Вие работите в:	а) частна клиника б) държавна или обществена клиника в) в отделение към болнично заведение г) частен кабинет д) друго.....
4. Вашата специалност е:	.....
5. Имате ли допълнителни квалификации (моля, посочете)?	..... .....
6. Вашият трудов стаж е:	а) 1-5 години б) 6-10 години в) 11-20 години г) над 20 години
7. Участвали ли сте в някое от следните психотерапевтични обучения?	а) консултативна психология б) клинична психология в) юнгианска терапия г) психоанализа д) неорайхианска терапия е) трансперсонална психотерапия

	<p>ж)психодрама  з)системна (семейна) терапия  и)НЛП  й)хипноза  к)друг психотерапевтичен курс (моля, посочете).....  л)не съм участвал в нито едно от горепосочените</p>
8.Участвали ли сте в обучение за работа с хора с тревожни разстройства?	<p>а)да  б)не</p>
9.Бихте ли участвали в обучение за работа с хора с тревожни разстройства?	<p>а)да  б)не  в)не мога да преценя</p>
10. Посещават ли ви често пациенти с паническо разстройство?	<p>а)да, много често  б)да  в)да, но много рядко  г)почти не  д)изобщо не  е)друго.....</p>
11. По ваши наблюдения, какъв процент от пациентите ви страдат от паническо разстройство?	<p>.....</p>
12.При поставянето на диагноза „паническо разстройство“ вие използвате:	<p>а)МКБ-10  б)DSM-IV  в)специализиран диагностичен въпросник  г)личните си професионални си знания и умения  д)друго.....</p>
13. Обикновено колко пъти ви посещава един и същи пациент с паническо разстройство?	<p>а)най-често еднократно  б)1-5 пъти  в)5-10 пъти  г)10-15  д)15-20  е)Над 20  ж)нямам такива пациенти</p>
14. Какви са най-честите оплаквания на хората с паническо разстройство:	<p>а)физически оплаквания  б)психически оплаквания  в)оплаквания от поведенчески проблеми  г)друго.....</p>
15. Какви са най-честите физически оплаквания по време на паническа атака (моля, посочете)?	<p>а) тежест в сърцето, прескачане на сърцето или сърцебиене.  б)изпотяване.  в)треперене, тремор, усещане за люлеене.  г)недостиг на въздух, задух.  д)усещане за задавяне.  е)болка в гърдите или дискомфорт.  ж)гадене, коремно неразположение.  з)чувство на замаяност, нестабилност, световъртеж или отпадналост.  и)парестезии (вцепеняване или изтръпване).  й)топли или студени вълни  к)позиви за уриниране или дефекация  л)мускулни спазми, трепкане на мускули или</p>

	<p>мускулни групи  м)усещане за мравучкане или иглички  н)причерняване  о)скърцане със зъби или стягане на челюстта  п)съскъщ, пукащ шум в ушите или главата  р)замъглено виждане  с)хипервентилация, учестено дишане  т)усещане за адреналин като преминаваща през тялото вълна  у)усещане за вибриращо или жужащо тяло  ф)сърбеж  х)“изострена“ сетивност</p>
16. Какви са най-честите психически оплаквания при паническо разстройство (моля, посочете)?	<p>а)Дереализация (усещане за нереалност) или деперсонализация (отделеност от самия себе си).  б)Страх от полудяване или загуба на контрол.  в)Страх от загуба на контрол по време на шофиране.  г)Клаустрофобични усещания.  д)Страх от загуба на способност за логическо разсъждаване.  е)Ирационални натрапчиви мисли.  ж)„Бурен“ вътрешен диалог.  з)Усещане, че никой не разбира какво се случва с пациента  и)Чувство и очакване, че ще се случи нещо лошо, което не може да бъде предотвратено.  й)Страх от самоубийство.  к)Страх от загуба на паметта.  л)Страх от „излагане“ пред хората.  м)Безсилие за справяне със самия себе си.  н)Повишена емоционалност.  о)Усещане за забавяне или ускоряване на времето.  п)Страх от самия страх.  р)Усещане за „празнота“ в главата  с)Страх от смъртта</p>
17. Посочете най-честите поведенчески проблеми при пациенти с паническо разстройство (моля, посочете свободно):	<p>а)отбягване на конкретни ситуации  б)ограничаване на социалните контакти  в)чести отсъствия от работа  г)чести посещения при лекар  д)провеждане на чести медицински изследвания  е)друго (моля, посочете).....</p>
18. Какви са рисковете при пациенти с паническо разстройство (моля, посочете)?	<p>.....  .....  .....  .....  .....</p>
19. Какви са най-честите проблеми при работата с хора с паническо разстройство?	<p>а)прекалено чести прегледи  б)необходимост от чести и скъпи изследвания</p>

	<p>в)хипохондрични наклонности  г)желание за непрекъснато внимание  д)отделяне на твърде много време за преглед  е)отказ от страна на пациента да си пие лекарствата  ж)агресивно поведение  з)отказ за сътрудничество в процеса на терапия  и) друго  .....</p>
20. Сред пациентите ви с паническо разстройство има ли такива, които посещават психолог?	<p>а)да, много често  б)да  в)да, но много рядко  г)не, няма  д)нямам информация  е)нямам пациенти с паническо разстройство</p>
21. Има ли сред пациентите ви такива с успешно излекувано паническо разстройство?	<p>а)да, има много  б)да  в)да, но много малко  г)не, няма напълно излекувани  д)нямам информация  е)нямам пациенти с паническо разстройство</p>
22. Работите ли с близките и семействата на хора с паническо разстройство?	<p>а)да, много често  б)да  в)да, но много рядко  г)почти не работя с тях  д)изобщо не  е)не се налага, защото нямам пациенти с паническо разстройство</p>
23. Ако не работите, каква е причината:	<p>а)не мисля, че е необходимо  б)пациентите нямат желание  в)близките на пациентите не желаят да бъдат обучавани  г)не съм преминал обучение за работа с хора с тревожни разстройства и техните роднини  д)нямам време  е)друго.....  ж)нямам пациенти с паническо разстройство</p>
24. Ако работите с близките и семействата на хора с паническо разстройство, в каква насока са действията ви (може да посочите няколко отговора):	<p>а)разясняване на клиничната картина  б)разясняване на причините за разстройството  в)разясняване на терапията  г)обучение за оказване на подкрепа в ежедневието  д)обучение за оказване на помощ при паническа атака  е)обучение за разпознаване на рецидив след прекратяване на медикаментозната терапия  ж)обучение за страничните ефекти на медикаментите  з)обучение за рисковете при паническо разстройство  и)друго.....</p>

	й)нямам пациенти с паническо разстройство
25. Според вас кои са най-подходящите методи за терапия на хора с паническо разстройство?	а)медикаментозна терапия б)психотерапия или психологическа помощ в)комплексна терапия чрез медикаменти и психотерапия г)друго (моля, посочете).....
26. Наличието на кой фактор е най-рискът за отключването на паническо разстройство:	а)тежко детство б)вече поставена диагноза „депресия“ в)роднина с тревожно разстройство г)роднина с друго психично заболяване д)преживян инцидент е)смърт на близък з)вече поставена диагноза на тежко психотично заболяване,, и)друго.....
27. Предоставяте ли някакви информационни материали на пациентите с паническо разстройство и техните семейства?	а)да, много често б)да в)да, но много рядко г)не, не предоставям д)не, защото не разполагам с такива е)не, защото не съществуват достатъчно информационни материали за паническото разстройство ж)не, защото няма специално пригодени информационни материали за пациенти и техните семейства з)не мога да отговоря
28. Според вас има ли достатъчно информационни печатни и интерактивни материали за паническото разстройство?	а)да, има достатъчно б)да в)да, но са съвсем малко г)не, крайно недостатъчно са д)изобщо няма е)не мога да преценя
29. Според вас има ли необходимост семействата на хората с ПР да бъдат информирани относно спецификата на състоянието?	а)да, има огромна необходимост б)да, има необходимост в)да, малка необходимост г)не, няма необходимост д)не мога да преценя
30. Според вас има ли необходимост от специализирано ръководство за работа с хора с ПР за медицински специалисти и психолози/психотерапевти?	а)да, има огромна необходимост б)да, има необходимост в)да, малка необходимост г)не, няма необходимост д)не мога да преценя
31. Бихте ли използвали в практиката си ръководство за работа с хора с паническо разстройство, ако беше налично такова?	а)да, при всички случаи б)да, когато е необходимо в)да, ще използвам г)по-скоро не д)категорично не е)не мога да преценя
32. Защо голяма част от хората с ПР остават неизлекувани?	а)поради недостатъчна информираност б)защото не посещават психолог или

	<p>психотерапевт  в)защото не си пият лекарствата  г)защото крият състоянието си  д)защото не посещават ОПЛ  е)защото остават недиагностицирани  ж)защото ПР е нелечимо  з)защото не могат финансово да си позволят ефективна терапия  и)защото има чести рецидиви  й)повечето успяват да се излекуват  к)друго.....</p>
33. Кой е най-големият проблем, който срещат хората с паническо разстройство?	<p>а)липсата на достатъчно информация за паническото разстройство  б)липсата на квалифицирани психотерапевти и обучени психолози  в)неефективността на медикаментозната терапия  г)неефективността на терапията при психолог/психотерапевт  д)недостиг  д)отношението на близките им  е)социалната изолация  ж)друго.....</p>
34. Какво бихте препоръчали да се направи в полза на успешното справяне с паническо разстройство (опишете свободно)	<p>.....  .....  .....</p>

Благодарим за участието и отделеното време!

## **ДИАГНОСТИЧЕН ВЪПРОСНИК ЗА ПАНИЧЕСКО РАЗСТРОЙСТВО**

**1. ИЗПИТВАЛИ ЛИ СТЕ НЕОЧАКВАНА „АТАКА“, ПО ВРЕМЕ НА КОЯТО ДА СТЕ БИЛИ ВРЪХЛЕТЕНИ ОТ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛ СЕ СИЛЕН СТРАХ ИЛИ ДИСКОМФОРТ БЕЗ ДА Е НАЛИЦЕ ВИДИМА ПРИЧИНА?**

ДА  НЕ

**2. АКО ОТГОВОРЪТ НА ПРЕДИШНИЯ ВЪПРОС Е ДА, ИЗПИТВАЛИ ЛИ СТЕ ПО ВРЕМЕ НА АТАКАТА НЯКОИ ОТ СЛЕДНИТЕ СИМПТОМИ (ОТГОВОРЕТЕ ЗА ВСЕКИ СИМПТОМ С ЕДНА ОТ ВЪЗМОЖНИТЕ ПЕТ СТЕПЕНИ ОТ 0 ДО 5, ПОПЪЛВАЙКИ СЪОТВЕТНАТА ЦИФРА В КВАДРАТЧЕТО):**

0-НЕ, 1-СЪВСЕМ ЛЕКО, 2-УМЕРЕНО, 3-СИЛНО, 4-ИЗКЛЮЧИТЕЛНО СИЛНО

ПАЛПИТАЦИИ (СИЛНО БИЕНЕ НА СЪРЦЕТО), ТЕЖЕСТ В СЪРЦЕТО, ПРЕСКАЧАНЕ НА СЪРЦЕТО ИЛИ СЪРЦЕБИЕНЕ

ИЗПОТЯВАНЕ

ТРЕПЕРЕНЕ, ТРЕМОР, УСЕЩАНЕ ЗА ЛЮЛЕЕНЕ

НЕДОСТИГ НА ВЪЗДУХ, ЗАДУХ

УСЕЩАНЕ ЗА ЗАДАВЯНЕ

БОЛКА В ГЪРДИТЕ ИЛИ ДИСКОМФОРТ

ГАДЕНЕ, КОРЕМНО НЕРАЗПОЛОЖЕНИЕ

ЧУВСТВО НА ЗАМАЯНОСТ, НЕСТАБИЛНОСТ, СВЕТОВЪРТЕЖ ИЛИ ОТПАДНАЛОСТ

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ (УСЕЩАНЕ ЗА НЕРЕАЛНОСТ) ИЛИ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ (ОТДЕЛЕНОСТ ОТ САМИЯ СЕБЕ СИ)

СТРАХ ОТ ПОЛУДЯВАНЕ ИЛИ ЗАГУБА НА КОНТРОЛ

- СТРАХ ОТ СМЪРТТА
- ПАРЕСТЕЗИИ (ВЦЕПЕНЯВАНЕ ИЛИ ИЗТРЪПВАНЕ)
- ТОПЛИ ИЛИ СТУДЕНИ ВЪЛНИ

**3. ПО ВАША ПРЕЦЕНКА ТЕЗИ АТАКИ СВЪРЗАНИ ЛИ СА С НЯКАКВА КОНКРЕТНА ФОБИЯ ИЛИ НАЛИЧИЕТО НА ДРУГО ПСИХИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ?**

- ДА  НЕ

**4. В РЕЗУЛТАТ НА ТЕЗИ АТАКИ ИМАТЕ ЛИ СТРАХ ОТ МЕСТА ИЛИ СИТУАЦИИ, КЪДЕТО ПОЛУЧАВАНЕТО НА ПОМОЩ ИЛИ НАПУСКАНЕТО НА МЯСТОТО СА ТРУДНО ОСЪЩЕСТВИМИ?**

- ДА  НЕ

**5. ПРЕЗ ПОСЛЕДНИЯ МЕСЕЦ СЛЕД ПОЯВАТА НА ПЪРВАТА АТАКА СЛУЧВАЛО ЛИ ВИ СЕ Е ДА:**

- ДА  НЕ ЧУВСТВАТЕ ПОСТОЯНЕН СТРАХ ОТ ПОЯВАТА НА НОВА АТАКА

- ДА  НЕ ДА СЕ ТРЕВОЖИТЕ, ЧЕ ПОЛУДЯВАТЕ

- ДА  НЕ ДА СТЕ ПРОМЕНИЛИ ПОВЕДЕНИЕТО СИ, ЗА ДА ИЗБЕГНЕТЕ НОВА АТАКА

**6. КОЛКО ПОДОБНИ АТАКИ ИМАТЕ СЕДМИЧНО**

- НЯМАМ ТАКИВА АТАКИ
- ЕДНА АТАКА СЕДМИЧНО
- НЯКОЛКО АТАКИ СЕДМИЧНО
- ЕДНА АТАКА ДНЕВНО
- НЯКОЛКО АТАКИ ДНЕВНО

**7. ПРЕЗ ПОСЛЕДНАТА ГОДИНА СТРАДАЛИ ЛИ СТЕ ОТ ЛЕКАРСТВЕНА ИЛИ НАРКОТИЧНА ЗАВИСИМОСТ?**

ДА  НЕ

**8. КАК ОЦЕНЯВАТЕ СВОЕТО СЪСТОЯНИЕ**

ОТЛИЧНО

ЗАДОВОЛИТЕЛНО

СРЕДНА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

ТЕЖКО

КРАЙНО ТЕЖКО

Адаптиран по материали от Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994; Учебно-методическо пособие „Клиника, диагностика и лечение панических расстройств“, Е. Иванова, А. Алексеевич, 2005



## **АНОТАЦИЯ**

Квалификационният курс „Диагностика, терапия и профилактика на паническо разстройство” изучава проблемите при извършването на профилактика, диагноза, и лечение на паническото разстройство. Разпознаването на рисковите фактори за отключване на първичния здравен проблем имат отношение към осъществяването на първичната психопрофилактика и постигане на цялостно физическо и психическо здраве. Познаването на особеностите на състоянието и успешното диференциране на симптомите са от огромно значение за ранната диагностика. Навременното откриване на заболяването и адекватната терапия са пряко свързани с успешен и бърз оздравителен процес и осъществяването на вторична психопрофилактика.

Курсът разглежда детайлно същността на паническото разстройство, неговите особености, симптоми, клиника, етиология, диференциална диагноза, рисковите фактори за отключване на състоянието, усложненията при пациенти с паническо разстройство, терапевтични методи и ефективна терапия, специфика на поведение при работа с хора с паническо разстройство, нуждата от информираност на пациента и неговите близки, възможните профилактични дейности. Предназначен е за лекари и специалисти по здравни грижи с цел ограничаване разпространението на паническото разстройство, бързо и ефективно лечение на пациентите и преодоляване на медико-социални последици.

## **ЦЕЛ НА ДИСЦИПЛИНАТА**

Основната цел на обучението в курса по „Диагностика, терапия и профилактика на паническо разстройство” е да обогати и разшири знанията на лекарите и специалистите по здравни грижи относно спецификата на заболяването и съвременните ефективни методи за терапия, както и да усъвършенства уменията им за прилагане на професионално поведение при работа с хора с паническо разстройство.

## **ЗАДАЧИ НА ДИСЦИПЛИНАТА**

- Запознаване със същността и особеностите на паническото разстройство.
- Представяне на диагностични критерии и способности в световен мащаб.
- Детайлно представяне на симптоматиката и измененията в поведението.
- Запознаване с методите за терапия и съвременните подходи.
- Запознаване с методите за действие по време на паническа атака.
- Представяне на основните възможности за профилактика.
- Демонстрация и усвояване на правилно професионално поведение при работа с хора с паническо разстройство.

## **МЕТОДИКА НА ПРЕПОДАВАНЕ И ОЦЕНЯВАНЕ**

Съвременна теория, представена чрез лекции, разглеждане на казуси и използване на технически средства – мултимедия и компютърна система. Практически занятия, включващи решаване на казуси, ролеви игри, провеждане на психологически експерименти, включване в примерна психотерапевтична сесия, видеодемонстрации, провеждане на беседа и дискусии.

**Проверка на знанията:** Провеждане на тест за оценка на знанията и решаване на казус

## **ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ**

Формиране на конкретни професионални умения съобразно учебната програма: използване на бързи и точни инструменти за навременно диагностициране, правилно поведение при работа с хора с паническо разстройство, прилагане на ефективни методи за терапия и извършване на ефективни профилактични дейности.

## **I. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО ДНИ**

ДЕН	ВСИЧКО ЧАСОВЕ	ОТ ТЯХ	
		лекции	упражнения семинари
1	8	8	0
2	8	8	0
3	8	0	8
4	8	0	8
5	8	0	8
<b>Всичко:</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>24</b>

## II. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО РАЗДЕЛИ, ТЕМИ И ЧАСОВЕ

№ по ред	НАИМЕНОВАНИЕ НА ТЕМИТЕ	Всичко часове	От тях:	
			лекц.	упр.
1.	Тревожност и паническо разстройство. Клиника и етиология. Причини за поява. Видове: ПР с агорафобия и ПР без агорафобия.	3	2	2
2.	Симптоматика. Физически, психически и поведенчески симптоми. Паническа атака – самопомощ и взаимопомощ.	5	2	3
3.	Диагностика и диференциална диагноза. Диагностични критерии според МКБ и DSM. Инструментарий за диагностика в приложната практика – адаптиран диагностичен въпросник и Panic Disorder Severity Scale (PDSS)	7	3	4
4.	Медикаментозна терапия. Хранителни добавки. Хранителен и двигателен режим. Алкохол и тютюнопушене.	6	2	4
5.	Психотерапия. Видове психотерапия. Съвременни тенденции. Индивидуален подход.	4	2	2
6.	Профилактика и профилактични дейности. Вторична и третична психопрофилактика.	3	1	2
7.	Усложнения и съпътстващи психични проблеми – генерализирана тревожност, агорафобия, депресия, фобии, obsесивно-компулсивно разстройство.	4	2	2
8.	Информираност – необходимост от информираност за пациента и неговите близки.	3	1	2

	Информационни материали, провеждане на обучения и семинари.			
9.	Професионално поведение при работа с хора с паническо разстройство.	3	1	2
10.	Изграждане на мултидисциплинарен екип при работа с хора с паническо разстройство. Сътрудничество и колаборация.	2	1	1
	<b>Всичко часове:</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>24</b>

**Автор на програмата:** ас. Анна Маринова

Приложение 7

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФИЛИАЛ „ПРОФ.Д-Р ИВАН МИТЕВ“ - ВРАЦА**

**ОДОБРЯВАМ:**

**Ректор: Чл.кор.проф.д-р В.Митев дм, дбн**

**ПРОГРАМА**

**ЗА СЛЕДДИПЛОМНА КВАЛИФИКАЦИЯ**

**КВАЛИФИКАЦИОНЕН КУРС: “СЪВРЕМЕННИ  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИ МЕТОДИ ПРИ ПАНИЧЕСКО  
РАЗСТРОЙСТВО”**

Продължителност: 5 дни

Място на провеждане:

Преподаватели:

**Враца**

**2016 г.**

## **АНОТАЦИЯ**

Квалификационният курс „Съвременни психотерапевтични методи при паническо разстройство” изучава психотерапевтичните подходи при работата с хора с паническо разстройство. Теоретичната и практическа част са съсредоточени най-вече върху съвременните тенденции и възможностите за правилен подбор на ефективна терапия. В курса са представени нови и успешно прилагани модерни методи, сред които холотропно дишане, други дихателни техники, биофийдбек, осъзнато сънуване, ТЕС и др. Обучението има силна практическа насоченост и по тази причина в него са включени по-голям брой практически часове с цел лично преживяване на някои от психотерапевтичните техники.

Курсът е насочен към психиатри и психолози, както и към други специалисти, притежаващи сертификат за преминато обучение за оказване на психологическа помощ.

## **ЦЕЛ НА ДИСЦИПЛИНАТА**

Основната цел на обучението по „Съвременни психотерапевтични методи при паническо разстройство” е да обогати и разшири знанията на психолози и психиатри относно нуждата и подбора на психотерапия, както и относно ефективността на различните видове съвременна психологическа терапия. В допълнение курсът цели участниците в него да придобият конкретни практически умения за прилагане на някои от съвременните техники за работа с хора с паническо разстройство.

## **ЗАДАЧИ НА ДИСЦИПЛИНАТА**

- Запознаване със съвременните методи за психотерапия при паническо разстройство.
- Провеждане на демонстрация на съвременен психотерапевтичен метод.
- Пряко участие на обучаваните в психотерапевтични сесии.
- Овладяване на основни психотерапевтични техники за работа с хора с паническо разстройство.
- Изграждане на правилно психотерапевтично отношение и поведение към клиента/пациента.

## **МЕТОДИКА НА ПРЕПОДАВАНЕ И ОЦЕНЯВАНЕ**

Съвременна теория, представена чрез лекции, разглеждане на казуси и използване на технически средства – мултимедия и компютърна система. Практически занятия, включващи демонстрация и пряко участие в психотерапевтична сесия, видеодемонстрации, провеждане на беседа и дискусии.

**Оценяване:** на базата на изготвяне на тестиране, оценяващо придобитите знания.

## **ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ**

Формиране на конкретни професионални умения съобразно учебната програма: придобиване на знания за съвременните психотерапевтични методи при лечението на паническо разстройство и умения за прилагането на някои от тях. Умения за правилен подбор на индивидуална психотерапия и комбиниране на няколко психотерапевтични подхода.

## **I. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО ДНИ**

ДЕН	ВСИЧКО ЧАСОВЕ	ОТ ТЯХ	
		лекции	упражнения семинари
1	8	8	0
2	8	2	6
3	8	0	8
4	8	0	8
5	8	0	8
<b>Всичко:</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>30</b>

## II. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО РАЗДЕЛИ, ТЕМИ И ЧАСОВЕ

№ по ред	НАИМЕНОВАНИЕ НА ТЕМИТЕ	Всичко часове	От тях:	
			лекц.	упр.
1.	Паническо разстройство – особености и специфика на състоянието.	1	1	3
2.	Психотерапията – задължителна компонента за успешната терапия на състоянието.	1	1	3
3.	Паническа атака – спешна помощ или самопомощ.	1	1	3
4.	Индивидуален подход в избора на психотерапия. Работа в екип.	1	1	3
5.	Когнитивно-поведенческа терапия, десензитизация, психодинамична терапия, сугестия	1	1	3
6.	Дихателни техники – холотропно дишане, инсайт дишане, ребъртинг, други дихателни техники	1	1	3
7.	БЕГ биофийдбек или невротренинг	1	1	3
8.	Техника за емоционална свобода (ТЕС), EMDR терапия	1	1	<b>3</b>

9.	Техники за релаксация, визуализация, концентрация и медитация	1	1	3
10.	Хипноза, осъзнато сънуване, хипнотични преживявания	1	1	3
	<b>Всичко часове:</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>30</b>

**Автор на програмата:** ас. Анна Маринова

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аарон Бек, Артур Фримен, Когнитивная психотерапия расстройств личности, 2010
2. Алгафари, М, Вяра имам, Джуниър Партнерс, София, 2006
3. Александрова, Д., Психодинамично разглеждане на страха при случаите с дете, сп. Психология – теория и практика, бр. 4, 2014
4. Александрова, Н., Тревожност при хора в напреднала и старческа възраст, УИ „Св. Климент Охридски“, 2004
5. Американската психиатрична асоциация. Диагностика и статистически наръчник на психичните разстройства DSM-IV-TR. 4th ed. 4-то изд. Washington, DC: 2000. Вашингтон: 2000.
6. Ангелова, Н., Специализация по психиатрични грижи в контекста на непрекъснатото медицинско образование, Научни трудове на Русенския университет, 2014, том 53, серия 8.3
7. Асенова, Р., Форева, Г., Петрова, Г., Продължаващо обучение на общопрактикуващите лекари, Управление и образование, том 5, 2009
8. Атанасов, Н., Теории за психичното развитие в психоанализата, Акад. Изд. „Проф. М. Дринов“, С, 2002
9. Ачкова, М., Психиатрия. Обща и клинична психиатрия, Издателство „Знание“, 1998 г.
10. Баев, О., Психология на смелостта, Данграфик-Варна, 2013
11. Баличев, Ю., Информационен стрес и преодоляването му, PSSE, 2002
12. Балканска, П., Актуални проблеми на стареенето и старостта, София, 2009
13. Балканска, П., Приложна психология в медицинската етика
14. Балканска, П., Психологични подходи в здравния мениджмънт, Булвест 2000, 2009.
15. Батоева, Д., Попов, Т., Педагогическа и психологическа диагностика, София, 2008
16. Борн, Е., Да се справим с тревожността и фобиите – наръчник за терапевти и пациенти
17. Бренър Чарлс, Психоанализа, основен курс
18. Брус Бонгар, Лари Е. Бютлер (под редакция). Пълен наръчник по психотерапия. Изд. “ЛИК”, София, 2002
19. В.А.Ташлыков, Д.В., Ковпак, Паническо разстройство в практиката терапевта, Санкт-Петербург, 2007

20. Василев, С., списание Медицински меридиани, 2010, т. 1, бр. 3, Професионална адаптация и професионална кариера на младите лекари
21. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б., Панические атаки, Санкт-Петербург, 1997, 304 с.
22. Вероника Иванова, Личностни особености при жени с паническо разстройство, сп. „Рецептор – български психиатричен журнал“, 3, 2008
23. Гарвалов, Д., Социална психопатология (психични епидемии), Тилиа, 1995
24. Гари Крейг, Техника за емоционална свобода, Хомо Футурус, София, 2011
25. Голдберг, Дейвид, С. Бенджамин, Ф.Крийд, Психиатрия в медицинската практика
26. Головач, А.А., Терещук, Е.И., Клиника и лечение пароксималной тревоги, Учебно-методическое пособие, Бел МАПО, Минск, 2004
27. Гройсман, А., Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика
28. Дерогатис, Л., Тревожни и депресивни разстройства на соматично болни, Лик, 2000
29. Добрилова, П., К. Стефанова, П. Аспарухова. Възможностите на преформираниите физикални фактори в борбата срещу болката. сборник доклади от международна научна конференция «Европейски стандарти в спортното образование», 2013
30. Е. Иванова, А. Алексеевич, Проект за учебно-методическое пособие „Клиника, диагностика и лечение панических расстройств“, 2005
31. Европейски пакт за психично здраве и благоденствие, Конференция на високо равнище на ЕС „Заедно за психично здраве и благоденствие, Брюксел, 12-13 юни, 2008
32. Зигмунд Фройд, Неврозите, произход и лекуване, Евразия, 1993,
33. Златева, М., ЕМРД подходът в психотерапевтичната практика като нов инструмент в психотерапията в България, сп. “Психология – теория и практика“, бр. 3, 2014
34. Кенърли Х., Как да преодолеем тревожността, С., Сиела, 1997

35. Колев, И. (2012). Система за спортен подбор на колоездачи. [System for Sports Selection of Cyclists. In Bulgarian]. София. НСА-Прес.
36. Колев, И., Б. Илинова. (2006). Развитие на физическата дееспособност на 11-16 годишни колоездачи. [Development of physical abilities of 11-16 year-old bikers]. Сп. Спорт и наука, бр.5-6, 77-83.
37. Консенсусно становище за диагноза и лечение на някои невротични разстройства (Тревожни разстройства), 22-23 ноември, 2002 г, гр. Хисар, публикувано в [www.harche.bg](http://www.harche.bg)
38. Корсини Р. Дж. (под редакция). Енциклопедия по психология. Изд. Наука и изкуство, София, 1998
39. Котро Ж., Моллар Е., Когнитивна терапия фобий, МПЖ, 1996, 3.
40. Ленков, Д., Сертифициране при „учене през целия живот“, БЛС, Първа национална конференция по трудова медицина-МУ-София, 2015
41. Македонски, В., Страхът, психологично изследване, Изд. Сириус, Велико Търново, 2009
42. Маринов, П., Депресивни и тревожни разстройства в общата медицинска практика в България, МУ „Проф. д-р П. Стоянов“, 2013
43. Маринова, П., Добрилова, П. „Удовлетвореност на пациентите от достъпа и качеството на здравната помощ в специализираните болници за рехабилитация“, Национална конференция „Здравни грижи – традиции и перспективи“, София, 2012
44. Медицинска психология, учебник за специалисти по здравни грижи, под ред. на Иванка Бончева, Медицински университет-Варна, 2013
45. Международна класификация на болестите - 10 ревизия, Национален център за комплексно изследване на човека, 1998, София.
46. Михайлова, И., Арт-терапията - съвременен медико-терапевтичен подход в социалните и здравни заведения, Първа национална конференция по трудова медицина-МУ-София, 2015
47. Младенова, С., Здравно образование, София, 2009
48. Национален институт за психично здраве на Америка, [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)
49. Основни форми на страх, Фриц Риман. 23
50. Пахальян, В., Психопрофилактика в практической психологии образования
51. Пеева, Н., Дихателна техника за бързо интегриране на минал травматичен опит, сп. “Психология – теория и практика“, бр. 3, 2014
52. Петрова, С., ТЕС като инструмент за справяне със стреса, сп. “Психология – теория и практика“, бр. 2, 2014
53. Пирьова, Б., Биологична психология, Изд. „Веда Словена“, София, 2000

54. Попов Хр., Посттравматичен стрес, Лик, С, 2003
55. Попов, Г., Психопатология, феноменология, методология, СТЕНО, Варна, 2012
56. Психиатрия, под ред. на проф. Вихра Миланова, Медицина и физкултура, София, 2013
57. Психиатрия, психология и психотерапия за общопрактикуващи лекари, под редакцията на д-р Светлана Николова и д-р Петър Маринов
58. Психично здраве и трудова заетост, наръчник за работодатели, фондация „Глобална инициатива в психиатрията“-София, Проект „Социално предприятие и рехабилитация“, София, 2010
59. Психотерапия, Методи и направления, под ред. на проф. д-р Христо Христозов, Медицина и физкултура, София, 2002
60. Савова, З., Воденичарова, А., Антистрес подходи за превенция при работещи, Първа национална научна конференция по трудова медицина-МУ-София, 2015
61. Савова, З., Медицинска психология, София, 2012
62. Савова, З., Превенция на стрес и професионално изчерпване, Симолини 94, 2012
63. Самохвалов, В.П, Психиатрия, 2002
64. Стандарт за лечение на разстройства на настроението (от медицински стандарт по психиатрия, публикуван в държавен вестник) [http://www.privatepsychiatry.org/pdf/standart\\_afectivni\\_razstrojstva.pdf](http://www.privatepsychiatry.org/pdf/standart_afectivni_razstrojstva.pdf)
65. Станислав Гроф, Кристина Гроф, Холотропно дишане, един нов поглед към себеоткритието и терапията, КИТО, София, 2011
66. Терещук, Е.И., Инструкция по диагностике и терапии паническогo разстройства в общосоматической практике, МЗ РБ, Минск, 2001
67. Ще има ли закон за психотерапията?, [www.vesti.bg](http://www.vesti.bg), 22 декември, 2014
68. Юлиана Панова, Има ли лечение за депресивните и тревожни разстройства? Факти, митове и откровени измами. Вестник България – вестник на българите в САЩ, бр. 5
69. Янкова Г., Аспарухова П., Владимирова, Е., Социалната подкрепа - буфер на професионалния стрес и burn out. Сб. доклади от 13-та национална научна сесия за преподаватели 2-3 октомври 2014 г.
70. American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (3rd edition - revised). Washington, DC: American Psychiatric Association

71. Angyal, A. (1965). *Neurosis and treatment: A holistic theory*. New York: Viking Press.
72. Anxiety and depression association of America, [www.adaa.org](http://www.adaa.org) 40
73. Baldwin, D.S. and Hirschfeld, R. M. A. (2005). *Fast Facts: Depression*, 2nd edn. Health Press, Oxford, UK. 41
74. Beck, A. and Emery, G., *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, Basic Books, NY, 1985
75. Berg I, Butler A, Pritchard J (1974) Psychiatric illness in the mothers of school phobic adolescents. *Br J Psychiatry* 125: 466-467
76. Boudoulas H, Reynold JC, Mazzaferi E (1980) Metabolic studies in mitral valve prolapse syndrome: a neuro-endocrine-cardiovascular process. *Circulation* 61: 1200-1205
77. Boulenger, J. P., Uhde, T. W. (1982 b). Caffeine consumption and anxiety: Preliminary results of a survey comparing patients with anxiety disorders and normal controls. *Psychopharmacological Bulletin*, 18, 53-57.
78. Boulenger, J. P., Uhde, T. W., Wolf, E. A., Post, R. M. (1984). Increased sensitivity to caffeine in patients with panic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1067-1071.
79. Boulenger, J. P., Zarifian, E. (1987). L'approche biologique de la pathologie anxieuse. In *L'Attaque de panique: Un nouveau concept?*, Boulenger, J. P. (ed.) J. P. Goureau, Château du Loi, pp. 119-151.
80. Böhme, G. A., Blanchard, J. C. (1992). Les cholécystokinines et leurs récepteurs: Aspects fonctionnels. *Thérapie*, 47, 541-548.
81. Cowley DS, Hyde TS, Dager SR, Danner D (1987) Lactate infusion: The role of baseline anxiety. *Psychiat Res* 21: 169-179
82. Cowley, D. S. (1992). Alcohol abuse, substance abuse, and panic disorder. *American Journal of Medicine*, 92, 41S-48S.
83. Crawley, J. N. (1991). Cholecystokinin - dopamine interactions. *Trends in Pharmacological Sciences*, 12, 232-236.
84. Crowe RR (1985) Mitral valve prolapse and panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 8: 63-71
85. Crowe RR, Noyes R Jr, Pauls DL, Slymen D (1983) A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 40: 1065-1069
86. Crowe RR, Pauls DL, Slymen DJ (1980) A family study of anxiety neurosis: morbidity risk in families of patients with and without mitral valve prolapse. *Arch Gen Psychiatry* 37: 77-79
87. David D., Burns, M.D., *When panic attacks*, 2006

88. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
89. Dr. Matthew Whalley, Self-help tools for Panic, 2006
90. Fleming, B. (1988). Cognitive therapy with histrionic personality disorder: Resolving a conflict of styles. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 4-12.
91. Fleming, B., & Pretzer, J. (in press). Cognitive-behavioral approaches to personality disorders. In M. Hersen (Ed.), *Advances in behavior therapy*. Newbury Park, CA: Sage.
92. Foon, A. E. (1985). The effect of social class and cognitive orientation on clinical expectations. *British Journal of Medical Psychology*, 58(4), 357-364.
93. Heiser IF, Defrancisco D (1976) The treatment of pathological panic states with propranolol. *Am J Psychiat* 133: 1389-1394
94. Hoehn-Saric R, McLeod DR, Zimmerli WD (1991) Psychophysiological response patterns in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83: 4-11
95. Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressogenic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 52-59.
96. Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
97. Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
98. <http://forum.rozali.com>
99. Kernberg, O. F. (1970). Factors in the treatment of narcissistic personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 51-58.
100. Klein DF (1993) False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 50: 306-317
101. Klein DF, Mannuzza S, Chapman T, Fyer AJ (1992) Child panic revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 112-116
102. Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC (1983) Treatment of phobias: Are there any specific ingredients? *Arch Gen Psychiatry* 40: 139-145
103. Klein, D. F., Fink, M. (1962). Psychiatric reaction patterns to immipramine. *American Journal of Psychiatry*, 119, 432-438.
104. Lange, A. J., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL: Research Press.
105. Lima L (1991) Region-selective reduction of brain serpotonin turnover rate and serotonin agonist-induced behavior in mice treated with clonazepam. *Pharmacol Biochem Behav* 39: 671-676
106. Lindemann E (1935) The psychopathological effect of drugs affecting the vegetative system. *Am J Psychiat* 91: 983-1008

107. Margraf J, Ehlers A, Roth WT (1986) Panic attacks: Theoretical models and empirical evidence. In Hand I & Wittchen HU, Panic and Phobias. Springer: Berlin
108. Margraf J, Ehlers A, Roth WT (1988) Mitral valve prolapse and panic disorder: a review of their relationship. *Psychosom Med* 50: 93-113
109. Margraph, J., Ehlers, A., Roth, W. T. (1986). Sodium lactate infusion and panic attacks: A review and critique. *Psychosomatic Medicine*, 48, 23-51.
110. Mark E. Bouton, Susan Mineka, David Barow, A modern Learning Theory on the Etiology of Panic Disorder, *Psychological Review*, 2001, Vol. 108
111. McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333–348.
112. McGlashan, T. (1985). *The borderline: Current empirical research*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
113. Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827–838.
114. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
115. Mekov, E., Nikolova, P., Marinova, P., Depressive symptoms in asthma patients, *Eur Respir J*, 2012, 40.
116. Mellsop, G. W. (1972). Psychiatric patients seen as children and adults: Childhood predictors of adult illness. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 13, 91-101.
117. Mellsop, G. W. (1973). Adult psychiatric patients on whom information during childhood is missing. *British Journal of Psychiatry*, 123, 703–710.
118. Mellsop, G. W., Varghese, F, Joshua, A., & Hicks, A. (1982). The reliability of Axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1360–1361.
119. Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: W. B. Saunders.
120. Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
121. Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multi-Axial Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
122. Millon, T. (1987a). *Millon Clinical Multi-Axial Inventory — II*. Minneapolis: National Computer Systems.

123. Pavlinka P, Dobrilova, Kalina St, Stefanova. Management of conflict situations in nursing practice. *Journal of Biomedical and Clinical Research*
124. Pohl R, Rainey L, Ortiz A, Balon R, Singh H, Berchou R (1985) Isoproterenol-induced anxiety states. *Psychopharmacol Bull* 21: 424-427
125. Pohl R, Yeragani V, Balon R, Ortiz A, Aleem A (1990) Isoproterenol-induced panic: A beta-adrenergic model of panic anxiety. In: Ballenger JC (ed.) *Neurobiology of Panic Disorder*, Wiley-Liss, New York, pp 107-120
126. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS (1992) Personality disorders in patients with panic disorder: Association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity and chronicity. *Compr Psychiatry* 33: 78-83
127. Raj, B. A., Corvea, M. H., Dagon, E. M. (1993). The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: a retrospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 150-155.
128. Rand MJ, Majewski H (1984) Adrenaline mediates a positive feedback loop in noradrenergic transmission: Its possible role in development of hypertension. *Clin Exp Hypertens Theory Pract* A6: 347-370
129. Rapee RM (1994) Detection of somatic sensations in panic disorder. *Beh Res Ther* 32: 825-831
130. Rapee RM, Litwin EM, Barlow DH (1990) Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *Am J Psychiatry* 147: 640-644
131. Rapee, R. M. (1995). Psychological factors influencing the affective response to biological challenge procedures in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 59-74.
132. Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M., Borlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 538-552.
133. Rapee, R. M., Mattick, R., Murrell, E. (1986). Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attacks. *Journal of Behavior, Therapeutics, and Experimental Psychiatry*, 17, 243-253.
134. Ravindran LN, Stein MB (2009). Anxiety disorders: Somatic treatment. In BJ Sadock et al., eds., *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th ed., vol. 1, pp. 1906-1914. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

135. Roy King, Jurgen Margraf, Anke Ehlers, Richard Maddock, Panic Disorder – Overlap with Symptoms of Somatization Disorder, Panic and Phobias, 1986, pp 72-77
136. Stravynski, A., Marks, I, & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378–1385.
137. Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
138. Svrakic, D. (1985). Emotional features of narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142(6), 720–724.
139. Temoshok, L, & Heller, B. (1983). Hysteria. In R. J. Daitzman (Ed.), *Diagnosis and intervention in behavior therapy and behavioral medicine*. New York: Springer.
140. U.S. Department of Health and Human Services (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans (ODPHP Publication No. U0036). Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Available online: <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>.
141. Vannice GK (2012). Medical nutrition therapy for psychiatric conditions. In LK Mahan et al., eds., *Krause's Food and the Nutrition Care Process*, 13th ed., pp. 956-969. St Louis: Saunders.
142. Victoria M., St. Christopher, *Overcoming panic disorder*, 2000
143. Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Child Psychology*, 3, 1-14.
144. Weiss, J. (1971). Effects of coping behavior in different warning-signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 77, 1-13.
145. Weiss, S. J., & Emurian, H. H. (1970). Stimulus control during the summation of conditioned suppression. *Journal of Experimental Psychology*.
146. White, T. L., & Depue, R. A. (1999). Differential association of traits of fear and anxiety with norepinephrine- and dark-induced pupil reactivity, *Journal of Personality and Social Psychology*
147. Whitehead, W. W., Bush, C., Heller, B., & Costa, P. (1986). Social learning influences of menstrual symptoms and illness behavior. *Health Psychology*, 5, 13-23.
148. Wirtchen, H. U., & Essau, C. A. (1991). The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia. In J. R. Walker, G. R. Norton, & C. A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 103-149)
149. [www.actualno.com](http://www.actualno.com) 53

150. [www.orlinbaev.blogspot.com](http://www.orlinbaev.blogspot.com) 54
151. [www.psychozone-nlp.com](http://www.psychozone-nlp.com) 55
152. [www.psyhoterapevt.info](http://www.psyhoterapevt.info) 56
153. [www.psyportal.net](http://www.psyportal.net) 57
154. [www.rightdiagnosis.com/p/panic\\_disorder/stats.htm](http://www.rightdiagnosis.com/p/panic_disorder/stats.htm) 58
155. [www.womenhealthnet.ru](http://www.womenhealthnet.ru) 59
156. Zdrave.net 60
157. Zinbarg, R., Brown, T., Barlow, D., & Rapee, R. (in press). Fear responses to hyperventilation and 5.5% carbon dioxide enriched air and anxiety sensitivity: A reanalysis of Rapee, Brown, Antony, & Barlow (1992). *Journal of Abnormal Psychology*.