

Това издание има за цел да подпомогне общопрактикуващите лекари, психолозите и социалните работници да разпознават симптомите на тревожност и депресия и да оценяват потенциалните рискове от самоубийство. Ръководството допълва знанията, свързани с ранно диагностициране и насочване към специализирана помощ.

Авторите – водещи български специалисти в областта на психиатрията и университетски преподаватели, представят и примери от своята практика.

Приложени са скали за оценка на депресия и тревожност, които ще улеснят работата на специалистите от първичната здравна помощ.

Представена е информация за работещите в България психиатри с договор с НЗОК, държавни психиатрични болници и клиники, центрове за психично здраве, дневни центрове за деца и възрастни хора с увреждания, кризисни центрове, защитени жилища и други социални институции и неправителствени организации.

ISBN 978-954-8404-32-7

РЪКОВОДСТВО
ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА ТРЕВОЖНОСТ И
ДЕПРЕСИЯ В ПЪРВИЧНАТА ПОМОЩ

РЪКОВОДСТВО

ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА ТРЕВОЖНОСТ И ДЕПРЕСИЯ В ПЪРВИЧНАТА ПОМОЩ



БГО



РЪКОВОДСТВО

ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА ТРЕВОЖНОСТ И ДЕПРЕСИЯ В ПЪРВИЧНАТА ПОМОЩ

Доц. г-р Антон Славчев

Д-р Иво Митрев

Доц. г-р Мая Стоименова

Проф. г-р Надежда Маджирова

Доц. г-р Николина Ангелова – Барболова

Доц. г-р Петър Маринов

Д-р Петя Терзииванова

Д-р Стефан Попов

Доц. г-р Христо Кожухаров

НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР
ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ
София, 2016

Това Ръководство се издава в рамките на проекта „Подобренени услуги за психично здраве“ по Програма BG07 „Инициативи за обществено здраве“ чрез финансовата подкрепа на Норвежкия финансов механизъм 2009–2014 г. и Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2009–2014 г.

© Авторски колектив:

Антон Славчев, Иво Митрев,
Мая Стоименова, Надежда Магжирова,
Николина Ангелова – Барболова,
Петър Маринов, Петя Терзииванова,
Стефан Попов, Христо Кожухаров

© НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР

ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ

София, бул. „Акад. Иван Гешов“ 15

Всички права са запазени. Не се разрешава копиране, възпроизвеждане и разпространение на Ръководството или части от него по какъвто и да е начин без писменото разрешение на НЦОЗА. Авторите носят пълна отговорност за съдържанието на текстовете.

ISBN 978-954-8404-32-7

СЪДЪРЖАНИЕ

Част първа. Тревожни разстройства

Паническо разстройство и агорафобия	7
Генерализирано тревожно разстройство	15
Обсесивно-компулсивно разстройство	21
Тревожни разстройства в детско-юношеска възраст	30
Сексуални дисфункции при тревожност и при лечение с психотропни медикаменти	45
Скрининг на тревожните разстройства	49
Казуси	51

Част втора. Депресии

Депресия при рекурентно депресивно разстройство и биполарно афективно разстройство	65
Депресивни разстройства в детско-юношеска възраст	87
Депресия в ендокринологията	100
Депресия и тревожност в напреднала възраст	112
Сексуални дисфункции при депресия	126
Скрининг на депресивните разстройства в общата медицинска практика	130
Казуси	137

Част трета. Самоубийство

Самоубийството като мултифакторно събитие	151
Превенция и лечение на суицидни пациенти	172
Практическа оценка на суицидния риск	187
Казуси	200
Роля на Балинт групите в обучението на общопрактикуващи лекари	201

Част четвърта. Приложения

Приложение 1. Скали за оценка на депресия, тревожност и суицидност	211
Самооценъчна депресивна скала на У. Цунг	211
Самооценъчна скала за депресия на Von Zerssen	214
HADS самооценъчен въпросник за определяне на интензивни тревожни и депресивни състояния	217
Колумбия – скала за оценка тежестта на самоубийството (C-SSRS)	220
Скала за тревожност на Хамилтън (HAM-A)	230
Интервю за тревожност (SIGN-A)	233

Приложение 2. Информация за лекари със специалност Психиатрия, сключили договор с НЗОК за извънболнична медицинска помощ

Приложение 3. Информация за Държавни психиатрични болници, психиатрични клиники към УМБАЛ и психиатрични отделения към МБАЛ

Приложение 4. Центрове за психично здраве

Приложение 5. Центрове за настаняване
Центрове за настаняване от семеен тип за деца/младежи
Центрове за настаняване от семеен тип за Възрастни
Центрове за временно настаняване

Приложение 6. Центрове за работа с деца на улицата

Приложение 7. Центрове за социална рехабилитация и интеграция
Центрове за социална рехабилитация и интеграция на деца
Центрове за социална рехабилитация и интеграция на възрастни

Приложение 8. Дневни центрове
Дневни центрове за деца и възрастни с увреждания
Дневни центрове за деца с увреждания
Дневни центрове за стари хора

Приложение 9. Домове за деца
Домове за деца, лишени от родителска грижа, от 3 до 7 г.
Домове за деца, лишени от родителска грижа, от 7 до 18/20 г.

Приложение 10. Домове за възрастни хора
Домове за стари хора
Домове за възрастни хора с деменция
Домове за възрастни хора с психични разстройства

Приложение 11. Кризисни центрове
Кризисни центрове за деца
Кризисни центрове за възрастни

Приложение 12. Преходни жилища за възрастни

Приложение 13. Социални учебно-професионални центрове

Приложение 14. Защитени жилища

Приложение 15. НПО с дейност в областта на психичното здраве

Приложения от 2 до 15 са на приложения диск.

Част първа

Тревожни разстройства

Паническо разстройство и агорафобия

Д-р Петя Терзииванова, г.м.

През 1871 г. Da Costa пръв описва тревожността като разстройство, като я нарича irritable heart. Поради факта, че основните симптоми са болка в гърдите, палпитации и световъртеж, Da Costa счита, че разстройството е резултат от нарушение на сърдечната функция, причинено от хиперреакция на нервната система. З. Фройд определя тревожността като основен симптом на синдрома и въвежда термина тревожна невроза. До 1980 г. паническото разстройство и генерализираното тревожно разстройство са класифицирани заедно като тревожни неврози.

Паническото разстройство (ПР) се състои от рекурентни, неочаквани панически/тревожни пристъпи най-малко един път месечно, придружени от постоянна загриженост за появата на нов пристъп, страх от последствията от нов пристъп. Поне 4 от 13-те характерни симптома се проявяват по време на пристъп:

1. палпитации, силно сърцебиене или ускорена сърдечна честота;
2. изпотяване;
3. треперене или разтърсване на тялото;
4. усещания за задух или задавяне;
5. усещане за задушаване;

6. болка в зърдите или дискомфорт;
7. загене или абдоминален дистрес;
8. усещане за замаяност, нестабилност, световъртеж или припадане;
9. дереализация (чувство за нереалност) или деперсонализация (усещане сякаш за отглеждане извън тялото);
10. страх от загуба на контрол или полудяване;
11. страх от смърт;
12. парестезии (вкочаненост или усещания за тръпнене);
13. студени тръпки или горещи вълни.

За да се постави диагноза паническо разстройство, в рамките на един месец след паническия пристъп трябва да е налице междупристъпна тревожност с очаквания на следващ пристъп или отбягващо поведение.

Агорафобията (АФ) нерядко е усложнение на паническото разстройство, при което болният изпитва страх от пребиваване в места, където не може да получи незабавна медицинска помощ или не може бързо да излезе (супермаркет, открити многолюдни пространства, кино, кръстовища и др.). Въпреки че концептуално се разделят на две отделни разстройства, се приема, че и двете са в рамките на едно и също заболяване.

Агорафобията без паника е рядкост. Названието агорафобия е от гръцки и означава „страх от площад, публично място“. Пациентите с АФ често се страхуват, че ще получат панически пристъп на публично място и ще се zlepоставят. Те избягват места с много хора, като магазини, ресторанти, театри, църкви,

защото се чувстват в капан. Много от тях се страхуват да пътуват на далечни разстояния, да пресичат мостове, да шофират в тунели. Пациентите с агорафобия често настояват да бъдат придружавани от близки на места, които в противен случай те биха избегнали. В най-тежкия вариант на заболяването пациентите не излизат от дома си или стоят в стаята с придружител.

Епидемиология

Според ЕСА проучване 2–3% от жените и 0,5–1,5% от мъжете имат паническо разстройство (Kessler и сътр., 1987). Според ЕПИБУЛ (2010) у нас доживотната болестност от ПР възлиза на 1,1% от населението. Болестността от АФ без паническо разстройство е рядка и е 0,1% от населението. Паническото разстройство и агорафобията имат типично начало между 20 и 30-годишна възраст, въпреки че възрастта на началото може да варира; близо 80% от пациентите с паническо разстройство развиват заболяването преди 30-годишна възраст. Жените са поне двукратно по-застрашени да развият паническо разстройство и агорафобия от мъжете.

Обикновено няма перцепитиращи стресори преди началото на двете заболявания. Много от пациентите обаче съобщават, че паническите пристъпи започват след заболяване, инцидент или прекъсване на гадена връзка; развиват се след раждане или след употреба на медикаменти като LSD или марихуана. В началото паническият пристъп кара болните да отидат в спешно

отделение, където ЕКГ и лабораторните изследвания показват нормални резултати. Много от пациентите преминават през множество често ненужни медицински процедури. Консултацията с психиатър се провежда след установяване на липса на физическо заболяване, причина за тревожността.

Паническите пристъпи имат внезапно начало, пик в рамките на няколко минути и отзвучават след 5–30 мин. Въпреки че повечето пациенти съобщават, че техните панически пристъпи продължават с часове или целия ден, това се дължи на рекурентност или леки симптоми, които съществуват след пристъпа.

Етиология и патофизиология

Възможните биологични нарушения, които да са причина за паниката, са повишените катехоламини в ЦНС, абнормности в норадренергичното ядро locus coeruleus, хиперсензитивност към CO_2 , нарушения в лактатния метаболизъм, абнормности в ГАМК невротрансмитерната система. Някои данни потвърждават тези възможни причини, въпреки че нито една не обяснява всички симптоми. Болните с паническо разстройство и хиперсензитивност към CO_2 имат прекалено чувствителна алармена система в мозъчния ствол, която продуцира респираторен дистрес, хипервентилация и тревожност. Недостигът на въздух и повърхностното дишане се определят като хипервентилационен синдром.

Според фамилните проучвания и тези на близнаци паническото разстройство е частично наследствено. Във фамилните проучвания се

установява, че около 20% от роднините на пациенти с паническо разстройство и около 2% от роднините на контролната група имат риск за развитие на заболяването. Проучванията при близнаци показват по-висока конкордантност на тревожните разстройства при монозиготи спрямо дизиготи (45% при монозиготи и 15% при дизиготи). Няма проучвания при осиновени за паническо разстройство. Психоанализата приема, че изтласкването на ранни психотравми, чест защитен механизъм, може да е свързано с развитието на паника. Доказателство в тази посока е честата сепарационна тревожност в детството при индивиди, които по-късно развиват ПР. А според теорията на заучаването тревожните пристъпи са състояния на отговор към заплашващи ситуации.

Развитие и изход

Паническото разстройство и агорафобията са хронични и доживотни. Те имат тенденция към флукутации по интензивност и тежест. Между 50–70% от случаите на паническо разстройство имат някакво подобрение с течение на времето. Пациентите с паническо разстройство са с повишен риск от психосоматични разстройства – язви на стомаха, хипертония, и имат по-високи нива на смъртност от очакваното. Суицидният риск е висок при тези болни, особено при съчетание с депресия и прием на алкохол. Най-честите усложнения на паническо разстройство са депресия и злоупотреба с алкохол или психоактивни вещества (ПАВ). Депресивното разстройство се развива при

50% от пациентите с паническо разстройство и агорафобия, като може да е тежко, въпреки че често е леко, в рамките на реакция на определена психотравмена ситуация. 20% от пациентите развиват алкохолна злоупотреба.

Диференциална диагноза

Много е важно да се отхвърли соматично заболяване, тъй като някои от тях протичат с паника (напр. хипертиреозидизъм, хиперпаратиреозидизъм, феохромоцитом, заболявания на вестибуларния нерв, хипогликемия и суправентрикуларна тахикардия). Пропалсите на митралната клапа са по-чести при хора с паническо разстройство и възлизат на до 30%. Най-често сърдечният порок няма хемодинамично значение, но вероятно има отношение към екстрасистолите и палпитациите при ПР.

Много от пациентите с депресия също имат панически пристъпи или тревожност, която изчезва след овладяване на заболяването. Панически пристъпи може да има и при пациенти с генерализирано тревожно разстройство, шизофрения, деперсонализационно разстройство, соматизационно разстройство, гранично личностно разстройство. Когато тревожните симптоми са в резултат на конкретен стресор, диагнозата адаптационно разстройство с тревожност е подходяща.

Лечение

Обикновено паническото разстройство се лекува с комбинация от медикаменти и индивидуална психотерапия. Трициклични и тетра-

циклични антидепресанти (ТАД), инхибитори на моноаминооксидазата (МАО-И), селективни инхибитори на серотониновия транспорт (СИСТ) са ефективни при 80% от болните. Днес СИСТ са средство на първи избор. ТАД и МАО-И се препоръчват при пациенти без ефект от СИСТ. Бензодиазепините също са ефективни в блокиране на панически пристъпи, когато са във високи дози. Бета-блокери са с минимален и несигурен ефект. Пациентите, които се повлияват от лечението, имат леки тревожни симптоми, началото на заболяването е в по-късна възраст, с по-малко панически пристъпи и са с хармонична личност.

Дозите на антидепресантите са същите като при лечение на депресия. Лечението след овладяване и отзвучаване на пристъпите, междупристъпната тревожност и агорафобията продължава между 6 месеца и 1 година, но често намаляването на дозата води до рецидив. При голяма част от по-тежко болните продължителното или доживотно лечение е наложително, тъй като правилата на лечение са такива, както при хронично заболяване.

Пациентите трябва да избягват кофеинови напитки, тъй като те предизвикват или утежняват пароксизмалната и дифузна тревожност.

Когнитивно-поведенческата терапия (КПТ) е форма на индивидуална психотерапия, която в комбинация с медикаменти има много добър ефект. КПТ често включва отвлечане на вниманието (разсейване) и дихателни упражнения за преодоляване на хипервентилацията, заедно с обучение за заболяването и техники за пови-

шаване на самочувствието. Близък до тези техники е автогенният тренинг на Schultz.

Пациентите с агорафобия със или без панически пристъпи се лекуват с поведенческа терапия. Основният подход е да се окуражи пациентът да влезе в ситуация, от която се страхува. Поведенческата десензибилизация се провежда, след като заедно с болния се изготви програма с градиране на ситуацияите от по-малко застрашаващи до силно застрашаващи. Изпълнението на програмата води до редуциране на страха. При някои пациенти има нужда от директна супервизия в такива ситуации.

Литература

Kessler LG, Burns BJ, Shapiro S, Tischler GL, George LK, Hough RL, Bodison D, Miller RH. Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health.* 1987; 77(1):18-24.

Генерализирано тревожно разстройство

Доц. д-р Петър Маринов, д.м.

Генерализираното тревожно разстройство (ГТР) е често срещано в клиничната практика. То се съчетава с други психични заболявания, което създава проблеми както в диагностичен, така и в терапевтичен план.

Епидемиологични данни

Проучването ЕПИБУЛ установява, че в България доживотната болестност от ГТР възлиза на 1,7% от популацията.

Етиопатогенеза

Причините за появата на ГТР са неясни, въпреки че едно фамилно проучване сочи, че около 25% от роднините по първа линия на пациенти с ГТР имат същото разстройство, по-често това са роднините на жени, а роднините на мъже са с по-голям риск от алкохолизъм. Проучването показва, че събитията в живота също са важни за развитието на ГТР. Според голямо проучване при близнаци генетичните фактори играят важна роля в етиологията на ГТР, но се приема, че негенетичните фактори са с по-голяма важност. Няколко невротрансмитерни системи се свързват с разстройството – норадренергична, ГАМК, серотонинова във фронталните дялове и лимбичната система. Диференциалната диагноза е както при паническо разстройство и агорафобия.

Клиника

Генерализирано тревожно разстройство се характеризира с постоянно напрежение и тревожни очаквания (най-често за злополука с близък човек). По МКБ-10 пациентите „често изказват страховете, че пациентът или негов близък внезапно ще се разболеет или ще му се случи нещастие“.

Предразполагащи към ГТР са:

- женски пол
- телесно заболяване (напр. хипертиреозидизъм)
- психотравма в детството
- скорошна психотравма
- тежко заболяване
- дистрес
- характерови особености
- генетично предразположение
- употреба на алкохол и/или наркотици.

Основните симптоми на ГТР са:

Прекомерна физиологична хиперреактивност:

- мускулно напрежение
- раздразнителност
- умора
- непоседливост
- инсомния

Когнитивни дисфункции:

- слаба концентрация (хипопрозекия)
- нереалистична оценка на проблемите
- притеснения

Неефективни стратегии за справяне:

- отбягващо поведение
- неефективни умения за решаване на проблеми.

Критериите по ДСН 4 изискват да се установят поне 3 от 6-те типични симптома, които са: 1. безпокойство или усещане за безизходица или на ръба; 2. лесна умора; 3. затруднения в концентрацията или „бели полета“ в паметта; 4. раздразнителност; 5. напрежение в мускулите; 6. нарушения на съня (трудно заспиване или поддържане на съня, неспокоен или недостатъчен сън).

Симптомите трябва да причиняват значим дистрес или нарушение в социалната, професионалната или в други важни сфери на функционирането. Ефектът от медикаменти или злоупотреба с психоактивни вещества/алкохол трябва да се изключи. Симптомите трябва да персистират минимум 6 месеца.

Диференциална диагноза

Неразпознаването и отсъствието на диагноза при ГТР често води до ненужни изследвания, забавя и намалява съдействието към лечение, което води до загуба на доверие към лекаря. ГТР твърде често се съчетава с депресия или прием на алкохол/психоактивни вещества. В тези случаи консултацията с психиатър е наложителна.

Поведение на общопрактикуващия лекар

При установяване на ГТР е необходимо да се проведе консултация с психиатър. Абсолютно безполезни и дори вредни са констатации и съвети от следния тип:

„Нищо страшно няма“ или още по-директното „Нищо Ви няма“.

„Моля Ви, стегнете се, вземете се в ръце,

Всички изследвания показват, че сте здрав.“
„Хайде, това не е болест, Всичко е от нерви.“

Такива послания, освен че са грубо неверни, само натоварват пациента с вина и отчаяние.

Общопрактикуващият лекар (ОПЛ) трябва просто, ясно, на достъпен език да обясни, че се касае за разстройство, което подлежи на адекватно и съвременно лечение и може да бъде овладяно напълно. Може да каже на пациента, че това не е тежка, но е мъчителна болест, която, ако не се лекува, ще му пречи да изпълнява добре своите задължения. Трябва да положи усилия да преодолее стигмата при насочване към психиатър, обяснявайки, че това разстройство не нарушава базисните годности на човека да възприема света правилно, но се свързва само с един внезапен страх от остро заболяване (инфаркт, инсулт, загуба на контрол върху поведението). Страхът е в значителна степен безпочвен, но за да стане контролируем, е необходимо да се проведе лечение.

Лечение

Два са основните подхода, които често се комбинират. Сред психотерапевтичните подходи главно място заемат релаксационните (прогресивна мускулна релаксация и автогенен тренинг), които са леснодостъпни и дават добри резултати. Медикаментозните стратегии включват редица лекарства, които намаляват напрежението и овладяват тревожността. Днес водеща група лекарства са селективните серотонинергични антидепресанти, но наред с тях се прилагат и анксиолитици. Последните

трябва да са лимитирани в рамките на няколко седмици поради риск от изграждане на зависимост.

Литература

- Andrews G, Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *British Journal of Psychiatry*, 2002; 181, 306 -314.
- Calabrese G, Colombo C, Bonfanti A, Scotti G, Scarone S. Caudate nucleus abnormalities in obsessive-compulsive disorder: measurements of MRI signal intensity. *Psychiatry Res*. 1993; 50(2):89-92.
- Insel TR, Winslow JT. Neurobiology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992; 15(4):813-24.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 2005; 352(24):2515-23.
- Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IR, Gagnon E, Guyer M, Howes MJ, Kendler KS, Shi L, Walters E, Wu EQ. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2005; 58(8):668-76.
- Kessler LG, Burns BJ, Shapiro S, Tischler GL, George LK, Hough RL, Bodison D, Miller RH. Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health*. 1987; 77(1):18-24.
- Maj M. 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry*, Mar 2005; 186: 182 - 184.
- Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic

obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*.

1997;6(4):154-8.

Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, Scotti G, Smeraldi E. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res*. 1992; 45(2):115-21.

Обсесивно-компулсивно разстройство

Доц. д-р Николина Ангелова – Барболова, д.м.

До края на XIX в. се е считало, че обсесивно-компулсивното разстройство (ОКР) е проява на депресивно заболяване. По-късно З. Фройд го нарича „обсесивна невроза“ и счита, че то се дължи на интрапсихичен конфликт. През 1980 г. В резултат на проучванията на биологичните и поведенчески ориентирани клиницисти обсесивната невроза е наречена обсесивно-компулсивно разстройство.

Определение

Обсесиите и компулсиите са главните симптоми на ОКР. Според ДСН-IV обсесиите са рекурентни и персистиращи идеи, мисли или представи, които се преживяват като натрапливи и несъответни и които водят до голяма тревожност или дистрес. Чести обсесии са страховете от нараняване или от извършване на грях спрямо Господ.

Компулсиите са повтарящи се, целенасочени и умишлени действия или действия в резултат на обсесиите или по определени правила, които се прилагат ригидно. Компулсиите се проявяват, за да неутрализират или да намалят дискомфорта, или да предпазят индивида от страшни събития или ситуации. Ритуалите не са свързани реално със събитието или ситуацията, или са явно ексцесивни. Те понякога са много сложни и изпразнени от съдържание. Обсесиите

предизвикват тревожност, която се намалява/освобождава чрез изпълняване на компулсивни ритуали.

За да се постави диагнозата ОКР, obsесииите или компулсиите трябва да причиняват значим дистрес и да продължават над 1 час дневно, като пречат на нормалните всекидневни рутинни дейности, работното функциониране или нормалните социални активности и взаимоотношения. За obsесивно-компулсивните личности ритуалите са начин на живот с постоянен флукутиращ дистрес.

Епидемиология

ОКР започва най-често в края на юношеството или в началото на 20-те години; около 1/3 от пациентите развиват заболяването на възраст около 15 години и около 3/4 заболяват на възраст до 30 години. Началото е обикновено постепенно, но може и да е остро в рамките на 1 месец при липса на конкретен стресор. Около 7 години от началото на заболяването минават, преди да се започне лечение. Данните от Epidemiological catchment area сочат, че 2-3% от общата популация отговарят на критериите за ОКР в даден момент от живота си. Мъжете и жените са засегнати еднакво, въпреки че ранното начало е характерно за мъжете. Пациентите с ОКР са с нормални нива на интелект.

Етиопатогенеза

Фамилни проучвания установяват, че до 20% от роднините по пряка линия на пациенти с ОКР имат obsесивно-компулсивни симптоми, а

останалата част имат болестност от тревожни или афективни разстройства. Проучванията намират връзка между ОКР и синдром на Турет (тикова болест), което предполага генетична свързаност между двете състояния. Изследванията при близнаци показват по-висока конкордантност при монозиготи, отколкото при дизиготи, което също подкрепя твърдението за унаследяване на предиспозицията към ОКР.

Психодинамично ориентираните изследователи обясняват ОКР като произтичащо от фиксация в гениталната фаза на развитие и регрес към по-ранната анална фаза, което включва свръхмерна обвързаност с гняв, мръсотия, магическо мислене и амбивалентност. Това води до прекалено развит Свръх-Аз и до различни невротични защитни механизми, като изолация, изтласкване и формиране на реакция.

Поведенческото направление обяснява развитието на ОКР от гледна точка на теорията на заучаване. Тревожността в началото се свързва със специфични събития. Тогава човек се ангажира с компулсивни ритуали като компулсивно миене на ръце, за да намали тревожността. Когато ритуалите успешно намалят тревожността, патологичният модел се подкрепя и поведението се повтаря.

Невробиологичният модел на ОКР се разработва в последните години. В подкрепа на този модел е фактът, че ОКР се проявява по-често при хора, които имат различни неврологични разстройства, включително черепно-мозъчна травма (ЧМТ), епилепсия, хорей на Sydenham и Huntington. ОКР се свързва и с травми при

раждането, абнормно ЕЕГ, абнормни евокирани потенциали, забавяне в развитието и абнормни резултати в невропсихологичните тестове. В подкрепа на биологичната основа на заболяването са и проучванията при животни, при които билатералната лезия на хипокампа или хроничният прием на амфетамини водят до стереотипи, подобни на компулсивните ритуали. В последните години се установи, че ОКР се среща при група деца, прекарвали бета-стрептококова инфекция (PANDAS синдром). Тези деца развиват не само обсеци и компулсии, но също имат емоционална лабилност, сепарационна тревожност и тикове. Засегнати са главно базалните ганглии (Calabrese и сътр., 1993). Дясното опашато ядро е уголемено при ОКР (Scahill и сътр., 1992).

Биохимичният модел е фокусиран върху невротрансмитера серотонин, защото селективните инхибитори на реабсорбцията на серотонин (ССРИ) са ефективни при лечение на ОКР, за разлика от другите антидепресанти. Освен това *corpus striatum* получава проекции от серотонинергичните неврони на ядрата на шева (Insel и Winslow, 1992). Другите доказателства за „серотониновата хипотеза“ са индиректни и противоречиви, но са свързани с гледната точка, че или нивата на невротрансмитера, или вариациите в броя, или функционирането на серотониновите рецептори са нарушени при ОКР.

Изобразителните техники дават някои доказателства, че базалните ганглии са свързани с ОКР. ПЕТ и СПЕКТ сочат повишен метаболизъм

на глюкоза в нуклеус каудатус и в орбиталния кортекс на челните мозъчни дялове.

Връзките между ОКР и обесивно-компулсивно личностово разстройство са сложни. Обесивно-компулсивното личностово разстройство се характеризира с перфекционизъм, системност и упоритост, първоначално се е считало, че води до ОКР, но последните проучвания сочат, че това се случва рядко. Пациентите с ОКР по-вероятно могат да имат черти на зависимо, отбязващо или пасивно-агресивно поведение.

Развитие и изход от заболяването

При 85% от болните заболяването има хронично протичане, 10% имат прогресиращо развитие на симптомите или влошаване, а едва 2% имат периодично протичане. Двама типа на протичане – периодично и непрекъснато, се различават в редица аспекти (Ravizza и сътр., 1997). При периодичното има превес на женския пол, което го доближава до афективните разстройства. Според едно от последните проучвания на юноши с ОКР с 5-годишно проследяване повечето са имали след 5 г. обесивно-компулсивни симптоми, но са били по-леки, а 6% са били с пълна ремисия.

Леките или типични симптоми при хора с добра преморбидна адаптация се свързват с добър изход от заболяването, ранното начало и наличието на тежко личностово разстройство се свързват с лош изход. Обесивно-компулсивните симптоми се влошават от депресивното настроение и стресовите ситуации. Рекурентен епизод на депресивно разстройство се проявява при 80%

от пациентите с ОКР. Въпреки че суицидните мисли се срещат при обесивното мислене, рискът от суицид при ОКР Вероятно не е висок.

Диференциална диагноза

Диагнозата се поставя по данните от анамнезата и психичния статус, няма специфични лабораторни или психологични тестове. Разстройството се припокрива с много други психични синдроми.

Диференциалната диагноза с шизофрения се основава на наличието или отсъствието на психотични симптоми. И при двата разстройства има сходно ранно начало и са хронични. Тежките обесивни мисли могат да наподобяват налудно мислене, но болните с ОКР са критични към тях. Обесииите са нежелани, резистентни, разпознават се от пациента и са вътрешни, докато налудностите не са резистентни и по правило са с външен произход. Пациентите с ОКР много рядко могат да имат халюцинации и налудности, в контекста на тежка депресия, но присъствието на тези симптоми често е основание за преразглеждане на диагнозата.

ОКР с вторична депресия трябва да се разграничи от депресивно разстройство, при което обесивното мислене се развива обикновено във формата на прекалена обвързаност с болестта и виновностни преживявания. Пациентите с депресия се фокусират върху минали събития, докато тези с ОКР се фокусират върху превенцията на бъдещи събития.

Разграничаването от фобия и други тревожни разстройства невинаги е възможно, тъй

като те нерядко се припокриват. Както при ОКР, така и при тревожно разстройство има интензивна тревожност и автономен отговор на определени обекти или ситуации, както и отговор при поведенчески интервенции. Много от пациентите с ОКР имат специфични фобии и социална фобия.

Диференциалната диагноза със синдрома на Турет, аутистичното разстройство, пост-травматичното стресово разстройство, анорексия и трихотиломания поставя въпроса за разстройства от един по-широк спектър с взаимно припокриване на симптомните регистри.

Лечение

Основните видове лечение са когнитивно-поведенческа терапия (КПТ) и фармакотерапия. КПТ е по-успешна при ритуалите с подчертана експозиция и превенция на отговора (реакцията). Техника за спиране на мислите може да се прилага за прекъсване на обесивните мисли. Подобрене има при 60–70% от пациентите, които поддържат лечението. Много пациенти се отказват от лечението поради страхове, че в даден момент тревожността ще се увеличи.

Първият медикамент, използван за лечение на ОКР, е серотонинергичният антидепресант кломипрамин в дози 150–250 mg/d, но той има много странични ефекти като сегация, ортостатична хипотензия, запек и ретенция на урина. СИСТ във високи дози при ОКР са средство на избор, но ефектът се отлага с 8–12 седмици, а в по-тежките случаи с 12–16 седмици.

Циталопрам се прилага в доза 20–60 mg/d, флуоксетин 20–80 mg/d, флувоксамин 150–200 mg/d, пароксетин 20–60 mg/d, а сертралин 50–200 mg/d. Лечението е дългосрочно, а нерядко и до живот, защото често в рамките на седмици след спирането има рецидив на болестта. Пациентите, които преминават и поведенска терапия, имат по-малко рецидиви.

Пациентите, при които няма ефект от един медикамент, трябва да преминат към други. Допълваща терапия не е от полза. Изключение е добавянето на антипсихотик (напр. халоперидол 2–3 mg/d) при резистентност или когато има съпътстващо тиково разстройство или шизотипно личностово разстройство.

Психохирургията има позитивен ефект при 80% от болните, но последните проучвания сочат, че 25–30% имат ефект от стероидната цингулотомия. Пациентите не се насочват към това лечение освен в случай, че нямат ефект от другата терапия. При някои пациенти се налага повторна хирургична намеса. За да се подобрят, трябва да минат седмици или месеци.

Подкрепящата психотерапия е важна добавка към поведенската психотерапия и медикаментозното лечение. Добре е за възстановяване на самооценката болните сами да решават ежедневните си проблеми. Пациентите се окуражават да поемат рискове, например да се изложат на застрашаваща ситуация.

При фамилната терапия близките се научават как да приемат болестта, как да се справят с проявите ѝ и как да не подкрепят obsесивно-

компулсивното поведение. Групи за подкрепа и самопомощ са широко разпространени в САЩ и са полезни с това, че извършват обучение относно заболяването.

Литература

Calabrese G, Colombo C, Bonfanti A, Scotti G, Scarone S. Caudate nucleus abnormalities in obsessive-compulsive disorder: measurements of MRI signal intensity. *Psychiatry Res.* 1993; 50(2):89-92.

Insel TR, Winslow JT. Neurobiology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1992; 15(4):813-24.

Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 1997; 6(4):154-8.

Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, Scotti G, Smeraldi E. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res.* 1992; 45(2):115-21.

Тревожни разстройства в детско-юношеска възраст

Доц. д-р Антон Славчев, д.м.

Тревожността е внедрена в индивида за целите на оцеляването и самосъхранението. Тревожността, страховете и опасенията са преживявания, насочени към бъдещето, докато депресивните преживявания са свързани по-скоро с миналото и настоящето. С развитието на психиатрията и психологията са проучвани биологичните, психологичните, включително психоаналитични и психодинамични, социалните и дори философските аспекти на тревожността и депресията. Несъмнено е, че тревожните и депресивните разстройства при деца и юноши, напоследък обозначавани с общото название „интернализирани разстройства“, са свързани с развитието и носят своята възрастова специфичност.

Тревожността възниква, за да сигнализира за очаквана възможна, но неясна и недиференцирана застрашеност. Страхът е емоционална реакция на опасност, която е по-ясна, по-определена и свързана обикновено с външен обект или ситуация.

Във възрастта **до 1 година** тревожността се изразява в:

- нарушения на съня
- нарушения на апетита
- раздразнителност
- плач.

Понякога е индуцирана от тревожността на майката и нейната невъзможност да даде

сигурност на детето. Тук е необходимо да припомним, че е важен не толкова успехът на майката в усилията ѝ да успокои детето, колкото начинът, по който го прави. Тревожността в тази възраст може да е индуцирана и от неподходяща сензорна стимулация.

След **8-9-я месец** тревожността и страховете на бебето стават все по-диференцирани, появяват се:

- тревожност, а понякога и дори гняв от раздяла с майката
- нормалпсихологичният страх от непознати

В **периода на прохождането** се появяват:

- страх от загуба на физическа опора
- страх от падане

В **ранното детство** тревожността се изразява в:

- плахост
- свенливост
- раздразнителност
- плач
- загуба на контрол над тазовите резервоари.

В тази възраст персистират:

- страх от раздяла с майката
- страх от падане и нараняване
- страх от тъмно, от силни шумове
- страх от животни, чудовища, приказни герои, духове
- страх от светкавици и гръмотевици
- страх да останат или заспят сами.

Персистирането на страха от раздяла с майката може да доведе до отказ да се посещава детско заведение или училище.

В **ранната училищна възраст** (7–12 години) е възможно да се появи тревожност, породена от реални събития:

- нападения
- убийства
- отвлечения
- катастрофи
- природни бедствия
- Войни
- бомбардировки и пр.

Новост са:

- страх от училищни ситуации
- тревожност относно академичните постижения,
- тревожност относно оценките на околните.

Сега, когато лоялността към Връстниците и групата вече е с приоритет над тази към семейството, се появява и

- страхът от отхвърляне от Връстниците и приятелите.
- Ранната училищна възраст тревожността се изяснява с:
- изолираност
- раздразнителност
- инхибираност
- понякога загуба на контрол над тазовите резервоари.

Заради затрудненията за вербализиране на емоционални състояния в тази възраст тревожността намира израз в телесни оплаквания:

- главоболие
- коремни болки
- затруднения в дишането и пр.

Едва към края на тази възраст започва осъзнаването на смъртта като невъзвратима и непоправима загуба, поради което и игрите със стрелби, падане и ставане отново постепенно остават в миналото.

Наред със:

- страх от смъртта
- страх от училищен провал
- страх от отхвърляне и унижение

В **юношеството** (13-18 години) се появяват и

- опасенията за налично сериозно телесно заболяване.

Възможностите за вербализиране на тревожността вече са по-добри. По-добре се вербализират и наблюдават депресивни прояви, при това толкова по-близки до тези при възрастните, колкото по-висока е възрастта.

Която и да е от тревожните прояви, описани по-горе, е възможна преходна част от развитието, която не разстройва функционирането на детето и семейството. Но когато интензивността, честотата и продължителността им водят до страдание и разстройват функционирането на детето в семейството, в училището и сред връстниците, би следвало да се потърси специализирана помощ.

Неразпознаването на тревожността от възрастните и пренебрегването на тревожните разстройства, включително на субклиничните форми, лишава детето от необходима подкрепа и интервениране и води до пропускане на възможността за превенция на психично разстройство в зряла възраст.

МКБ-10 определя като **Емоционални разстройства с начало в детството (F93)** - разстройството с тревога от раздяла

- фобийно-тревожното разстройство
- разстройството със социална тревожност
- разстройството със съперничество между сиблингите.

В текста по-долу тези разстройства са посочени с кодовете си в МКБ-10. Малко странно е отделянето на елективния мутизъм от групата на детските емоционални разстройства и включването му в рубриката разстройства на социалното функциониране. Търсене на място на елективния мутизъм сред тревожните разстройства в детството, по-специално в рубриката социална фобия, не е лишено от основания.

Тревожните разстройства, които се срещат както в зрялата, така и в детско-юношеската възраст, са включени в съответните категории на МКБ-10 за възрастни, чиито кодове тук не посочваме. Почти всички тревожни разстройства, включени в рубриката „Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства“ (F40-F48) е възможно да се срещнат, макар и рядко, в детската и по-често в юношеската възраст.

Тревожните разстройства засягат около 10% от децата и юношите в общата популация, по-често момичетата. Пикът на разстройствата е около 7-годишна възраст, обяснимо с постъпването в училище и свързаните с това повишени адаптационни изисквания. С приближаването и навлизането в юношеството все повече зачестяват тревожните разстройства, срещащи се и в зряла възраст.

Етиология

Етиологията на тревожните разстройства при децата и юношите, както и при възрастните, остава неизяснена, но несъмнено е мултифакториална. Обсъждани са биологични, психологични и социални рискови фактори.

Клиничната картина включва споменатите по-горе страхове, но с необичайно персистиране в по-голяма възраст или поява на страхове, характерни за по-ниска възраст, които разстройват ежедневно функциониране на детето и семейството.

Общият емоционален фон се характеризира с:

- тревожност
- потиснатост
- неувереност
- изолация
- отбягващо поведение
- училищен отказ.

Възможни са:

- раздразнителност
- дисфория
- неспокойствие
- симптоми на регрес
- агресивно поведение
- множество телесни оплаквания.

Емоционални разстройства с начало в детството

Разстройство с тревога от раздяла (F93.0).

Среща се при 3-4% от децата в училищна възраст и в около 1% от юношите. Появила се към 7-8 месечна възраст, тревожността от раздяла с майката се интензифицира до към година и половина, постепенно намалява към 3-4 години и към 6-годишна възраст изчезва. Късната поява на страх от раздяла или персистиране след 7-годишна възраст е основен симптом на разстройството. Началото обикновено е остро, нерядко предшествано от негативни събития в живота на детето (напр. първа среща със смъртта, заболяване на близък, продължителна хоспитализация и пр.) или значима промяна в живота на детето (напр. тръзване в детско заведение или на училище, раждане на сиблинг, ваканция без родителите и пр.). Детето преживява интензивно безпокойство за себе си или близките, ако не е с тях. То често е „като зашито за полата на майка си“, настоява да е с нея дори в тоалетната. Започва да отказва да остава само, да настоява да спи с родителите, да отказва да играе навън, да отиде на училище. При около 75% от децата се стига до училищен

отказ. Появяват се затруднения при заспиване. Сънят е неспокоен, възможни са кошмари. По интензивност тревогата може да достигне панически равнища, със соматични оплаквания и симптоми. Възможно е да се появят абсурдни обвинения и гняв към майката, които да доведат до диференциално-диагностични затруднения.

Фобийно-тревожно разстройство (F93.1).

Разстройството обикновено има характеристиката на „проста“ фобия. Средната възраст на началото е около 8 години. Фобогенни обекти най-често са насекоми, змии, кучета, светкавици, т.е. това са възрастовоспецифични, съответни на възрастта, страхове. Патологични са предизвикващата дистрес интензивност на преживяването, отбягващото поведение и нарушението на общото функциониране. Отшумява относително бързо.

Разстройство със социална тревожност в детството (F93.2) (социална фобия).

Предпазливостта към непознати е нормален феномен през втората половина от първата година на живота, а известна степен на социални опасения или тревожност са нормални в ранното детство, когато децата се срещат с нови ситуации, които възприемат като странни или социално застрашаващи. След 3-годишна възраст, когато се зараждат чувствата на срам и вина – основните емоции, които ни правят конформни към стандартите и изискванията на социума, – постепенно се зараждат и опасенията за оценката на околните. Кулминацията си този

процес достига в юношеството. Разстройството е налице, когато интензивността на тревожността и опасенията за оценката на околните принуждават детето да отбягва естествените за възрастта му контакти с връстници и възрастни.

Разстройство на съперничество между сиблинги (F93.3).

Повечето от малките деца показват изразени в различна степен емоционални нарушения непосредствено след раждането на друго дете в семейството. Макар и в обкръжението на другите, предимно тревожни емоционални разстройства с начало в детството, това разстройство е израз на по-широк кръг дисфункции и тревожността не е основна клинична изява. В повечето случаи нарушението е леко, но съперничеството и/или ревността, започнали в периода след раждането на сиблинг, могат да бъдат забележително устойчиви. Съперничеството и ревността между децата в семейството се изразява в явна конкуренция между децата за вниманието и любовта на родителите, при това с необичайна степен на отрицателни чувства, в тежките случаи придружени с открита вражда, физически наранявания, злоба и злепоставяне. В по-леките случаи се наблюдава нежелание да се делят материални придобивки с другото дете, липса на положителни чувства и недостатъчно дружелюбие. Чести са т.нар. симптоми на регрес, включващи разграждане на придобити до този момент умения и връщане към по-ранни етапи

на развитие, например загуба на придобития преди това контрол на тазовите резервоари, връщане към бебешки говор, желание за хранене с биберон, смукане на пръст и пр. Може да се наруши сънят и често се увеличава натискът за родителско внимание преди сън, както и засилване на противоположаващо се поведение и съпротива срещу родителите, избухвания, дисфория, тревожност, тъга или оттегленост. Разстройството може да продължи с години, включително в периода на юношеството.

В опит за овладяване на възрастовоспецифичните тревоги и страхове не е необичайно децата във възрастта между 2 и 8 години да проявяват еднотипни, повтарящи се действия и ритуали като елементи на **обсесивно-компулсивно поведение**, в повторемостта на които детето търси сигурност и предвидимост. Магичното и приказното мислене е в основата на изграждане на ритуали, на които се приписва символно значение и защитна роля. Много от натрапливостите в детско-юношеска възраст са свързани с училището – нееднократно проверяване дали всички необходими принадлежности са поставени в чантата, нееднократно пренаписване на вече написана дума, както и обсеии за провал и компулсивно учене, включително застрашаващо физиологичното функциониране и здравето на детето. Наблюдавали сме и натрапливи образи със сексуално съдържание, възприемани като кошунствени, у момче в ранна училищна възраст.

При **генерализираното тревожно раз-**

стройство детето страда от разнообразни, обикновено дифузни, необосновани безпокойства относно своето и на близките здраве, относно училището и отношенията с връстниците. Детето се чувства напрегнато, налице е изострена „старт-реакция“, а сънят е разстроен. То може да се нуждае от често успокояване, а за намаляване на тревожността чрез постигане на перфектност прибягва към нефункционално напрегнато учене.

По клиничните си изяви **паническото разстройство** не се различава твърде от това при възрастните, с повече или по-малко изразен страх от смъртта или загуба на контрол. Рядко е в доюношеска възраст, зачестява след 13-14-годишна възраст. В по-ранна възраст паническата тревожност често е ситуационна и може да бъде разпозната като сепарационно тревожно разстройство.

Посттравматичното стресово разстройство се среща както при деца, така и в зряла възраст. То е реактивно на тежки психични травми, предизвикани от ситуации, заплашващи живота или телесната цялост на детето и/или близките. Клиничните прояви включват спонтанно възникване на свързани с травмата представи и образи, проникващи и отразяващи се както в играта и детското творчество, така и в сънищата. Отбягват се места и ситуации, свързани с травмата, наред с общи симптоми като напрегнатост, раздразнителност или дистанцираност и недостъпност. Тъй като в ранната детска възраст диагнозата се основава единствено и само на информация от

Възрастните, диагнозата в тази възраст е несигурна. По обясними причини става още по-несигурна в ситуация на съдебно-психиатрична експертиза.

Развитие и прогноза

Общоприето е схващането, че в сравнение с поведенческите, т.е. с екстернализираните разстройства, прогнозата на детските тревожни разстройства е относително добра. Въпреки тенденцията те да продължават в юношеството и дори в зряла възраст, голяма част от възрастните с тревожно разстройство в детството и/или юношеството функционират като психично здрави индивиди.

Съществуват данни за закономерността, че колкото по-ниска е възрастта на начало на тревожното разстройство в детството, толкова по-голяма е вероятността за персистиране в зряла възраст. Съществува зависимост и между тревожните разстройства в детската възраст и депресивните разстройства в юношеска и зряла възраст.

Лечение

Ефективната оценка и лечение изискват мултимодален подход с участие на родителите, личния лекар и училището. От особено значение е обучението и участието на близките в терапевтичните интервенции, сред които основно място заема когнитивно-поведенската терапия. При тежест на разстройството, налагаща пси-

хофармакологично лечение, средство на избор са антидепресантите от групата на ССРИ, Въпреки Все още недостатъчните контролирани проучвания за детската възраст. Назначаването им и проследяването на детето се извършва от детски психиатър. Допустимо е и назначаване на някои тиоксантенови антипсихотици в ниски дози. Бензодиазепините в тази възраст би следвало да се избягват.

Какво трябва да направи общопрактикуващият лекар

1. Когато имате съмнения за наличие на тревожно разстройство при дете или юноша, насочете детето и родителите към детски психиатър.
2. При наличие на соматични оплаквания, които са чести при тревожните разстройства в детско-юношеската възраст, първо се убедете, че не е налице наистина телесно заболяване и едва тогава насочете към детски психиатър.
3. Направете и периодично актуализирайте списък на налични във Вашия регион служби и психолози, работещи с деца. Може да Ви се наложи да насочите към тях, след като детският психиатър е определил необходимостта от това.
4. Когато детският психиатър е назначил и уточнил медикаментозно лечение за детето, придържайте се към проследяването за ефективност и наличие на странични ефекти.
5. За промяна на дозите или спиране на медикаментозното лечение се обърнете за консултация към детския психиатър, първоначално диа-

гностицирал разстройството и назначил лечението.

Какво НЕ трябва да прави общопрактикуващият лекар

1. Не започвайте лечение с психотропни медикаменти при деца и юноши, преди детският психиатър да е диагностицирал и оценил разстройството и преди да е изградил краткосрочна и дългосрочна стратегия за грижи. Прибързаното започване на медикаментозно лечение може да затрудни диагнозата и диференциалната диагноза.
2. Дори когато родителите настояват, не насочвайте детето и родителите директно към психолог или детски психолог, преди то да е консултирано със специалист – детски психиатър. Окончателното диагностициране, оценка и планиране на грижи е отговорност на лекаря – детски психиатър, често след широко диференциалнодиагностично обсъждане.

Не забравяйте, че:

1. Навременното диагностициране и лечение на тревожните разстройства в детско-юношеската възраст е всъщност превенция на тревожни и депресивни състояния в зрялата възраст и поколенията.
2. Към всяка суицидна тематика, независимо от това, че на пръв поглед може да изглежда несериозна и манипулативна, трябва да се подходи със загриженост и отговорност.
3. При работа с вашите медицински документи и софтуер кодовете на тревожните разстройства с начало в детството можете да намерите в рубриката „Поведен-

чески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството“ на Международната класификация на болестите – X ревизия (F90-F98). Тези разстройства са посочени с кодове в текста погоре. Посочените без кодове разстройства потърсете при съответните рубрики за Възрастни.

4. В рубриката за емоционалните разстройства с начало в детско-юношеската възраст няма да намерите депресивните разстройства – те се кодират в рубриките за Възрастни.
5. Софтуерни затруднения при насочване към психиатър и детски психиатър можете да преодолеете чрез използването на рубриката Z03 – Медицинско наблюдение и оценка по повод подозирана болест и състояние.

Литература

Международна класификация на болестите, X ревизия, Психични и поведенчески разстройства, Национален център за комплексно изследване на човека, София, 1998.

Миланова В. Психиатрия, учебник за студенти и специализиращи лекари. Медицина и физкултура, София, 2013.

Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, Ed.by Melvin Lewis, 2nd Ed, Wil-liams&Wilkins, Baltimore, etc.1996.

Rutter's child and adolescent psychiatry Ed.by M. Rutter, Blackwell Publishing, Inc., 5th Ed, Oxford, etc. 2008.

Сексуални дисфункции при тревожност и при лечение с психотропни медикаменти

Д-р Стефан Попов

I. Сексуални разстройства при тревожност

Епидемиология

Тревожните разстройства са свързани с повишен риск от сексуални проблеми във всички фази на сексуалния цикъл – сексуално желание, възбуда и оргазъм. Обобщени данни от проучвания показват наличие на сексуални разстройства при 34,8% от пациентите с тревожни разстройства и висока зависимост от възрастта, здравния статус и емоционални фактори (депресия, гняв).

В България сумарната честота на сексуални разстройства при болни с тревожни разстройства е около 44%. Същевременно високи нива на тревожност се установяват при болни със сексуални нарушения.

В последните години се обръща внимание върху коморбидитета между тревожни и сексуални разстройства. Сексуалните нарушения са особено характерни за паническото разстройство и социалната фобия.

Етиопатогенеза

Тревожността играе каузална роля при голяма част от сексуалните дисфункции независимо дали тя предшества сексуалните симптоми или е реакция на личността на сексуалния проблем. По принцип високите нива на тревожност

спомагат за самоподдържане на порочен кръг, ключова роля в който играят страхът от „представяне“ (performance anxiety) и позицията на „наблюдател“ (spectator role).

Главните причини за сексуална дисфункция при тревожни разстройства могат да се подразделят на три групи:

- a) непосредствени фактори (тревожност от представяне, „сценична треска“)
- b) скорошни житейски събития (life events)
- c) ранимост в индивидуалното развитие от ранното детство до юношеската и младата възраст.

II. Сексуални разстройства при лечение с психотропни медикаменти (Лекарствено-индуцирана сексуална дисфункция)

Епидемиология

Приблизително 25–80% от хората, които приемат антидепресанти, съобщават за сексуални странични ефекти. Спонтанно съобщаваната заболяемост е 5–10%, докато истинската заболяемост при активно търсене достига 50–75%.

Има разлика в честотата на сексуалните нежелани реакции между някои серотонергични и комбинирани адренергично-серотонергични антидепресанти, въпреки че не е ясно дали тези различия са клинично значими.

Етиопатогенеза

Основна роля в механизма на възникване играе повишаването на нивата на 5-HT (серо-

тонин) като резултат от блокиране на 5-HT_{2,3} рецепторите. Невромедиаторът серотонин предизвиква негативни ефекти върху сексуалността.

Класификация

Влияние върху сексуалните функции имат следните групи антидепресанти:

- Селективни инхибитори на серотониновия транспорт – Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline. Може да предизвикат сексуална дисфункция, изразена с намалено желание, еректилна дисфункция, забавена еякулация и аноргазмия.
- Трициклични антидепресанти – Amitriptyline, Clomipramine. При мъже може да се появи еректилна дисфункция и забавена еякулация, а при жени аноргазмия.
- Тетрациклични антидепресанти – Mirtazapine. Миртазапин има позитивен ефект върху сексуалната функция.
- Инхибитори на моноаминооксидазата (MAO инхибитори) – Moclobemide. Обратното блокиране на MAO-A води до повишена норадренергична, серотонергична и допаминергична невротрансмисия. Последното може да окаже положителен ефект върху сексуалната активност.

Диагноза

- Симптомите се развиват по време на или скоро след прекратяване употребата на дадено лекарство.
- Симптомите възникват след началото на

употреба на медикамента и продължават съществен период (около 1 месец) след спиране на антидепресанта.

- Диагнозата не се поставя, ако симптомите предхождат началото на употребата на антидепресанта.

Терапия

Терапевтичните подходи при сексуалните дисфункции са:

- Използване на Инхибитори на PDE-5: Силденафил цитрат, Варденафил, Тадалафил.
- При индуцирана от антидепресанти сексуална дисфункция освен горното се обсъжда превключване на антидепресанта, напр. към Миртазепин или Моклобемид.

Скрининг на тревожните разстройства

Доц. д-р Петър Маринов, д.м.

Скрининговият подход при тревожни разстройства е водещ в практиката на общо-практикуващите лекари (ОПЛ). Той се налага поради недостиг на време и огромното натоварване на лекарите в първичната здравна мрежа.

Основните два типа тревожност се оценяват с два скринингови въпроса, на които пациентът трябва да отговори:

1. През последните 4 седмици имали ли сте пристъп на тревожност – внезапно чувство на страх или паника?	ДА	НЕ
2. Имали ли сте чувство на напрежение, тревожност, „на ръба“ или да сте били притеснен за различни неща?	ДА	НЕ

Ако има един положителен отговор, се преминава към цялостна оценка на състоянието с въпросник (виж приложението PHQ-9 Симптомен Въпросник).

Основните две рубрики оценяват наличие на паническо разстройство през последните 4 седмици, което кореспондира на въпрос 1, или наличие на генерализирана тревожност през последните две седмици, което кореспондира с въпрос 2.

Оценката е както следва (PHQ-9 Симптомен Въпросник):

За наличие на **паническо разстройство** отговорите на Всичките 4 Въпроса от рубрика 2. трябва да са ДА, а освен това поне 4 Въпроса от рубрика 3. трябва да са с отговор ДА. Въпросите са както следва:

Първият Въпрос: Имахте ли през последните 4 седмици пристъп на тревожност с Внезапно чувство на страх и паника? Ако ДА:

Рубрика 2. Имахте ли недостиг на Въздух?

Имахте ли сърцебиене или прескачане на сърцето?

Имахте ли тежест или болка в гърдния кош?

Имахте ли изпотяване?

Рубрика 3. Имахте ли чувство, че се давите?

Имахте ли топли или студени Вълни?

Имахте ли гадене, стомашен дискомфорт или диария?

Имахте ли световъртеж, замаяност или нестабилност?

Имахте ли мравучкания или парене в някоя част на тялото?

Имахте ли треперене?

Имахте ли страх, че в момента умираете?

За наличие на **генерализирано тревожно разстройство** първият Въпрос, както и поне още 3 от рубрика 4, трябва да получат отговор ДА.

Първият Въпрос: Имали ли сте чувство на напрежение, тревожност, „на ръба“ или да сте били притеснен за различни неща? Ако ДА:

Рубрика 4. Имали ли сте чувство на непоседливост, трудно задържане на едно място?

Имали ли сте много лесна уморяемост?

Имали ли сте мускулно напрежение, болки или стягане?

Имали ли сте трудно заспиване или поддържане на съня?

Имали ли сте трудно съсредоточаване върху неща като четене на книга или гледане на телевизия?

Имали ли сте лесна раздразнителност и избухливост?

Симптомите са с отговор ДА, ако в повече от половината дни в описания период от 4 седмици симптомът е бил наличен.

При положително скриниране ОПЛ трябва да потърси консултация със специалист психиатър.

Казуси

Казус 1

С. е млада жена, Второ дете в семейството. Има с 5 години по-голяма сестра. Родени са и са отглеждани с много любов в хармонично семейство. Когато С. е на 8, а сестра ѝ на 13 години, 35-годишната им майка умира от злокачествено заболяване. Грижите за двете момичета се поемат от бащата и неговата майка, гимназиална учителка по френски език с изключително успешна кариера, със специализации в чужбина, автор на учебни помагала, носителка на орден „Св. св. Кирил и Методий“. В периода на най-висока активност в професията, в продължение на дълги години бабата се е грижила с много отдаденост за домакинство с петима мъже – съпруг, свекър, собствения ѝ баща и двамата ѝ синове, събрани в двустаен апартамент. Жената е спечила уважение, признание, преклонение, възхищение и обичта на цялата общественост в града, в

който семейството живее. След смъртта на снаха си с изключителна жертвоготовност и настойчивост се включва в помощ на сина си в грижите за двете момичета.

Веднага след смъртта на майката двете момичета, С. и сестра ѝ, се преместват да спят в една стая с баща си, а скоро след това С. се премества да спи в неговото легло. Разстройва се, когато бащата тръгва за работа, а когато си е у дома, непрекъснато е по петите му, дори го чака мълчаливо пред вратата, когато той е в тоалетната. Това преследване му е доста досадно и от време на време той я нахоква. По-голямата сестра сякаш е по-устойчива – няколко месеца след смъртта на майка им успява да се организира по-добре, да поеме училищните си задължения и дори се включва в грижи за домакинството и помалката си сестра С. Психиатрична помощ за С. Не е търсена. Постепенно, в продължение на 1-2 години, настойчивото преследване на баща ѝ отзвучава, но тя остава по-плаха и по-неуверена в сравнение със сестра си. По-голямата сестра с охота остава по цяла седмица в апартамента на баба си, но С. винаги предпочита да е в жилището на баща си. В продължение на няколко месеца в гимназиална възраст била „голяма чистница“ – миела и чистела дори когато това не е необходимо. Към края на гимназията започнала да се интересува от здравословен начин на живот, от здравословни храни и се страхувала да не напълнее. Макар че е доста слаба, постепенно изключила месото от диетата си и преминала към изцяло вегетарианска диета. По време на следването си в технически ВУЗ се свързва с младеж, който споделя идеите ѝ за здравословен и природосъобразен начин на

живот. След сключването на брак двамата младежи не са особено настойчиви в търсенето на работа по специалността им. По екологични съображения предпочитат да се преместят да живеят в планинския град, от който е момчето, а в топлите месеци от годината живеят в каравана сред природата. Упреците на околните за несъстоятелността на идеите им за екологичен начин на живот С. посреща с раздразнение и тези разговори с близките обикновено завършват с неотстъпчив плач. По причини за природосъобразност С. и съпругът ѝ избират детето им да се роди в домашни условия, без лекарски грижи, с помощта на „дули“. След усложнения, при които едва не загубват детето, то е настанено в интензивно отделение за новородени за около 2 месеца. В периода на кърменето единственият компромис, направен от С. относно диетата ѝ, е да включи в менюто си риба и евентуално пилешко. Когато през втората година на детето то се разболява от менингоенцефалит, се разкрива, че не са му проведени задължителните имунизации. С. отказва да приеме психиатрична помощ за себе си.

По-голямата сестра на С. избира специалността на баба си и има успешна кариера. Защитава дисертация в Сорбоната в Париж, където живее със съпруга и детето си. Тя е закръглена, но живее в комфорт и не е особено разтревожена за тялото си.

Наследствена обремененост с психични заболявания в семейството се отрича. В продължение на десетина години след пенсионирането си, когато двете момичета са поели пътя си и са създали свои семейства, тяхната баба остава да се грижи само за съпруга си. Около година

след неговата смърт, вече над 70-годишна, тази стенична и изключителна жена започва да се оплаква от несправяне, появяват се хипохондрични страхове, започва през няколко часа настойчиво и досадно да звъни на сина си, че умира и има нужда от лекарска помощ. След консултиране с психиатър е назначено лечение с антидепресант, който приема вече повече от десетилетие и се чувства относително добре – живее в отделно жилище, успява да се грижи за себе си, подпомагана от синовете си.

Интерпретирайте психиатричните аспекти на разказаната история.

Казус 2

Павел е електротехник на 23 години. В края на работния ден почувствал сърцебиене, изпотяване и треперене на ръцете. Усетил слабост в долните крайници и недостиг на въздух. Помислил, че получава инфаркт и много се уплашил.

- Какви въпроси ще зададете на този пациент?
- Какви изследвания ще предприемете?
- Какви са началните ви диагностични хипотези?

Казус 3

Мъж на 30 г., фамилно необременен, отгледан като първо дете в семейството (има по-малък брат). Завършил техникум, работи като охрана в банка. Оженен се на 24-годишна възраст, има едно дете.

Преди 7 години след силен стрес (останал без работа, заболял от пневмония, имал проблеми с родителите си) се появило чувство на задушаване, прескачане на сърцето, страх, тревога,

напрежение, парене в стомаха. Обикновено сутрин при ставане се чувствал добре. След служебни неприятности загубил апетит, при хранене се страхувал да не се задави и предпочитал течни храни. Сънят му бил добър. Трудно издържал на работата, особено следобед. Няма настроение. Напоследък нищо не го радвало. Хранел се, защото трябвало да яде, без да усеща вкуса на храната. Затворил се, не му се излизало навън, няма желание да ходи на заведение, където имало хора и шумна музика. Дразнел се от комедиите филми. Първоначално изпитвал страх при дълги пътувания, който бил съпроводен със стягане в гърлото, световъртеж, гадене, повръщане, силно главоболие. Ходил на ирисова диагноза, на невролог. Вземал хомеопатични лекарства. По своя инициатива се лекувал с иглотерапия. Имал подобрене, но ефектът бил краткотраен.

<p>За какво разстройство се касае при болния? (заградете с кръг Верния отговор) (Верен отговор №4)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шизофренно разстройство с обсесивно-компулсивни изживявания. 2. Афективно разстройство с натрапливи мисли 3. Неврастения 4. Паническо разстройство 5. Посттравматично стресово разстройство
<p>Към какъв специалист трябва да бъде насочен болния? (посочете Верния отговор) (Верен отговор №3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иглотерапевт 2. Психолог 3. Психиатър 4. Невролог

Казус 4

Жена на 39 години, фамилно обременена (баща с етилизъм, починал от тумор на мозъка, когато била на 20 години). Проходила и проговорила навреме. Като малка е била свидетелка на чести конфликти между родителите си. С нежелание тръгнала на училище. Имала проблеми с математиката, изпитвала страх от изпитване. Едва когато станала в 8-ми клас, този страх бил преодолян. Завършила техникум по оптико-електроника и започнала работа по специалността. Омъжила се на 22 години. Няма сериозни семейни проблеми, има 16-годишен син. От три години е безработна.

Сама посещава ОПЛ и споделя: *„За първи път преди 2 години, след смъртта на бабата на съпруга ми, често я сънувах и се събуждах уплашена. Тя страдаше от диабет. Почина внезапно на 70 години. Тогава ми стана много лошо и много се притесних. Имах приятелка, на която често ѝ се случваше да ѝ прилошава и да припада. Тя имаше проблеми с щитовидната жлеза. Много се притеснявах за нейното състояние и си мислих, че ще получа същото заболяване. Всеки път, когато излизах, не можех да дишам, просто въздухът не ми стигаше, после се появява световъртеж, сърцебиене и накрая обилно изпотяване. Тези прояви се засилваха около мензиса и първия пристъп получих, когато бях в цикъл. В тези дни обикновено кръвното ми налягане е по-ниско. Напоследък тези прояви зачестиха – няколко пъти седмично. От години страдам от главоболие. Имам много болезнен мензис.“*

Обективно – ориентирана ауто- и алопсихи-

чно. Емоционално е много лабилна, потисната, тревожна, лесно се разплаква. Съобщава за фобийни изживявания – страх да се движи навън. Прилошаванията са били до 3 пъти седмично в дните около мензиса и се съпътствали с трудно дишане, притъмняване, прималяване, световъртеж, сърцебиене, изпотяване, главоболие и прилошавания. Волево е хипобулична по отношение справяне с кризите. Памет и интелект – запазени.

Въпроси	Заградете с кръг Верния за Вас отговора
<p>Преценете за какво заболяване се касае? (Верен отговор №3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хипохондрична невроза. 2. Неврастения. 3. Паническо разстройство. 4. Страхова невроза. 5. Пременструален синдром.
<p>Към какъв специалист бихте я насочили? (Верен отговор №3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ендокринолог. 2. Невролог. 3. Психиатър. 4. Психолог.
<p>Какво лечение бихте препоръчали? (Верен отговор №3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поведенческа психотерапия. 2. Електросън. 3. Това, което ще препоръча психиатърът. 4. Невролептици. 5. Антидепресанти. 6. Антидепресанти и психотерапия.

Казус 5

Жена на 35 години, семейна, с две деца, със средно специално икономическо образование. Работи в деловодството на община Пловдив. Има добри взаимоотношения с близките си. Фамилно необременена с психични болести. Пуши по 10 цигари дневно, пие по 1-2 кафета дневно. Менархе на 12 години, нередовна менструация до преди втората бременност. Менструацията ѝ протича с раздразнителност и нервност.

За първи път заболява на 9.05.2006 година. Прилошало ѝ, краката ѝ се подкосили, получила сърцебиене, сухота в устата, силен страх от смъртта. Оттогава започнала да получава подобни кризи от време на време, дори и през нощта. Между кризите се страхувала да не ѝ стане лошо и не можела да стои сама вкъщи. По своя инициатива започнала да приема депрексит от 20 до 40 мг дневно с ривотрил. Подобрила се от лечението след два-три месеца. Започнала работа и се чувствала почти здрава.

Сама посетила ОПЛ: *„След поредица психотравми през зимата на тази година отново започнах да се притеснявам, да се чувствам потисната, често и безпричинно ми се плаче. През септември – октомври станах още по-потисната, плачлива, страхувах се от нови кризи, започна да ми прилошава на работата, особено когато има много хора. Понякога, като се движа навън, изпитвам страх, че ще ми стане лошо, а напоследък можех да излизам навън само когато съм придружена от някой близък. Чувствам неопределена тревожност през деня.“*

ОПЛ констатира – запазена ауто- и алопси-

хична ориентация и съзнание за болест. Липсват разстройства във възприятно-представната дейност (ВПД). Емоционално – лабилна, тревожно-депресивна. Разкрива за минал период от време панически кризи, които са били в различни часове на деня и през тази година са зачестили. Волево – хипобулична по отношение на паническите кризи. Памет и интелект – запазени.

Към какво разстройство се ориентирате?	С какъв специалист бихте я консултирали?
1. Сезонно афективно разстройство 2. Депресия 3. Депресия при ОМС (свързана с менструалния цикъл) 4. Паническо разстройство (Верен отговор №4)	1. Ендокринолог 2. Психиатър 3. Гинеколог (Верен отговор №2)

Казус 6

35-годишна млада жена, фамилно обременена (братовчедка с невротично разстройство), омъжена, отгледана като първо дете в семейството (има две по-малки сестри). Раждане и бременност протекли нормално, не е имала сериозни заболявания. От дете имала нередовна менструация, често предизвикана с лекарства. По характер била кротка, добродушна, разумна. Омъжила се на 15-годишна възраст, разделила се, после отново се събрала с първия си съпруг. Първоначално живеела при свекърва си, но имала проблеми и недоразумения, поради което се преместили при родителите ѝ.

Сама отива при ОПЛ: *”От около 5-6 месеца станах притеснена, напрегната, не се храня, отчаях се, непрекъснато ми се плаче, с никого не искам да говоря, затворих се. Страхувам се да не се изцапам, страхувам се да отворям Вратите, станах гнуслива. Въпреки че се преместих при родителите си, не се успокоих и тези страхове продължаваха. Не пия вода, ако някой преди мене е ползвал същата чаша, отслабнах на тегло. При миене започнах да ползвам кисел и белина, за да съм сигурна, че съдовете са чисти. Дори не разрешавам другите да ги мият, защото им нямам довеерие. Нямам апетит, не ми се яде, защото някой друг е ползвал приборите или е ял преди мене. Знам, че това е нелепо. Представете си – дори предпочитам да ям с ръце, защото са по-чисти. От 70 kg станах 43 kg.”*

Обективно – запазена ауто- и алопсихична ориентация и съзнание за болест. Емоционално е лабилна, потисната, тревожна с повишена раздразнителност. Липсват разстройства във ВПД. Разкрива мисофобни изживявания, страх да не се зарази. Оплаква се от липса на апетит и отслабване на тегло. Волево – хипобулична по отношение на мисофобните изживявания. Памет и интелект – запазени.

Към каква диагноза се ориентира ОПЛ? (Верен отговор №1)	Към какъв специалист трябва да я насочи? (Верен отговор №2)
1. Обсесивно компулсивно разстройство 2. Депресия с натрапливост 3. Тревожно разстройство	1. Психолог 2. Психиатър 3. Невролог

Казус 7

37-годишна жена, фамилно необременена, отгледана като първо дете в семейство с две деца, с правилно преморбидно развитие, без сериозни соматични и психиатрични проблеми. По характер страхлива, плаха и неуверена. Била отличничка, не е продължила да следва. Омъжила се през 1993 г. Има едно дете. За първи път през януари 2001 г. след бронхопневмония се появила отпадналост, чувство на страх от задушаване, болки в сърдечната област, страх да не получи инфаркт. След като соматично се оправила, не се успокоила и продължавала да твърди, че нещо ще стане със сърцето ѝ. По своя инициатива започнала да приема билки, валериана и тиоридазин. Многократно се изследвала (ЕКГ, ехография на сърцето, ПКК, както и щитовидната жлеза).

Сама посетила ОПЛ. Психичен статус – болната е със запазена ауто- и алопсихична ориентация. Не разкрива разстройства във възприятно-представната сфера. Емоционално е потисната, тревожна, притеснена. Испитва страх за здравето си и по-специално за сърцето (кардиофобия), с което обяснява множеството изследвания. Волево – хипобулична по отношение преодоляване на кардиофобните изживявания, които през последния месец са зачестили и се характеризирали със силен страх, сърцебиене, чувство на задушаване, невъзможност за справяне с ежедневните задължения. Памет и интелект – запазени. Има съзнание за болест и сама настоява за лечение.

За какво разстройство трябва да помисли ОПЛ?	С какъв специалист трябва да осъществи консултация ОПЛ?
1. Депресивно разстройство отключено след ОМС 2. Паническо разстройство 3. Страхово-хипохондрично разстройство (Верен отговор №3)	1. Кардиолог 2. Психиатър 3. Невролог (Верен отговор №2)

Казус 8

Златан е 30-годишен млад мъж, на когото през 1999 г. след профилактичен преглед погрешно му била поставена диагнозата левкоза, от което много се уплашил. Въпреки че при повторните проби диагнозата била отхвърлена, не се успокоил и започнал да се самонаблюдава. При най-малкото неразположение се притеснявал за здравето си и по своя инициатива провеждал редица изследвания, обикалял различни специалисти и винаги му се струвало, че нещо го боли. Това продължило около 2 години. Въпреки добрите резултати от изследванията не се успокоил, продължавал да се самонаблюдава, да прави справки в интернет, все му се струвало, че има грешка в резултатите. Накрая решил да се насочи към ОПЛ с цел уреждане на допълнителни консултации и изследвания. При прегледа бил много потиснат, тревожно-депресивен, отчаян, с мисли за безперспективност, не виждал изход от състоянието си, нощем не можел да спи, мисълта, че има рак на кръвта, го ужасявала и никакви логически доводи на специалистите не

били в състояние да го успокоят. Когато един от онколозите го насочил към психиатър, много се разстроил.

С какви специалисти се налага ОПЛ да проведе консултации?	Коя е вероятната диагноза?
1. Онколог 2. Хематалог 3. Психиатър (Верен отговор №3)	1. Левкоза 2. Паническо разстройство 3. Депресия при ОМС 4. Страхово-хипохондрично разстройство (Верен отговор №4)

*Казусите са от практиката на:
 проф. д-р Надежда Маджирова, д.м.н.;
 д-р Петя Терзииванова, д.м.;
 доц. д-р Антон Славчев, д.м.*

Част Втора

Депресии

Депресия при рекурентно депресивно разстройство и биполарно афективно разстройство

Д-р Петя Терзииванова, г.м.

Общи понятия

Депресията е сред водещите социално значими болести. Предполага се, че различни причини – късно разпознаване на депресивните симптоми, закъсняла консултация със специалист психиатър, отложено във времето лечение и основно неправилен терапевтичен план – ще превърнат еднородната депресия във втора водеща причина за инвалидизация.

Произходът на думата „депресия“ идва от латинския глагол „deprimere“ – натискам, потискам. Депресията е психично заболяване, за което се приема, че първично засяга емоционалната сфера и е свързано с преобладаване на астеничните емоции – тъга, мъка, тревога.

Всъщност депресията засяга всички сфери на психичния живот – поведение, емоции, воля, мислене и когниция.

В различна степен и тежест са засегнати биологичните ритми и влеченията. Нарушени са цикълът бодрстване – сън и хранителното поведение.

Смята се, че до клинична изява на депресивна симптоматика водят нарушенията в следните

невромедиаторни системи – допаминергична, серотонинергична, норадренергична и глутаматергична. Нарушенията са в количеството на отделения медиатор в синапса, в броя и активността на пресинаптичните и постсинаптичните рецептори и в активността на различни вторични посредници между рецептора и ядрото на неврона.

Всеки един от тези невромедиатори – допамин, серотонин, норадреналин и глутамат, е ангажиран с нарушения в различни мозъчни структури. При тези мозъчни структури – предна цингуларна кора, дорзолатерална префронтална кора, вентромедиална префронтална кора, нуклеус акумбенс, амигдала, таламус, хипоталамус и хипокамп, се регистрира различна функционална активност в сравнение с тази, наблюдавана при здрави индивиди.

При описание на периодите, по време на които пациентите преживяват депресивна симптоматика, се използва терминът епизод. Според диагностичните критерии на Международната класификация на болестите в нейната 10-та ревизия (МКБ-10) депресивен епизод може да има в рамките на три диагнози. Това са както следва:

1. Биполярно афективно разстройство (с код F 31.)
2. Рекурентно (рецидивиращо) депресивно разстройство (с код F 33.)
3. Депресивен епизод като отделна диагноза (с код F 32.)

Според хода на протичане на заболяването де-

пресията може да бъде в рамките на рекурентно депресивно разстройство (униполярна депресия) или в рамките на биполярно афективно разстройство (биполярна депресия). При диагнозата депресивен епизод акцентът е върху факта, че актуалният депресивен епизод е първи в протичането на афективната болест.

Разделянето на депресивната симптоматика в рамките на ендогенната депресия на униполярна и биполярна е въведено от Леонхард през 1957 г. Леонхард обобщава, че има пациенти, при които във времето наблюдаваме само депресивни епизоди – това са описаните от Крепелин периодични депресии в рамките на манийно-депресивната болест, и други пациенти, при които в хода на болестта са наблюдавани както депресивни, така и манийни епизоди – описаната от Крепелин манийно-депресивна болест – циркулярен тип. Леонхард нарича „биполярни“ пациентите, чиято афективна симптоматика включва депресивни и манийни епизоди, и „монополярни“ или „униполярни“ пациентите, при които заболяването протича само с депресивни епизоди, без да се интересува от тежестта и клиничните особености на депресивната симптоматика.

Според тежестта на депресивната симптоматика депресивният епизод може да бъде:

- лек (с кодове F 31.3; F 33.0; F 32.0);
- умерено тежък (с кодове F 31.3; F 33.1; F 32.1);
- тежък без психотични симптоми (с кодове F 31.4; F 33.2; F 32.2);

- тежък с психотични симптоми (с кодове F 31.5; F 33.3; F 32.3).

I. Униполярна депресия – депресия в рамките на рекурентно депресивно разстройство (F 33.) и депресивен епизод (F 32.)

Епидемиология

Униполярната депресия е психиатрично заболяване, на което пожизненият риск средно за популацията е около 15%, като за жените е по-висок – около 25%. Средната начална възраст на заболяването е 27 години. При пациентите с униполярна депресия депресивните епизоди са значително по-често срещани при жените и отношението мъже:жени е описвано като 1:2 и повече в полза на жените. Епидемиологичното проучване ЕПИБУЛ, проведено през периода 2003–2007 г. от екип на НЦОЗА, показва болестност 5,6% сред българската популация.

Етиопатогенеза

Униполярната депресия е заболяване, което възниква на базата на тясно взаимодействие между биологични (генетична предиспозиция) и средови фактори.

При монозиготните близнаци рискът за втория близък да развие униполярна депресия е 15–25%. При дизиготните близнаци рискът за втория близък да развие униполярна депресия е приблизително същият 10–25%. Отношението монозиготно/дизиготно унаследяване при пациентите с униполярна депресия показва, че факторите на средата имат голямо участие в

развитието на униполярната депресия.

Някои автори приемат, че наред с нарушенията в невромедиаторите – серотонин, норадреналин, допамин и глутамат, водещи при пациентите с униполярна депресия са нарушенията в оста хипоталамус–хипофиза–надбъбрек. Ранните детски травми и хроничният стрес водят до трайни промени в броя и чувствителността на централномозъчните и периферни кортикостероидни рецептори. Трайно повишените нива на кортикостероиди водят до намаляване в секрецията на невропротективни фактори и до нарушения във функционирането на възлови синаптични връзки.

Пациентите с депресия са генетично свръхчувствителни към биологичния ефект на стреса. Поради този факт задачите на лекаря са да научи пациента да разпознава стресовите фактори и ако има възможност, да ги контролира. На пациенти с депресия следва да се препоръча да избягват интензивно психично натоварване – тежко следване, продължително пребиваване в чуждозичкова среда, заемане на ръководен пост при липса на вътрешна увереност, едновременно работи по различни проекти, враждебна среда. Пациентите следва да бъдат обучени в ранно разпознаване на симптомите и на различните стресови фактори, които могат да провокират появата на следващ депресивен епизод, например: здравословен проблем – грипно заболяване, предстояща или прекарана оперативна намеса, поставяне на диагноза за хронично заболяване; загуба на близък, сключване на брак, развод, съкращение, пенсиониране.

Диагноза и диференциална диагноза

Клиничните скали за оценка на депресивния синдром не могат да заместят клиничното интервю и клиничната оценка, които са индивидуални за всеки пациент. Следва пациентът с депресия да бъде разглеждан в неговата цялостност като личност, с неговото ниво на социално функциониране и интерперсонални отношения.

При поставяне на диагнозата депресия или депресивен епизод в България се работи с критериите на Международната класификация на болестите в нейната десета ревизия, т. нар. МКБ-10. По тези критерии, за да се постави диагнозата депресия или депресивен епизод, следва пациентът да се представя със следните симптоми:

А/. Три са основните, осевите симптоми за поставяне на диагнозата депресивен епизод:

1. потиснато настроение;
2. загуба на интереси и загуба на способността за изживяване на удоволствие и радост;
3. повишена уморяемост и спад на активността.

Б/. Допълнителните симптоми са:

4. психомоторна ретардация или ажитация;
5. трудности в концентрацията;
6. загуба на апетит или увеличен апетит;
7. нарушения в съня – увеличение или намаляване на продължителността на съня;
8. понижена самооценка, загуба на увереност и самочувствие;
9. чувство на вина и самообвинения;
10. песимистични мисли за бъдещето;
11. суицидни мисли и намерения;
12. загуба на либидо (МКБ-10, 2003).

Продължителността на депресивните симптоми трябва да бъде най-малко две седмици.

За пациента е важно лекарят да оцени кои депресивни симптоми му пречат най-много и му причиняват най-голям дискомфорт в ежедневието и в междуличностните отношения – дали това е нарушението в съня, снижението в либидото, трудностите в концентрацията, умората, плачливостта, или неспособността да изпитват радост от живота. Следва при избор на медикамент терапията да бъде насочена именно към симптома/симптомите, субективно преживявани от пациента като „най-стресиращи и пречещи му“.

По време на депресивен епизод при много от пациентите се наблюдава лошо придържане към назначената им терапия. Те много често са склонни да спират или да пропускат прием на медикаменти за придружаващи соматични заболявания. Поведението си пациентите обясняват най-често по следния начин: „защото няма смисъл...“, „защото не мога да стана и да ги взема“, „защото нещо ми става – гледам опаковката, но просто не знам как да ги взема...“, „защото не мога да се организирам...“. Понякога зад лошо придържане към терапия за хронично заболяване може да се крие неразпознатата депресивна симптоматика.

Диференциална диагноза при пациенти с униполярна депресия се прави с:

- биполярна депресия, депресивен епизод в рамките на биполярно афективно разстройство;
- органично разстройство на настроението;
- разстройства в адаптацията;
- постшизофренна депресия;
- шизофреничен процес с водеща негативна

симптоматика;

- продроми на шизофренен процес;
- продроми на деменция.

Диференциална диагноза	Коментар
Биполярна депресия	Данни за хипоманийни и манийни симптоми, атипични симптоми – хиперсомния и хиперфагия.
Органично разстройство на настроението	Наличие на първично мозъчно заболяване или на системно заболяване, което вторично уврежда мозъчни структури.
Разстройства в адаптацията	Наличие на стресогенно жизнено събитие, довело до появата на депресивни симптоми.
Постшизофренна депресия	Прекаран шизофренен пристъп.
Шизофренен процес с водеща негативна симптоматика	Липса на циркадни колебания в настроението и биотонуса.
Продроми на шизофренен процес	Трудна задача, следва да се внимава – употребата на антидепресанти може да доведе до дебют на психотичен пристъп.
Продроми на деменция	Установяване на когнитивни нарушения, ако се налага – насочване към психолог за оценка на подозирания когнитивен дефицит.

Таблица 2.1. Диференциална диагноза при пациенти с униполярна депресия

Кратки насоки за лечение

Лечението на пациенти с униполярната депресия включва медикаментозна терапия и/или психотерапия.

При лек депресивен епизод в рамките на униполярна депресия насочването на пациента към дипломиран психотерапевт може да доведе до редукция и овладяване на депресивната симптоматика.

Ако общопрактикуващият лекар прецени, че е налице лека депресия, предизвикана от остър стрес, и допусне, че пациентът може да се подобри спонтанно без медикаментозно лечение, то следва задължително състоянието на пациента да се преоцени след 2 седмици. Ако не се наблюдава подобрение в депресивната симптоматика, се налага започване на медикаментозно лечение.

Медикаментозното лечение се води с антидепресанти. Изборът на антидепресант следва да бъде съобразен с:

1. тежест на депресивната симптоматика;
2. водещи оплаквания на пациента (напр. безсъние, редукция на телло, еректилни нарушения);
3. придружаващи соматични заболявания (противопоказания);
4. терапия за придружаващи соматични заболявания (лекарствени взаимодействия);
5. фармакологична анамнеза (ако има такава – анамнезни данни за медикаментозен отговор при предходен депресивен епизод);
6. Възраст на пациента (при възрастни пациенти важи правилото: започваме с ниски дози

и бавно титрираме медикамента).

Всички групи антидепресанти крият риск от поява на нежелани лекарствени реакции – най-честите са гадене, повръщане, сегадия, засилване на безсънието, сексуални нарушения. Възможните нежелани лекарствени реакции следва предварително да бъдат обсъдени с пациента. Пациентите понасят по-леко преходните странични ефекти от медикаментите, когато са предварително информирани за тяхната поява от лекар, на когото имат доверие.

Пациентите под 25-годишна възраст следва да бъдат информирани за възможния риск от поява или засилване на суицидните мисли. Общопрактикуващият лекар трябва да акцентира, че рискът от нелекувана депресивна симптоматика надвишава многократно риска от поява на този страничен ефект.

Общопрактикуващият лекар следва да препоръчва медикаментозна терапия на всички пациенти с умерено тежка и тежка депресия. Преди започване на медикаментозното лечение е необходимо да се разясни на пациента, че ефектът по отношение на депресивната симптоматика ще настъпи най-рано на 14-ия ден от началото на терапията. Динамиката в депресивната симптоматика трябва да бъде оценявана всяка седмица или на две седмици.

Целта на лечението с антидепресанти при пациенти с униполярна депресия е постигане на медикаментозна ремисия и пълноценно възстановяване на нивото на социално функциониране.

За съжаление, само 1/3 от пациентите постигат пълноценна ремисия с първия анти-

депресант, който получават като терапия от общопрактикуващ лекар, психиатър или невролог. Наличието на резидуални депресивни симптоми нарушава нивото на социално функциониране на пациента, влошава хода на болестта и води до хронификация на депресивната симптоматика.

Медикаменти на първи избор са антидепресантите от СИСТ-групата (селективни инхибитори на обратното захващане на сертонина) – есциталопрам, серопрам, пароксетин, флуоксетин, сертралин, флувоксамин. Най-често употребяваният антидепресант от общопрактикуващите лекари в България е есциталопрам в оптимални дози 10 мг/дн. Широкото използване на антидепресанти от СИСТ-групата се дължи на тяхната добра поносимост и липсата на тежки нежелани лекарствени реакции. Следва да се има предвид техният най-тежък страничен ефект – появата на серотонинов синдром.

Серотониновият синдром включва триадата:

1. свръхактивация на вегетативната нервна система – хипертензивни стойности на кръвното налягане, тахикардия, диарийни изхождания, учестено дишане;
2. невромускулна патология – болки в ставите и мускулите, мускулна ригидност, тремор, патологично усилен рефлекс;
3. промени в нивото на съзнание, което може да доведе до смърт.

При липса на терапевтичен отговор (не се наблюдава редукция в депресивната симптоматика) се преминава към антидепресант, който повлиява повече от една невромедиаторни

системи – например селективни инхибитори на обратното захващане на сертонин и норадреналин. Медикаменти на избор са венлафаксин или трицикличният антидепресант кломипрамин.

При водещи оплаквания от страна на депресивния пациент от безсъние медикаменти на избор са миртазапин до 45 мг/дн. или тразодон до 300 мг/дн.

В рамките на първите дни от лечението често се използва комедикация с бензодиазепини – алпразолам, клоназепам, тофизопам и др. На пациентите следва да се обясни какво налага добавянето на анксиолитици към терапията, продължителността на приема и рисковете от развитие на бензодиазепинова зависимост при продължителна употреба.

При проследяване на пациента с униполярна депресия трябва да се оценяват следните параметри:

1. динамика в депресивната симптоматика;
2. поносимост и поява на нежелани лекарствени реакции;
3. придържане към терапията;
4. поява на хипоманийни или манийни симптоми;
5. поява на суицидни мисли и намерения.

Кога да се обърнем към специалист психиатър при лечение на униполярна депресия:

1. при **суициден риск**;
2. при съмнение за **биполярна депресия**;
3. при анамнезни данни за **злоупотреба с психоактивни вещества**;
4. при **терапевтична резистентност** (два

- неуспешни опита за лечение с различни антидепресанти);
5. при **коморбидност** със соматично заболяване;
 6. при **тежък депресивен епизод**;
 7. при поява на **психотични симптоми** (индикация за **спешна психиатрична хоспитализация!!!**);
 8. при анамнезни данни за отказ от прием на храна и течности (индикация за спешна психиатрична хоспитализация!!!).

II. Биполярна депресия – депресия в рамките на биполярно афективно разстройство (F 31.)

Епидемиология

Биполярната депресия е психиатрично заболяване, на което пожизненият риск е средно за популацията около 2%. Началото на болестта е най-често в млада възраст. Първият афективен пристъп се наблюдава във възрастта 16–25 г. При биполярните пациенти най-често установяваното отношение мъже:жени е 1:1.

Епидемиологичното проучване ЕПИБУЛ, проведено през периода 2003–2007 г. от екип на НЦОЗА, показва пожизнена болестност 0,3 % сред българската популация.

При среден брой 1000 пациенти над 18 г. в една практика на общопрактикуващ лекар в България трима от тях ще бъдат диагностицирани с биполярно афективно разстройство.

Етиопатогенеза

При монозиготните близнаци рискът за втория близък да развие биполярна депресия е 75%. При

дизиготните близнаци рискът за втория близнак да развие биполярна болест е приблизително 25%. Отношението монозиготно/дизиготно унаследяване при пациентите с биполярна болест показва, че генетичните фактори имат по-голямо участие в развитието на биполярната депресия.

Наред с нарушенията в невромедиаторите – серотонин, норадреналин, допамин и глутамат, водещи при пациентите с биполярна депресия са нарушенията в циркадните ритми. При пациентите с биполярна депресия се наблюдава тежка афективна дисрегулация, предизвикваща клинична изява на афективна симптоматика с различен полюс на емоциите – депресивен синдром, доминиран от астенични емоции, и маниен синдром, доминиран от стенични емоции.

Диагноза и диференциална диагноза

Критериите на МКБ-10 за поставянето на диагноза биполярна депресия изискват наличието на един маниен или хипоманиен епизод.

При хипоманията се наблюдава трайно **леко повишение на настроението**, чувство за **повишена енергия, повишена действена активност, усещане за благополучие, за физическа и психична ефективност и „справяне с живота“**. Често са налице повишена общителност, приказливост, прекомерна фамилиарност, повишена сексуална енергия и намалена нужда от сън. Нарушенията в различните психични сфери не са до степен, която води до сериозно разстройство на работоспособността или до социални санкции. Раздразнителност,

Високомерие и грубиянство могат да заместят по-обичайната еуфорична общителност.

Наблюдават се нарушения на концентрацията и вниманието, които разстройват способността за залавяне с работа и/или довършване до край на започнатите вече дейности. Пациентите бързо сменят намеренията си и често проявяват интерес към съвсем нови начинания и дейности. Склонни са към пулеене на пари в лека степен.

При манийния синдром откриваме трайни нарушения в работоспособността и социалните дейности. Настроението е повишено несъразмерно на обстоятелствата и може да варира от безгрижна веселост до неконтролируем гняв и психомоторна възбуда. Приповдигнатостта се придружава от повишена енергия, свръхактивност, речев напор и намалена нужда от сън. Нормалните социални задръжки са загубени. Вниманието трудно може да се поддържа и е налице отвлекаемост. Пациентите споделят мегаломанни идеи и разкриват повишена самооценка.

Подобно на депресивния епизод и манийният епизод може да бъде без или с психотични симптоми. При манийния епизод преобладават мегаломанните налудности – налудностите за величие, за знатен произход, за реформаторство, за откривателство. Често са налице и религиозни налудности. Летежът на мисълта и речевият напор могат да направят речта на пациента неразбираема. При преобладаване на раздразнителност пациентите често проявяват вербална и/или физическа агресия към околните. Продължителната физическа актив-

ност, пренебрегването на храненето и приема на течности могат да доведат до опасни състояния на дехидратация и оточни долни крайници.

За да се постави диагнозата биполарно афективно разстройство, маничният епизод трябва да е с продължителност поне една седмица.

За съжаление, много често заболяването започва с поредица от депресивни епизоди и в този случай следва да се постави диагнозата униполарна депресия. Около 40% от пациентите с биполарна депресия първоначално са били диагностицирани погрешно като пациенти с униполарна депресия. При около 50% от пациентите първият маничен или хипоманичен епизод се появява късно в хода на болестта. При една трета от пациентите правилната диагноза биполарна депресия се поставя около 10 години след началото на афективното заболяване.

Поставянето на погрешна в случая диагноза води до увреждащо пациента лечение с антидепресанти като монотерапия. При биполарната депресия всяка монотерапия с антидепресанти е неефективна и влошава хода на биполарната болест.

Кратки насоки за лечение

При поставяне на диагноза депресия лекарят трябва да се информира от пациента и задължително от неговите близки за наличие на краткотрайни периоди, в които са наблюдавани следните симптоми:

1. повишено настроение или раздразнителност;

2. повишена себеоценка;
3. намалена нужда от сън;
4. словоохотливост;
5. ускорени мисли;
6. лесна отвлекаемост;
7. повишена ангажираност на пациента с различни активности и/или с дейности, доставящи удоволствие.

При съмнения за биполярна болест следва пациентът да бъде насочен към специалист психиатър за диагностично уточняване. В България според Наредба 24 от 07.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“, издадена от Министерство на здравеопазването, обн. Държавен Вестник, бр. 78 от 7.09.2004 г., изм. и доп. ДВ бр. 69 от 3.09.2010 г., в сила от 3.09.2010 г., бр. 92 от 23.11.2010 г., изм. ДВ бр. 49 от 29.06.2012 г. **лечението на биполярното афективно разстройство се води от специалист психиатър.**

Лечението на биполярното афективно разстройство се води основно с тимостабилизатори и антипсихотици. За съжаление, през последните няколко години в България липсва внос на литиеви соли.

За овладяване на манийната възбуда до срещата на пациента с психиатър могат да се използват следните достъпни на пазара в България инжекционни препарати – гуазепам, халоперидол и/или хлоразин.

Рискът от алтерниране на депресивната симптоматика в хипоманийна или манийна, както и рискът от поява на смесени епизоди – смесени депресивни или смесени манийни –

налагат лечението на биполярната депресия да се води от психиатър.

Целта на лечението при пациенти с биполярна депресия е постигане на медикаментозна ремисия, недопускане на алтерниране на симптоматиката от депресивна в манична или хипоманична и пълноценно възстановяване на нивото на социално функциониране.

Кога да се обърнем към специалист психиатър при пациент с биполярна депресия:

1. при **суициден риск**;
2. при **алтерниране** на депресивния епизод в хипоманичен или маничен епизод;
3. при анамнезни данни за **злоупотреба с психоактивни вещества**;
4. при **коморбидност** със соматично заболяване;
5. при **тежък депресивен епизод**;
6. при поява на **психотични симптоми** (индикация за спешна психиатрична хоспитализация!!!);
7. при анамнезни данни за отказ от прием на храна и течности (**индикация за спешна психиатрична хоспитализация!!!**)

Литература

- Affective disorders. In: National center for public health. Bulgarian psychiatric association (eds) ICD-10, Mental and behavioural disorders. Sofia, Bulgaria; 2003, 96-110.
- Akiskal HS. The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. J Affect Disord. 2005 Feb; 84(2-3):107-15.
- Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated

- „unipolar“ depression reconceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord.* 2005 Apr; 85(3):245-58.
- Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry.* 2007 Mar; 190:189-91.
- Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression: epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002 Oct; 252(5):201-9.
- Ayuso-Mateos JL, Veázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* 2001 Oct; 179:308-16.
- Benazzi F. Agitated depression: a valid depression subtype? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2004 Dec; 28(8):1279-85.
- Benazzi F. Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states). *Eur Psychiatry.* 2008 Jan; 23(1):40-8.
- Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatr Serv.* 2001 Jan; 52(1):51-5.
- Duman RS. Neuronal damage and protection in the pathophysiology and treatment of psychiatric illness: stress and depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009; 11(3):239-55.
- Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord.* 1999 Jan-Mar; 52(1-3):135-44.
- Goodwin FK, Jamison KR *Manic-depressive Illness*, 2-nd ed. New York, USA: Oxford University Press; 2007.
- Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Chatenet-Duchene

L. Mood stabilizer augmentation in apparently "unipolar" MDD: predictors of response in the naturalistic French national EPIDEM study. *J Affect Disord.* 2005 Feb; 84(2-3):243-9.

Haralanov S, Terziivanova P. Subclinical bipolarity in unipolar depression: objective revealing by computerized ultrasonographic cranio-corporography. *Bulgarian Medicine.* 2011; 1(3-4):14-25.

Haralanov S, Terziivanova P. Psychomotor and dopaminergic bipolarity in unipolar depression: experimental findings, conceptual analysis and implications for treatment strategies. *Advances in Psychology Research.* 2015; 107:145-60.

Hinkov H, Okoliyski M, Zarkov Z, Nakov V, Dimitrov P, Tomov T. Days out of role due to common mental and chronic somatic disorders. *Bulgarian Journal of Public Health.* 2012, 4(1):40-52.

Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003 Feb; 64(2):161-74.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003 Jun 18; 289(23):3095-105.

Kloet ER, Joels M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nat Rev Neurosci.* 2005 Jun; 6(6):463-75.

Koukopoulos A, Koukopoulos A. Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr Clin North Am.* 1999 Sep; 22(3):547-64.

Koukopoulos A, Albert MJ, Sani G, Koukopoulos AE, Girardi

- P. Mixed depressive states: nosologic and therapeutic issues. *Int Rev Psychiatry*. 2005 Feb; 17(1):21-37.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006 May 27; 367(9524):1747-57.
- Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome. *Am J Psychiatry*. 2003 Dec; 160(12):2134-40.
- McEwen BS. Glucocorticoids, depression, and mood disorders: structural remodeling in the brain. *Metabolism*. 2005 May; 54(5 Suppl 1):20-3.
- Milanova V. Affective disorders. In: Milanova V, editor. *Psychiatry*. Sofia, Bulgaria: Medicina i Fizkultura; 2013, 217-245.
- Nestler EJ, Carlezon WA. The mesolimbic dopamine reward circuit in depression. *Biol Psychiatry*. 2006 Jun 15; 59(12):1151-9.
- Nutt DJ. Rationale for, barriers to, and appropriate medication for the long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 Suppl E1:e02. doi: 10.4088/JCP.9058se1c.02gry.
- Nutt DJ. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 (6):3-8.
- Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, Karamustafalioglu O, Papakostas GI, Sakamoto K, Terao T, Zhang M. International consensus statement on major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 Suppl E1: e08. doi: 10.4088/JCP.9058se1c.08gry.
- Papakostas G. The efficacy, tolerability, and safety of contemporary antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 Suppl E1:e03. doi: 10.4088/JCP.9058se1c.03gry.
- Pizzagalli DA, Oakes TR, Fox AS, Chung MK, Larson CL,

Abercrombie HC, Schaefer SM, Benca RM, Davidson RJ. Functional but not structural subgenual prefrontal cortex abnormalities in melancholia. *Mol Psychiatry*. 2004 Apr; 9(4):325, 393-405.

Radley JJ, Rocher AB, Miller M, Janssen WG, Liston C, Hof PR, McEwen BS, Morrison JH. Repeated stress induces dendritic spine loss in the rat medial prefrontal cortex. *Cereb Cortex*. 2006 Mar; 16(3):313-20.

Sapolsky RM. Stress and plasticity in the limbic system. *Neurochem Res*. 2003 Nov; 28(11):1735-42.

Zimmermann P, Bruckl T, Nocon A, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU, Holsboer F, Angst J. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Dec; 66(12):1341-52.

Депресивни разстройства в детско-юношеската възраст

Доц. д-р Антон Славчев, г.м.

Общопрактикуващите лекари са едни от първите медицински специалисти, които се срещат с психични разстройства, свързани с депресия и тревожност. И това е така, защото в тези разстройства обикновено почти винаги присъстват телесни оплаквания.

От проучвания при възрастни е известно, че всеки трети пациент, обърнал се за помощ от общопрактикуващ лекар, се нуждае и от психиатрична помощ. Това най-вероятно е валидно и за детско-юношеската възраст.

За депресивните, както и за тревожните разстройства в детско-юношеската възраст се смята, че това са относително чести, но рядко диагностицирани разстройства. Това с особена сила се отнася за детската, доюношеската депресия. В продължение на години се приема, че децата нямат и не изразяват депресивни преживявания, а детска депресия не съществува. Нещата започват да се променят през втората половина на миналия век, когато редица изследвания показват, че депресивни състояния се срещат и при малки деца. Въпреки това и понастоящем не може да се смята, че между тези две становища е постигнато съгласие.

Епидемиологични данни

Епидемиологични проучвания върху депресив-

ните състояния и разстройства в детско-юношеската възраст у нас не са провеждани и честотата им остава неизвестна. Епидемиологичните данни от международни проучвания варират значително. В едно от тези проучвания е намерена моментна болестност за депресивните разстройства 1-2% в доюношеската възраст и 3-8% при юноши. В друго проучване моментната болестност на клинично значима депресивна симптоматика при юноши е доста по-висока – 10-13% при момчетата и 12-18% при момичетата. При юношите е намерено, че пожизнената болестност към края на юношеството възлиза до към 20%. За честота на голям депресивен епизод при деца и юноши се посочват от 2 до 6%. За предпубертетната депресия е изчислено, че се среща еднакво често при двата пола, докато депресивните състояния в юношеска възраст са около два пъти по-чести при момичета.

Клинични характеристики

Депресивните разстройства в детството и юношеството се характеризират с наличието на устойчива и первазивна тъга, анхедония, преживяване на скука или раздразнителност, които нарушават функционирането. Тези деца са относително резистентни на включване в удоволствени дейности, както и на интеракциите и вниманието, което им се оказва от другите хора.

Депресивните симптоми варират в зависимост от възрастта, достигнатия етап и нивото на развитие.

В едно от първите проучвания на клиничната картина в доучилищна възраст е намерено, че анхедонията е основна характеристика на депресията в тази възраст. Чести са соматичните оплаквания, сепарационната тревожност, разгразнителността и адаптационните проблеми.

Нарушеното функциониране е основната характеристика при разграничаване на депресията от нормалните колебания на настроението в детството и юношеството.

Предпубертетната депресия изглежда е два типа.

Първият, по-чест тип, се представя с:

- по-чести коморбидни проблеми,
- родителска криминалност,
- родителска злоупотреба с алкохол и угрози,
- семейна дисхармония,
- по-малък риск за рекурентност в юношеството и в зряла възраст.

Вторият, по-рядък тип, е с

- подчертана наследственост за депресия,
- по-голяма фамилна честота на тревожни и биполярни разстройства,
- по-висок риск за рекурентност в юношеството и зрялата възраст.

Близначни проучвания подсказват по-подчертан генетичен компонент при юношеската, отколкото при предпубертетната депресия, което поддържа възгледа, че детската и юношеската депресия се различават по етиологията си.

В клинична извадка при депресивни юноши в сравнение с депресивни деца, има повече безнадеждност, снижение на енергията, уморяемост, хиперсомния, суицидност и злоупотреба със субстанции, докато депресивните деца показват повече коморбидност със сепарационна тревожност и ADHD (синдром на дефицит на внимание и на хиперактивност).

Напълно оформената голяма депресия

Включва:

- потиснатост,
- преживяване на мъка, тъга,
- раздразнителност,
- анхедония,
- загуба на интереси,
- психомоторна потиснатост или ажитация,

наред с други симптоми, като:

- социална оттегленост,
- преживявания на малоценност и вина,
- суицидни мисли, намерения и/или опити,
- намаление на енергията и мотивационно снижение,
- намалена концентрация на вниманието,
- соматични оплаквания,
- нарушения на съня и апетита.

В сравнение с голямата депресия при възрастни, при юношите са по-редки психотичните симптоми като слухови халюцинации и налудностите с депресивно, себепренебрегващо, малоценностово и параноидно съдържание.

В другия край на депресивния спектър при деца

и юноши лежи най-лекото разстройство от този спектър – **адапционното разстройство с депресивно настроение**, което се свързва с ясен стресор и е с тенденция за самоограничаване.

Дистимното разстройство е с по-малко симптоми от голямата депресия, а най-забележителната му особеност е неговата хроничност и продължителност от поне една година. При юноши се описва и възможна „**двойна депресия**“ – едновременно съществуване на дистимно разстройство и голяма депресия, което се свързва с хронично протичане.

При **субсиндромните депресии** водещи са обикновено потиснатото настроение, анхедонията и разграничителността.

Освен с всичко друго юношеската възраст е специална и с това, че индивидуалният живот е бил с достатъчна продължителност, за да се насити с негативни житейски събития при все още незрели умения за справяне с житейските обстоятелства и все още подчертана зависимост от по-близкото или по-далечно обкръжение.

В тази възраст често семейството остава единственият надежден източник на подкрепа за юношата.

В литературата се описва **юношеска депресия** със:

- снижени физически изяви и представяне,
- оттегленост,
- обща негативна нагласа към себе си и

- другите,
- оплаквания от умора,
 - нарушени сън и апетит,
 - нарушение на Вниманието,
 - чувство за несправяне, безсилие и безнадеждност,
 - затруднения в училище със снижена успеваемост,
 - конфликти с учители и съученици,
 - первазивно настроение на нещастие,
 - снижена амплитуда на афекта.

Като рискови фактори за депресия се посочват:

- честа смяна на обгрижващите,
- смърт на родител,
- отдалеченост от семейството, напр. във връзка с обучение в друго населено място,
- промени във фамилните роли, често причинени от заболяване на родител,
- бедност и произтичащите от нея финансови и други ограничения,
- разпад на семейството,
- създаване на ново семейство от родителя със смесване на остатъчните фамилии,
- емоционално или физическо малтретиране в семейството,
- наличие на хронично телесно заболяване,
- физически недъзи или
- инвалидизиране на юношата.

В обсъждането на етиологията на депресивните разстройства в детската и юношеската възраст се приема тяхната мултифакториална обусловеност със съчетаването на генетична предразположеност, рискови фактори и преципитиращи събития.

Коморбидност

Коморбидността е по-скоро правило, отколкото изключение, и това се отнася както за детската, така и за юношеската депресия. Чертите на плахост и тревожните разстройства, по-специално социалната фобия и сепарационната тревожност, са свързани с по-висок риск от депресия. Тревожността и депресията често са коморбидни (до 80%) заради обща генетична диатеза и тревожността е чест прекурсор на разстройство на настроението. Коморбидността с поведенчески разстройства (също до 80%) се свързва по-скоро с общи рискови фактори, произхождащи предимно от фамилната среда, което се отнася и за коморбидността със злоупотреба с вещества (до 30%). Хроничните телесни заболявания сами по себе си са сред рисковите фактори за депресия, особено в юношеската възраст.

Диференциална диагноза може да се наложи с тревожни разстройства (повлияване от анксиогенни ситуации), ADHD, поведенчески разстройства, злоупотреба с вещества. Отграничаването на униполярната от биполярната депресия изисква внимателно и настойчиво лонгитудинално проследяване.

Протичане на депресивните разстройства

Протичането на депресивните разстройства обикновено е епизодично, макар че епизодите в детската възраст не са особено отчетливи. Продължителността на депресивните епизоди е между 3 и 6, рядко до 8 месеца. По-голяма е продължителността при коморбидност с дистимно или тревожно разстройство, злоупотреба с дроги, при по-голяма първоначална тежест на епизода, наличие на суицидност, наследствена обремененост. Рискът от нов епизод при депресивни деца на възраст между 8 и 13 години възлиза на 40% до 2 години и на 72% при 5-годишно проследяване. Около 20% от големите депресивни епизоди в юношеството се оказват биполярни депресии.

Лечение на депресивните разстройства в детско-юношеската възраст

Първа, основна и най-важна задача в лечението на депресивните разстройства е недопускане на суицид.

Непосредствено свързана с тази задача е оценката на необходимостта от хоспитализация, която се определя не само от тежестта на депресивното състояние, а и от капацитета на обгрижващите за обезпечаване сигурността на детето. Оценката на семейството и родителите, на техните възможности за подкрепа на депресивното дете включва и оценка за депресия при родителите и евентуална необходимост от интервениране при тях.

Лечението включва психофармакологични и психотерапевтични интервенции. В психофармакологичното лечение се използват предимно антидепресанти от групата на ССРИ, но и антидепресанти от други психофармакологични групи, включително конвенционалните трициклични антидепресанти. Предвид нестихващите дебати относно безопасността и ефективността на приложението на антидепресанти в детско-юношеската възраст, лечението с тях налага близко, внимателно и настойчиво проследяване. Иницирането на лечение с антидепресанти е най-добре да стане в стационарни условия.

Сред психотерапевтичните интервенции основно място заема когнитивно-поведенческата терапия. Смята се за доказано, че ефективността на комбинирането на антидепресанти с когнитивно-поведенческа терапия е по-висока, отколкото отделното приложение на двата терапевтични подхода.

Макар изключително рядко, по изключение, при животозастрашаващи индикации е възможно да се прибегне до електроконвулсивно лечение (ЕКТ) и в детско-юношеската възраст. Българското законодателство допуска приложението му над 16-годишна възраст. Но в случаи на тежки и резистентни на фармакологично лечение депресии с изключително висок суициден риск и/или животозастрашаващ отказ от храна, приложението на ЕКТ става неизбежно и в по-ранна възраст. Решението за това би следвало да се вземе с консенсусно становище на няколко специалисти и изисква по-специална организация.

Какво трябва да направи общопрактикуващият лекар:

1. Когато имате съмнения за наличие на депресивно разстройство при дете или юноша, насочете детето и родителите към детски психиатър.
2. При наличие на соматични оплаквания, които са чести както при тревожните, така и при депресивните разстройства в детско-юношеската възраст, първо се убедете, че не е налице наистина телесно заболяване и едва тогава насочете към детски психиатър.
3. Направете и периодично актуализирайте списък на налични във Вашия регион служби и психолози, работещи с деца. Може да Ви се наложи да насочите към тях, след като детският психиатър е определил необходимостта от това.
4. Когато детският психиатър е назначил и уточнил медикаментозно лечение с антидепресанти и/или тимостабилизатори, придържайте се към проследяването за ефективност, наличие на странични ефекти и назначеното периодично контролиране на лабораторни показатели, включително нивото на тимостабилизаторите.
5. За промяна на дозите или спиране на медикаментозното лечение се обърнете за консултация към детския психиатър, първоначално диагностицирал разстройството и назначил лечението.

Какво НЕ трябва да прави общопрактикуващият лекар:

1. Не започвайте лечение с психотропни медика-

менти при деца и юноши, включително с анти-депресанти и тимостабилизатори, преди детският психиатър да е диагностицирал и оценил разстройството и преди да е изградил краткосрочна и дългосрочна стратегия за грижи. Прибързаното започване на медикаментозно лечение може да затрудни диагнозата и диференциалната диагноза.

2. Дори когато родителите настояват, не насочвайте детето и родителите директно към психолог, преди то да е консултирано със специалист – детски психиатър. Окончателното диагностициране, оценка и планиране на грижи е отговорност на лекаря – детски психиатър, често след широко диференциално-диагностично обсъждане и необходимост от по-продължително наблюдение. При наличието на истински и дълбок суициден риск насочването към психолог без предварителната консултация с детски психиатър може да има печални последици.

Не забравяйте, че:

1. Първа, основна и най-важна задача в лечението на депресивните разстройства е недопускане на суицид.
2. Депресивните разстройства със суициден риск се отнасят към състоянията на психиатрична спешност.
3. Навременното диагностициране и лечение на тревожните и депресивни разстройства в детско-юношеската възраст е всъщност превенция на тревожни и депресивни състояния в зрялата възраст и поколенията.

4. Диагнозата на депресивните разстройства в детско-юношеската възраст, особено преди началото на пубертетното развитие, може да е изключително трудна и отговорна задача, включително и за опитен специалист – детски психиатър.
5. Към всяка суицидна тематика, независимо от пола и възрастта на детето или юношата и независимо от това, че на пръв поглед може да изглежда несериозна и манипулативна, трябва да се подходи със загриженост и отговорност.
6. Когато при дете или юноша има струпване на рискови фактори от посочените по-горе, може да ви се наложи да се обърнете за помощ към социалните служби или службите за закрила на детето. Имайте готовност за това.
7. Коморбидността при депресивните разстройства, особено в предюношеската възраст, е по-скоро правило, отколкото изключение, най-често с емоционални и поведенчески разстройства с начало в детството.
8. При работа с вашите медицински документи и софтуер кодовете на депресивните разстройства при деца и юноши са същите като тези при възрастни. Тях НЕ можете да намерите в рубриката „Поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството“ на Международната класификация на болестите – X ревизия (F90-F98), а трябва да ги потърсите при съответните рубрики за възрастни. Най-често това са рубриките

„Разстройства на настроението (Афективни разстройства)“ – F30-39, F43, „Реакции на тежък стрес и разстройства в адаптацията“, F40-F48 „Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства“.

9. Софтуерни затруднения при насочване към психиатър и детски психиатър можете да преодолеете чрез използването на рубриката Z03 – Медицинско наблюдение и оценка по повод подозирана болест и състояние.

Литература

Международна класификация на болестите, X ревизия, Психични и поведенчески разстройства, Национален център за комплексно изследване на човека, София, 1998.

Миланова В. Психиатрия, учебник за студенти и специализиращи лекари. Медицина и физкултура, София, 2013.

Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, Ed.by Melvin Lewis, 2nd Ed, Wil-liams&Wilkins, Baltimore, etc.1996.

Rutter's child and adolescent psychiatry Ed.by M. Rutter, Blackwell Publishing, Inc., 5th Ed, Oxford, etc. 2008.

Депресия в ендокринологията

Доц. д-р Петър Маринов, д.м.

Депресия и диабет

Диабетът засяга средно 8,3% от населението на света, а депресията засяга средно 10%, което предполага известна коморбидност между двете състояния. Доказва се, че тя е два пъти по-висока спрямо предполагаемата (Holt и сътр., 2014). Около 20% от пациентите със захарен диабет имат симптоми на депресия (Ali и сътр., 2006; Anderson и сътр., 2001). Пациентите с депресия има вероятност да развият диабет 5 години по-рано от тези, които нямат депресия. При независимия от инсулин диабет депресията предшества ендокринното заболяване, докато при зависимия от инсулин се появява след началото на диабета и корелира с нивата на хипергликемията (Маринов, 2012).

Обикновено при пациенти с диабет симптомите на депресия се проявяват в ключови моменти на заболяването – при поставяне на диагнозата, при проява на някое от усложненията на диабета, при нужда от интензифициране на лечението. От друга страна, диабетът се среща 1,5–2 пъти по-често при пациенти с афективни разстройства – рекурентно депресивно разстройство или биполарно афективно разстройство, както и при болните от шизофрения.

Общите патофизиологични механизми между диабет тип 2 и депресия са множество и разнообразни (Verge и сътр., 2015). Депресията

повлиява не само способността на пациентите да се грижат за себе и да общуват с другите, но води и до неврохормонални промени. Неспецифичен начин за влияние на диабета върху развитието на депресия са изискващият начин на живот, наднорменото тегло и понижената активност, съзнанието за наличие на хронично заболяване. Специфичен начин е негативното влияние на лечението с инсулин, бигваниди, сулфонилурейни препарати върху депресивните симптоми, лечението с кортикостероиди. Освен това диабетът е свързан с мозъчни промени – корова атрофия, промени в мозъчния кръвоток. Депресията оказва негативно влияние върху полагането на грижи относно соматичното състояние – спазването на редовните посещения при лекар, отношенията лекар – пациент, придържането към терапията, обгрижването на стъпалата, както и вземането на мерки относно другите усложнения на диабета, придържането към правилен режим на хранене и физическо натоварване, избягването на тютюнопушенето и приема на алкохол. Другите фактори, оказващи влияние, са психологични и социални: травмиращи събития в детството, значима и изискваща социална позиция.

Основното свързващо звено между тези фактори е стресът, и по-специално хроничният стрес, който изменя хомеостазата в организма за продължителен период от време. Важно звено в това отношение е активирането на оста хипоталамус-хипофиза-надбъбрек и повишаването на нивата на кортизол в кръвта. Хиперкортизолемията повишава риска от раз-

Витие на метаболитен синдром и от затлъстяване. Друг механизъм е активацията на симпатиковата нервна система, което води до високи нива на адреналин и норадреналин в кръвта. Стресът причинява и повишена продукция на инфламаторни цитокини, като всички тези ефекти имат отношение към повишена инсулинова резистентност и впоследствие към развитие на диабет тип 2. Вероятно повишената концентрация на цитокини в кръвта оказва влияние и върху определени структури в мозъка – например върху хипокампуса и върху невротрансмитерната система на моноамините. Установеният дисбаланс има пряко отношение върху развитието на депресия, в голяма степен чрез невротрансмисията на серотонин и норадреналин. Намалени са и нивата на BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor), основен фактор за оцеляването и пролиферацията на неврони. Обратно, депресията се свързва с повишени нива на глюкокортикоиди, катехоламини и растежен хормон, промени в глюкозния транспорт, секреция на инфламаторни цитокини, което, от своя страна, може да доведе до инсулинова резистентност и в крайна сметка да бъде една от причините за поява на диабета, както и за развитие на неговите усложнения.

Коморбидни депресия и диабет се срещат по-често при пациенти от женски пол, на по-млада възраст, с ниско образование и повече коморбидни заболявания, както и с повече усложнения на диабета. Коморбидните пациенти имат по-високи стойности на HbA1C и на ИТМ, по-вероятно е да са пушачи. Проучване на

Световната здравна организация (СЗО) Върху 4000 пациенти с диабет показва, че наличието на коморбидна депресия увеличава с 10 пъти риска от функционални нарушения по скалата на СЗО за инвалидност. Депресията оказва по-голямо влияние върху функционалните нарушения, отколкото тревожността. Депресията и тревожността се свързват с три пъти по-висок риск от непридържане към медицинските указания при хронично болни от соматични заболявания.

Диабетът сам по себе си повишава риска от сърдечносъдови заболявания. Основна причина за смъртност при пациентите с диабет са съдовите инциденти. Депресията също самостоятелно повишава риска от сърдечносъдови заболявания, особено коронарна артериална болест. При пациенти с двете състояния се отчита приблизително два пъти по-голяма вероятност за наличие на фактори на сърдечносъдовия риск спрямо тези, които страдат само от диабет.

Връзката между усложненията на диабета и депресията е двупосочна, като това се дължи, от една страна, на неполагането на достатъчно грижи за здравословното състояние, а от друга – на патофизиологичните механизми, през които депресията оказва своите соматични влияния. Наблюдава се 2 пъти по-висок риск от смъртен изход при едновременно наличие на диабет и депресия спрямо пациентите единствено с диабет.

От друга страна, хронично заболяване, което придружава вече съществуващо депресивно разстройство, хронифицира хода на депресията и влошава терапевтичното повлияване на де-

пресията.

Метаанализи на Huang и сътр. Върху 8 проучвания потвърждават, че колаборативната помощ спрямо пациенти с депресия и диабет повлиява много по-добре симптомите на депресията и придържането към подходящ начин на живот на диабетноболните.

В амбулаторни условия е от основна важност да се проследява наличието на симптоми на депресия при пациенти със захарен диабет. Също така е необходимо да се разясняват на пациента нуждите от овладяване и на психичното разстройство поради повишения риск от влошен ход на заболяването, по-ранната проява на усложненията на диабета, повишения риск от сърдечносъдови инциденти и от смъртност. Вниманието трябва да се обърне и на придружаващите симптоми на тревожност. Те, от своя страна, често могат да бъдат индуцирани от хипогликемични състояния.

Депресия и заболявания на щитовидната жлеза

Много, но не всички изследвания върху рекурентно депресивно разстройство показват остра активация на оста хипоталамус-надбъбрек-щитовидна жлеза на множество нива – например повишени нива на тиреотропнo-свързващия хормон в цереброспинална течност, липса на нормалното повишаване на TSH при нощната му секреция, относително повишаване на периферните хормони – хипертироксинемия (повишени нива на серумен FT4, общ T4 и „обратен“ T3 (лишен от активност)). Вероятно тази

активация на тиреоидната ос е отражение на патологичния процес, в случая – депресия. Нивата на T4 (срещащ се и в мозъка) се нормализират при успешно лечение на депресията. Нивата на T3 са предиктор на релапс при униполярна депресия и суплементацията с T3 потенциира или повишава отговора към лечение с антидепресанти.

Депресия и хипертиреозидизъм. Психичните симптоми на хипертиреозидизма включват нервност, уморяемост, безсъние, емоционална нестабилност и дисфория, речеви напор, повишена активност – симптоми, наподобяващи маниен епизод, въпреки че коморбидността между двете състояния не е честа. Често се срещат и нарушения в краткосрочната памет. Депресията е по-рядка при това състояние.

При хипертиреозидизма депресията е често придружена от симптоми на тревожност. При пациенти с хипертиреозидизъм спрямо еутиреоидни пациенти по-изявени са симптомите на психомоторна ретардация, вина, болки в мускулите, загуба на енергия и уморяемост. Тези симптоми биха могли да алармират общо-практикуващите лекари за подлежащо тревожно-депресивно разстройство (Demet и сътр., 2002). Необходимо е проследяване на симптомите на депресия по време на приложение на соматичната терапия.

Съществуват случаи на психична проява на тиреотоксикоза в рамките на афективна психоза, започваща като депресивен епизод. Като цяло психотичните състояния засягат около 1% от болните с тиреотоксикоза (Jane и сътр., 2002).

Депресия и хипотиреозизъм. Психичните симптоми на хипотиреозизъм включват понижено настроение, апатия, влошена памет и концентрация, удължено реактивно време на отговор. Освен това хипотиреозизмът може да допринесе за терапевтично резистентна депресия. Важно е да се отбележи, че близо 15% от пациентите с рекурентно депресивно разстройство са в хипотиреозно състояние, което би могло да се има предвид при случаи на терапевтично резистентна депресия (Gold и сътр., 1981).

Депресивните симптоми и когнитивните нарушения могат да бъдат предизвикани не само от клинично изразения хипотиреозизъм, при който те са по-изявени, но и при субклиничния хипотиреозизъм. Сред пациентите с второто състояние болестността от депресия е приблизително 2 пъти по-висока спрямо общата популация. Съществуват и множество проучвания, които отричат наличие на връзка между хипотиреозизъм и депресия. Важно е да се отбележи, че при пациенти с хипотиреозизъм се наблюдава по-нисък отговор при лечение с антидепресанти, а, от друга страна, има добро повлияване на депресивната симптоматика при прибавяне на екзогенен Т3. В общи линии при хипотиреозни пациенти е малко вероятно излекуване на депресивния епизод преди възстановяване на еутиреозното състояние, а тиреозният хормон като лечение би могъл да се окаже достатъчен за възстановяване до еутимно състояние. При по-тежки депресивни епизоди е възможна необходимост от допълни-

телно лечение с антидепресанти. При пациенти с биполярно афективно разстройство хипотиреоидизъм може да бъде провокиран от лечение с препарати, съдържащи литиеви соли. Въпреки противоречивите данни Demartini и сътр., 2010, подчертават, че психиатричната оценка е важна при пациенти с хипотиреоидизъм. Тя до голяма степен би определила терапевтичния подход при наличие на коморбидност между двете състояния.

Депресия и разстройства на надбъбречната жлеза

Депресия и хиперкортизолизъм. Връзката между депресивните симптоми и началото на синдрома на Кушинг остава недостатъчно категорична. Някои изследвания съобщават повишена честота на депресия, предхождаща физическите проявления на болестта, докато други не потвърждават подобна корелация. Психичните симптоми при синдрома на Кушинг са множество и разнообразни. По-голяма част от пациентите съобщават оплаквания от уморяемост. Рекурентното депресивно разстройство засяга между 50–81% от пациентите с хиперкортизолизъм (Pivonello и сътр., 2015), като при повече от 50% от случаите се открива умерена до тежка депресия. Рекурентната депресия е характерна за хроничния ендеген хиперкортизолизъм.

Депресивните симптоми са по-чести при пациенти от женски пол, причина за появата им може да бъде и преустановяването на кортикостероидното лечение. Обикновено

след повлияването на симптомите на ендокринологичното заболяване се получава значително подобрене и в депресивната симптоматика. Въпреки това в обзор на Pivonello и сътр. (2015) авторите подчертават, че поради установената редукция в мозъчния обем поне някои от симптомите могат да продължат да персистират след повлияване на соматичното състояние – на първо място депресия, последвана от тревожност, паническо разстройство, неврокогнитивни нарушения.

Специфичните увреди върху хипокампа и префронталния кортекс, дължащи се на Влошената утилизация на глюкоза в мозъка или на повишеното освобождаване и подсиления ефект на действие на ексцитаторни невромедиатори, и в частност на глутамат, до голяма степен обясняват високата честота на депресия при пациенти със синдром на Кушинг.

При болестта на Кушинг депресивните симптоми се асоциират най-вече с женски пол, напреднала възраст, по-високи нива на кортизол в урината, относително по-тежко клинично състояние и трудно уловим тумор на хипофизата (Sonnino и сътр., 1998).

Проявите на депресия също варират – от лек депресивен епизод до тежък депресивен епизод с психотични симптоми и суицидна идеация (Starkman и сътр., 2013). Депресивните състояния рядко продължават повече от 3 дни от седмицата, като болните описват най-вече симптоми на повишена раздразнителност, сантименталност, плачливост, по-рядко намалени удоволствени изживявания и вина. Много

честа е уморяемостта (Pivonello и сътр., 2015). Пациентите съобщават и оплаквания от намален апетит и инсомния.

Поради голямата честота на депресия при пациенти с хиперкортизолизъм и динамична промяна на симптомите на депресия е необходимо системно проследяване на наличието и тежестта на депресивните симптоми в амбулаторни условия.

Депресия и хипокортизолизъм.

При пациенти с хипокортизолизъм се наблюдават симптоми, припокриващи се с тези на депресия. Такива симптоми са лесна уморяемост, беген по съдържание мисловен процес, понижен апетит, летаргия, намалена инициативност. Депресията се среща в 20-40% от пациентите с болест на Адисон, като проявите ѝ са често преди соматичните прояви на заболяването.

Депресия и поликистоза на яйчниците

Поликистозата на яйчниците е най-честото ендокринологично заболяване на половите жлези при жени. Установените повишени нива на андрогени при жени определят и повишения риск от депресия в тази група, като депресията може да засегне до 50% от пациентите. Вероятен патофизиологичен механизъм между поликистозата и депресията може да бъде установената инсулинова резистентност при двете състояния.

Климактерична депресия (депресия в менопауза)

Климактеричната депресия се дължи на разно-

образни фактори, място сред които заема сри-
вът на естрогените в тази възраст. От друга
страна, тя може да започне като нормална
реакция на климакса и да се задълбочава с изразена
тревожност, безсилие, раздразнителност,
потиснатост, инсомния, към които да се добави
безапетитие и отслабване на тегло. Други
значими фактори са смяната на социалната
роля на жената, преживяването на загубата
на репродуктивните функции, възможни между-
личностови конфликти и др.

Литература

- Маринов, П. Аспекти на ефективната скринингова
диагностика на депресивни и тревожни
разстройства в общата медицинска практика, данни
от собствено проучване, Варна, СТЕНО, 2012, 33-38.
- Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The
prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2
diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet
Med* 2006, 23:1165–1173.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ.
The prevalence of comorbid depression in adults with
diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001, 24:1069–
1078.
- Berge LI, Riise T. Comorbidity between Type 2 Diabe-
tes and Depression in the Adult Population: Directions
of the Association and Its Possible Pathophysiological
Mechanisms. *Int J Endocrinol.* 2015; 2015:164760.
- Demartini B, Masu A, Scarone S, Pontiroli AE, Gambini
O. Prevalence of depression in patients affected by
subclinical hypothyroidism. *Panminerva Med.* 2010 Dec;
52(4):277-82.
- Demet MM, Ozmen B, Deveci A, Boyvada S, Adigüzel H,

- Aydemir O. Depression and anxiety in hyperthyroidism. *Arch Med Res.* 2002 Nov-Dec;33(6):552-6. PubMed PMID: 12505101.
- Gold MS, Pottash ALC, Extein I. Hypothyroidism and Depression - Evidence from Complete Thyroid-Function Evaluation. *JAMA* 1981, 245(19):1919-1922.
- Holt RI, G de Groot M, Golden SH. Diabetes and Depression. *Current Diabetes Reports*, 2014; 14(6): 491.
- Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013 Oct 14; 13:260. doi: 10.1186/1471-244X-13-260. Review. PubMed PMID: 24125027; PubMed Central PMCID: PMC3854683.
- Jane P, Gagliardi, Greg L Clary. Treatment of Thyrotoxicosis – Induced Psychosis. *Psychopharmacology. Bulletin* 2002; 36:7-13.
- Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: lippincott Williams & wilkins, 2000.
- Pivonello R, Simeoli C, De Martino MC, Cozzolino A, De Leo M, Iacuniello D, Pivonello C, Negri M, Pellicchia MT, Iasevoli F, Colao A. Neuropsychiatric disorders in Cushing's syndrome. *Front Neurosci.* 2015 Apr 20; 9:129.
- Sonino N, Fava GA, Raffi AR, Boscaro M, Fallo F. Clinical correlates of major depression in Cushing's disease. *Psychopathology*, 1998, 31, 302-306.
- Starkman MN. Neuropsychiatric findings in Cushing's syndrome and exogenous glucocorticoid administration. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* 2013, 42, 477-488. doi:10.1016/j. ecl. 2013.05.010.

Депресия и тревожност в напреднала възраст

Доц. д-р Мая Стоименова, д.м.

През последните десетилетия броят на възрастните хора нараства чувствително бързо в глобален мащаб. Тенденцията за удължаване продължителността на живота е свързана с подобряване на социално-битовите условия на населението и динамичните постижения на медицинската наука. На Всеки три години СЗО осъществява проучване върху средната продължителност на предстоящия живот на населението в 53 държави (Life Expectancy 2011-2013), като за периода 2011–2013 г. на първо място по този показател се нарежда Испания, където средната продължителност на живота е 82,2 г. България е на 42-ро място и е сред страните с най-ниска средна продължителност на живота в Европейския съюз – 74,5 г., като за мъжете е около 71 г., а при жените – 78 г. Днес около 6% от световното население е над 80 години.

Епидемиология на депресивната болест

Депресията е широко разпространено заболяване с обща болестност 5–8% в света като цяло. Обобщената заболеваемост при индивиди до 70-годишна възраст е 26,9% при мъжете и 45,2% при жените (Grasbeck 1996). Пожизнената болестност в България от тревожни разстройства е 11%, а депресията е втората по разпространеност болест с 9,1% при хората

над 65 год. Освен с по-изразената честота, депресията в късна възраст се характеризира с висока коморбидност с две (5,4%) или 3 и повече заболявания (1,9%) (Околийски, Зарков, Брошилов и кол. 2010) (таблица 2.2.). При повечето от пациентите с депресия се установява и изразена тревожна симптоматика. Съчетанието между тревожни и депресивни симптоми е по-скоро правило, отколкото изключение. То има съществено значение за терапевтичното поведение поради тяхната подчертана тенденция към хронифициране и висок суициден риск. В първичната мрежа сред възрастните амбулаторни пациенти се установяват признаци на тревожност и депресия при 30% от мъжете и 40% от жените, а клинично значима депресия имат 13% от пациентите (Gottfries, Noltorp, Nørgaard 1997).

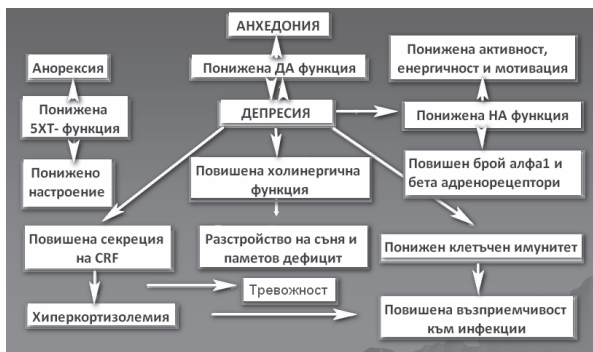
ТЕЛЕСНА БОЛЕСТ	ЧЕСТОТА
терминални солидни тумори	25 - 38%
инсулт	27 - 35%
бъбречно заболяване	5 - 22%
хронична болка	35 - >50%
епилепсия	20 - 30%
болест на Parkinson	30 - 50%
миокарден инфаркт	20%
захарен диабет	10%

Л.Хранов, 2009

Таблица 2.2. Честота на депресивен епизод при някои телесни болести

Патофизиология

Предполага се, че основният патофизиологичен механизъм при депресивните епизоди е нарушение в серотониновата активност, което се потвърждава от терапевтичния ефект на ССРИ. Обсъжда се ролята и на други невротрансмитери, като норадреналин, допамин, глутамат и невротрофични фактори. Невроизобразителни техники демонстрират намалена метаболитна активност в неокортикалните структури и повишена метаболитна активност в лимбичната система при пациенти с депресия. Структурните нарушения включват по-малки размери на базалните ганглии, таламуса, хипокампа, фронталния лоб и на орбитофронталния кортекс. Според невроналната теория на Duman R. S., Heninger G. R., Nestler E. J. (1997) прекомерното увеличаване на стреса води до повишаване ниво на глюкокортикоидните хормони, намаляване на 5HT и NA и способства за промяна в интраневроналното второ сигналиране. Това предизвиква редукция на мозъчните трофични фактори (BDNF), инхибиране на неврогенезата в хипокампа и префронталния кортекс (загуба на неврони и намаляване обема на хипокампа) и в крайна сметка води до емоционалните и когнитивните симптоми, характерни за депресия (Duman, Heninger, Nestler 1997).



Фигура 2.1. Биохимични механизми при депресия

Етиология и патогенеза

Депресията в късна възраст (ДКВ) е мулти-факторна и включва генетични, биологични и психосоциални фактори. Множество проучвания показваха, че близките родственици на пациенти с депресия имат три пъти по-висок риск да развият депресивни разстройства в сравнение с общата популация. Идентифицирани са различни генни локуси, свързани с кодирането на серотониновия транспортер, отговорен за отстраняване на серотонина от синаптичното пространство. Полиморфизъм в промотора на гена се асоциира с повишен риск за ранно начало, по-тежки депресивни епизоди с чести рецидиви и повишена суицидна зареденост. Установен е и специфичен полов полиморфизъм на различни гени, асоциирани с клиничната специфика и тежест на депресивните епизоди при жените и мъжете. Преципитиращите фактори, които могат да отключат депресия при генетично предразположени индивиди, включ-

Ват хронични соматични заболявания, социална изолация, неблагоприятни жизнени събития, тежка загуба. Някои медикаменти, като бета-блокери и кортикостероиди, пристрастеност и зависимост към ПАВ и алкохол също се съотнасят с повишен риск за депресивни нарушения. Промените в ЦНС, свързани с процеса на стареене, богатата соматична патология и необходимата за това лекарствената терапия, недостигът на есенциални хранителни вещества и психосоциалните въздействия са основните рискови фактори за депресия в късна възраст.

Клинична картина и протичане на депресия

Сложната етиология на депресията в късна възраст определя известни различия на симптоматиката от тази при по-младите пациенти. Необходимо е специално внимание, за да се отличи депресивната болест от психичните нарушения, явяващи се вторично на фона на налични коморбидни заболявания.

Най-важните симптоми на депресията включват: потиснато настроение; песимистична оценка на настоящето, бъдещето и собствените възможности; повишена самокритичност и безповодно самообвиняване; затруднена концентрация, забавено и непродуктивно мислене; ретардация или ажитация; намалена енергия; промени в съня и апетита.

В клиничната изява на ДКВ на преден план изпъкват честа соматизация и хипохондрия, изразена тревожност, промени в психомоториката с изява на ретардация или ажита-

ция, апатия и ниска мотивираност, психотични симптоми и паметови разстройства. Възрастните депресивноболни отбягват да съобщават или да показват, че настроението им е понижено, тъй като изпитват вина поради наличието на този симптом. Намалването или отсъствието на обичайната радост от живота обикновено се интерпретира като неизбежна последица от остаряването. По тази причина пониженото настроение при възрастните хора може да е по-малко очевидно, а на преден план да изпъкват тревожност и соматични симптоми, които се съобщават с по-голяма охота. Суицидните нагласи също могат да са трудно доловими, защото за откриването им са необходими добро ниво на контактност и атмосфера на доверие.

В унисон с понижаване на настроението при ДКВ, мисленето и идеите често стават песимистични и в крайна сметка могат да достигнат параноялно ниво. Загрижеността за близките и за здравето при възрастни хора с тежка депресия много често се манифестира с психотични симптоми. Депресивните епизоди с психотична симптоматика се характеризират с наличието на налудности (в асоциация с депресивното настроение), като идеи за вина, неизлечими болести и смърт, за заслужено наказание и нихилизъм. Хипохондричната налудна симптоматика нерядко е придружена със специфични за ДКВ тактилни и висцерални халюцинации. Характерна особеност на мисловните разстройства в тази възраст са пауперистичните налудности за обедняване и ограбване. Съдържанието на съпътстващите

зи халюцинаторни изживявания най-често е във връзка с депресивното настроение. Психотичните симптоми нерядко наподобяват тези при параноидна психоза, но депресивното естество на симптоматиката насочва вниманието към подлежаща депресия.

Тревожност В напреднала Възраст

Тревожността се характеризира с безпокойство, напрежение или паника, надхвърлящи нивото на действителна опасност. Други симптоми, дължащи се на автономна активация, са: тахикардия, тремор, хипервентилация и замаяност. Пациентите с тревожност много често се оплакват от вътрешно напрежение, треперене и нестабилност.

Честотата на тревожност сред възрастните индивиди е по-висока в сравнение с по-младите пациенти и се оценява на 17,7% (Околийски, Зарков, Брошилов и кол. 2010), като се доближава до честотата на депресия. Този висок коморбидитет между тревожност и депресия сочи, че депресията в късна възраст е част от един тревожно-депресивен синдром, в който преобладава или пониженото настроение, или тревожността.

Соматични симптоми при депресия

Депресията при възрастните индивиди често се прикрива зад различни соматични симптоми или поради соматизирането на самото афективно разстройство, или поради засилване на симптомите на някоя съпътстваща телесна болест. В мащабно клинично проследяване V. Tebbs & A. Mag-

tin определят десетте най-чести соматични симптома, наблюдавани при възрастни хора с депресия: астения, цефалгия, палпитации, болка (докладвана поотделно в 4 различни органа/системи), замаяност, диспнея и смущения в ГИТ (gastrointestinal tract). При внимателен прочит на данните се установява, че най-честият телесен симптом при ДКВ е болката, която съставлява 41% от соматичните оплаквания, следвана от астенията симптоматика (Tebbs, Martin 1987).

При възрастните индивиди с депресия често се наблюдава обстипация, а намаляването на апетита със загуба на телесно тегло може да е първорангов симптом. По-изразената депресивна симптоматика в сутрешните часове не е редовна характеристика при възрастни депресивни пациенти с телесни оплаквания, но наличието ѝ би подпомогнало диференциалната диагноза между телесна болест и депресия.

Когнитивни нарушения при депресия

Наличието на когнитивни разстройства като част на депресивния синдром при възрастни пациенти има специално значение, тъй като при тези болни вече може да са налице предшестващи когнитивни смущения, причинени от стареенето или от съпътстващите дегенеративни заболявания (Panza, Frisardi, Capurso et al. 2000). Когнитивните нарушения, причинени от депресия, обикновено се наричат с термина „псевдодеменция“ или „депресия с деменция“ и е важно това състояние да се отличава от истинската деменция (таблица 2.3).

Деменция	Депресия
Начало – бавно и подмолно	Начало - бързо
Склонност към омаловажаване на симптомите	Склонност към агравация на симптомите
Изискващо поведение	Пасивно поведение
Търсене на „причината“ у другите	Търсене на „причината“ у себе си
Несъответствие между афект и мисловно съдържание	Съгласуваност между афект и мисловно съдържание
Настроението и поведението флукутират	Настроението е трайно понижено
По-честа фамилна анамнеза за деменция	По-честа фамилна анамнеза за депресия
Обостряне на симптомите следобед и вечер	Обостряне на симптомите сутрин
Когнитивното увреждане е относително стабилно	Когнитивното увреждане флукутира често
По-чести са „точните“ отговори	По-чести са отговорите „Не зная“

Таблица 2.3. Различия в протичането на депресия и деменция

Въпреки началното повлияване от лечението, свързаните с депресия когнитивни нарушения

Водят до прогресуращ упадък (Petersen, Doody, Kurz, Mohs, Morris et al. 2001).

Диагноза на депресия в напреднала възраст

Високият коморбидитет с тревожност и телесни заболявания подкрепя твърдението, че типовете депресия при възрастните се различават от тези при по-млади хора. ДКВ често не се диагностицира своевременно (или въобще се пропуска) поради редица обстоятелства. Пациентите, близките им и лекарите най-често приемат симптомите на болестта като прояви на нормалното стареене и не успяват да идентифицират болестното им естество. Възрастните пациенти имат затруднения при разпознаването и докладването на депресивните симптоми. Разстройството често се изяснява с атипична клинична картина. Съпътстващите телесни болести и/или органични мозъчни увреди допълнително затрудняват диагнозата. Възрастните пациенти най-често търсят соматично обяснение за оплакванията си (Halverson, Bhalla, Moraille-Bhalla et al. 2002).

Диагнозата на ДКВ се основава върху анамнезата, соматичния и психиатричния преглед. Особено важно е интервюто да се провежда спокойно, при вдъхваща сигурност атмосфера, тъй като пациентът невинаги съзнава, че има психично разстройство и може да не е склонен да съобщи оплакванията си. От съществено значение е получаването на адекватни анамнестични данни от обективно преценяващ ситуацията близък. Интервюто следва да се фокусира върху предхождащите психични и

телесни разстройства, върху развитието на депресивните симптоми и съпътстващите ги психични изменения, например редукцията на когнитивните функции. Оценката на актуалните телесни заболявания и на медикаментите, които пациентът приема в момента, също има съществено значение. Необходимо е акуратно да се оцени тежестта на депресивното разстройство и суицидният риск.

Съществен пропуск при диагностициране на депресията в старост се явява обстоятелството, че повечето възрастни пациенти не търсят специализирана психиатрична помощ. Обикновено прегледите се осъществяват от ОПЛ или специалисти в областта на соматичната медицина, които не разполагат с достатъчно време и/или не обмислят наличността на депресия при възрастен пациент със соматични симптоми.

Клиничната характеристика на ДКВ включва: а) анамнеза за предходни депресивни епизоди; б) потиснато настроение, ретардация, тревожност и затруднена когниция; в) съответстващи на настроението налудности; г) смущения в апетита и редукция на телесното тегло. Необходими подкрепящи диагностични дейности са провеждането на КТ, ЕЕГ, лабораторни изследвания в насока на тиреоидна дисфункция (TSH, FT3, FT4), анемия, дефицит на витамин B12 и фолиева киселина; серумен хомоцистеин, електролити, кръвна захар, чернодробни ензими, СУЕ и С-реактивен протеин.

Лечение на депресия в напреднала възраст

Лечението на всеки пациент трябва да бъде съобразено с характерната клинична изява, наличието на съпътстващи психични отклонения (тревожно разстройство, психотични симптоми, склонност към самоубийство), личните му предпочитания, възможните нежелани реакции или лекарствени взаимодействия и анамнезата за предхождаща терапия с антидепресанти. При болни в напреднала възраст важи принципът на най-ниската ефективна доза поради високия риск от нежелани реакции. Терапията започва с минималната ефективна доза, като преминаването към по-висока доза или друг клас медикамент става след по-дълъг първоначален период, средно след 12 седмици (spisaniemd.bg 2013).

Поради наличие на съпътстваща соматична патология в гериатричната популация и честата полипрагмазия трябва да се отчитат възможните взаимодействия на антидепресантите с други медикаменти. Най-висок процент на междулекарствени взаимодействия се наблюдава при лечение с флуоксетин, пароксетин и флувоксамин, най-нисък – при есциталопрам, циталопрам и сертралин, поради което последните трябва да се предпочитат пред останалите антидепресанти. При много възрастни пациенти лечението със СИСТ често води до загене и повръщане и тези странични ефекти могат да се превърнат в значим проблем, който да способства прекъсване на терапията.

С адекватно лечение около 70–80% от болните с ДКВ отчитат облекчаване на клиничната

симптоматика. До 50% от тях обаче могат да не отговорят на началната терапия. Трайно възстановяване се регистрира при около 30%, рецидив с последващо възстановяване – при 35%, а лошо възстановяване с инвалидизиране – при 25% от възрастните пациенти с ДКВ. Частичната ремисия и анамнезата за преходни депресивни епизоди са рискови фактори за резистентност и чести рецидиви. Наличието на съпътстваща психотична симптоматика е предиктор за неблагоприятна прогноза и нарастване на риска от смърт до 4 пъти. В проучване, обхванало пациенти с първи епизод на психотична депресия, преобладаващата част от болните (86%) са постигнали ремисия на клиничната симптоматика, но само 35% са имали функционално възстановяване (Gartlener, Hansen, Reichenpfaeder et al. 2002).

Литература:

- Околийски М., Зарков З., Брошилов А. и кол. Национално епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства. Българско списание за обществено здраве. т. 2, кн. 2, Април-Юни 2010.
- Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. Arch Gen Psychiatry. 1997 Jul; 54(7): 597-606.
- Gartlener G, Hansen R, Reichenpfaeder U et al. Drug class review. Second-generation antidepressants. 2002. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54355>.
- Gottfries G, Noltorp S, Nørgaard N. Experience with a Swedish version of the Geriatric Depression Scale

in Primary Care Centres. *Int. J. of Geriatric Psychiatry* 11/1997; 12(10):1029-34.

Grasbeck A. The epidemiology of anxiety and depressive syndromes. A prospective, longitudinal study of a geographically defined, total population: the Lundby study. Doctoral thesis. Lund, Sweden: University of Lind. 1996.

Halverson J, Bhalla R, Moraille-Bhalla P et al. Depression. *Medscape Reference – Drugs, Diseases, Procedures*. 2002. <http://emedicine.medscape.com/article/286759-overview>.

Life Expectancy 2011-2013: http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/LifeExpectancy_2011-2013_QI2YVG3.pdf.

Panza F, Frisardi V, Capurso C et al. Late-Life Depression, Mild Cognitive Impairment, and Dementia: Possible Continuum? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2000, Volume 18, Issue 2, Pages 98-116.

Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch. Neurol.*, 2001, 58; 1985-1992.

spisaniemd.bg 2013. <http://spisaniemd.bg/md/2013/02/depresiya>.

Tebbs VM, Martin AJ. Affective disorders in the elderly:1000-patients GP trial on a new drug. *Geriatr. Med*. 1987; 17:17-21.

Сексуални дисфункции при депресия

Д-р Стефан Попов

Сексуалните дисфункции включват: разстройства на желанието за сексуално общуване, разстройства на сексуалната възбуда и разстройства на оргазма.

Депресията в различните ѝ разновидности е сред психичните разстройства, които най-често се свързват с понижено на сексуалната активност. Пониженото сексуално желание може да е един от първите симптоми на депресията.

Епидемиология

По обобщени данни 50–90% от депресивните пациенти със или без лечение имат намалено сексуално желание. Повече от една трета от нелекуваните пациенти с депресии споделят за намалено либидо, забавена, до липсваща еякулация, аноргазмия и намалена ерекция. Коморбидността на еректилна дисфункция при мъже на възраст между 40 и 70 г. с депресивен епизод достига 95%.

Пациентите с тежка депресия или биполарно разстройство имат по-висока честота на сексуална дисфункция, включително намалено либидо, в сравнение с общата популация.

Повече от 70% от депресивноболните имат загуба на сексуален интерес, без да приемат медикаменти, и тази загуба е по-тежка от другите симптоми на депресията. Колкото повече се влошават симптомите на депресията, толкова повече спада либидото.

Етиопатогенеза

Редица психологични и интерперсонални фактори повлияват както депресията, така и сексуалното функциониране. Те включват стресогенни житейски събития (life events), както и проблеми в отношенията между партньорите.

Загубата на сексуално желание може да е основно оплакване при някои пациенти, които само след директно питане разкриват и значими депресивни симптоми. При други потиснатото сексуално желание може да предшества началото на депресията.

Клинична картина

Нарушенията в сексуалната функция са характерни за депресията. Типични са денонощните колебания на сексуалната активност – напр. изместване на сексуалната активност във вечерните часове успоредно с вечерното разведряване при депресивноболните.

При тежките депресии сексуалните нарушения се „покриват“ от водещата депресивна симптоматика, болните ги омаловажават и по тази причина рядко ги споделят спонтанно. Обратно, при по-леки депресивни състояния сексуалните нарушения се осъзнават като особено значими от страна на пациента. При т. нар. „ларвирани“ или „маскирани“ депресии сексуалните оплаквания могат изцяло да покрият картината на депресията.

Специфичният тип дисфункция може да варира, но загубата на сексуално желание е по-честа в сравнение с нарушенията на възбудата и оргазма; при сравнителни проучвания проме-

ните в либидото са значително по-чести при депресивни пациенти в сравнение с контролните групи.

Намаленото либидо се счита за „класически вегетативен симптом“ на депресивно разстройство. Този симптом се приписва на анхедонията – емоционално обезчувствяване, което често съпътства депресивното заболяване. Сред мъжете с депресия като цяло вероятността за поява на еректилна дисфункция е двойно по-висока, отколкото при недепресивните мъже. При мъжете в средна и напреднала възраст депресията и еректилната дисфункция са често срещани и коморбидни.

Диагноза

Диагнозата на сексуалната дисфункция се основава на следните критерии:

- а/ Симптомите трябва да са налице във всички или почти всички случаи (приблизително в 75–100%) от сексуалната активност с партньор.
- б/ Симптомите продължават минимум 6 месеца.
- в/ Симптомите причиняват клинично значим личностен дистрес.

Най-важно е ОПЛ да приложи проактивен подход, активно да разпитва пациента за наличие на сексуални симптоми. Докато лекарите се справят добре с половопреносимите заболявания, сексуалното здраве се обсъжда само когато възникне проблем. В САЩ само 35% от ОПЛ често или винаги снемат сексологична анамнеза. Причините са: 1. неудобство, 2. усе-

щане за неподготвеност, 3. убеждение, че сексологичната анамнеза няма отношение към основното оплакване и 4. липса на време. Когато лекарите активно разпитват пациентите, честотата на съобщаваните сексуални проблеми се увеличава 6 пъти.

Литература:

- Попов С. Сексуалност и сексуални разстройства. В: Учебник по психиатрия за студенти по медицина. Акабалиев В., ред., Пловдив: HD office, 2014, 161-171.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Lawrence J. Albers, MD Rhoda K Hahn, MD Christopher Reist, MD. Handbook of Psychiatric DrugsCurrent. Clinical Strategies Publishing, 2005: 3-4.
- Stahl S. M. Essential Psychopharmacology The Prescriber's Guide. Cambridge University Press, New York, 2005.

Скрининг на депресивните разстройства в общата медицинска практика

Доц. д-р Петър Маринов, д.м.

Диагностиката на депресивните разстройства в общата медицинска практика е сложен и нерешен проблем. У нас, както и в редица страни, огромната част от депресивните разстройства остават неразпознати и нелекувани. Това води до сериозни медицински и социални последици, които са в тежест на обществото.

Трудности на ОПЛ в разпознаването на депресиите

Затрудненията в диагностиката на депресията се установяват не само при ОПЛ, но и при други специалисти, дори и при квалифицирани психиатри. Има различни причини за недиагностициране на депресията. Най-честите са следните:

- Липса на достатъчен опит по клинична психиатрия сред ОПЛ
- Липса на достатъчно време за провеждане на пълноценен психичен статус в кабинета на ОПЛ
- Културални различия между пациента и лекаря
- Приемане на депресията като „нормална реакция“ към житейски събития
- Недиагностициране на депресията, за да се избегне стигматизацията
- Атипична клинична картина на депресив-

ното разстройство сред пациентите, които се обръщат към ОПЛ

- Коморбидност на депресия с телесно заболяване
- Коморбидност на депресия със злоупотреба с алкохол, лекарства или наркотици
- Коморбидност на депресия с тревожно разстройство
- Коморбидност на депресия с деменция
- В третата възраст симптомите на депресия се причисляват към проявите на естественото стареене

Повече от половината пациенти с депресия не споделят потиснато настроение при ОПЛ (затова има изключително значение въпросът „Как се чувствате?“). Това може да бъде пречка за диагностичния процес, тъй като лекарите поставят диагнозата едва след като с тях е споделена тъга. Изглежда в кабинета на ОПЛ поставянето на диагнозата за депресия е особено трудно, тъй като депресивните симптоми не доминират в клиничната картина, нерядко началото им е подмолно, преобладават (или на преден план се споделят) соматичните и тревожните симптоми поради коморбидността с телесни заболявания. Някои автори подчертават, че от началото на 60-те години се наблюдава трансформация на депресивните симптоми с преобладаване на тенденцията в посока на соматизация. Присъствието на тежки соматични симптоми замъглява и прикрива симптомите на депресия.

Пациентите, които посещават ОПЛ, споделят главно соматични симптоми, което из-

мества центъра на тежестта към тялото, а психиката остава в сянка. От друга страна, ОПЛ също обичайно обръщат повече внимание, когато пациентът споделя соматични оплаквания и задават въпроси предимно в тази посока. Едно проучване в Индия изтъква специално този тип телесни оплаквания, които изместват вниманието на лекаря от депресивното разстройство (Andrew и сътр., 2012). Авторите подчертават необходимостта от скрининг за депресивно разстройство при тези пациенти, при които се установява алекситимия (неспособност за споделяне на емоциите).

Честа ситуация е симптомите на депресия да се лекуват като признаци на минало диагностицирано соматично заболяване. На несъзнавано ниво предпочитанията и нагласите на лекаря са за споделяне на „сериозни“ оплаквания. Тези нагласи моделират поведението и на пациента, който негласно е мотивиран да сподели болка (а не дистимия), боджежи (но не и отчаяние), стягания (не ниска самооценка) и др. Пресечната точка между лекаря и пациента стават симптоми като безсъние, потиснат апетит, отслабване на телло, болкови усещания. Именно тук лекарското изкуство изисква пълноценно и ефективно да се оценят депресивните състояния.

От друга страна, споделените необясними соматични оплаквания се приемат най-често като „хистерия“, „хипохондрия“ или „невроза“. В този смисъл нерядко съществува изкушението лекарят да дефинира отсъствие на заболяване (груба грешка!) и да започне да дава „мъдри“

съвети (още по-сериозна грешка).

Скрининговите подходи в диагностиката на депресивните разстройства се развиват в светлината на новата доктрина на медицинското обслужване. В него централна роля заема общопрактикуващият лекар, който диагностицира, координира и провежда диагностично-лечебния процес на своите пациенти.

В практиката се прилагат няколко скринингови инструмента, които дават възможност на ОПЛ бързо да се ориентира за наличието или отсъствието на депресивен епизод при болните. Диагностиката на депресиите позволява своевременно да се приложи лечение, което да осигури бързо възстановяване на здравето и социалното функциониране на индивида. Най-широко се е утвърдила скрининговата диагностика с PHQ-9. Този въпросник е основан върху деветте симптома по ДСН-4 (DSM IV) и в редица проучвания, проведени в различни култури, както и транскултурни, е доказал своята висока надеждност и валидност.

Скринингови въпроси за депресия (отговаря се с ДА или НЕ)

1. През последния месец често ли сте се чувствали тъжен, потиснат или отчаян?
(Дистимия)

Отговорите на този въпрос могат да варират в широки граници:

От: „Ами... не знам...“, „Не мога да кажа дали съм се чувствал така.“ (което не означава отсъствие на симптома!). Тези отговори

изискват допълнително уточняване с учтиво подканяне: „Кажете малко повече за това как се чувствате в последно време“.

През: „Май повечето време ми е криво и гадно, ама това е заради разправииите с мои близки.“, или „Зле ми е, когато има магнитни бури.“. Този модел на отговор също налага допълнително уточняване: „Моля разкажете повече за това“.

До: „Определено съм потиснат и отчаян.“

2. През последния месец често ли сте имали отслабени интерес, удовлетворение или удоволствие от правене на нещо? (**Анхедония**)

Отговорите отново могат да варират в широки граници: „Някои неща не ме радват, но повечето ми доставят удоволствие.“ или „Вече нищо няма значение за мен.“ и също изискват допълнително уточняване.

Тези два въпроса са от решаващо значение за скрининга на потенциалните пациенти с депресия. При положителен отговор на двата въпроса вероятността за поставяне на диагноза депресия след подробен преглед е над 90%.

При положителен отговор дори само на един от двата въпроса трябва да се попълни цялостният въпросник от 9 въпроса и да се оцени наличието или отсъствието на депресивен епизод. Категорична диагностична стойност за депресивен епизод има, когато се получат 5 или повече положителни отговори на въпроси.

Разбор на PHQ-9

Във въпросника са включени 9 въпроса, кои-

то са в основата на диагнозата по ДСН-4 (Диагностичен и статистически наръчник на Американската психиатрична асоциация, DSM IV). Те са представени както следва:

1. Анхедония (слаб интерес или удоволствие от всекидневни дейности)

2. Дистимия (чувство на потиснатост, мъка, тъга или безнадеждност)

3. Диссомния/ Инсомния/ Хиперсомния (проблеми със съня или прекомерен сън)

Лесно ли заспивахте? Често ли се будехте нощем? Будехте ли се много рано сутрин, след което не можехте да заспите отново?

4. Астения/Адинамия (чувство на умора или липса на енергия)

Чувствахте ли се преуморен? Имахте ли достатъчно сили, за да се справяте с всекидневните задачи?

NB! Въпреки че астенията може да се дължи на телесно заболяване, това не е основание да не се приеме като симптом на депресията, особено при наличие на дистимия и/или анхедония.

5. Безапетитие/Повишен апетит

Какъв беше апетитът Ви в последно време? Промени ли се начинът на хранене при вас? Отслабнахте ли на тегло, наддадохте ли на тегло?

6. Мисли за Вина (лошо чувство към себе си или преживяване на пациента, че е неспособен)

Чувствахте ли се в тежест на близките си? Изпитвахте ли вина?

7. Хипопросексия (затруднено концентриране върху задачите, като например четене)

Бяхте ли по-разсеян от обикновено? Можехте

ли да концентрирате вниманието си върху някоя задача?

8. Ретардация (забавени движения или говор)

Най-важно е поведението на пациента по време на прегледа – дали изглежда муген, бавен, има ли удължено време за отговор на въпросите.

9. Мисли за самоубийство (мисли, че животът няма смисъл, или мисъл на пациента да прекрати живота си)

Мислили ли сте, че не си струва да се живее? Мислили ли сте да сложите край на живота си?

За да се постави диагноза, трябва да се удовлетворят следните условия:

- Наличие на поне един от първите два симптома.

- Наличие на поне пет симптома от изброените девет.

- Отсъствие на друго тежко психично или телесно заболяване (напр. състоянието не се дължи на прием на психоактивни вещества).

- Състоянието не е следствие от тежко мозъчно заболяване.

Разпознаването на симптомите на депресивен епизод е главна задача на ОПЛ. В този смисъл поставянето на скрининговите два въпроса е от особено значение за установяване на рисковите пациенти, които трябва да се изследват по-подробно за приемане или отхвърляне на диагностичната хипотеза „депресивен епизод“.

При поставяне на диагноза депресия се изяснява дали пациентът се насочва към психиатър. Това зависи от увереността и опита на ОПЛ, но съществуват и правила за насочване на някои групи пациенти.

Общи правила за психотерапевтичен подход на лекаря при депресивни разстройства
– към психиатър се насочват:

- **Паценти с тежки симптоми**
 - Суицидно поведение/анамнеза за суицидно поведение
 - Тежка депресия
 - Биполярно разстройство
 - Атипична депресия
 - Психотична депресия
- **Паценти с лекарствени взаимодействия**
- **Резистентни паценти.**

Казуси

Казус 1

Пацентка на 32 години след съкращаване от работа преди 3 месеца станала потисната, плачлива, нямала желание да се среща с приятели, трудно се концентрирала, с усилия поддържала домакинството, споделяла с близките си, че нищо не я радва, дори и децата. Отслабнала с около 7 kg в рамките на два месеца. Сънят бил с прекъсвания, събуждала се в ранните сутрешни часове и не можела да заспи. Започнала да се самообвинява и да се чувства в тежест на близките си. Загубила сексуалното си желание, което също я карало да изпитва вина пред съпруга си.

Коя е най-вероятната диагноза? Предложете терапевтичен подход.

Казус 2

Пацентка на 28 г. с тревожно-депресивна симптоматика, консултирана от невролог,

който назначил лечение с анксиолитик и антидепресант. Поради липса на ефект, след две седмици дозата на антидепресанта е повишена двойно над оптималната. Пациентката идва за прегледа, облечена в цветни дрехи, с къса пола и високи обувки, говори високо, сама налага словесен контакт, адистантна е в общуването, споделя, че се чувства прекрасно, „всичко ѝ се получава“, разкрива идеи за повишение, възможности и планове за развитие на собствен бизнес (пациентката е учителка). По данни на съпруга е станала заядлива и конфликтна с близките си.

Несигурни данни за промискуитетно поведение. Коя е най-вероятната диагноза? Предложете терапевтичен подход.

Казус 3

14-годишната Е. е била плахо и оттеглено дете и без особено желание за изява, но с постъпването в училище станала амбициозна, стараела се да е перфектна в училище, но не за да се състезава с другите деца, а заради себе си и защото „така трябва“. Конституционално, приличайки на родителите си, е пухкаво, закръглено дете, но към 8–9 годишна напълняла доста и другите я обиждали със „свинкя“. Към 10-ата си година бързо израснала и от 11-годишна е с мензис. Отношенията въпреки винаги са били напрегнати, а вече откритото коментуване на връзка на баща ѝ извън семейството влошава нещата още повече. Цялата ситуация много я натъжава, тя се опитва да се дистанцира от казвите и разправията и да не взема страна в

споровете между майка си и баща си. Постепенно загубила апетит, сънят ѝ станал неспокоен, започнала да се храни сама в стаята си. Все повече и повече намалявала храненето, започнала да отслабва, но се чувствала добре. Обичала да готви, да прави сладкиши, но обикновено ги оставяла за майка си и баща си, а тя самата се задоволявала с плод или зеленчукова салата. Хляба почти изолирала от диетата си, месото също. Често чувала майка ѝ и баща ѝ взаимно да се обвиняват за това кой е виновен за промяната ѝ и се чувствала виновна за казните им. За около година от 48–49 кг отслабнала до 33 кг. Менструалният ѝ цикъл се нарушил, а след като минали три месеца без изобщо да има мензис, заедно с майка си се консултирала с гинеколог, който ѝ назначил хормонално лечение. След като 2 месеца имала „нещо като мензис“, цикълът ѝ отново се прекратил.

За да поддържа успеха си в училище, започнала да се старее много и полагала доста повече усилия, за да подготви уроците си, което преди това правела с лекота. Класната ѝ поускала среща с родителите и се опитала да ги убеди да потърсят помощ от психиатър за детето си и да изгладят конфликтите въщи, които вече били станали известни в училище.

Психиатърът предлага хоспитализация, но и Е., и майка ѝ са против това и след уговорки, че у дома Е. ще възстанови храненето си, контролирана от майката, отказват постъпването в болница. Две седмици по-късно майката сама настоява Е. да бъде приета за лечение в болницата, въпреки съпротивите ѝ. В болницата

е назначено лечение с антидепресанти, но вместо да се подобри, Е. става напрезната, от време на време е като объркана, все по-сърдита е на майка си, че тя е виновна да е в болница, нееднократно ѝ заявява: „Ти не си ми майка!“. Майката също е недоволна от влошаването на Е. и обвинява лекарите, че я „травят с разни химии“. Казват, че ще потърсят помощ на друго място и при напускането на отделието Е. споделя, че отказва да „участва в този театър“.

Наследствена обремененост с психични заболявания се отрича. По-голям брат на бащата се проследява от психиатър, но бащата обяснява, че той е психично разстроен като резултат от тормоза от страна на доведения им баща над брат му, който бил „непоправимо мързелув“.

Поставете най-вероятна диагноза. Обсъдете диференциално-диагностичните възможности.

Казус 4

Мина е жена на 69 г., пенсионерка, фамилно необременена, родена от 4-та нормално протекла бременност и раждане, имала е добро и щастливо детство. Преди 20 години загубила брат си, преди 8 години – едната си сестра, а преди 2 години и другата. Преди 1 година след дълго боледуване починал съпругът ѝ, с когото имала 48-годишен хармоничен брак. Има 2 деца, които са семейни и с които е в добри взаимоотношения. От 20 години е с диабет. В менопауза от 20 години.

Сама посещава кабинета на ОПЛ и споделя следното: „От около 2 години започнах да из-

питвам тревога и притеснение. След смъртта на съпруга ми тези оплаквания се засилиха, страхувах се, когато се прибирах вкъщи, станах потисната, непрекъснато плачех, не можех да спя. Минавах ми мисли за вина, дори правих планове как да сложа край на живота си. Защо трябва да живея и да страдат децата ми, изтормозих се. Нямам апетит, от 85 kg станах 60 kg. Нямам желание за нищо. Много са добри децата ми и защо трябва да ги срамя и да им подронвам авторитета. Защо трябва да страдат заради мене. Няма никакъв смисъл да живея.“

Обективно – болната се разплаква по време на разговора. Тя е със запазена ауто- и алопсихична ориентация. Липсват разстройства във ВПД – не разкрива сетивни измами. Емоционално е потисната, тревожно-депресивна, с мисли за безперспективност и вина. Споделя суицидни помисли. Волево е хипобулична. Памет и интелект – запазени.

<p>Какви допълнителни въпроси трябва да зададе ОПЛ, за да уточни диагнозата?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В кои часове от деня ви е най-зле: през целия ден, сутрин при събуждане, навечер? 2. Отчитате ли сезонност? 3. Правите ли планове как да сложите край на живота си? 4. Какви са разстройствата на съня ви – сутрин се будите рано, вечер до късно не можете да заспите, изобщо не спите през цялата нощ, сънувате кошмари.
---	--

<p>Какви са Вероятните диагнози при тази болна? (Верни отговори 1, 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Депресивно разстройство, отключено от поредица стресогенни фактори 2. Депресивно разстройство. 3. Депресия при ОМС (диабет) 4. Анорексия нервоза. 5. Посттравматично стресово разстройство.
<p>Какви допълнителни изследвания бихте осъществили? (Верни отговори 1, 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подробен соматичен статус – насоченост към щитовидната жлеза и артериалното налягане. 2. ПКК – с Внимание Върху Ег, Нв, кръвно-захарен профил. 3. Изследване функциите на някои хормони – на щитовидната жлеза, на хипофизата.
<p>Какви консултации се налагат? (Верен отговор 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Изобщо не се налага консултация с друг специалист. 2. Психиатър. 2. Психиатър. 3. Ендокринолог.

Коментар: Обикновено при ендогенните депресии е типично ранното събуждане сутрин към 3-4 часа, утринна потиснатост, планове за самоубийство. Понякога левкозата и желязодефицитната анемия могат да се предшества от депресивна симптоматика. В късната възраст е добре да се проследи артериалното налягане, както и нивата на хормоните на хипофизата и щитовидната жлеза, тъй

като имат отношение към депресивните разстройства. Диагнозата посттравматично стресово разстройство отпада, тъй като са минали повече от 6 месеца от травмата.

Препоръка: Ако ПКК е в норма и болната съобщава, че сутрин се събужда рано, че е по-зле при събуждане и има планове за самоубийство, е необходимо да се насочи към психиатър.

Казус 5

Мария е на 30 г., фамилно необременена, родена от нормално протекли бременност и раждане, отгледана като второ дете в семейство с хармонични взаимоотношения. Няма сериозни проблеми в ранното детско развитие. Завършила педагогика. Работила като детска учителка, а през последните години има семеен бизнес.

Болната сподели: *„От около 4 последователни години през есенно-зимния сезон ставам потисната, нямам желание да се занимавам с нищо, имам разстроен сън и намален апетит, отслабвам с 4-5 kg. Сутрин се залеждавам, не ми се става, имам напрежение и тревога. С много усилия се справям с работата си. През пролетта, дори и без лекарства, се оправям. Най-добре се чувствам през лятото, дори понякога съм малко по-весела и по-жизнена от обичайното. Наближава есента и идвам за съвет какво да правя. Трябва ли да пия хапчета? Това пречи на семейния ми бизнес.“*

Обективно – болната е със запазена ауто- и алопсихична ориентация и съзнание за болест. Волево е хипобулична. Липсват разстройства

във ВПД. Емоционално – тревожно-депресивна, прозират мисли за безперспективност по отношение на семейния бизнес. Когато е в депресия, си мисли, че е по-добре да не се е раждала. Минавали са ѝ суицидни помисли, без да има желание да ги осъществи.

<p>Някои допълнителни въпроси, които ОПЛ трябва да зададе.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кога за първи път е имала подобни прояви? 2. Винаги ли депресивните симптоми се появяват през зимата и отзвучават през пролетта? 3. Случвало ли се е тези симптоми да се появяват през другите сезони на годината? 4. Има ли в рода им болни от депресии?
<p>Какви допълнителни изследвания са необходими? (Верни отговори 1, 4)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ПКК. 2. Хормони на щитовидната жлеза. 3. ЕКГ и ЕЕГ. 4. Скала за изследване на депресия и по-специално скала за изследване на зимните депресии.
<p>Към какъв специалист трябва да се насочи болната? (Верен отговор 3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ендокринолог. 2. Психолог. 3. Психиатър.

Препоръка: при нормални изследвания и липса на депресивни прояви през останалите сезони на годината, както и поради повторемостта

на депресивните прояви в три последователни есенно-зимни сезона, може да се мисли за т. нар. сезонно афективно разстройство (САР) или по-точно за зимна депресия. В този случай на болната може да се обясни, че става дума за зимна депресия, която се дължи на дългите нощи. Те водят до покачване на нивата на мелатонин, който потиска нивата на епинефрин и норепинефрин, в резултат на което се повишават кортизоловите нива. ОПЛ може да посъветва болната да потърси лампа за фототерапия (от 2000 до 8000 лукса светлина), която да се включва сутрин един час преди събуждане и вечер един час след мръкване. По този начин денят се удължава с 2 часа. Препоръчва се да взема от 1 до 5 мг мелатонин вечер преди сън, както и гимнастика сутрин, което покачва нивата на епинефрин и норепинефрин и редуцира депресивните симптоми. Не се налага антидепресивна терапия.

Казус 6

Мъж на 68 г., вдовец от 1 година, пенсионер, който работи като пазач. Имал хармоничен брак, работил като професионален шофьор. Няма вредни навици. Фамилно – дъщеря му и внукът му са със страхова невроза. От около десетина години е с хипертония и приема хипотензивни средства.

Заведен на преглед при ОПЛ от дъщеря си. Тя съобщава, че след смъртта на леля му преди месец започнал да забравя, не си спомнял кое къде е сложил, бъркал името на съседите си, не

се сещал за елементарни работи. Започнал да изпитва напрежение, тревога, усамотявал се, залежавал се в леглото, в почивните дни нищо не подхващал, по цял ден бил с пижамата, нищо не работел, имал запек, на периоди очите му се напълвали със сълзи. Имал желание да общува с хората, но се затруднявал. Продължавал да работи като пазач.

По време на прегледа болният е с тъжен лицеизраз, говори с мъка и се натъжава при съобщаване на инцидента: „Бях на лозето. Когато се върнах и влезнах в стаята, видях леля ми да спи с отворена уста. Помислих си, че спи, ходих при мои близки да свърша една работа и след това се прибрах да видя дали леля ми се е събудила. Пак беше в същото положение и ми мина през ума, че е починала. Затворих вратата и извиках близки. След това нещо стана с мене... После се появи главоболие, безсъние, изпотяване, треперене, изтръпване на ръцете и по главата. Станах потиснат, тревожен, отчаян, плачеше ми се, не ми минаваха мисли за смъртта. Нямах желание за нищо. Имам желание за работа, но не мога да се оправям... Много работи забравям.“ Запитан кога е роден, се затруднява, не може да каже в кой град живее и на коя улица, бърка датата, месеца, деня и сезона. Запитан какво работи, се затруднява да каже думата, обяснява подробно какви са задълженията му и при споменаване на думата „пазач“, казва „да, такъв съм“. Не може да си спомни името на гъщеря си.

<p>Кои са основните синдроми? (верен отговор 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. депресивен/ псевдодементен 2. дементен/ псевдодепресивен 3. астено-вегетативен
<p>Кои са евентуалните диагнози? /диагнозата може да се постави само след допълнителни изследвания и консултации с някои специалисти/</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Депресия, псевдодементен синдром. 2. Посттравматично стресово разстройство. 3. Деменция – псевдодепресивен синдром. 4. Сенилна деменция. 5. ПЗВЧП, псевдодепресивен синдром.
<p>Какви консултации трябва да се направят? (верни отговори 1, 2, 5, 6)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. невролог 2. неврохирург 3. ендокринолог 4. кардиолог 5. психиатър 6. психолог
<p>Какви изследвания са необходими?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. психологично изследване на памет и интелект, очни гъна 2. Vit. B12 3. Скенер

На скенера при болния се открива голям иноперабилен мозъчен тумор. В случая е налице тумор на мозъка с псевдодепресивен дебют.

Казус 7

Елена е 55-годишна жена, щастливо омъжена, фамилно необременена, има две деца (син и дъщеря), които имат успешен брак и проспериращ бизнес. Няма вредни навици, никога не е имала сериозни психологични, психиатрични и соматични проблеми. След като се пенсионира, каза на съпруга си, че няма смисъл повече да живее, тъй като видяла съдбата на децата си. Когато посещава семейния лекар, споделя: *„Докторе, много ми е потиснато, отчаяно, защо да живея повече. Видях си внуците, децата ми се уредиха с жилище и имат добър бизнес. За какво да живея повече, само един ден да се чудят какво да ме правят, когато остаря“.*

Към какъв синдром би се ориентирал ОПЛ?

– депресивен.

Какви изследвания трябва да се направят?

– ПКК, психологични изследвания.

Резултатите от параклиничните изследвания показват висока левкоцитоза.

С какви специалисти трябва да се направят консултации, след като се видят резултатите от параклиничните изследвания? (Верният отговор е 3).

1. Психиатър.
2. Психолог.
3. Хематолог.

ОПЛ я консултира с хематолог и болната по спешност бе хоспитализирана в хематологично отделение заради левкоза. По време на престоя ѝ в отделението бе консултирана от психиатър и психолог за провеждане на ща-

дяща антидепресивна терапия и адекватна психотерапия. Четири години по-късно болната почина.

*Казусите са от практиката на:
проф. д-р Надежда Маджирова д.м.н.;
д-р Петя Терзииванова, д.м.;
доц. д-р Антон Славчев, д.м.*

Част трета Самоубийство

Самоубийството като мултифакторно събитие

Д-р Иво Митрев

*Да бъдеш или не - туй е въпросът.
... Умри, засни - не повече...
О, ето край желан! Умри, засни.
Засни или пък може би - сънувай?
... Кой би търпял, щом може да намери мир
с едно замахване? Кой би желал
да носи това бреме и да страда,
да стене в тоз мъчителен живот?
Но ужасът пред нещо след смъртта -
страната неоткрита, от която
не се е връщал никой пътник още
смуцава волята...*

*Уилям Шекспир
„Хамлет“, III действие, I сцена*

Има един-единствен действително сериозен философски проблем - самоубийството. Да преценим дали си струва, или не да бъде живян животът, означава да отговорим на основния въпрос на философията.

*Албер Камю
„Митът за Сизиф“*

История

В Древна Гърция самоубийството е било престъпление против държавата и на самоубилите се е отказвано погребение на обществени места, а понякога телата им са били осакатявани. В Римската империя самоубийството не е било често и в някои случаи е разглеждано като благородна постъпка сред лидерите и интелектуалците. Плиний Младши (I-II в.) високо ценя единственото предимство на хората пред боговете – да се самоубиват.

Средновековната християнска църква осъжда решително самоубийството. Телата на самоубилите се са били опозорявани чрез осакатяване, отказ за погребение в гробища или поставяне на публични места. Собствеността на самоубилите се е била конфискувана от държавата, с изключение на редките случаи, в които самоубият се е бил признаван за душевноболен.

Ренесансът носи преоценка на въпроса за суицида. Данте Алигиери (1265–1321) следва двоен стандарт: „благородните духове“ (поети, философи) отиват в чистилицето, а непопулярните самоубили се политици са пращани в дълбините на ада. Тъй като образованието се подобрява и хуманитарните интереси се увеличават, много известни от миналото самоубийства се преоценяват като изразяване на философски убеждения. Интелектуалците вече могат да дискутират проблема по-свободно. В средата на XVII век терминът „суицид“ започва да се използва в Европа все по-често. Робърт Бъртън (1577–1640) в „Анатомия на меланхолията“

дава първата модерна интерпретация на самоубийството, предполагайки, че суицидът може да представлява израз на тежка депресия. Освен това наказанията за самоубийство започват да се прилагат все по-рядко строго, тъй като съдиите осъзнават, че осъждането на трупа е ирационално и че едно и също лице не може да бъде разглеждано едновременно като убиец и жертва.

В началото на XIX век Жан-Етиен Ескирол (1772–1840) изтъква мястото на психиатричната болест при суицида: „Самоубийството включва всички белези на душевните болести... Човек отнема живота си, когато е луд, и самоубиецът е луд“. През 70-те и 80-те години на XIX век в Европа са публикувани няколко изследвания върху самоубийството.

През 1897 г. излиза „Самоубийството“ на френския социолог Емил Дюркем (1858–1917). Според него самоубийството възниква, когато хората се чувстват изключени от обществото. Хора, които са добре интегрирани в обществото, по-рядко се самоубиват отколкото маргиналните. Т. е. според тази социологична гледна точка самоубийството е последица от липсата на чувство за идентичност със социалната група. Всяка загуба на социална интеграция независимо дали поради развод, загуба на работа, или скъсване на интерперсонални връзки, увеличава вероятността от самоубийство.

Зигмунд Фройд разглежда самоубийството като агресия, обърната навътре. Така индивидът има желание да убие някого, но агресивните импулси се задържат от суперегото (на базата

на чувството за вина) и посоката им се обръща към самия индивид. Лицето убива себе си като заместител на убийството на първоначално планираната жертва.

През XX век проучванията в областта на самоубийството се разрастват дотолкова, че един автор отбелязва: „вероятно самоубийството е най-непрекъснато проучваното човешко поведение“. Не е особено вероятно това да се промени през XXI век, тъй като суицидът представлява не само все по-осъзнаван обществен здравен проблем, но и предизвиква нашата философска гледна точка за смисъла на съществуването.

Самоубийството

Самоубийството е умишлена себепричинена смърт. Континуумът на суицида се простира от идеи, през суицидни планове до опити за самоубийство и накрая – завършено самоубийство. Към суицидните актове често се причисляват индиректни автодеструктивни поведения като патологичен хазарт, рискови спортове, хронична злоупотреба с алкохол или други субстанции, опасно шофиране, игра на руска рулетка, ексцесивен секс без предпазни мерки, затлъстяване, самоосакатяване и др. При лица, показващи импулсивно, рисково, антисоциално, себепораняващо или търсещо хирургична намеса поведение, обикновено в съчетание с личностово, тревожно или посттравматично разстройство, с алкохолизъм или пристрастеност към дроги, някои автори описват т. нар. „частичен“ или „хроничен“ суицид. Трябва обаче да бъдем

Внимателни в интерпретирането на всяко частично или индиректно автодеструктивно поведение като суицидно.

Проучването на психологичните мотиви показва, че много опити за самоубийство могат да бъдат разбрани по-скоро като „*вик за помощ*“, отколкото като желание да се умре. В тези случаи опитът за самоубийство е по-скоро една своеобразна форма на патологична адаптация, отколкото израз на автодеструктивен порив. Фразата „*вик за помощ*“ се интерпретира по много различни начини от отделните автори.

Съществува една обща тема в различните психологични интерпретации на самоубийството: *суицидът може да се разглежда като последна защита на идентичността и Аза*. Такъв отговор може да възникне от сериозни заплахи за себеуважението и увереността, често предизвикани от загуби и разочарования относно лица, социални групи, професионална ангажираност, в които е било инвестизирано емоционално, поради което тези загуби водят до чувство за първазивна и непоправима увреда на собствената личност.

В съвременната научна психиатрична литература самоубийството се разглежда най-вече като отражение на биологични, психиатрични състояния.

Биологични маркери на суицидното поведение

Суицидното поведение се асоциира с дефицит на трансмисията на серотонин. При лица със суицидно поведение са доказани по-ниски ликворни

концентрации на серотониновия метаболит 5-хидроксииндолацетна киселина, независимо от психиатричната диагноза. Степента на редуция на този метаболит корелира с леталността на суицидния опит. Налице са също данни, че редуцираната допаминова функция, повишената активност на хипоталамо-хипофизно-адреналната ос и ниският общ серумен холестерол са свързани с повишен риск от самоубийство.

Генетични или фамилни фактори допринасят за суицидния риск. Фамилната история за самоубийство се асоциира със суицидно поведение, независимо от психопатологията. Рискът от самоубийство се съотнася и с фамилната психопатология. Съществуват проучвания обаче, според които фамилната история за самоубийство и фамилната психопатология действат независимо като суицидни рискови фактори в общата популация и техният ефект не се дължи на различия в социоекономическия, демографския и психиатричния статус. Фамилната история за психично заболяване изглежда увеличава суицидния риск единствено като увеличава риска за развитие на психиатрично разстройство, докато фамилната история за завършен суицид значимо повишава риска от самоубийство независимо от фамилната психиатрична история и от психичната болест на самото лице.

Рискови фактори за самоубийство

Почти милион души по света загиват годишно от самоубийство. Суициди се извършват във всяка страна по света и сред всички расови и етнически групи. Самоубийства има във всички

групи на популацията, сред млади и стари, сред бедни и богати, прочути и незабележими. Бичът на суицидното поведение засяга много животи и познава малко граници. Въпреки това обаче, статистически погледнато, самоубийството е рядко събитие. Поради това *индивидуалното самоубийство не може да бъде предсказано. Задачата на клинициста не е да „предскаже“ суицида сам по себе си, а по-скоро да разпознае кога пациентът се намира под повишен риск (т.е. оценка на риска); след което трябва да се състави лечебен план, целящ да намали този риск.*

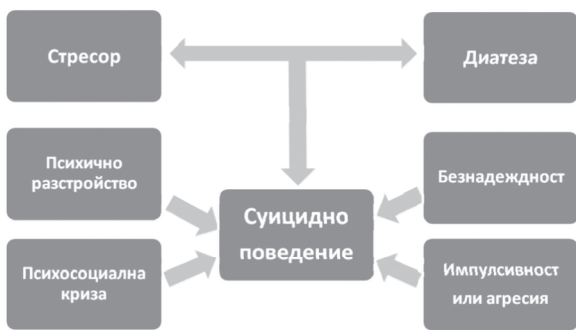
Множество фактори допринасят за суицидното поведение, то никога не е последица от една причина или стресор (фиг. 3.2.).

САМОУБИЙСТВОТО - МУЛТИФАКТОРНО СЪБИТИЕ



Фигура 3.2. Самоубийството като мултифакторно събитие (D. Jacobs 2003)

Най-общоприетият модел за проучване на самоубийството е моделът на рисковите фактори. Ключовата трудност с рисковите фактори за суицид е, че те водят до много фалшиво позитивни предикции. Суицидните рискови фактори могат да бъдат категоризирани като дистални (диатеза) и проксимални (стрес). Връзката между рисковите фактори може да бъде описана в стрес-диатезисния суициден модел, представен на фигура 3.3.



Фигура 3.3. Стрес-диатезисен модел (К. Hawton & К. van Heeringen 2009)

Острите психосоциални кризи и психичните разстройства са обикновено проксималните стресори, водещи до суицидно поведение, докато безнадеждността и агресията или импулсивността са компоненти на диатезата. Фамилни или генетични и други фактори повлияват диатезата за суицидно поведение.

Някои добре установени демографски и биопсихосоциални суицидни рискови фактори са:

1. Психични разстройства

Наличието на психично разстройство е суициден рисков фактор номер едно. Около 90–95% от самоубилите се имат психично разстройство. При завършеното самоубийство преобладават сериозни психични разстройства. В таблица 3.4. са представени резултатите от проучване на Световната здравна организация.

Диагноза	%
Афективни разстройства	35,8
Разстройства, свързани с психоактивни вещества	22,4
Шизофрения	10,6
Личностови разстройства	11,6
Тревожни/соматоформни разстройства	6,1
Адапционни разстройства	3,6
Друга диагноза по ос I	6,4
Без диагноза	3,2
Общо	100,0

Таблица 3.4. Самоубийство и психични разстройства: разпределение на диагнозите при проучване върху общата популация в световен мащаб (по J. M. Bertolote & A. Fleischmann 2002)

Афективни разстройства. Изглежда, че суицидният риск е по-висок при биполярното разстройство, отколкото при рекурентното депресивно разстройство. Освен при депресивен

епизод, висок риск от самоубийство съществува и при смесените състояния. Суицидният опит и завършеният суицид при афективни разстройства са много сходни. Поради това клиницистите не трябва да се поддават на изкушението да разграничават прекалено суицида и суицидният опит върху основата на „преднамереност“.

Напоследък се натрупаха данни, подкрепящи тезата, че депресията може да се разглежда като общ краен път на суицида – общото при повечето самоубийства е депресивното състояние, дори при „неафективни“ разстройства като шизофрения, алкохолизъм, епилепсия, соматични заболявания.

Зависимости. Алкохолиците, които се самоубиват, обикновено правят това след доста години на зависимост. Зависимите към алкохол, проявяващи суицидно поведение, са най-често пиещи (употребяващи и в момента). Суицидният риск при неупотребяващите е много редуциран. Употребяващите зависими от алкохол са относително недостъпни за лекуващите лекари за целите на суицидната превенция. Алкохолът увеличава мозъчния серотонин краткотрайно и суицидните алкохолици облекчават симптомите чрез употреба на алкохол. Етиловият алкохол обаче е депресант и изчерпва серотонина задълго. Консумацията на алкохол също снижава контрола върху импулсите и с времето често води до интерперсонални загуби и намалена социална поддръжка, което може да бъде предиспозиция за самоубийство. Коморбидността играе важна роля, поставяйки зависимите към алкохол с комор-

бидна депресия под особено висок суициден риск.

Суицидната честота при зависимите към хероин е 20 пъти по-висока в сравнение с общата популация. Наличието на летално количество от дрогата, венозното приложение, коморбидното антисоциално личностово разстройство, хаотичният стил на живот и импулсивността са някои от факторите, които предразполагат зависимите към суицидно поведение особено когато те са дисфорични, депресивни или интоксикирани.

Шизофрения. Столетие назад Ойген Блойлер описва суицидността при шизофрения като най-сериозния шизофренен симптом. Шизофренните пациенти, които се самоубиват, са предимно млади, с добро преморбидно функциониране и високи себеочаквания. Страдайки от рекурентна болест с многобройни релапси, те откриват, че не са способни нито да достигнат очакваните постижения, нито да се откажат от тях и да приемат ограниченията и инвалидността, наложена от психичната болест. Т. е. самоубийството при шизофрениболните се извършва най-вече поради нормални психологично разбираеми депресивни мотиви. Други клинични белези, които увеличават суицидния риск при шизофрения, включват предишни опити за самоубийство, тежки психотични симптоми (особено халюцинации и мисловни вмъквания), лошо съдействие на лечението, хоспитализация, висока преморбидна интелигентност, ранни стадии на болестта, значими скорошни житейски стресори, лоша социална поддръжка. Пара-

ноидната шизофрения се асоциира с повишен суициден риск, докато шизофренията с изразена негативна симптоматика е свързана с редуциран риск от самоубийство – социалното и емоционалното оттегляне парира появата на суицидност.

Разстройства на личността. Конвенционалното знание често свежда суицидния риск при пациентите с личностови разстройства до суицидни жестове и себепораняващо поведение без истински летални намерения. Според понови обширни проучвания върху самоубили се обаче рискът от завършено самоубийство при личностовите разстройства е 7 пъти над очаквания. По-специално двете личностови разстройства, най-често асоциирани със завършен суицид, са граничното личностово разстройство и антисоциалното личностово разстройство.

Граничното личностово разстройство най-често се свързва в литературата с повишен суициден риск. Един от десет пациенти с това разстройство завършва живота си със самоубийство. Що се отнася до опитите за самоубийство, хроничното суицидно поведение при пациенти с гранично личностово разстройство може най-добре да бъде разбрано като начин за комуникиране на дистреса.

2. Предшестващи опити за самоубийство

Около половината от самоубилите се са правили опит(и) за самоубийство преди това, а около 10% от извършилите суициден опит се самоубиват по-късно. Познатите опити за

самоубийство обаче са десетки пъти повече от завършените самоубийства. Хората, извършващи самоубийство, обикновено контрастират с лицата с нефатален опит за самоубийство. Всъщност този, който прави опит за самоубийство, и този, който се самоубива, представят различни популации, които се застъпват в някаква степен. Повечето от лицата с „опити за самоубийство“ в действителност нито са искали, нито са очаквали да умрат. В повечето случаи мотивите са бягство от нетърпима ситуация, „Вик за помощ“ или „Вик от болка“, себенаказание, манипулация на околните или просто импулсивен акт с минимално планиране. Т. е. става дума за маладаптивно поведение, механизъм за справяне с цел облекчаване на емоционалната болка.

Един важен фактор е въпросът за „леталните намерения“ като изискване за приложението на термина „суициден опит“. Някои автори поддържат гледната точка, че е трудно, ако не и невъзможно да бъдат оценени леталните намерения. Намерението е по-трудно да се измери, отколкото наблюдаваното поведение. Поради това напоследък в опит за по-неутрална терминология в страните от Общността на нациите (бившата Британска общност) се налага терминът „себеувреждане“ (self-harm), който включва *Всички Всички нефатално завършили епизоди независимо от намеренията*. Себеувреждането в тези страни се дефинира като „акт на умишлено себенараняване или самоотравяне независимо от намеренията“. Въпреки че самоубийството може да не е цел

на себеувреждането, суицидният риск при индивидите, извършили себеувреждане, е повишен до степен, че при 40-60% от завършените самоубийства се открива предшестващо себеувреждане.

3. Негативни житейски събития

Неблагоприятни житейски събития, като интерперсонални загуби или конфликти, могат да бъдат преципитатори на суицидно поведение.

4. Соматични заболявания

Най-висок суициден риск съществува при пациенти, претърпели скоро хирургична интервенция, с упорита болка, с хронични, протрахирани, нелечими, стигматизиращи и терминални болести.

5. Периодът след изписване от психиатрична болница

Суицидният риск е много висок през първите 5 дни след изписването и остава висок един месец след напускането на психиатричната болница.

6. Семейен статус

Най-висок риск от самоубийство има при разведени и овдовели. Най-нисък е рискът при семейните с деца.

7. Религия

Религиозната вяра, свързана с християнството и исляма, е протективен фактор, а липсата ѝ е свързана с повишен суициден риск.

„Човек е измислил Бог само за да не се самоубие. Това е накратко световната история до този момент.“ (Кирилов от „Бесове“ на Ф. Достоевски)

„Религията редуцира страха пред опасностите и превратностите на живота и създава увереност за добър край.“ (З. Фройд)

„Потребността да се открие смисъл на живота е един от главните фактори за развитието на религията.“ (К. Юнг)

„Религиозната Вера е по същество Вера в свръхсмисъл.“ (В. Франкъл)

Съгласно съвременната суицидология религията има ролята да подхранва надеждата и да дава на хората смисъл и подтик да продължават да се борят за своето колективно и индивидуално просъществуване.

8. Възраст

Младите правят повече опити за самоубийство, възрастните се самоубиват по-често. Опитът за самоубийство при възрастен над 65 години трябва да бъде приеман сериозно, по-скоро като незавършено самоубийство, отколкото като манипулативен акт или вик за помощ.

9. Пол

Мъжете се самоубиват около 2–3 пъти по-често, отколкото жените; жените правят около 3 пъти по-често опити за самоубийство. Суицидните рискови фактори при мъже могат да бъдат сигнификантно различни от тези при жени.

10. Селски райони

Селските райони често са обявявани за изо-

лирана аномична среда с висока суицидна честота. Затрудненият достъп до помощ и лечение вероятно обаче играе по-важна роля, отколкото общата социална изолация.

11. Безработица

Връзката между суицидното поведение и трудовата заетост е непоследователна. По-голямата част от зависимостта не е причинна, а отразява общи фактори като например психично разстройство, което допринася едновременно и за безработица, и за суицидно поведение.

12. Преселници

Хората, които мигрират, са лишени от стабилна социална подкрепа, наличието на която може да намали общия суициден потенциал.

13. Опечалените

Хората, които са преживели смъртта на близки, особено от самоубийство, са по-раними спрямо суицидни импулси, най-вече по време на годишнините от смъртта. Важно е да се прецени кога опечалеността се е превърнала в част от депресивно разстройство. Скръбта обикновено е фокусирана върху загубения обект, докато клиничната депресия има симптоми, които са центрирани върху собствената личност с чувство за вина.

14. Подражание

Самоубийството, въпреки че е извънредно лично решение, може да бъде повлияно от подражание. Художествената литература съдържа много примери на самоубийство поради романтични причини или подражание. Известен пример е героят на Гьоте – Вертер, който се самоубива, след като е отхвърлен от

любимата си. Измислената смърт на героя се последва чрез подражание от много млади хора в реалния живот, което води дори до термина „Ефект на Вертер“ (т. е. самоубийство поради романтична имитация). В нашето съвремие самоубийствата чрез подражание са повлияни от разпространението на информация чрез масовите медии. Съобщаването на суицидно поведение от страна на медиите обикновено е сензационно, отделя се много място на самоубийствата на знаменитости, на самоубийствата с необичайни или насилствени методи и самоубийствата на млади хора. Вероятно идентификацията с жертвата по възраст, пол и място е ключовият фактор при суицидното подражание.

15. Огнестрелно оръжие

Притежанието на огнестрелно оръжие е независим суициден рисков фактор дори след контролиране за психично заболяване.

16. Тютюнопушене

По литературни данни текущото тютюнопушене е силно свързано със суицидното поведение. Връзката между суициден риск и тютюнопушене изглежда е дозозависима, като е възможен подлежащ биологичен механизъм, но депресия или злоупотреба/зависимост към субстанции могат да смущават тази връзка.

17. Импулсивност

Импулсивността като личностова черта предполага повишен суициден риск. Импулсивността има аспекти и на черта, и на състояние: като черта (личностова особеност) е свързана с хроничния суициден риск, а повишената импулсивност като състояние е свързана

с острия риск от самоубийство. Важно е да се прави разграничение между суициден акт, който може да бъде импулсивен (или не), и индивид, който може да бъде импулсивен или не. Въпреки че вероятно хората, опитващи суицид, са по-импулсивни от хората, които не правят суицидни опити, действителният акт на самоубийство често не се извършва импулсивно.

18. Агресия

Самоубийството споделя рисков фактори с други типове на насочено към себе си и интерперсонално насилие. Може би съществува отделна субгрупа от суицидни индивиди, които не следват пътя депресия-безнадеждност към суицидното поведение. Например чертата агресивност/импулсивност е дискутирана като обещаващ ендотип за самоубийство (фиг. 3.4.).



Фигура 3.4. Два ендотипа суицидно поведение (по J. J. Mann et al. 2009)

19. Безнадежност

Създателят на концепта за безнадежността Аарън Бек дефинира понятието като „система от негативни очаквания относно самия себе си и собственото бъдеще“. Чувството на безнадежност корелира с повишен суициден риск сред различни психиатрични диагностични категории. Състоянието на безнадежност е по-добър суициден предиктор от депресията. Когато се измерва безнадежността, депресията не успява да предскаже независимо суицида; депресията и безнадежността често вървят заедно, но безнадежността, а не депресията води до самоубийство.

Във връзка с концепта за безнадежност, въведен от Бек, трябва да се подчертае, че при преценка на суицидния риск вътрешното състояние на индивида е по-важно от външните обстоятелства (като напр. психотравматични ситуации).

Клиничната преценка относно суицидността при отделен индивид в определено време очевидно надхвърля разкриването на наличието или липсата на специфични суицидни рискови фактори. Въпреки това осведомеността на лекаря за тези фактори може да подтиква по-нататъшното изследване и бдителност сред пациентите от дефинираните високорискови групи.

Митове и факти за самоубийството (American Foundation for Suicide Prevention)

Мит: Хората, които говорят за самоубийство, не се самоубиват.

Факт: Много самоубили се са съобщавали за намеренията си на роднини и приятели. Винаги приемайте сериозно всеки коментар относно самоубийството.

Мит: Самоубийството се случва без предупреждение.

Факт: Повечето суицидни хора дават множество предупредителни знаци относно суицидните си намерения.

Мит: Хората, които са суицидни, имат категорично намерение да умрат.

Факт: Повечето суицидни не са решили дали да живеят, или да умрат (това се нарича суицидна амбивалентност). Част от тях искат да живеят; смъртта обаче им изглежда като единствения начин да избегнат болката и страданието. Те може да си „изграт на хазарт“ със смъртта, оставяйки на другите да ги спасяват.

Мит: Мъжете са по-суицидни от жените.

Факт: Мъжете се самоубиват по-често от жените. Жените обаче правят повече опити за самоубийство.

Мит: Питането на депресивен пациент за суицидни мисли ще го насърчи да се самоубие.

Факт: Проучванията показват, че депресивните пациенти имат такива идеи и разговорът за тях не повишава суицидния риск.

Мит: Подобрението след опит за самоубийство показва, че суициден риск вече не същест-

Вува.

Факт: Повечето самоубийства се извършват в рамките на дни или седмици на „подобрене“, когато пациентът вече има енергията и мотивацията да осъществи суицидните си идеи.

Мит: Страданието и срамът след извършен суициден опит предпазват лицето от нов опит за самоубийство.

Факт: Най-честото психично разстройство, което завършва със самоубийство – депресията, е рекурентно заболяване. Суицидният риск се повишава всеки път, когато пациентът навлезе в депресия.

Мит: Понякога негативно събитие може да тласне човек към самоубийство.

Факт: В големия брой случаи самоубийството е резултат от сериозно психично разстройство, а не просто от единично събитие.

Превенция и лечение на суицидни пациенти

Д-р Иво Митрев

Лицата с психични разстройства са с повишен риск от самоубийство. Най-общо казано, рискът е висок, когато индивидът страда от психиатрично разстройство. Рискът е нисък, когато психиатричното разстройство е лекувано и болестта е в ремисия. Различни клинични интервенции могат да намалят суицидната идеация или опити: редуциране на импулсивността, гнева и насочената навътре агресивност; подобряване на съгласието за лечението; редуциране на клиничните симптоми, свързани със суицидния риск (напр. възвръщане на болестта); лечение на коморбидните разстройства; уреждане на поддръжка от общността и продължаване на грижите след изписване; обучение на лекарите относно разпознаване на депресията и оценяване на суицидния риск. Усилията за превенция трябва да бъдат фокусирани върху плануваните суицидни опити поради внезапното начало и непредсказуемостта на неплануваните.

Питането за мисли и планове за самоубийство не преципитира суицидни актове! Точно обратното – много пациенти съобщават за редукция на чувството на тревожност и вина след едно подобно обсъждане. Винаги, когато съществува съмнение, трябва да се пита за суицидни мисли и планове и при наличието им да се взимат мерки. Повечето самоубили се са съобщили суицидни намерения преди суицидния

акт, т.е. в някакъв момент са имали желание да бъдат спасени.

Кой трябва да бъде скриниран за суициден риск

- Всеки пациент с психично разстройство или злоупотреба/зависимост към субстанции. Най-висок риск от завършен суицид съществува при:
 - депресия
 - биполлярно разстройство
 - злоупотреба/зависимост към алкохол/наркотици
 - шизофрения
 - гранично личностово разстройство
- Всеки клиент, изпитващ:
 - тъга
 - скорошна загуба
 - безнадеждност
 - резки промени на настроението
 - гняв и раздразнителност с импулсивност

Интервю със суицидния пациент

В подходяща обстановка на лицето трябва да бъде предоставена възможност да изложи пълно историята. Предизвикателни или директни въпроси, които могат да бъдат интерпретирани като критични, рядко помагат. По-скоро коментари като „изглежда много неща са се струпали върху главата ти“ или „трябва да си бил доста объркан“ позволяват на лицето да говори за проблемите и трудностите си; от полза са и отворени коментари, като: „можеш ли да ми разкажеш повече за това?“. Лекарят трябва да изслушва със съчувствие и симпатия, трябва да бъде готов да чуе често амбивалентно изразяваните

призиви за помощ на суицидния пациент, да чуе за неговото отчаяние, безнадеждност или самота. На суицидния пациент най-много ще помогне някой, който го изслушва, опитва се да го разбере и го подкрепя, т. е. стои до него. Някои пациенти могат да останат резистентни, но чрез наблягане на това, че е важно да се разбере какво става и чрез употребата на тишина, изразяваща желание за изслушване, повечето се отзовават и разбирателството се постига.

Съветите малко помагат. Често да се дават съвети означава: „Ако не следваш разумните ми съвети, ще съм разочарован от теб“. Суицидните се нуждаят на първо място от разбиране, с което да бъдат приети, а не от интервенция със собственическо отношение спрямо тях.

Затова **лекарят не трябва да се опитва да отхвърли суицидните мисли, а да задава Въпроси** – откога пациентът има такива мисли, изпадал ли е и преди в такива състояния, на кого е разказвал за проблема си, как реагират близките. Уместно е лекарят да покаже, че разбира ситуацията: „Радвам се, че открито ми казахте за всичко това. Виждам, че действително не се чувствате добре“. Първият контакт с лице със суицидни мисли и/или действия е особено важен, но често става в обстановка, която не е идеалната – шумен кабинет, дома на лицето, по тел.а. Това може да създаде трудности с поверителността. Суицидните пациенти често наскоро са изпитали отхвърляне и може да е нужна значителна вещина и търпение, за да се установи разбирателство.

Околните обикновено не искат или не могат да разберат суицидния. Близките често се

опитват да го убедят, че положението му не е толкова лошо: „Все пак нещата не са чак толкова зле – горе главата!“. Такива изказвания обикновено изобщо не помагат, а обратно, могат да накарат суицидния пациент да се чувства още по-изгубен, самотен и неразбран.

По-директни въпроси могат да бъдат нужни за изясняване на степента на суицидните намерения. Суицидните мисли и поведение обикновено се въртят около интерперсонални отношения и трябва да бъде търсена ролята на значим за лицето човек. Това може да изисква системно питане за връзките с членове на семейството и приятели. Суицидните намерения трябва да бъдат оценявани на базата на степента на планиране, познанията за леталността на планирания суициден акт, степента на изолация на лицето, а също и чрез отворени въпроси, които позволяват на суицидния пациент да изрази чувствата си по начин, който не може да бъде осигурен от директни въпроси (като например: „Наистина ли искаш да се самоубиеш?“), невзимащи предвид почти винаги наличните в такива случаи амбивалентни чувства.

Малоценността, изпитвана от пациентите с депресия, често води до несъобщаване на симптоми при среща с лекаря. В момент на суицидна криза хората се чувстват безсилни и смятат, че няма изход от ситуацията; те не могат да говорят открито за своите мисли и чувства. Суицидните лица ще бъдат благодарни, ако терапевтът се опита да разбере ситуацията им и при това ги пита за мисли за самоубийство. Същевременно суицидните пациенти често са амбивалентни спрямо смъртта и може да не са съвсем наясно с това защо се опитват да се

самоубият. Тази амбивалентност трябва да им бъде изтъкната, трябва да им бъдат посочени доказателства за тяхното желание за живот.

Интервю – суицидна идеация

- Как да разберем дали някой е суициден? – Като просто го попитаме, казва експертът. (N. L. Farberow)
- Питането за суицидни мисли и планове не преципитира суицидни актове и не разстройва пациента. Обратно, повечето пациенти са амбивалентни относно акта и чувстват облекчение, ако лекарят се интересува и могат да разкажат за суицидните си намерения.
- Нито един пациент няма да извърши самоубийство, защото е питан за суицидни мисли, но доста пациенти може би ще извършат суицид, ако не бъдат питани за такива.
- Интервюиращият не трябва да се опитва да убеди пациента да отхвърли суицидните мисли, а да задава въпроси:
 „Какво е твое отношение към живота и смъртта?“
 „Понякога, когато хората са тъжни или имат проблеми, мислят за самоубийство. Мислили ли сте някога за самоубийство?“
 „Колко често?“
 „Кога?“

И така, наличието на суицидни мисли сигнализира за повишен суициден риск; ако освен мисли пациентът има и план как да се самоубие, това означава, че рискът е още по-висок.

Интервю – суицидно планиране

- Има ли пациентът план как да извърши самоубийство?
- Колко детайлизиран е този план?

- Мислил ли е пациентът за място и време за извършване на акта?
- Правени ли са специални приготовления, за да проработи плана?
- Колко опасен е планираният метод за самоубийство?
- Може ли с избрания метод суицидният акт, веднъж започнат, да бъде спрян?
- Колко достъпни са способите за самоубийство? Има ли пациентът огнестрелно оръжие, нож, медикаменти и пр.?
- Колко изолиран е пациентът? Има ли наоколо други хора, които могат да бъдат потенциални спасители?

Кога да бъде хоспитализиран пациент поради суициден риск

Решението да бъде хоспитализиран пациент с непосредствен риск от самоубийство, изисква грижливо изследване на рисковите фактори, включително социодемографски, психиатрични, общи медицински. Ключовите въпроси, отнасящи се до непосредствения суициден риск, са: намерение и способ, тежест на психиатричната болест, наличие на психоза или безнадеждност, липса на личностови ресурси, късна възраст при мъже. Пациент, който е взел окончателно решение да се самоубие, вероятно ще надделее и над най-добрите медицински усилия. Пациенти обаче, които в един момент са грозящо суицидни, могат да се чувстват доста различно в друг момент по-късно. Самоубийството е често въпрос само на минути или часове. Пациентът може да бъде „безопасен“ само часове след сериозен опит за самоубийство. В табл. 3.5. са представени съображения кога да бъде хоспитализиран пациент поради суициден риск.

Сериозно да се обмисли хоспитализация	Може да се обмисли амбулаторно справяне
Предишни опити с висока леталност	Няма история на потенциално летални суицидни опити
Добре обмислен план	Липса на план/ намерения; кооперативен член на семейството или друг възрастен
Достъп до летални способности	Премахване или липса на летални способности
Необщителност	Общителност
Скорошна голяма загуба	Наличие на интензивна амбулаторна грижа
Социална изолация	Добра социална поддръжка
Безнадеждност	Надежда
История на импулсивно високорисково поведение	
Злоупотреба със субстанции или зависимост	
Нелекувано разстройство на настроението, психотично или личностово разстройство	

Таблица 3.5. Съображения за хоспитализация на суициден пациент (по L. M. Nicholas & R. N. Golden 2001)

В болнични условия се назначава наблюдение на пациента и се минимизират деструктивните възможности. Важно е проследяването след изписване, тъй като пациентите са под повишен суициден риск и след изписването. Хоспитализацията е с недоказана ефикасност за превенция на суицид при пациентите с гранично личностово разстройство и може понякога да има негативен ефект. Страхът на лекаря от възможни юридически последици при самоубийство не трябва да бъде база за решение за хоспитализация.

Медикаменти и самоубийство

Антидепресантите са основната терапия на суицидни пациенти с депресия. Данните за ефекта на антидепресантите върху суицидната честота са много противоречиви. Все пак повечето експерти съветват да се придържаме към здравия разум и смятат, че повишен суициден риск съществува при нелекувана депресия, а когато депресията се лекува с антидепресанти, рискът е по-нисък. Трябва да се избягват антидепресанти дори при подпразови симптоми на мания/хипомания, налични в контекста на депресивно състояние. Приложението на антидепресанти може силно да влоши състоянието на пациентите в смесено състояние и да увеличи суицидния риск.

Антипсихотиците могат да причинят акатизия, която е свързана с повишен риск от самоубийство.

Електроконвулсивната терапия е ефикасна при депресия с тежка суицидност и липса на

ефект от антидепресанти. Съществуват доказателства за краткосрочна, но не и дългосрочна суицидна редуция.

Докато напоследък терапията с други стабилизатори на настроението (антиконвулсанти) се свързва с повишен суициден риск, множество проучвания сочат, че литият може да бъде особено ефикасен в редуцирането на риска от самоубийство при пациенти с биполарно разстройство (табл. 3.6.). За съжаление, от доста години този медикамент липсва в България. Антисуицидното действие на лития изглежда е допълнително и различно от способността му да „удържа“ подлежащото психиатрично разстройство.

	Обща популация	Биполарно разстройство без литий	Биполарно разстройство, лекувано с литий
Суицидни опити	0,525	3,63	1,08
Суициди	0,015	1,30	0,155
Суицидни актове общо	0,530	4,93	1,24
Съотношение опити/суициди	35,0	2,79	6,97

Таблица 3.4. Суициден риск: биполарни пациенти, лекувани или нелекувани с литий, срещу

общата популация – честоти (%/година) (R. J. Baldessarini, M. Pompili, L. Tondo 2006)

Антисуицидно действие (вероятно също специфично) при шизофреноболни има антипсихотикът Clozapine.

Психотерапия

Несочаква/изисква от общо практикуващите лекари да осъществяват психотерапия. Съвсем накратко по-долу са споменати някои основни положения.

- Ключов елемент, независимо от теоретичната основа, е позитивната и подкрепяща терапевтична връзка.
- Прицелни пунктове:
 - отричане на симптомите
 - липса на критичност
- Справяне с високорисковите симптоми:
 - безнадеждност
 - тревожност
- Ефективно лечение на високорисковите диагнози:
 - депресия
 - личностови разстройства

Близките/скърбящите

В случай на самоубийство реакциите на близките варират от тъга и вина до безсилие и гняв. Хуманно и подходящо е лекарят да изрази съболезнованията си на членовете на семейството. Изявления пред близките, които могат да провокират вина или подозрения в недостатъчно адекватно лечение, трябва да се избягват.

Самоубийствата често оставят значителен брой скърбящи, които могат да се поддържат един друг, като споделят чувствата си. Те също биха имали полза от разглеждане на техните реакции от доверен лекар, познавал жертвата на суицида. В САЩ и Европа съществуват организации за самопомощ на близки на самоубили се.

Литература

- Наков В. Епидемиологично проучване на опитите за самоубийства в Република България (дисертационен труд). Национален център по обществено здраве и анализи. София, 2015.
- Наков В., Дончев Т. Самоубийствата в България 2009-2013. София: Кронос, 2015.
- Наков В., Татъзов Т., Дончев, Т. Способи за самоубийствата в България, статистически райони за периода 2009-2013 г. GPNews, 2014, 11, 10-11.
- Цафаров К. Самоубийствата в България. Клинико-епидемиологичен анализ (дисертационен труд). Катедра по психиатрия, Медицинска академия, София, 1981.
- Allen MH. Emergencypsychiatry. Washington, London: AmericanPsychiatricPublishing, Inc., 2002.
- Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar Disord. 2006; 8(5 Pt 2): 625-639.
- Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5 year follow-up. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2003; 37: 595-599.
- Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry.

2002; 1(3): 181-185.

Bradsky BS & Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 2008; 31(2), 223-235.

Brown, G.K., Henriques, G.R., Sosdjan, D., & Beck, A.T. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72, 1170-1174.

Durkheim E. *Suicide: A Study in Sociology*. New York: Free Press, 1951.

Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66: 477-493.

Goldney RD. A global view of suicidal behaviour.

Emergency Medicine, 2002; 14: 24-34.

Gould MS, Greenberg I, Velting DM, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003; 42, 386-405.

Harris CE & Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, 205-328.

Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*, 2009; 373(9672):1372-1381.

Horton L. Social, cultural and demographic factors in suicide. In R.I. Simon & R.E. Hales (Eds.) *Textbook of Suicide Assessment and Management*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2006, 107-137.

Hughes DH. Can the clinician predict suicide? *Psychiatry Serv* 1995; 46(5): 449-451

Jacobs D. *Suicide Assessment*. University of Michigan Depression Center. Colloquium Series. December 19, 2003.

- Kay J, Tasman A. *Essentials of Psychiatry*. John Wiley & Sons, Chichester, 2006.
- Kumar U, Mandal MK. *Suicidal behavior: assessment of people at risk*. SAGE Publications, London, 2010.
- Linelman MM, Rizvi SL, Welch SS, et al. Psychiatric aspects of suicidal behavior: personality disorders. In K. Hawton & K. Van Heeringen (Eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: Wiley, 2000, 147-178.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*. 2002; 159 (6): 909-16.
- Mann JJ. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136:302-311.
- Mann JJ et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*, 2009; 65(7):556-63.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189.
- Mathers CD & Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006; 3(11), e. 442.
- Moscicki EK. Epidemiology of Suicide. In: D.G. Jacob (Ed.) *Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1999, 40-51.
- Murray RM, Kendler SK, McGuffin P, Wessely S, Castle DJ. *Essential Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge, 2008.
- Nicholas LM, Golden RN. Managing the suicidal patient. *Clin Cornerstone* 2001; 3(3):47-54.
- Nock MK, Borges G, Ono Y. Introduction: global perspectives on suicidal behavior. In M.K. Nock, G. Borges

- & Ono Y (Eds.). *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press, 2012, 1-4.
- Owens D, Horrocks J, & House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2002; 181, 193-199.
- Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1998; 173 (6): 462-74.
- Rudd M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. Warning signs for suicide: Theory, research and clinical applications. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2006; 36, 255-62.
- Ruiz P. Global epidemiology of suicide. In S.H. Koslow, P. Ruiz & C. Nemeroff (Eds.). *A Concise Guide to Understanding Suicide – Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2014, 13-16.
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Ninth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007.
- Simon RI, Hales RE. *Textbook of Suicide Assessment and Management*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2006.
- Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366:1471-1483.
- Stein DJ, Chiu WT, Hwang I, et al. Traumatic events and suicidal behavior. In M.K. Nock, G. Borges & Ono Y (Eds.). *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press, 2012, 131-147.
- US Public Health Service. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD:

UD Department of and Human Services, US Public Health Service, 2001.

World Health Organization. Data and Statistics: Causes of Death. World Health Organization, 2009.

World Health Organization. Suicide rates data by country. 2012. Available online at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>.

World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, 2014.

Практическа оценка на суицидния риск

Доц. д-р Петър Маринов, д.м.

Оценката на суицидния риск е изключително отговорна и същевременно нелека задача. Според проучванията около 80% от извършилите самоубийство са посетили лекар през последната година преди суицидния акт (Pirkis, Burgess 1998), като повече от половината от тях – през последния месец (Luoma, Martin, Pearson 2002). Понякога те търсят помощ при психиатър, но по-често се обръщат към личния лекар или към психолог. Обективната преценка на ситуацията, разпознаването на суицидния потенциал и оказването на адекватна помощ изисква от специалистите, работещи с рискови пациенти, отлично познаване на сигналите, предвещаващи опасност, рисковите фактори за развитие на суицидно поведение и мерките за превенция на самоубийството.

Около една трета от хората, които са имали суицидни идеи в някакъв момент от живота си, стигат до правенето на план за самоубийство, а повече от две трети от планиралите достигат до опит. 60% от планираните опити, както и 90% от импулсивните са в рамките на първата година от появяването на суицидната идеация (Kessler 1999). Тези констатации показват важността на изследването на суицидната идеация и нейната роля в иницирането и развитието на суицидния процес.

Кои са тревожните сигнали и защо са Важни?

Някои сигнали се свързват с острата поява на суицидно поведение (в рамките на часове до няколко дни). Те следва да предупреждават специалиста за наличието на сериозен и непосредствен риск, особено при наличие и на други рискови фактори при същите пациенти (Rudd et al 2006). Три от тях се свързват с най-голяма вероятност за краткосрочна поява на суицидно поведение и изискват незабавно внимание, оценка и предприемане на конкретни мерки, включително обмисляне на хоспитализация.

Трите най-важни тревожни сигнала са:

- заплаха за самонараняване или самоубийство
- търсене на начини за самоубийство, опити за снабдяване с лекарства, оръжие или други средства
- разговори за смъртта или самоубийството, писане по същите теми.

Останалата част от предупредителните знаци трябва да заостри вниманието на специалиста. Оценката на психичното здраве трябва да се проведе в най-близко бъдеще и незабавно да бъдат предприети предпазни мерки, за да се гарантира безопасността, стабилността и сигурността на индивида. Те често представляват предвестници на суицидни действия.

- Чувство за безнадеждност.
- Ярост, гняв, отмъстителност.
- Безразсъдни и рискови действия, сякаш „без да мисли“.
- Чувство за безизходица.

- Увеличена употреба на алкохол или наркотици.
- Оттегляне от приятелите, семейството или обществото.
- Безпокойство, тревожност, безсъние или хиперсомния.
- Резки и драматични промени в настроението.
- Необичайно поведение, като писане на завещание, уреждане на финансови задължения, сбогуване с близките, предсмъртно писмо и т.н.

Във всички случаи, в които възникнат съмнения за повишен суициден риск, е необходимо да се пристъпи към неговата оценка.

Рискови и протективни фактори

Факторите, които могат да увеличат риска, и факторите, които могат да намалят риска, са тези, за които е установено, че са статистически свързани с наличието или отсъствието на суицидно поведение. Те не показват непосредствена опасност и нямат строга причинно-следствена връзка, а по-скоро служат като насоки за клинициста да оцени относителния риск от суицидно поведение в контекста на настоящата клинична картина и психо-социална обстановка. Отделните хора се различават по степенята, в която рисковите и защитните фактори влияят на склонността им за суицидно поведение. За всеки един индивид значението на всеки конкретен риск и защитен фактор варира в различни моменти от живота. Изследванията показват, че рискът

за самоубийство се увеличава с увеличаване на броя на наличните рискови фактори, така че наличието на повече рискови фактори в даден момент води до повишен риск за суицидно поведение. Рисковите фактори са:

- Актуални суицидни мисли, намерения, планове, достъп до средства за самоубийство.
- Предишни суицидни опити.
- Злоупотреба с алкохол или ПАВ.
- Настоящо психично заболяване или данни за такова в миналото.
- Импулсивност.
- Чувство за безнадеждност – наличие, продължителност, тежест.
- Скорошни загуби – физическа, финансова, лична.
- Скорошно изписване от психиатричен стационар.
- Фамилна анамнеза за самоубийство.
- Данни за преживяно насилие или тормоз (физическо, сексуално или емоционално).
- Соматично заболяване, особено новодиагностициран проблем или влошаване на симптомите.
- Демографски характеристики – възраст (юноши, млади хора, напреднала възраст), пол (мъже), семеен статус (несемейни, разведени, овдовели).
- Хомосексуална ориентация.

Факторите, които могат да намалят риска от самоубийство, се наричат защитни, или протективни фактори. Познаването им играе важна роля както за оценка на актуалния риск, така и за изработване на правилна стратегия

за редуцирането му. Те включват:

- положителна социална подкрепа
- духовност, религиозност
- чувство за отговорност към семейството
- децата в дома, бременност
- удовлетворение от живота
- положителни умения за справяне и решаване на проблеми
- положителни терапевтични отношения

Задавайте въпроси

Наличието на тревожни сигнали и/или на рискови фактори налага по-подробно проучване. Тъй като най-често пациентът не споделя спонтанно евентуални суицидни мисли и намерения, лекарят следва да води активно разговора, задавайки подходящи въпроси.

Задаването на въпроси за суицидни мисли, намерения, планове и опити невинаги е лесно. Понякога пациентът може сам да насочи разговора в тази посока, но често тази тема и свързаните с нея въпроси не произтичат директно от настоящите оплаквания. Въпреки това при наличие дори на най-малки съмнения относно наличието на суициден риск е необходимо задаването на някои скринингови въпроси. Дори и отговорите на пациента да не показват директно суицидни намерения, специалистът често успява да добие усещане дали при съответния пациент има повишен риск от самоубийство.

Много важно е познаването на основните въпроси. Преминаването към тях трябва да стане плавно и пациентът следва да остане с впечатление, че те са естествена част от

цялостната оценка на настоящия проблем, те трябва да създадат в него увереност, че специалистът е искрено заинтересован от неговите отговори. Встъпителните изказвания, които водят към въпросите, проправят пътя за осигуряване на гладък и информативен диалог.

Например:

Аз оценявам колко сериозен за Вас е настоящият проблем / колко труден за Вас е този период. Някои от пациентите/клиентите ми с подобни проблеми/симптоми са ми казвали, че са им идвали мисли за самоубийство. Чудя се вие имали ли сте подобни мисли?

Въпросите към пациента относно суицидният потенциал трябва да се задават директно. Доказано е, че това не би увеличило вероятността той да си навреди, а е възможно да почувства облекчение от възможността да разговаря за проблема.

В началото въпросите са насочени към наличието на мисли за смъртта и суицидни идеи.

- *Някога искали ли сте да умрете?*
- *Смятате ли, че би било по-добре да сте мъртъв?*
- *Някога имали ли сте мисли да се самоанараните или самоубиете?*
- *Скоро мислили ли сте за самоубийство?*
- *Имате ли в момента такива мисли?*
- *Искате ли да умрете сега?*

Предишните суицидни опити са сериозен предиктор и рисков фактор за бъдещи такива. Винаги питайте за предишни опити, дори да няма данни за актуални суицидни идеи.

- Някога правили ли сте опит за самоубийство?

В случай че не се установят актуални суицидни идеи, оценката може да спре дотук. Ако все пак у лекаря остане някакво съмнение, той трябва да продължи да задава въпроси толкова дълго, колкото е необходимо, за да изчисти евентуално несъответствие между думите на пациента и усещането, което създава.

Ако пациентът сподели наличието на суицидни мисли, следват уточняващи въпроси относно честотата, продължителността и интензивитета им. Например:

- *От колко време имате тези мисли?*
- *Свързвате ли началото им с някакво събитие?*
- *Колко често имате мисли за самоубийство? Колко продължават? Колко силни са?*
- *Какво правите, когато имате такива мисли?*
- *Какво направихте тогава, когато те бяха най-интензивни?*

След установяването на спецификата на суицидната идеация пациентът трябва да бъде питан за наличието на план. В случай че има такъв, отново са необходими допълнителни въпроси с цел уточняване на детайлите.

- *Имате ли конкретен план как да извършите самоубийство? Ако да – бихте ли го реализирали? Къде възнамерявате да го извършите?*
- *Имате ли достъп до оръжие/медикаменти/въже, които да използвате?*

- *Кога възнамерявате да го извършите? Определени ли сте срокове? Има ли нещо конкретно, което би ви провокирало да го извършите?*

При наличието на план определете доколко пациентът очаква да го реализира и до каква степен намира плана си за смъртоносен. Изследвайте прекъснатите опити, приготовленията, самоувреждащите действия, тъй като те са индикатор за сериозността на намеренията. Уточнете кое би го тласнало и кое би го възпряло от извършването на самоубийство. Примерни въпроси за това са:

- *Какво бихте постигнали чрез самоубийството си?*
- *Чувствате ли се в тежест на околните?*
- *До каква степен смятате, че планът ви би довел до вашата смърт?*
- *Направихте ли нещо, за да започнете реализирането на плана си? Какво?*
- *Направихте ли някакви други приготовления (напр. подновена застраховка, завещание и др.)?*
- *Какво ви кара да се чувствате по-добре (напр. общуването с близки, алкохол, ПАВ и т.н.)?*
- *Какво ви кара да се чувствате по-зле (напр. самотата, мисли за конкретна ситуация)?*
- *Доколко е вероятно да реализирате плана си?*
- *Какво ви спира да се самоубиете?*
- *Имате ли намерение да убиете някой друг?*

Обръщайте внимание на несъответствията между това, което споделя пациентът, и то-

ва, което вие виждате и усещате. Винаги се опитвайте да получите информация и от други членове на семейството и близки приятели на пациента. Често той би споделил с близките си това, което не е склонен да разкаже на лекаря.

Защо е важно да попитаме за предишни опити?

Повечето хора, които са правили суициден опит, не опитват повторно. Въпреки това около 16% повтарят опита в рамките на една година и 21% го повтарят в рамките на 1–4 години. (Owens 2002, Beautrais 2003). Най-често при повторните опити се използват по-смъртоносни средства и методи, водещи до по-голяма смъртност. Приблизително 2% от направилите суициден опит умират в резултат на самоубийство в рамките на 1 година от първия опит. Предишните суицидни опити са най-сериозният предиктор за развитието на суицидно поведение в бъдеще. Приблизително 8–10% от извършилите суициден опит в крайна сметка умират в резултат на суицид.

Защо е важно да попитаме за суицидна идеация?

В повечето случаи суицидните мисли предхождат появата на суицидни планове и действия. Суицидната идеация може да бъде свързана с желание или намерение да се умре и причина или обосновка за това. Следователно важно е да се изследва наличието или липсата на мисли – в момента, в близкото минало и паралелно с всяка промяна във физическото здраве или друг

сериозен психосоциален стрес.

Повечето хора първоначално отричат наличието на суицидни мисли поради най-различни причини, включително: 1. стигмата, която е свързана с признаването на симптоми на психично разстройство; 2. страх да не бъдат осмивани и/или съдени негативно от лекаря; 3. загуба на автономност и контрол над ситуацията и 4. опасения, че могат да бъдат хоспитализирани против волята им.

Дори и при отричането на суицидни мисли от пациента, някои явни знаци (афективни и поведенчески) би трябвало да подтикнат специалиста да остане бдителен за евентуалното им наличие. Такива са: социално оттегляне, ирационално мислене, параноя, продължително безсъние, потиснатост, възбуда, тревожност, раздразнителност, отчаяние, срам, унижение, позор, гняв и ярост. Специалистът може да посочи очевидното несъответствие между наблюдаваното в момента състояние и отричането на суицидни мисли от страна на пациента. Показването на загриженост и споделянето на конкретните клинични съображения може да проправи пътя за една отворена и открита дискусия относно това, което пациентът се мисли и чувства.

Въпросите за суицидни мисли и намерения не увеличават вероятността някой тепърва да се замисли за самоубийство. Всъщност повечето от пациентите съобщават за чувство на облекчение и подкрепа, когато един загрижен клиницист проявява интерес към опознаване и разбиране на психологическата болка и ди-

стреса на пациента, които го карат да мисли за самоубийство или друго самоувреждащо поведение.

Всички суицидни идеи и заплахи трябва да се приемат сериозно.

Защо е важно да попитаме за характеристиките на идеацията и наличието на план?

При повечето хора суицидното поведение се развива в отговор на негативни житейски събития или психосоциални стресори, които претоварват капацитета им за справяне и контрол, особено при наличието и на психично разстройство. Ето защо е важно да се разбере това, което предизвиква мисли за самоубийство, и контекстът на тези мисли. Знаейки колко време е прекарал пациентът в мисли за самоубийство, клиникът може да определи ролята и влиянието, което те имат в ежедневието му живот. Знанието кое подобрява и кое влошава нещата по отношение на настъпване, интензивност, продължителност и честота на суицидните мисли и чувства, подпомага лекаря при разработването на терапевтичен план. Също така яснотата по отношение на това какви ситуации в бъдеще биха могли да предизвикат връщането на суицидните мисли помага за изготвянето на план за безопасност и техники, чрез които да се избегнат или да се управляват такива ситуации.

Наличието на план за самоубийство показва, че индивидът има някакво намерение да умре и е започнала подготовка да умре. Важно е да се знаят възможността за изпълнение на плана,

Вероятността да бъде спасен пациентът, ако реализира плана, както и относителната смъртност на плана.

Въпреки че някои изследвания показват връзка между степента на суицидни намерения и смъртоносността на методите, лекарят не трябва да отхвърля вероятността за реализация на самоубийство дори ако избраният метод не изглежда непременно смъртоносен (Brown 2004). Също така е важно да се знае дали лицето е започнало реализацията на плана, като е предприело действия като презапасяване с лекарства, получаване на достъп до огнестрелни оръжия или други смъртоносни средства, написване на предсмъртно писмо и т.н.

Защо е важно да попитаме за хомицидни нагласи?

Както суицидът, така и хомицидът представляват акт на агресия, като единият е обърнат към собствената личност, а другият – към околните. Тъй като суицидът в същността си представлява агресивен акт, необходимо е да се зададат въпроси относно евентуални хомицидни нагласи. Нерядко хората с хомицидни намерения завършват живота си със самоубийство.

Клинична оценка на суицидния риск

Въпреки наличието на много скринингови инструменти, нито един от тях не би могъл акуратно да предвиди точно кой от всички пациенти в риск би предприел фатален или нефатален суициден опит. Това определява важната роля на лекаря при оценка на индивидуалния

риск и предприемането на мерки за превенция. В единия край на спектъра са пациенти, които споделят мисли за смъртта или желание да са мъртви, но липсват суицидни планове, намерения, предишни опити или самоувреждащо поведение. При тях суицидният риск е относително нисък. В другия край са тези със специфичен план, ясни намерения, приготовления или многократни опити. Нарушената преценка поради интоксикация, психоза или повишена импулсивност допълнително увеличава риска.

Литература

- Beautrais, A.L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003; 37: 595-599.
- Brown, G.K., Henriques, G.R., Sosdjan, D., & Beck, A.T. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; 72, 1170-1174.
- Luoma, JB; Martin, CE; Pearson, JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*. June 2002; 159 (6): 909-16.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181, 193-199.
- Pirkis, J; Burgess, P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. December 1998; 173 (6): 462-74.
- Rudd M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. Warning signs for suicide: Theory, research and clinical applications. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2006; 36, 255-62.

Казуси

Казус 1

Момиче на 17-годишна възраст е изоставено от приятеля си след остро възникнал конфликт. Поради чувство за невъзможност за справяне със ситуацията импулсивно приема 10 таблетки лексотан. След извършеното самоотравяне споделя, че не е имала сериозно намерение за фатален изход, а поради бушуващите емоции е искала по-скоро „да я няма за известно време“, да отреагира напрежението, да покаже на околните, че страда. Съжалева за извършеното.

Казус 2

Художникът Винсент Ван Гог (1853–1890) страда от психично разстройство. На 23 декември 1888 г. извършва себеувреждане – отрязва лявото си ухо. През януари 1889 г. рисува „Автопортрет с отрязано ухо“. Самоубива се с огнестрелно оръжие на 27 юли 1890 г.

Казус 3

При кое лице съществува по-голям риск от самоубийство?

- Пациент на 47 години с депресия, който ежедневно консумира бутилка концентриран алкохол, има мисли за самоубийство и план как да го извърши (обесване).
- Момиче на 17-годишна възраст без симптоми на психично разстройство, което след скарване с приятеля си го заплашва, че ще се самоубие, ако не се върне при нея.

Казусите са подготвени от д-р Иво Митрев.

Роля на Балинт групите В обучението на общопрактикуващите лекари

Доц. д-р Христо Кожухаров, д.м.

Голяма част от общопрактикуващите лекари не осъзнават факта, че са под непрекъснато напрежение. Те са под ежедневен обществен натиск, постоянно са критикувани, а това неминуемо се отразява. Отразява се на тяхното поведение, на отношението им към пациентите и без да осъзнават, без да разбират защо, започват да се държат лошо с болните, проявяват цинизъм, черен хумор, демонстрират власт, не изслушват болката на пациента и така допускат грешки. Така вредят и на себе си, и на пациента. Това е професионалното изчерпване – „бърн аут“ (burn out – изгаряне). Човек буквално прегаря, изпепелява се, изчерпва се емоционално, физически, психически.

Няма медикамент за лечение на синдрома „бърн аут“. В този случай е важна профилактиката. Лечението е в така наречените Балинт групи. В Европа и Америка участието на медиците в тези групи е задължително и е част от тяхната подготовка като студенти и при следдипломна квалификация. В групите се помага за разбирането на подсъзнателните конфликти в отношенията лекар – пациент.

Преди повече от 50 години Михаел Балинт създава в лондонската клиника „Товосток“ обучителен метод, подпомагащ общопрактикуващите лекари по-добре да разбират и леку-

ват пациентите си. Този метод, наречен супервизия в Балинт групи, постепенно става важен елемент в обучението на лекарите и психотерапевтите по цял свят.

Теория

М. Балинт изучава взаимоотношенията между лекарите и пациентите. Той се опитва да изясни несъзнателните процеси, които възникват в интеракцията между лекарите и пациентите, и да ги направи разбираеми за терапевтите. До идеята, че тези взаимоотношения може да са от голямо значение, той стига, когато наблюдава как лечението с едни и същи медикаменти при едни и същи болести протича различно при различните лекари.

По този начин прави извода, че взаимовръзката между лекаря и пациента има огромно влияние върху успеха на терапията. Чрез рефлексията на трудните ситуации, съвместно с другите лекари в групата, се постига подобрене на взаимовръзката лекар – пациент. В книгата си „Лекарят, пациентът и болестта му“ Балинт подчертава, че основна цел е проследяването на постоянно променящите се взаимоотношения лекар – пациент, и въвежда понятието „лекарят като лекарство“. Тази метафора сравнява намесата на лекаря с действието на медикамент, което зависи от дозировката, времето на даване и начина на приложение. Набляга се и на факта, че лекарят, както и лекарството, освен търсен положителен ефект има и нежелани странични действия, повлияващи действието

на Всичките му интервенции. Принципите, които М. Балинт застъпва в тази книга, са основата за работа в Балинтовите групи и досега по цял свят. Той смята, че най-малко една четвърт, ако не и повече, от работата на общопрактикуващите лекари е чиста психотерапия. От друга страна обаче, по време на обичайното обучение по медицина бъдещият лекар не придобива такива познания.

По отношение на супервизията в Балинт група, Балинт използва в трудовете си множество различни термини: курсове, научни семинари, обучителна програма и конференция на случай.

Основа на метода

Методът произлиза от клиничния опит, че една част от пациентите на общопрактикуващите лекари нямат първични соматични заболявания, а само психосоциални конфликти, които се представят със соматични симптоми. Същото важи в по-малка степен и за пациентите в специализираните клиники. При лечение, ориентирано първично към болестта, а не към пациента, съществува опасност да се допусне неразбирателство в комуникацията. Тогава на пациента не се помага каузално и той се чувства неразбран. Неудовлетворението при пациента резултира в нови соматични оплаквания или води до смяна на лекуващия терапевт, докато самият лекар също изпитва недоволство и яд, свързани с проблемите във взаимовръзката лекар – пациент. Съществува риск от грешна диагноза, както и от ятрогенизирано фиксиране на оплакванията.

Цели

Работата в Балинт групи има 3 основни цели: изучаване на взаимоотношенията, преодоляване на предразсъдъците и личностова промяна.

Балинтовите групи, наречени още Балинтови семинари, са работни групи, състоящи се от 8 до 12 лекари, които заедно с водещия групата се срещат редовно един път на 2 или 4 седмици, като една сесия на групата продължава 90 минути. Водещият Балинтова група е психотерапевт, специално обучен за метода на Балинт. В Балинтовите групи се разглеждат трудни пациенти, които лекарят представя като проблемни. Представените „случаи“ се обсъждат основно през призмата на взаимоотношенията лекар – пациент. Става въпрос предимно за срещата лекар – пациент и за породилата се връзка лекар – пациент и свързаните с това взаимоотношения (осъзнати и неосъзнати) между лекаря и пациента. За разлика от обективните данни при класическите психиатрични обсъждания на случаи, в Балинт групите намират място свободните асоциации, субективното възприемане, както и фантазията на представящия.

Процесът на психодинамично продължаващо обучение на лекаря се осъществява чрез дискусия в групата. Целта на Балинт групата е да „събуди“ и задълбочи лекарското разбиране за емоционалните конфликти на пациента. При откриването на Балинт група водещият дава възможност на един от участващите лекари да представи пред останалите случай, но не от клиничен аспект, а от гледна точка на

преживяването (емоцията), което срещата (взаимовръзката) с пациента предизвиква у лекаря. Балинт групата протича при следния сценарий – през първата част един от участниците представя накратко еднократна или няколкократно срещи с пациента, като формулира какъв е терапевтичният проблем, заради който представя случая. По време на представянето е от изключителна важност не само какво споделя терапевтът за контакта си с пациента, а и какво пропуска (забравя) да разкаже. Целта на представянето не е да се докладва колкото се може повече информация за пациента, а да се постави акцент върху тези негови аспекти, които са в основата на конфликтна взаимовръзка между пациент и лекар. Много често пациентът, който бива представян, е познат и на някои от другите участници, които се опитват да коригират информацията на представящия и да внесат нова, за тях по-обективна информация. Важна задача на водещия супервизиите е да не допуска постоянното добавяне на нова информация при представянето на акцентите на проблема.

През втората част участниците задават доуточняващи въпроси, за да може да изкристализират съществуващите детайли относно личността на пациента, както и взаимоотношенията в терапевтичния контакт между лекаря и пациента. Тази фаза също не трябва да бъде прекалено продължителна. Третата фаза е тази част, през която всеки от участниците споделя съвсем свободно своите асоциации, инспирирани от представянето

на лекаря. През тази фаза представящият се „оттегля“ и не участва пряко в обсъждането, а само от дистанция възприема асоциациите на колегите си. Точно тази дистанция му дава възможност да погледне на терапевтичните взаимоотношения с пациента по нов начин, както наблюдаващият една картина я възприема най-добре, когато застане на точното разстояние – нито прекалено близко, нито прекалено далече. През тази част водещият има по-активна роля – от една страна, той стимулира участниците да споделят собствените си идеи и хрумвания така, както са ги преживели по време на представянето, без да ги подлагат на допълнителен анализ и интерпретация, а от друга страна – насочва и обобщава споделените идеи, като крайната цел е да се даде отговор на проблема, който е бил посочен. През последната част се дава възможност на представящия да изрази вербално как се е чувствал по време на асоциациите и тълкуването на участниците в групата и доколко и в каква степен може да ползва техните препоръки.

За да вникнем по-добре в същността на Балинт група и да осмислим какво и как точно се случва, би било полезно да опишем протичането на някои от сесиите.

Протокол на сесия

Един от лекарите, участник в Балинт групата, представя конкретен случай, свързан с трудностите, когато лекуваш свой близък познат.

Става дума за пациент с биполарно разстройс-

тво, близък приятел преди години на лекаря, приет в отделението, където терапевтът работи. Формулираният проблем гласи: можеш ли да бъдеш лекуващ психиатър на свой познат, или трябва да го пренасочиш към друг терапевт. Психиатърът описва чувство на неудобство, което е изпитал, както и неудобството от страна на пациента, свързани с различните социални роли, в които са при срещата. По отношение на близките на пациента се забелязва динамика в отношенията – от облекчение и удовлетворение в началото (че са попаднали на познат човек, който ще им помогне), до разочарование, защото не отговаря на свръхопачкванията им за постоянно и специално внимание и чудотворна помощ. На следващ етап пациентът е бил лекуван от колежка от отделението, което е довело до облекчение и на двете страни.

Във фазата на доуточняващите въпроси групата пита дали притесненията на лекаря са свързани с неопитността му, или с позицията, която заема, и замислял ли се е как би се чувствал в ролята на пациент.

Терапевтът отговаря, че неудобството му към пациента не е свързано с пациента, а с опасението, че самият той не се държи като лекар и не го вземат на сериозно.

Във фазата на изказвания и хипотези на групата бяха обсъдени проблемите, свързани с нарушаване на границите, както и смесване на ролите при лекуване на близки познати. Стана ясно, че за терапевта е трудно да определи дали в дадена ситуация се държи с пациента

като лекар, или като приятел. Точно това смесване на ролите определя чувството му за необективност. Взаимоотношенията между тях трудно прерастват от приятелски към взаимовръзка лекар – пациент. В ролята на лекар се чувства неудобно спрямо приятеля си, защото трябва да му съобщи и лоши вести – за протичането и прогнозата на хроничното заболяване. Същевременно се страхува, че с действията или бездействията си може да наруши приятелството им. Промяната на лекуващия лекар при пациента е довела до поясни граници, обективност и регулиране на очакванията по отношение на прогнозата.

Литература:

Balint M. Training general practitioners in psychotherapy. *BMJ*. 1954; 1:115-120.

Balint, M. Die Gruppenkonferenz. In: Nedelmann C, Ferstl H (Hg.): Die Methode der Balint-Gruppe. Stuttgart: Klett-Cotta. 1989; 115-121.

Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical Publ. 1957.

Balint, M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. 2001.

Elzer, M. Balint-Seminare im Pflegestudium. *Pflege*. 1997; 10:229-233.

Elzer, M. Der „schwierige“ Patient. Balint-Gruppe für Pflegende. *Die Schwester Der Pfleger* 46. Jahrg. 2007; 01/07, 38-41.

Lown, B. Die verlorene Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer. 2002; 117 Ff.

Nedelmann C., Ferstl H. (Hrsg). Die Methode der Balint-Gruppe. Stuttgart: Klett-Cotta 1989; 134.

Pramataroff-Hamburger, V., Anika Albrecht, Marie-Luise Buchholz, Adina Hauck, Ramona Wudy. Erfahrungen aus einer Balintgruppe für Medizinstudenten *Balint. Journal*, 4,

2013, 99-126.

Rabinowitz, I., Luzzatti, R., Tamir, A., Reis, S. Length of patient's monologue, rate of completion, and reaction to other components of clinical encounter: observational intervention study in primary care. *BMJ*. 2004; 328:501-2.

Roth, G. Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt: Suhrkamp, 2001.

Част четвърта

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Скали за оценка на депресия, тревожност и суицидност

Самооценъчна депресивна скала на У. Цунг

Този въпросник се състои от списък от твърдения, които се отнасят до депресивните състояния. Прочетете последователно твърденията и определете колко често тези твърдения описват начина, по който сте се чувствали през последните 7 дни. Използвайте четирите степени, посочени в таблицата: никога или рядко; понякога; често; много често или винаги.

Оградете числото в подходящата колона*	никога или рядко	поякога	често	много често или винаги
1. Чувствам се потиснат, мрачен и тъжен.	1	2	3	4
2. Сутрин се чувствам най-добре.	4	3	2	1
3. Неочаквано се разплаквам или често ме избива на плач.	1	2	3	4
4. Нощем спя лошо.	1	2	3	4
5. Ям толкова, колкото и по-рано.	4	3	2	1

6. Сексуалният живот Все още ми доставя радост.	4	3	2	1
7. Забелязвам, че отслабвам на тегло.	1	2	3	4
8. Страдам от запек.	1	2	3	4
9. Сърцето ми бие по-бързо от преди.	1	2	3	4
10. Уморявам се без причина.	1	2	3	4
11. Мисля толкова ясно, както и преди.	4	3	2	1
12. Извършвам по-бавно, отколкото обикновено ежедневните си задължения.	4	3	2	1
13. Чувствам се неспокоен и не мога да седя на едно място.	1	2	3	4
14. Гледам с надежда в бъдещето.	4	3	2	1
15. Станал съм по-раздражителен от обикновено.	1	2	3	4

16. Лесно Вземам решения.	4	3	2	1
17. Мисля, че съм полезен и се нуждаят от мен.	4	3	2	1
18. Животът ми е запълнен (оползотворен).	4	3	2	1
19. Имам чувството, че за другите би било по-добре, ако бих бил мъртъв.	1	2	3	4
20. Не ме удовлетворява това, което върша, не ми доставя радост.	4	3	2	1

**Оригиналната методика предвижда да не се оградят числа, а да се маркира в съответното квадратче срещу всяко твърдение, след което всяка отметка се съпоставя с числото от таблица - матрица.*

Резултати: Ако сумата от заградените числа срещу всяко от 20-те твърдения е под 40, това говори против наличието на депресивно състояние. Стойности от 41 до 47 се срещат при леки депресии, от 48 до 55 – при умерени до тежки депресии, над 55 – при тежки депресии.

Ако сте събрали повече от 47 точки, не се колебайте да се свържете със специалист

(психиатър), за да се направи по-детайлна клинична оценка и да се прецени дали за Вас няма да се окаже подходящо предписване на лечение (напр. с антидепресанти). Знайте, че депресията е лечимо състояние.

Самооценъчна скала за депресия на VON ZERSSEN

Пред Вас са двойки прилагателни, които означават противоположни състояния. Отбележете с хиксче (X) в кутийката вдясно прилагателното, което най-добре отговаря на Вашето сегашно състояние. Не мислете дълго, преди да отговорите, и не пропускайте нито един ред! Когато се колебаете, избирайте онова прилагателно от двойката, което в по-голяма степен или по-често можете да отнесете към себе си през последната една седмица (по-скоро едното или по-скоро другото; кое от тях е доминиращо или преобладава напоследък). Отговоряйте колкото можете по-рядко с „нито едното, нито другото“.

Напоследък се чувствам:

ПО-СКОРО	ПО-СКОРО	НИТО ЕДНОТО, НИТО ДРУГОТО
бодър	отпаднал	
отзивчив	равнодушен	
радостен	печален	
уجاحник	неуجاحник	
ведър	раздразнителен	
решителен	нерешителен	

Весел	тъжен	
В добро настроение	В лошо настроение	
с добър апетит	без апетит	
общителен	затворен в себе си	
кадърен	некадърен	
спокоен	напрегнат	
щастлив	нещастен	
общителен	стеснителен	
непорочен	порочен	
незастрашен	застрашен	
заобиколен с приятели	изоставен	
уравновесен	вътрешно неуравновесен	
уверен в себе си	неуверен в себе си	
пълноценен	нищожен	
непоколебим	отстъпчив	
отпочинал	уморен	
твърд	колеблив	
спокоен	неспокоен	
целеустремен	отпуснат	
нужен	ненужен	
сръчен	непохватен	
превъзхождащ другите	малоценен	

Ключ: Маркираните позитивни отговори (тези в първата колона) носят 0 точки, маркираните негативни варианти (втората колона) носят 2 точки, неутрален отговор (най-дясната колона) се точкува с 1.

Резултати:

От 0 до 6 точки – Вашето състояние може да се квалифицира като хипертимия, т.е. не-обичайно приповдигнато настроение и свръх-активност. Това състояние (особено когато не е провокирано от позитивно събитие с голяма значимост за индивида или когато е прекалено продължително) понякога може да създава проблеми на индивида и на околните и да се развие до състояние с клинична значимост.

От 7 до 16 точки – състоянието Ви може да се квалифицира като нормотимия, т.е. нормално настроение и активност (или отсъствие на депресия).

От 17 до 26 точки – състоянието Ви може да се квалифицира като състояние на загриженост с развиване на депресивна реакция. Обикновено такива състояния предизвикват негативни събития в ежедневието, които често се обозначават като „ежедневен стрес“.

От 27 до 41 точки – Вашето състояние може да се определи като „невротична депресия“, т.е. невроза с депресивен облик. Препоръчително е да се обърнете за консултация със специалист за по-детайлна оценка на състоянието Ви.

От 42 до 56 точки – имате изразена депресия и в този случай настоятелно се препоръчва да потърсите специализирана помощ.

HADS самооценъчен въпросник за определяне на интензивни тревожни и депресивни състояния

Инструкции: Използвайте таблицата по-долу, посочете до каква степен сте съгласни или не сте съгласни с всяко от написаните твърдения. Моля за всеки въпрос изберете един отговор от четирите предложени. Отговаряйте колкото се може по-спонтанно и не размишлявайте дълго над отговорите си.

1	Чувствам се напрегнат	
	През по-голямата част от времето	3
	През голяма част от времето	2
	От време на време, на моменти	1
	Изобщо не се чувствам така	0
2	Все още изпитвам удоволствие от нещата, на които се радвах и преди	
	Определено в същата степен	0
	Не толкова много	1
	Само малко	2
	Изобщо не е така	3
3	Страхувам се, че нещо ужасно ще се случи всеки момент	
	Много категорично и твърде неприятно	3
	Да, но не е прекалено зле	2
	Донякъде, но това не ме безпокои	1
	Изобщо не се чувствам така	0
4	Мога да се смея и виждам смешната страна на нещата	
	Така, както и преди	0
	По-малко от преди	1
	Категорично не е толкова много сега	2
	Изобщо не мога	3

5	Спохождат ме обезпокояващи мисли	
	Наистина голяма част от времето	3
	През повечето време	2
	От време на време, но не твърде често	1
	Само на моменти	0
6	Весел/а съм	
	Изобщо не е така	3
	Не е често	2
	Понякога	1
	През повечето време	0
7	Мога да се отпусна и да се чувствам спокоен	
	Категорично да	0
	Обикновено	1
	Не е често	2
	Изобщо не мога	3
8	Имам чувството, че движенията ми са забавени	
	Почти през цялото време	3
	Много често	2
	Понякога	1
	Никога	0
9	Изпитвам неприятното чувство, че стомахът ми се обръща	
	Изобщо не е така	0
	На моменти	1
	Доста често	2
	Много често	3
10	Изгубил съм интерес как изглеждам	
	Категорично да	3
	Не се грижа толкова, колкото би трябвало	2
	Може би не се грижа чак толкова много	1
	Грижа се както обичайно	0

11	Чувствам се неспокоен, когато се налага да пътувам	
	Наистина много	3
	Доста	2
	Не е много	1
	Изобщо не	0
12	Очаквам нещата от ежедневието с удоволствие	
	Както винаги съм правил/а	0
	Като че ли в по-малка степен,	1
	отколкото преди	2
	Категорично в по-малка степен от преди	3
	По-скоро не	
13	Внезапно ме обхваща паника	
	Наистина много често	3
	Доста често	2
	Не много често	1
	Изобщо не	0
14	Мога да се наслаждавам на хубава книга или радио или телевизионна програма	
	Често	0
	Понякога	1
	Не е често	2
	Много рядко	3

HADS (Snaithe & Zigmond, 1994) е самооценъчен въпросник, развит за определяне на интензивни тревожни и депресивни състояния. Тъй като е бил развит за прилагане в непсихиатрични организации, той не отчита симптомите, от които могат да страдат само хората с психично заболяване, като физическа болка и загуба на тегло. Клиентите са помолени да изберат един

отговор от четири, предложени за всеки въпрос. Те трябва да отговорят спонтанно и да получат инструкции да не мислят прекалено дълго за отговорите си. Точките на всеки отговор са дадени в дясната колонка.

Въпросите с нечетни номера (1, 3, 5, 7, 9, 11 и 13) са свързани с тревожността, а въпросите с четни номера (2, 4, 6, 8, 10, 12 и 14) са свързани с депресията.

Оценяване: Съберете отделно точките на „Т“-тата (въпросите за тревожност) и отделно точките на „Д“-тата (въпросите за депресия). Нормите по-долу ще ви дадат представа за нивото на тревожност и депресия.

0-7 – нормално

8-10 – слабо

11-14 – средно

15-21 – сериозно

Колумбия – скала за оценка тежестта на самоубийство (C-SSRS)

САМОУБИЙСТВЕНИ ИДЕИ

Задай въпроси 1 и 2, ако отговорите на двата въпроса са отрицателни, премини на секция „Суицидално поведение“. Ако отговорът на въпрос 2 е „да“, задай въпроси 3, 4 и 5. Ако отговорът на въпрос 1 и/или 2 е „да“, попълни секцията „Интензивност на намерението“.

1. Желание да се умре.

Субектът потвърждава, че има мисли, свързани със желание да бъде мъртъв или да не живее

повече, или желание да заспи и да не се събуди.

Имали ли сте желание да умрете, или да заспите и да не се събудите? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

2. Неспецифични активни суицидални мисли.

Общо неспецифични мисли за желание за прекратяване на живота/извършване на самоубийство (напр. „Мислех да се самоубия“), но без обмисляне на начина за самоубийство (включително методи, намерения или планове) през наблюдавания период.

Имали ли сте в действителност някакви мисли за самоубийство? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

3. Активни суицидални идеи с обмислен метод (но без план) и без намерение за действие.

Субектът изказва мисли за самоубийство и има предвид най-малко един метод по време на периода на оценяване. Това е различно от конкретен план с определяне на време, място или метод, разработен в детайли (например мисъл за метода на самоубийство, но без специфичен план). Включва човек, който би казал: „Мислех да взема свръхдоза, но никога не съм имал конкретен план за това кога, къде и как да го направя всъщност ... и аз никога няма да стигна докрай в това“.

Мислили ли сте някога как бихте могли да направите това? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

4. Активни суицидни мисли с намерение за действие, но без конкретен план.

Съществуват активни самоубийствени мисли и субектът съобщава, че има някакви намерения за действие, което е различно от „Имам мисли, но определено няма да направя нищо, за да ги осъществя“.

Имали ли сте тези мисли и намерение да действате според някоя от тях? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

5. Активни самоубийствени мисли със специфичен план и намерение.

Мисли за умъртвяване с изработен подробен или частичен план и субектът има намерение да го осъществи.

Започнахте ли да изработвате план и изработили ли сте в детайли план как ще убиете себе си? Имате ли намерение да осъществите този план? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

ИНТЕНЗИВНОСТ НА ИДЕАЦИЯТА

Следните характеристики трябва да бъдат оценени с внимание по отношение на двата най-често срещани и най-тежки вида идеация, преживени от последната визита за оценка или последната седмица.

1. Честота

Колко пъти сте имали тези мисли?

1. По-рядко от веднъж седмично
2. Веднъж седмично
3. 2-5 пъти в седмица
4. Ежедневно или почти всеки ден

5. Много пъти на ден

2. Продължителност

Когато имате такива мисли, колко дълго продължават те?

1. Краткотрайни - няколко секунди или минути
2. По-малко от 1 час / известно време
3. 1-4 часа/голяма част от деня
4. 4-8 часа/по-голямата част от деня
5. Повече от 8 часа/продължително или постоянно

3. Контролируемост

Бихте ли могли/можете ли да спрете да мислите за самоубийство или желанието за смърт, ако поискате това?

1. Лесно може да контролира мислите си
2. Може да контролира мислите си с малко усилие
3. Може да контролира мислите с известна трудност
4. Може да контролира мислите с много усилие
5. Невъзможно е да контролира мислите си
0. Не се опитва да контролира мислите си

4. Възпиране (антисуицидална бариера)

Има ли неща - някой или нещо (например семейство, религия, болката от причиняване на смъртта), които да ви спрат в желанието ви да умрете или в действията ви според мислите за извършване на самоубийство?

1. Бариерата категорично ще ви спре от извършване на самоубийство

2. Барьерата вероятно ще Ви спре от извършване на самоубийство
3. Не е сигурно, че барьерата ще Ви спре от извършване на самоубийство
4. По-скоро няма да Ви спре
5. Определено няма да Ви спре
0. Не е приложимо; има само желание да умре

5. Причини за идеацията

Какви бяха причините, които имахте, за да желаете да умрете чрез самоубийство? Беше ли това начин да се сложи край на болката или за спиране на начина, по който се чувствахте (с други думи, вие не можехте да продължите да живеете с тази болка или с начина, по който се чувствахте)? Или беше желание да спечелите внимание, да отмъстите, или беше реакция по отношение на другите? Или и двете?

1. Напълно за да получи внимание, да им отмъсти или е реакция по отношение на другите.
2. Преди всичко, за да получи внимание, да отмъсти или е реакция по отношение на другите.
3. Поравно – за да получи внимание, да им отмъсти или е реакция по отношение на другите и за да спре болката.
4. Преди всичко, за да спре болката (не може да живее повече с тази болка или с начина, по който се чувства).
5. Напълно да спре болката (не може да живее повече с тази болка или с начина, по който се чувства).

САМОУБИЙСТВЕНО ПОВЕДЕНИЕ

Настоящ опит (действителен)

Потенциално себеувреждащ акт, извършен с поне най-малко желание да се умре в резултат на този акт. Поведението е било отчасти обмислено като метод да убие себе си. Намерението не трябва да бъде 100%. Ако съществува някакво намерение/желание да се умре, свързани с акта, тогава той може да се счита за действителен опит за самоубийство. **Не трябва да има каквото и да било нараняване или увреждане**, а само възможност за нараняване или увреда. Ако лицето гръпне спуська на пушка, докато тя е в устата му, но оръжието е счупено, така че да липсват нанесени увреди като резултат от акта, това се счита за суициден опит.

Заклучение за самоубийствено намерение: дори ако гадено лице отрича намерение/желание да умре, би могло да се направи клинично заключение за това от поведението му или от обстоятелствата. Например за един криещ висок риск от смърт акт, който очевидно не е случайно събитие или инцидент, не може да се даде друго заключение освен намерение за самоубийство (изстрел към главата, скок от прозорец на висок етаж). Също така, ако някой отрича умисъл да умре, но другите мислят, че онова, което е направил, е можело да бъде причина за смърт, тогава можем да приемем действието му за суицидно намерение.

Извършвали ли сте опит за самоубийство?

Правили ли сте нещо, за да нараните себе си?

Правили ли сте нещо опасно, което е можело да Ви причини смърт?

Какво е то?

Опитвали ли сте да навредите на себе си, за да завършите живота си или защото искахте да умрете/убиете себе си?

А правили ли сте _____ като начин да завършите живота си?

Искали ли сте да умрете (дори и малко), когато Вие _____?

Опитвали ли сте да завършите живота си, когато _____?

Или мислили ли сте, че е имало възможност да умрете при/от ...?

Или го направихте напълно по някаква друга причина (без никакво намерение да се самоубиете, например за облекчаване от стрес, да се почувствате по-добре, да получите съчувствие или за да получите нещо друго)? (Себеувреждащо поведение без намерение за самоубийство) Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

Пациентът ангажиран ли е със несуицидално себеувреждащо поведение? Да/Не

Предотвратен опит

Когато лицето е прекъснато (от външно обстоятелство) след започването на потенциално себеувреждащ акт (ако не се беше случило това, щеше да бъде реализиран действителен суицидален опит).

СВръхдоза. Човекът има хапчета в ръката си,

но му е попречено да ги изпие. Когато веднъж ги е погълнал, това се приема за опит, а не за прекъснат опит.

Стрелба. Човекът има пистолет, насочен към себе си, но оръжието е отклонено от някой друг или по някакъв начин му е попречено да гръпне спусъка. След като веднъж гръпне спусъка, дори и ако оръжието не успее да стреля, това се счита за опит.

Скачане. Човекът се приготвя да скочи, но е хванат и е смъкнат на земята.

Бесене. Човекът има клуп около Врата, но все още не е започнал да се беси и е спрял да направи това.

Имало ли е момент, когато започнахте да правите нещо, за да завършите живота си, но някой или нещо ви спря, преди да направите каквото и да било? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

Прекъснат опит

Когато човек предприема стъпки за извършване на опит за самоубийство, но се спира сам, преди всъщност реално да се е ангажирал с някакво себеувреждащо поведение. Примерите са подобни на тези при предотвратения опит, с изключение на това, че личността сама спира себе си, вместо да бъде спряна от някой друг.

Имало ли е момент, когато започнахте да правите нещо, чрез което да се опитате да прекратите живота си, но се спряхте сам, преди всъщност да извършите каквото и да било? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

Подготвителни актове или поведение

Актовете или подготовката за недовусмислено извършване на опит за самоубийство. Това може да включва всичко освен вербализиране или мисли за самоубийство, като организиране на специфичен метод (напр. закупуване на хапчета, закупуване на оръжие) или подготовка за смърт чрез самоубийство (напр. завещаване на вещи, писане на предсмъртно писмо).

Имате ли предприети някакви стъпки за извършване на самоубийство или подготовка да убиете себе си (например събиране на хапчета, намиране на оръжие, завещаване на ценности или написване на предсмъртно писмо)? Да/Не

Ако отговорът е „да“: опиши подробно.

Суицидално поведение

Съществувало ли е суицидно поведение по време на оценявания период? Да/Не

Извършено самоубийство *Да/Не*

ОТГОВОР САМО ПРИ ИЗВЪРШЕНИ ОПИТИ

Действителна леталност/ Медицински увреди

0. Няма физическа увреда или много малка физическа увреда (напр. повърхностни граскотини).

1. Малки физически увреждания (напр. забавена реч, първа степен изгаряне, леко кървене, навяхване).

2. Умерена физическа повреда; медицински грижи са необходими (например в съзнание е, но спи; до известна степен поддържа контакт; втора степен изгаряния, кървене от голям кръ-

Воносен съг).

3. Умерено тежка физическа увреда; състоянието изисква медицинска хоспитализация и вероятно интензивни грижи (напр. кома с незасегнати рефлексии, трета степен изгаряния с по-малко от 20% от повърхността на тялото, тежка кръвозагуба, но с възможност за възстановяване, големи фрактури).

4. Тежка физическа увреда; налага се медицинска хоспитализация с интензивни грижи (например в безсъзнание е, без рефлексии, трета степен изгаряния над 20% от тялото, масивна загуба на кръв с нестабилни жизнени показатели, голяма увреда на жизненоважна система на организма).

5. Смърт.

Потенциален леталитет: попълва се само ако действителният леталитет е = 0

Вероятен леталитет при действителен опит, ако липсва медицинска увреда, но има потенциал за много голяма опасност от смърт (напр. лапнал е пистолет в устата си и дръпва спусъка, но оръжието не успява да гръмне и няма никакви медицински увреди; ляга на релсите пред приближаващ влак, но се отдръпва преди прегазването).

0. Методът (поведението) вероятно не би довело до физически увреди.

1. Методът (поведението) вероятно би довело до увреда, но не би предизвикало смърт.

2. Методът (поведението) би довело до смърт въпреки наличието на медицински грижи.

Скала за тревожност на Хамилтън (НАМ-А)

Име на пациента _____ Дата _____

Скалата за тревожност на Хамилтън (НАМ-А) е скала за оценяване, създадена, за да даде количествена оценка на тежестта на симптомите на тревожността.

Често се използва за оценка на ефекта от прилагането на психотропни медикаменти. Съдържа 14 параметъра, всеки от които определя даден симптом.

Всеки се оценява по 5-точкова скала от 0 (няма) до 4 (тежко). 0 = няма. До 4 = тежко.

1. Тревожно настроение

- Тревожи се
- Очаква най-лошото

2. Напрежение

- Стряска се
- Лесно започва да плаче
- Неспкоен
- Трепери

3. Страхове

- Страх от тъмното
- Страх от непознати
- Страх да бъде сам
- Страх от животно

4. Безсъние

- Трудно заспива или трудно поддържа състоянието на сън
- Трудност поради кошмари

5. Интелектуално състояние

- Лоша концентрация
- Нарушение на паметта

6. Депресивно настроение

- Намален интерес към различни дейности
- Анхедония
- Безсъние

7. Соматични оплаквания: мускулни

- Мускулни болки
- Бруксизъм (скърцане със зъби)

8. Соматични оплаквания: сетивни

- Шум в ушите
- zamъглено зрение

9. Сърдечносъдови оплаквания

- Тахикардия
- Палпитации
- Гръдна болка
- Усещане, че ти прималява

10. Респираторни симптоми

- Тежест в гърдите
- Усещане за задушаване
- Загъхва се

11. Гастроинтестинални симптоми

- Дисфагия
- Гадене или повръщане
- Запек
- Отслабване
- Чувство за пълен стомах

12. Генитоуринарни симптоми

- Често уруниране или императивни позиви за уруниране
- Дисменорея
- Импотентност

13. Нервновегетативни симптоми

- Сухота в устата
- Изчервяване
- Бледост
- Потливост

14. Поведение по време на интервюто

- Не може да стои на едно място, върти се
- Трепери
- Крачи

Инструкции към клинициста:

Скалата за тревожност на Хамилтън (HAM-A) е широко използван и утвърден метод за оценка на тежестта на тревожността на пациента. Тя трябва да се прилага от опитен лекар. HAM-A оценява 14 параметъра и отнема 15– 20 минути за провеждане на интервюто и изчисление на резултатите.

Общият резултат от HAM-A по-скоро служи за оценка на отговора на пациента към терапевтичния курс, а не като диагностичен или скринингов метод. Ако скалата се провежда редовно, клиницистът може да запише резултатите от медикаментозната терапия или психотерапията.

Разработената през 1959 г. от Dr. M. Hamilton скала се оказала полезна не само за проследяване

на отделен пациент, но и при проучвания за много пациенти.

Инструкции за оценяване по HAM-A: сумирайте точките от Всички 14 параметъра:

14-17 – лека тревожност

18-24 – средна тревожност

25-30 – тежка тревожност

Интервю за тревожност (SIGN – A)

1. Тревожно настроение

Притеснения, очакване на най-лошото, страхово очакване, раздразнителност.

- През изминалата седмица колко сте били притеснен?
- Колко сте мислили за най-лошото, което може да се случи, или сте се страхували какво ще се случи?
- Чувствали ли сте се особено раздразнителен последната седмица?

2. Напрегнатост

Чувство за напрежение, уморяемост, стряскащ отговор, трогване до сълзи, треперене, чувство за неспокойствие, невъзможност да се отпусне.

- През изминалата седмица колко напрегнат сте се чувствали?
- Лесно ли се уморявахте?
- Колко сте се притеснявали за някои от следните неща: дали ще се стреснете лесно, разплачете лесно, разтреперите, дали ще се чувствате неспокоен, няма да можете да се отпуснете?
- За Всички симптоми: Колко лошо беше това последната седмица?

3. Страхове

Страхове от тъмно, от непознати, да останеш сам, от животни, от трафик, от тълпа.

- През последната седмица страхували ли сте се от тъмно, от непознати, да останете сам, от животни, от трафик, от тълпите?
- Ако „Да“: Колко уплашен сте били?

4. Проблеми със съня

Затруднение да заспиш, разбит сън, незадоволяващ сън и умора на работа, сънища, кошмари, нощни страхове.

- През последната седмица имали ли сте трудности да заспите или да сте имали разбит сън, незадоволителен сън и да си уморен, като се събудиш, лоши сънища или кошмари?
- Към Всеки симптом: Колко лошо беше това?

5. Интелектуални (когнитивни) проблеми

Затруднения в концентрацията, слаба памет.

- През последната седмица имали ли сте трудности да се концентрирате, или трудности да си спомните нещо?
- Колко?

6. Потиснато настроение

Загуба на интереси, липса на удоволствие от хобитата, депресия, ранно събуждане, дневно колебание в настроението.

- През последната седмица чувствали ли сте

се депресуран?

- Имали ли сте намален интерес към нещата, или не сте вършели нещата, които обичайно извършвате?
- През последната седмица в колко часа сте се будили сутрин, за последен път? Това с часовник ли беше, или се будите сам?
- През последната седмица чувствали ли сте се по-добре или по-зле през даден момент от деня – сутрин или вечер?
- Колко зле сте се чувствали сутрин или вечер? Малко по-лошо или много по-лошо?

7. Соматични мускулни симптоми

Болки, потрепване, скованост, миоклонични потрепвания, скърцане със зъби, неустойчив глас, повишен мускулен тонус.

- През последната седмица били ли сте притесняван от болки в ставите, мускулно потрепване, скованост или внезапни мускулни потрепвания?
- Как сте по отношение на скърцането със зъби, имали ли сте нестабилен глас или Вашите мускули да са ставали напрегнати?
- Ако „Да“: Колко лошо беше това? Колко Ви притеснява това?

8. Соматични сетивни симптоми

Тинитус, размиване на образите, горещи и студени вълни, чувство за слабост, чувство за изтръпване.

- През последната седмица имали ли сте шум в ушите, размито виждане, горещи

или студени вълни, чувство на слабост, чувство за изтръпване?

- Ако „Да“: Колко лошо беше това? Колко Ви притеснява това?

9. Сърдечносъдови симптоми

Тахикардия, палпитации, екстрасистоли, болки в гърдите, пулсиране на съдовете, чувство за припадък.

- През последната седмица Вашето сърце било ли е ускорено, прескачало ли е, или удряло?
- Имали ли сте болка в гърдния кош, пулсиране на кръвоносните съдове, или чувство за припадък?
- Ако „Да“: Колко лошо беше това?

10. Дихателни симптоми

Налягане или стягане в гърдния кош, чувство за задушаване, въздишане, диспнея.

- През последната седмица имали ли сте стягане или напрежение в гърдния кош или чувство за задушаване?
- Ако „Да“: Колко лошо беше това?
- А какво ще кажете за въздишане или недостиг на въздух?
- Ако „Да“: Колко лошо беше това?

11. Гастроинтестинални симптоми

Затруднения в преглъщането, болки в стомаха под ребрата, чувство за изгаряне, чувство за пълнота в стомаха, гадене, повръщане, разхлабване на червата, загуба на тегло, запек.

- През последната седмица имали ли сте

затруднено преглъщане?

- Имали ли сте болки в стомаха или чувство за пълнота, газове, гадене, повръщане, изгаряне или куркане, разхлабване на червата или запек?
- Ако „Да“: Колко лошо беше това?
- Загубихте ли тегло последната седмица?
- Ако „Да“: Колко? Вие опитвахте ли се да отслабнете? (Да не се оценява загубата на тегло след диетата!)

12. Генитоуринарни симптоми

Честотата на уриниране, неотложна нужда за уриниране, аменорея, менорагия, развитие на фригидност, преждевременна еякулация, загуба на либидо, импотентност.

- През изминалата седмица имали ли сте често уриниране?
- Имали ли сте позиви за уриниране също?
- Какъв беше интересът ви към секса последната седмица? Не питам за изпълнение, а за Вашия интерес към секса, колко често мислехте за секс?

За жени:

- Имаште ли проблем да получите оргазъм последната седмица?
- Откога започна това?
- Имали ли сте менструация през последния месец?
- Ако „Не“: Знаете ли защо?
- Ако „Да“: Беше ли особено обилна?
- За мъже:
- Имали ли сте проблеми с преждевременна еякулация през последната седмица?

- Какво ще кажете за проблеми със задържането на ерекцията?
- Кога започна това?

13. Нервновегетативни симптоми

Сухота в устата, бледност, зачервяване, тенденция за изпотяване, Виене на свят, тензионно главоболие, настръхване на космите.

- През последната седмица имахте ли сухота в устата?
- Имаште ли зачервяване на лицето или бяхте ли блед?
- Чувствахте ли замаяност или имахте ли тензионно главоболие?
- Какво ще кажете за усещане за настръхване на космите на ръцете, врата и главата?
- Изпотяхте ли се много през последната седмица?
- Колко лошо беше това?

14. Поведение по време на интервюто

Нервничене, неспокойствие, тремор на ръцете, набръчкване на челото, опънато лице, въздишщо или насечено учестено дишане, бледо лице, преглъщане, оригване, оживени енергични сухожилни рефлексии, разширени зеници, екзофталм.

**Ръководство за ранно откриване
на тревожност и депресия
в първичната помощ**

Редактор

Д-р Ваня Мичева

Коректор

Д-р Ваня Мичева

Българска. Първо издание

Разпространява се безплатно.

НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР

ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ

<http://ncpha.government.bg>

Предпечатна подготовка и печат:

Агенция Дейта ООД

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Информация за лекари със специалност Психиатрия, сключили договор с НЗОК за извънболнична медицинска помощ

ЮГОЗАПАДЕН РЕГИОН

Област: Благоевград

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
01 - РЗОК Благоевград	0140131011	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР СВЕТИ ЙОАН РИЛСКИ-САНДАНСКИ ООД	БУЛ.СВОБОДА №1,МЦ СВЕТА ПЕТКА-САНДАНСКИ ООД,ПАРТЕРЕН ЕТАЖ,ЕТ.1 КАБ.101,ЕТ.3 КАБ.321;КАБ.413, 414; КАБ. 205, 306, 418 и манипулационна	0889/227118	БЪРДАРСКА - МИЦЕВА НИКОЛОВА ТАНЯ	0200000779
01 - РЗОК Благоевград	0103121003	ИПСИМП ПО ПСИХИАТРИЯ - Д-Р НИКОЛАЙ ЯНАКИЕВ ЕООД	УЛ.НИКОЛАЙ ПЕТРИНИ №23	073/886482; 0888/736499	НИКОЛАЙ КИРИЛОВ ЯНАКИЕВ	0200000626
01 - РЗОК Благоевград	0103121147	ИПСМП ПО ПСИХИАТРИЯ- Д-Р ГЕОРГИ ДИМИТРОВ	УЛ. ТОДОР АЛЕКСАНДРОВ 19, ЕТ. 3, КАБ. 304	0887/108080	ГЕОРГИ ДИМИТРОВ ДИМИТРОВ	0200000900
01 - РЗОК Благоевград	0103121129	ЕТ Д-Р РАДОЙ МИЛЕВ- ИПСМП ПО ПСИХИАТРИЯ	УЛ.ГРИГОР ПЪРЛИЧЕВ №60,ЕТ.3,КАБ.335	0888/650219	РАДОЙ ЗАХАРИЕВ МИЛЕВ	0200000680
01 - РЗОК Благоевград	0103121129	ЕТ Д-Р РАДОЙ МИЛЕВ- ИПСМП ПО ПСИХИАТРИЯ	ГР.РАЗЛОГ,УЛ."СВ.СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЙ"№2,ЕТ.1,КАБ.101	0888/650219	РАДОЙ ЗАХАРИЕВ МИЛЕВ	0200000680
01 - РЗОК Благоевград	0111131001	ЕООД МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР-1-ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ	УЛ.СТАРА ПЛАНИНА №54	0751/60136; 0751/60135	ИВАН КИРИЛОВ ЦАЦЕВ	0200000357
01 - РЗОК Благоевград	0111121047	ИП ЗА СМП ПО ПСИХИАТРИЯ-Д-Р ЮЛИЯ АНГОВА	УЛ.ГЕН.КОВАЧЕВ №33	073/840886; 0878/338503	АНГОВА АНГЕЛОВА ЮЛИЯ	0200000845

01 - РЗОК Благоевград	0133121021	ЕТ Д-Р РОСЕН ДИНКОВ-ИПС ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ	УЛ.РОКФЕЛЕР №70,БЛ.А,ЕТ.1,КАБ.105	0898/422637	РОСЕН КИРИЛОВ ДИНКОВ	0200000695
01 - РЗОК Благоевград	0140121048	ЕТ ОГНЯН ВЕЛКОВ-ИПСМП ПОПСИХИАТРИЯ	УЛ.СВОБОДА №1, МЦ СВЕТА ПЕТКА-САНДАНСКИ, ЕТ.4,КАБ.№417 И МАНИПУЛАЦИОННА	0884/461994	ВЕЛКОВ(884461994) АСПАРУХОВ ОГНЯН	0200000636
01 - РЗОК Благоевград	0103131004	ЕООД МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР-І-БЛАГОЕВГРАД	УЛ.СЛАВЯНСКА №60	073/885963	СОЛАКОВА БЛАГОЕВА АДРИАНА	0200000004
01 - РЗОК Благоевград	0111121047	ИП ЗА СМП ПО ПСИХИАТРИЯ-Д-Р ЮЛИЯ АНГОВА	УЛ. СЛАВЯНСКА №60, КАБ.208	073/840886; 0878/338503	АНГОВА АНГЕЛОВА ЮЛИЯ	0200000845
01 - РЗОК Благоевград	0103121155	ИПСМП ПО ПСИХИАТРИЯ-Д- Р АНТОНИЯ ИВАНОВА	ТОДОР АЛЕКСАНДРОВ №19, КАБ.406	0887/7639945	ИВАНОВА НЕВЕНОВА АНТОНИЯ	0200000889
01 - РЗОК Благоевград	0103121092	ИПСМП ПО ПСИХИАТРИЯ-Д- Р АНГЕЛИНКА ДАВИДКОВА	УЛ.САН СТЕФАНО №10	073/885665	АНГЕЛИНА ДАВИДКОВА КОЖУХАРОВА	0200000027
01 - РЗОК Благоевград	0137121013	ЕТ Д-Р ИРЕНА ДОБРЕВА- АИПСМП ПО ПСИХИАТРИЯ	УЛ.СВ.СВ.КИРИЛ И МЕТОДИЙ №1,КАБ.113	0889/300485; 0747/89230	ИРЕНА ПЕТРОВА ДОБРЕВА	0200000395
01 - РЗОК Благоевград	0103121142	ДОКТОР АДРИАНА СОЛАКОВА-ИПСИМП ПО ПСИХИАТРИЯ 2004 ЕООД	УЛ.СЛАВЯНСКА №60,ЕТ.2,КАБ.222 И МАНИПУЛАЦИОННА №224	0878/644194; 073/884140	СОЛАКОВА БЛАГОЕВА АДРИАНА	0200000004
01 - РЗОК Благоевград	0140131005	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР МЕДЕЯ ООД	БУЛ.СВОБОДА №1	0888/692625; 0884/461994	ВЕЛКОВ(884461994) АСПАРУХОВ ОГНЯН	0200000636

Област: Кюстендил

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
10 - РЗОК Кюстендил	1048131009	МЦ МЕДКОНСУЛТ ДУПНИЦА ООД	пл. Свобода 1 каб.220,221 и 226	0898599819	ИЛИАНА НИКОЛОВА ТРЕНЧЕВА	1100000254
10 - РЗОК Кюстендил	1029131007	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР МЕДИ СИТИ 21 ООД	ул. Яворов 6, ет.2, кабинети № 2, 123, 207, 209, 214, 215, 216 и 230	0898479590	ДАНИЕЛА ГЕОРГИЕВА ПАНАЙОТОВА	1100000146
10 - РЗОК Кюстендил	1048131006	Медицински център Свети Иван Рилски 2003 ЕООД	ул. „Яворов” №6, ет.2, каб.121	0701/5-95-00	СПАСКА ЕМИЛОВА КОСТОВА	1100000504
10 - РЗОК Кюстендил	1048131005	Медицински център Панацея 2002 ООД	гр. Дупница, ул. Солун 4	0701/515-88	КЕРСТИН СПАСОВА КАЦАРОВА	0200000437
10 - РЗОК Кюстендил	1029121066	Д-р Владислава Кирилова Разсолкова	ул. „Яворов” №6, каб.218	0898565825	РАЗСОЛКОВА-ТОДОРОВА КИРИЛОВА ВЛАДИСЛАВА	1100000116
10 - РЗОК Кюстендил	1048121067	АЛЕКСАНДЪР ПАРИЗОВ ЕООД	пл. „Свобода” № 1,к-т110 А	0888931693	АЛЕКСАНДЪР ИВАНОВ ПАРИЗОВ	1100000013
10 - РЗОК Кюстендил	1048121054	ЕТ Д-Р ИЛКА КРЪСТЕВА	пл.Свобода 1, ет.3, каб. 311А	0887317926	ИЛКА ИВАНОВА КРЪСТЕВА	1100000260

Област: Перник

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
14 - РЗОК Перник	1436131003	МЦ Радомир - ЕООД	ул.Райко Даскалов №50	0777/82076	АНТОАНЕТА КИРИЛОВА АНТОВА	1500000034
14 - РЗОК Перник	1432131004	ЧЗЗ-Медика-МЦ ЕООД	кв. Христо Смирненски бл.20 ет.ІІ каб.5,6,7 и 9		АНГЕЛОВА ГЕОРГИЕВА ДАНИЕЛА	1500000135
14 - РЗОК Перник	1432134002	ДКЦ-І-Перник ЕООД	ул.Брезник 2,		РОБЕРТ МАЛИНОВ КРУМОВ	1500000376
14 - РЗОК Перник	1432131011	МЦ-Перник - ЕООД	Брезник №2	0886812664; 076/588869	АЛБЕНА СТАНИШЕВА АЛЕКСАНДРОВА	1500000005
14 - РЗОК Перник	1432121161	Д-р Юлий Макаров - специализирана извънболнична медицинска помощ ЕООД	ул. "Рига" №3, кабинет № 22, ет. 2	0888 011 195	МАКАРОВ МЕТОДИЕВ ЮЛИЙ	1500000466
14 - РЗОК Перник	1432121058	ЕТ Д-р ВиолетаКостова-индивидуалнапрактиказаспециализирана медицинска помощпопсихиатрия	ул.Брезник2,		ВИОЛЕТА ДИМИТРОВА КОСТОВА	1500000105
14 - РЗОК Перник	1432121166	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ-психиатър Д-р Даниела Ангелова ЕООД	КВ."ХР.СМИРНЕНСКИ" № 20	0898660432	АНГЕЛОВА ГЕОРГИЕВА ДАНИЕЛА	1500000135

Област: София-град

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
22 - РЗОК София - град	2210123507	АГП ЗА СМП ПСИХЕЯ ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", БУЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 3	922 5317	САШО ЙОРДАНОВ ТОДОРОВ	2300008359
22 - РЗОК София - град	2210123507	АГП ЗА СМП ПСИХЕЯ ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", БУЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 3	922 5317	АЛЕКСАНДЪР ДОБРЕВ ПЕТРОВ	2300000144
22 - РЗОК София - град	2210123507	АГП ЗА СМП ПСИХЕЯ ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", БУЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 3	922 5317	КАЛУДИЕВ ПАНАЙОТОВ ЕМИЛ	2300003669
22 - РЗОК София - град	2204123504	ГПСПП"АДАПТАЦИЯ"ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 13	983 6023; 0888 359392	ИРИНА СТЕФАНОВА ЛАЗАРОВА	2300004593
22 - РЗОК София - град	2204123504	ГПСПП"АДАПТАЦИЯ"ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 13	983 6023; 0888 359392	ВЛАДИМИР КЪНЧОВ СОТИРОВ	2300001991
22 - РЗОК София - град	2204123504	ГПСПП"АДАПТАЦИЯ"ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 13	983 6023; 0888 359392	РУМЯНА ВЕЧКОВА ДИНОЛОВА- ХОДЖАДЖИКОВА	2300008219
22 - РЗОК София - град	2204123504	ГПСПП"АДАПТАЦИЯ"ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 13	983 6023; 0888 359392	ИЛИАНА ДИМИТРОВА ПРИСТАВОВА	2300004427
22 - РЗОК София - град	2204121645	АСМП-ИПСП - ПСИХИАТРИЯ - д-р Христо Теодосиев	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "БУДАПЕЩА" № 68, ЕТ. 1	0888 722715	ХРИСТО АЛЕКСАНДРОВ ТЕОДОСИЕВ	2300009579
22 - РЗОК София - град	2207123501	ГПИСПП "ВИТАЛИС" ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 70	0888 227165; 872 2644	МАЯ ЙОРДАНОВА СТОИМЕНОВА- ПОПОВА	2300006314
22 - РЗОК София - град	2207123501	ГПИСПП "ВИТАЛИС" ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 70	0888 227165; 872 2644	РОСИЦА КИРИЛОВА ЯКИМОВА	2300008089
22 - РЗОК София - град	2207123501	ГПИСПП "ВИТАЛИС" ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 70	0888 227165; 872 2644	ПЛАМЕН ЛЮБЕНОВ ПОПОВ	2300007722
22 - РЗОК София - град	2204121616	ЕТ "АИИСПП - Д-Р АНТОАНЕТА ДОНЧЕВА" - психиатрия	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "МАРИЦА" № 13, партер	0898 207329; 943 1057	АНТОАНЕТА ЖИВКОВА ДОНЧЕВА	2300000547

22 - РЗОК София - град	2204121624	ЕТ "АИПСИМП - Д-Р ЮРИ ПУЛЧЕВ"	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "КИРИЛ И МЕТОДИЙ" № 40	0888 308948	ЮРИ ИЛИЕВ ПУЛЧЕВ	2300009992
22 - РЗОК София - град	2210121597	ЕТ "АИСМП-ИП- АКАДЕМИКА- Д-Р ВИХРА МИЛАНОВА"	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ЦАР АСЕН" № 103, ЕТ. 1, АП. 2	852 3642; 0888 941451	ВИХРА КРУМОВА МИЛАНОВА-НЕШЕВА	2300001935
22 - РЗОК София - град	2204121642	АСМП-ИПСМП-ПСИХИАТРИЯ - д-р Лора Цонева	Р-Н "ОБОРИЩЕ", БУЛ. "Г.С. РАКОВСКИ" № 61	0887 203727	ДРЯНОВСКА - ЦОНЕВА ИВАНОВА ЛОРА	2300005463
22 - РЗОК София - град	2210121626	АСМП-ИПСМП- ПСИХИАТРИЯ- Д-Р АНЕТА АНИЧКИНА	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "УИЛЯМ ГЛАДСТОН" № 17, ВХ. А	0888 734961; 980 4162	АНЕТА ЙОРДАНОВА АНИЧКИНА	2300010263
22 - РЗОК София - град	2201121578	АСМП - ИПСМП - ПСИХИАТРИЯ - д-р Иванка Кръстникова	Р-Н "СРЕДЕЦ", УЛ."РАКОВСКИ" № 201, ВХ. А	0888 732473	ИВАНКА АНГЕЛОВА КРЪСТНИКОВА	2300004315
22 - РЗОК София - град	2202121132	АСМП-ИПСМП- ПСИХИАТРИЧНИ БОЛЕСТИ- Д-Р ВАЛЕНТИНА МАРИНОВА	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", БУЛ. "СКОБЕЛЕВ" № 40	0888 807037	ВАЛЕНТИНА ВАСИЛЕВА МАРИНОВА	2300001200
22 - РЗОК София - град	2219121523	ЕТ "АИПС ПСИХИАТРИЧНА МП- Д-Р КИРИЛ СИРАКОВ"	Р-Н "ЛЮЛИН", УЛ. "ОРИОН" № 8	927 0602; 0888 316101	КИРИЛ СТОЯНОВ СИРАКОВ	2300004949
22 - РЗОК София - град	2204121604	АСМП-ИПСМП - ПСИХИАТРИЯ - д-р Фанка Койчева	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ДУНАВ" № 22	943 2121; 0888 719819	ФАНКА ЛАЗАРОВА КОЙЧЕВА	2300009508
22 - РЗОК София - град	2215121554	ЕТ "ХЕЛА- Д-Р ГЕРГАНА ПРОКОПИЕВА-АИИСПП"	Р-Н "МЛАДОСТ", Ж.К. "МЛАДОСТ-IV", БЛ. 462, ВХ. 2, ЕТ. 1, АП. 24	975 3164; 0898 757304	ГЕРГАНА КОСТАДИНОВА ПРОКОПИЕВА	2300002430
22 - РЗОК София - град	2210121657	ЕТ "Д-Р РАЛИ ДИМИТРОВ- АИПИС ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ"	ж.к. "Гоце Делчев" бл. 4Е съгл. у-ние № 5819/03.06.11 г. от СРЗИ	956 1344; 0878 313149	РАЛИ ПЕТРОВ ДИМИТРОВ	2300007920
22 - РЗОК София - град	2219121545	АСМП-ИПСМП - ПСИХИАТРИЯ - Д-Р ИРИС ИКОНОМОВА	Р-Н "ЛЮЛИН", Ж.К."ЛЮЛИН", БЛ. 219, ВХ. Г	0882 030252	ИРИС ХРИСТОВА ИКОНОМОВА	2300004598
22 - РЗОК София - град	2219121545	АСМП-ИПСМП - ПСИХИАТРИЯ - Д-Р ИРИС ИКОНОМОВА	Р-Н "ЛЮЛИН", Ж.К."ЛЮЛИН", БЛ. 219, ВХ. Г	0882 030252	ГЕОРГИ АТАНАСОВ ДЖУПАНОВ	0200000184
22 - РЗОК София - град	2202121681	АСМП-ИПСМП - Психиатрия - д-р Любомира Петрова	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", УЛ. "СТ. ТОШЕВ" № 15-17 - ЕТ.2, КАБ. 218	0888 988773	ЛЮБОМИРА НИКОЛОВА ПЕТРОВА	0700000435
22 - РЗОК София - град	2204121621	ЕТ "АИИСПП - Д-Р ПЕТЯ ДИМИТРОВА"	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "МАРИЦА" № 13	0887 303241	ДИМИТРОВА ИВАНОВА ПЕТЯ	0300000955

22 - РЗОК София - град	2209121579	АСМП-ИПСМП - ПСИХИАТРИЯ - д-р Георги Хранов	Р-Н "ЛОЗЕНЕЦ", УЛ. "ЦЪРНООК" № 8	0888 958831	ХРАНОВ ЛЪЧЕЗАРОВ ГЕОРГИ	2300011350
22 - РЗОК София - град	2207131507	МЦ "СЛАТИНА" ООД	Р-Н "СЛАТИНА", УЛ. "СЛАТИНСКА" № 101 А	8 700 577	ТЕРЗИИВАНОВА ДИМИТРОВА ПЕТЯ	2300010698
22 - РЗОК София - град	2210131508	МЦ "АНГИО" ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 3	922 5855; 0898 653988	ТЕМЕНУЖКА КЪНЧЕВА ЙОРДАНОВА	2300010840
22 - РЗОК София - град	2218131506	МЦ ДОВЕРИЕ АД СОФИЯ	Р-Н "ОВЧА КУПЕЛ", Ж.К. "ОВЧА КУПЕЛ-2", ул. "Фридрих Грюнангер" № 2	956 0114; 403 6401	МИЛЕНА СТРАШИМИРОВА ПЕТРОВА	2300006432
22 - РЗОК София - град	2203131511	МЦ АИСМП ПОЛИМЕД АД СОФИЯ	Р-Н "ВЪЗРАЖДАНЕ", УЛ."БРЕГАЛНИЦА" № 47	815 7931; 0887 821757	ОЛЯ АТАНАСОВА ДЕМИРЕВА-МИКОВА	2300007290
22 - РЗОК София - град	2214134501	ДКЦ ХХVIII СОФИЯ ЕООД	УЛ. "ИЛИЯ БЕШКОВ" № 1	979 1307; 889 8276	МАРГАРИТА ИЛИЕВА КОЦЕВА-ДЕНЧЕВА	0800000285
22 - РЗОК София - град	2205131511	ТМЦ ЕООД	Р-Н "СЕРДИКА", БУЛ. "МАРИЯ ЛУИЗА" № 108	932 2485; 0878 912294	ГЕОРГИЕВ НИКОЛОВ МИЛУШ	2300006479
22 - РЗОК София - град	2210134505	ДКЦ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 1	923 0245; 0888 690687	АЛЕКСИ СПИРИДОНОВ АЛЕКСИЕВ	2300000207
22 - РЗОК София - град	2210134505	ДКЦ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 1	923 0245; 0888 690687	СПИРИДОН АЛЕКСИЕВ СПИРИДОНОВ	2300008798
22 - РЗОК София - град	2210134505	ДКЦ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 1	923 0245; 0888 690687	ВАЛЕРИ СЛАВЧЕВ ПЪРВАНОВ	0600000053
22 - РЗОК София - град	2210134505	ДКЦ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 1	923 0245; 0888 690687	ВЕСЕЛА СТОЯНОВА БАТОЕВА	2300001684
22 - РЗОК София - град	2210134505	ДКЦ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 1	923 0245; 0888 690687	РОСИЦА ГРИГОРОВА ВЛАДИМИРОВА	2300008070
22 - РЗОК София - град	2210134505	ДКЦ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 1	923 0245; 0888 690687	СТЕФАН КРЪСТЕВ КРЪСТЕВ	2300008922
22 - РЗОК София - град	2210134505	ДКЦ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 1	923 0245; 0888 690687	КАВРЪКОВА СТОЯНОВА ЛИЛИЯ	1400000939
22 - РЗОК София - град	2202131504	МЦ XVI-СОФИЯ ЕООД	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", УЛ. "ДАМЯН ГРУЕВ" № 8А	953 1782; 0898 688031	РУМЕН ЛЮБОМИРОВ СТОЯНОВ	2400000424

22 - РЗОК София - град	2207134501	ДКЦ XXII СОФИЯ ЕООД	ул. "Николай Коперник" № 9	872 0606; 0889 224983	ПЕТКО ВЕЛИЧКОВ ВЕЛИЧКОВ	2300007463
22 - РЗОК София - град	2212134501	ДКЦ VI СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ИЛИНДЕН", УЛ. "КОНЬОВИЦА" № 65	921 3244; 873 4841	МАГДАЛИНА ИЛИЕВА КЛИСУРСКА	2400000283
22 - РЗОК София - град	2215134003	ДКЦ XXV СОФИЯ-ЕООД	Р-Н "МЛАДОСТ", БУЛ. "СВЕТО ПРЕОБРАЖЕНИЕ" № 20	976 7501	РОСИЦА КИРИЛОВА ЯКИМОВА	2300008089
22 - РЗОК София - град	2215134003	ДКЦ XXV СОФИЯ-ЕООД	Р-Н "МЛАДОСТ", БУЛ. "СВЕТО ПРЕОБРАЖЕНИЕ" № 20	976 7501	ЛЮБА САВОВА КАЗАКОВА	1600000869
22 - РЗОК София - град	2215131501	МЦ "СЪРЦЕ 21 ВЕК" ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 3	922 5414	ВАСИЛ ДИМИТРОВ БЕЦИНСКИ	2300001386
22 - РЗОК София - град	2204134508	ДКЦ "БОРОЛА" ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 52	983 6203; 0896 775004	ЦВЕТАН ГАВРИЛОВ КАЦАРОВ	2300009726
22 - РЗОК София - град	2204134508	ДКЦ "БОРОЛА" ООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ЦАР СИМЕОН" № 52	983 6203; 0896 775004	АНИ ВАЛЕНТИНОВА ШКОДРОВА	2300000419
22 - РЗОК София - град	2216131508	"МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТРОВЕ ФИ ХЕЛТ" АД	Р-Н "СТУДЕНТСКИ", УЛ. "АЛЕКСАНДЪР ФОЛ" № 2	445 6666	СТОИЛОВ ГЕОРГИЕВ СТАНИСЛАВ	2300010419
22 - РЗОК София - град	2209133501	МДЦ "ЛОЗЕНЕЦ" ООД	Р-Н "ЛОЗЕНЕЦ", УЛ. "МАЛУША" № 10	963 2554	ЦВЕТЕСЛАВА ИВАНОВА ГЪЛЪБОВА	2300009816
22 - РЗОК София - град	2202131508	МЦ "ДЕТСКО ЗДРАВЕ" ЕООД	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", УЛ. "АМИ БУЕ" № 27-29;	0888 223062; 952 4297	МАРГАРИТА ДИМИТРОВА СТАНКОВА	2300005802
22 - РЗОК София - град	2209134501	ДКЦ XIII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ЛОЗЕНЕЦ", УЛ. "ДИМИТЪР ХАДЖИКОЦЕВ" № 20	866 5412; 963 0483	МАРГАРИТА ВАСИЛЕВА ТОЧОВСКА-ПЕНЧЕВА	2300005790
22 - РЗОК София - град	2209134501	ДКЦ XIII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ЛОЗЕНЕЦ", УЛ. "ДИМИТЪР ХАДЖИКОЦЕВ" № 20	866 5412; 963 0483	КРАСИМИРА ГЕОРГИЕВА МАРЧЕВА-АНГЕЛОВА	2300005154
22 - РЗОК София - град	2209134501	ДКЦ XIII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ЛОЗЕНЕЦ", УЛ. "ДИМИТЪР ХАДЖИКОЦЕВ" № 20	866 5412; 963 0483	МАЙКОВА-ПЕТРОВА ГЕОРГИЕВА АННА	2300000460
22 - РЗОК София - град	2219134501	ДКЦ XII СОФИЯ ЕООД	Р-Н ЛЮЛИН, УЛ. "КОРЕНЯК" № 17	824 6148	ДИМИТЪР ПЕТКОВ РАДОЕВ	2300002982
22 - РЗОК София - град	2219134501	ДКЦ XII СОФИЯ ЕООД	Р-Н ЛЮЛИН, УЛ. "КОРЕНЯК" № 17	824 6148	КАЙРЯКОВА ИВАНОВА ГЕРГАНА	2700000933

22 - РЗОК София - град	2210131514	МЦ "НЕВРОМЕД" ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", БУЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 3	922 5644; 0888 564451	АНАСТАСОВА ИВАНОВА АНТОНИЯ	2300012130
22 - РЗОК София - град	2210131514	МЦ "НЕВРОМЕД" ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", БУЛ. "ГЕОРГИ СОФИЙСКИ" № 3	922 5644; 0888 564451	КОЦЕВА ЛЕКОВА СТОЙКА	0400002482
22 - РЗОК София - град	2202134501	ДКЦ ХХ СОФИЯ ЕООД	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", БУЛ. "СТ. ТОШЕВ" № 15-17	955 7225	ЛЮБОМИРА НИКОЛОВА ПЕТРОВА	0700000435
22 - РЗОК София - град	2202134501	ДКЦ ХХ СОФИЯ ЕООД	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", БУЛ. "СТ. ТОШЕВ" № 15-17	955 7225	СТОЯНОВ СТОЯНОВ ДРОЗДСТОЙ	2300012085
22 - РЗОК София - град	2210131544	МЦ "АКАД. ИВ. ПЕНЧЕВ" ЕООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ЗДРАВЕ" № 2 /УСБАЛЕ "Акад. Иван Пенчев" ЕАД/	895 6050; 0888 896843	ИГНАТ ХРИСТОВ ПЕТРОВ	2300004410
22 - РЗОК София - град	2210131004	АСМИПМЦ"СВЕТИ ПАНТЕЛЕЙМОН"ЕООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "КНЯЗ БОРИС I" № 21, ЕТ. 1,	0700 17 012; 0885 101000	ВЛАДИ ХУСЕЙН АЛХАНАК	0700000153
22 - РЗОК София - град	2210134504	ДКЦ "СВ. ВРАЧ И СВ. СВ. КУЗМА И ДАМЯН" ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ."ДИМИТЪР МАНОВ" №17	950 5785	ЗАХАРИ НИКОЛОВ ЗАРКОВ	1300000192
22 - РЗОК София - град	2208131504	МЦ "СВ.НАУМ" ЕООД	Р-Н "ИЗГРЕВ", УЛ. "ЛЮБЕН РУСЕВ" № 1	970 2130; 0888 509337	АСЕН ЖИВКОВ КАРАДАЛИЕВ	2300000660
22 - РЗОК София - град	2208131504	МЦ "СВ.НАУМ" ЕООД	Р-Н "ИЗГРЕВ", УЛ. "ЛЮБЕН РУСЕВ" № 1	970 2130; 0888 509337	ДОЧЕВА ЕВСТАТИЕВА ЯНА	1200000645
22 - РЗОК София - град	2208131504	МЦ "СВ.НАУМ" ЕООД	Р-Н "ИЗГРЕВ", УЛ. "ЛЮБЕН РУСЕВ" № 1	970 2130; 0888 509337	АНТОНИЯ ИВАНОВА ЗАМФИРОВА	2300000628
22 - РЗОК София - град	2208131504	МЦ "СВ.НАУМ" ЕООД	Р-Н "ИЗГРЕВ", УЛ. "ЛЮБЕН РУСЕВ" № 1	970 2130; 0888 509337	БЛАЖЕВА ИВАНОВА ТИНА	2300009334
22 - РЗОК София - град	2210131527	МЦ "КАРДИО ПЛЮС" ООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "Г. СОФИЙСКИ" № 3 /ВМА, каб. № 128, 129, 130/	922 6031; 922 6029	ЗЛАТКА СТОЕВА СТОЕВА-ГОГОВА	2300003978
22 - РЗОК София - град	2209134502	ДКЦ "ТОКУДА" АД	Р-Н "ЛОЗЕНЕЦ", БУЛ. "НИКОЛА ВАПЦАРОВ" № 51Б	403 4225; 403 4199	МАРИАНА ПЕТРОВА НАЙДЕНОВА- ДИМИТРОВА	2300005902
22 - РЗОК София - град	2204134504	ДКЦ ХVII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", БУЛ. "ЕВЛОГИ ГЕОРГИЕВ" № 108	846 3550; 0888 509108	ДИАНА РАДОСЛАВОВА ХРИСТОВА	2300011022
22 - РЗОК София - град	2210134002	ДКЦ ХIV СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "СТЕФАН САРАФОВ" № 7	9521363; 0889223401	МАРГАРИТА ВАСИЛЕВА ТОЧОВСКА-ПЕНЧЕВА	2300005790

22 - РЗОК София - град	2210131555	МЦ "АВИЦЕНА" ЕООД	Р-Н "ТРИАДИЦА", УЛ. "ОРЕХОВА ГОРА" № 17Б	866 5580	ВЛАДИМИР ВЕНКОВ НАКОВ	1600000322
22 - РЗОК София - град	2203133505	МДЦ КРИСТАЛ АД СОФИЯ	ГР. СОФИЯ, Р-Н ВЪЗРАЖДАНЕ, УЛ. ОСОГОВО 55	0879259074; 420 0220	АНГЕЛОВА НИКОЛОВА АНТОАНЕТА	1900000034
22 - РЗОК София - град	2213134001	ДКЦ VIII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "НАДЕЖДА", УЛ. "ХРИСТО СИЛЯНОВ" № 77	837 8613	БОРИСЛАВА ДИМИТРОВА ПЕЕВА	0700000068
22 - РЗОК София - град	2202131568	МЦ "СПОРТМЕД" ЕООД	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", УЛ. "ЛЕРИН" № 3	850 4046; 0895 796454	БЕНЖАМЕН МЕНТО МЕНТЕШЕВ	2300000770
22 - РЗОК София - град	2207134502	ДКЦ "УРОМЕД 2001" ООД	Р-Н "СЛАТИНА", УЛ. "ПОГЛЕДЕЦ" № 9	871 7184; 971 4580	ВАСИЛ МИЛАНОВ МИЛАНОВ	2300001405
22 - РЗОК София - град	2208134502	ДКЦ СОФИЯМЕД ЕООД СОФИЯ	Р-Н "ИЗГРЕВ", БУЛ. "Г. М. ДИМИТРОВ" № 16	0896 666602	ЦВЕТЕЛИНА ДОБРЕВА ПЪРВАНОВА- ПЕТКОВА	2400000523
22 - РЗОК София - град	2206134501	ДКЦ XXIII СОФИЯ ООД	Р-Н "ПОДУЯНЕ", УЛ. "КЛИСУРА" № 20	945 7430; 945 7446	БАГДАСАРЯН АБЕЛОВИЧ САМВЕЛ	2300008332
22 - РЗОК София - град	2206134501	ДКЦ XXIII СОФИЯ ООД	Р-Н "ПОДУЯНЕ", УЛ. "КЛИСУРА" № 20	945 7430; 945 7446	ГЕНКА БОРИСОВА СЛАВКОВА- НАЙДЕНОВА	2300002164
22 - РЗОК София - град	2218134501	ДКЦ XXI СОФИЯ ООД	Р-Н "ОВЧА КУПЕЛ", УЛ. "МОНТЕВИДЕО" № 21	855 6051; 415 1017	ДИМИТЪР ПЕТКОВ РАДОЕВ	2300002982
22 - РЗОК София - град	2218134501	ДКЦ XXI СОФИЯ ООД	Р-Н "ОВЧА КУПЕЛ", УЛ. "МОНТЕВИДЕО" № 21	855 6051; 415 1017	СВЕТЛИНКА ГЕОРГИЕВА КОЛЕВА	2300008459
22 - РЗОК София - град	2221131001	МЦ XXXI СОФИЯ ЕООД	Р-Н "НОВИ ИСКЪР", УЛ. "ИСКЪРСКО ДЕФИЛЕ" № 121	991 7277; 991 7364	ТАТЯНА ТЕОДОСИЕВА РУНЕВСКА	2400000497
22 - РЗОК София - град	2206131503	МЦ "ЗДРАВЕ-2003" ООД	Р-Н "ПОДУЯНЕ", Ж.К. "СУХА РЕКА", БЛ. 60	945 4773	МАРИЯ ТРЕНДАФИЛОВА ТОДОРОВА	2300006203
22 - РЗОК София - град	2213134501	ДКЦ XXIV СОФИЯ ЕООД	БУЛ. "ГЕН. Н. ЖЕКОВ" № 3	896 0109; 0888 689482	ФАНКА СИМЕОНОВА БАНЧЕВА	2300009509
22 - РЗОК София - град	2204134501	ДКЦ III СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ОБОРИЩЕ", УЛ. "ИСКЪР" № 22	986 5024	МАРГАРИТА ИЛИЕВА КОЦЕВА-ДЕНЧЕВА	0800000285
22 - РЗОК София - град	2205134001	ДКЦ VII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "СЕРДИКА", БУЛ. "МАРИЯ ЛУИЗА" № 191	931 5001; 0888 765470	НИКОЛОВА НИКОЛАЕВА ЛИЛИЯ	2300012855

22 - РЗОК София - град	2205134001	ДКЦ VII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "СЕРДИКА", БУЛ. "МАРИЯ ЛУИЗА" № 191	931 5001; 0888 765470	КРАСИМИР ИВАНОВ ИВАНОВ	2300005086
22 - РЗОК София - град	2205134001	ДКЦ VII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "СЕРДИКА", БУЛ. "МАРИЯ ЛУИЗА" № 191	931 5001; 0888 765470	БОРЯНА НИКОЛОВА ЕКОВА	2400000045
22 - РЗОК София - град	2202131566	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР КАЛИМАТ ЕООД	Р-Н "КРАСНО СЕЛО", УЛ. "ЯСТРЕБЕЦ" № 11	0882 803004; 0877 999174	МИХАЙЛОВА- АНГЕЛОВА НЕДЯЛКОВА ЕЛЕНА	2300003457
22 - РЗОК София - град	2214131503	МЦ "Д-Р ДИНЕВИ" ЕООД	Р-Н "ИСКЪР", Ж.К. "ДРУЖБА", БЛ. 270, ВХ. А, АП. 3	468 3212	КОЦЕВА ЛЕКОВА СТОЙКА	0400002482
22 - РЗОК София - град	2206134502	ДКЦ XVIII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ПОДУЯНЕ", УЛ. "ЕМАНУИЛ ВАСКИДОВИЧ" № 51	945 0445; 0888 972556	МАРИЯ ТРЕНДАФИЛОВА ТОДОРОВА	2300006203
22 - РЗОК София - град	2206134502	ДКЦ XVIII СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ПОДУЯНЕ", УЛ. "ЕМАНУИЛ ВАСКИДОВИЧ" № 51	945 0445; 0888 972556	РАЛИ ПЕТРОВ ДИМИТРОВ	2300007920
22 - РЗОК София - град	2201134501	ДКЦ СМП ГУРГУЛЯТ АД	Р-Н "СРЕДЕЦ", УЛ. "Г. С. РАКОВСКИ" № 148 Б	981 0331; 955 5639	БОРЯНА КИРИЛОВА ХАДЖИИВАНОВА	2300001077
22 - РЗОК София - град	2220134001	ДКЦ XXX СОФИЯ ЕООД	Р-Н "ВРЪБНИЦА", Ж.К. "ОБЕЛЯ 2"	934 0062; 934 1615	МАРГАРИТА ИЛИЕВА КОЦЕВА-ДЕНЧЕВА	0800000285
22 - РЗОК София - град	2224131501	МЦ I-БАНКЯ ЕООД	Р-Н "БАНКЯ", УЛ. "М-Р КОСТА ПАНИЦА" № 10	997 7119; 0899 701644	ГЕОРГИ АТАНАСОВ ДЖУПАНОВ	0200000184
22 - РЗОК София - град	2202133505	МДЦ САЗДАНОВСКИ МЕДИКА НОВА ООД	Р-Н КРАСНО СЕЛО УЛ. НИШАВА №62	02/4779556; 0896571214	МАРГАРИТА ИЛИЕВА КОЦЕВА-ДЕНЧЕВА	0800000285
22 - РЗОК София - град	2201131511	МЦ КАРДИОХЕЛП ЕООД	Р-Н "СРЕДЕЦ", БУЛ. "Г. С. РАКОВСКИ" № 179, ВХ. 1, ЕТ. 1, АП. 1	981 7521; 0887 450989	ДИАНА РАДОСЛОВОВА ХРИСТОВА	2300011022

Област: София-област

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
23 - РЗОК София - област	2339121121	ЕТ " Д-р БойкоПерниклиевАИПСМП- психиатрия"	ул" Македония" №49		БОЙКО АТАНАСОВ ПЕРНИКЛИЕВ	2400000040
23 - РЗОК София - област	2343133005	МДЦ Олимп ЕООД	Отец Пайсий 6	072624822	ЧАВДАР ДИМИТРОВ ДИЛОВ	2400000531
23 - РЗОК София - област	2345131009	МедицинскицентърЕООД	Тодор Каблешков №6		ТАТЯНА ТЕОДОСИЕВА РУНЕВСКА	2400000497
23 - РЗОК София - област	2320131014	МЦ1-Ихтиман ЕООД	Шипка №30		ЦВЕТЕЛИНА ДОБРЕВА ПЪРВАНОВА- ПЕТКОВА	2400000523
23 - РЗОК София - област	2317131007	МедицинскицентърЕ- ЕлинПелинЕООД	Здравец №15		ЗЛАТКА СТОЕВА СТОЕВА-ГОГОВА	2300003978

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РЕГИОН**Област: Кърджали**

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
09 - РЗОК Кърджали	0916121035	Д-р Диана Пеева- АИМПСИМП по психиатрия ЕООД	ул.,„Екзарх Йосиф” №6	0886272504	ИАНА НИКОЛОВА ПЕЕВА	1000000081
09 - РЗОК Кърджали	0916121017	ЕТ "Дарина-1991-Дарина Атанасова"	Кърджали, бул.Тракия №6	82293	ДАРИНА ВАНЪОВА АТАНАСОВА	1000000072
09 - РЗОК Кърджали	0916121043	ИП- Д-р Димитрийка Дъгова	гр.Кърджалиул."Славянска" №9,	0885141626	ДИМИТРИЙКА ДИМИТРОВА ДЪГОВА	1000000083
09 - РЗОК Кърджали	0916121094	АИСИМП-Психиатрия Д-р Розалия Рангелова	бул."Беломорски" №24		РОЗАЛИЯ ГОШЕВА РАНГЕЛОВА	1000000257
09 - РЗОК Кърджали	0916121079	АИСИМП-Психиатрия-Д-р Николина Здравкова Узунова	бул. "Беломорски" 24а, ет2	0889814834	НИКОЛИНКА ЗДРАВКОВА УЗУНОВА	1000000233
09 - РЗОК Кърджали	0916134001	ДКЦ 1 Кърджали ООД	ул."Тракия" №19		НЕДЯЛКА ГЕОРГИЕВА АНДРЕЕВА	1000000220
09 - РЗОК Кърджали	0916131002	МЦ АВИЦЕНА ЕООД Кърджали	бул."Беломорски" №53		НИКОЛИНКА ЗДРАВКОВА УЗУНОВА	1000000233
09 - РЗОК Кърджали	0916131002	МЦ АВИЦЕНА ЕООД Кърджали	бул."Беломорски" №53		РУСКО АТАНАСОВ РУСКОВ	1000000270
09 - РЗОК Кърджали	0916134001	ДКЦ 1 Кърджали ООД	ул."Тракия" №19		БЕЛИН ГЕОРГИЕВ ИЛЧЕВ	1000000028

Област: Пазарджик

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
13 - РЗОК Пазарджик	1319134003	Хигия ДКЦ ООД Пазарджик	Бул. "Освобождение" №15	034/443306; 034/445272	ДОРА ТОНЧЕВА АТАНАСОВА	1400000285
13 - РЗОК Пазарджик	1319134003	Хигия ДКЦ ООД Пазарджик	Бул. "Освобождение" №15	034/443306; 034/445272	ПОПОВ ТОДОРОВ НИКОЛАЙ	1700004440
13 - РЗОК Пазарджик	1319134002	ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР-1 ПАЗАРДЖИК ЕООД	ул. Константин Величков №50	034 406166	ПАНЧЕВА ИВАНОВА РАДМИЛА	1400000697
13 - РЗОК Пазарджик	1319134002	ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР-1 ПАЗАРДЖИК ЕООД	ул. Константин Величков №50	034 406166	ТЕМНИЛОВ МАНОЛОВ КРАСИМИР	1400000467
13 - РЗОК Пазарджик	1319134002	ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР-1 ПАЗАРДЖИК ЕООД	ул. Константин Величков №50	034 406166	ТЕОДОРА АТАНАСОВА ЩЕРЕВА	1400000823
13 - РЗОК Пазарджик	1320134001	ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР I ПАНАГЮРИЩЕ ЕООД	ул."Д-р Лонг"№3	0357/62195	ПОПОВ ТОДОРОВ НИКОЛАЙ	1700004440
13 - РЗОК Пазарджик	1319134003	Хигия ДКЦ ООД Пазарджик	ул. "Свети Иван Рилски" №3	034/443306; 034/445272	ПОПОВ ТОДОРОВ НИКОЛАЙ	1700004440
13 - РЗОК Пазарджик	1319134003	Хигия ДКЦ ООД Пазарджик	ул. "Свети Иван Рилски" №3	034/443306; 034/445272	ДОРА ТОНЧЕВА АТАНАСОВА	1400000285
13 - РЗОК Пазарджик	1319134001	ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР "ЕСКУЛАП-ЦИТОМЕД"-ООД	УЛ. СВЕТИ АРАХАНГЕЛ №19А	034/44-15-44	БЕШКОВ ПЕТРОВ АСЕН	1700004432
13 - РЗОК Пазарджик	1319134001	ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР "ЕСКУЛАП-ЦИТОМЕД"-ООД	УЛ. СВЕТИ АРАХАНГЕЛ №19А	034/44-15-44	ДРАГИНОВА-ЛАЗОВА ПЕТРОВА РАДОСТИНА	1700003968
13 - РЗОК Пазарджик	1319134001	ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР "ЕСКУЛАП-ЦИТОМЕД"-ООД	УЛ. СВЕТИ АРАХАНГЕЛ №19А	034/44-15-44	МАРИН БОРИСОВ РУМЕН	2300008131
13 - РЗОК Пазарджик	1308134001	ДКЦ №1 ВЕЛИНГРАД - ЕООД	бул. Съединение №49	0359/5-42-98	ТЕМНИЛОВ МАНОЛОВ КРАСИМИР	1400000467
13 - РЗОК Пазарджик	1321134003	ДКЦ "ХИПОКРАТ" ЕООД	ул."Петър Раков" №14	0350-62022	АНДРЕАНА НИКОЛОВА ДИМИТРОВА	1400000031

13 - РЗОК Пазарджик	1319121006	СИМП Д-р Иванка Михайлова Христева-психиатрия	Трапезица №7	0888759274	ХРИСТЕВА МИХАЙЛОВА ИВАНКА	1400000397
13 - РЗОК Пазарджик	1319121007	ЕТ "Д-Р ВИКТОР ДЖОНОВ- АСМП-ИП"	ул. "Ованес Соваджиян" №38	034/48-48-60; 0888760749	ВИКТОР КОСТАДИНОВ ДЖОНОВ	1400000134
13 - РЗОК Пазарджик	1321134003	ДКЦ "ХИПОКРАТ" ЕООД	ул. "Нешо Чипев" №1	0350-62022	АНДРЕАНА НИКОЛОВА ДИМИТРОВА	1400000031

Област: Пловдив

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
16 - РЗОК Пловдив	1622121419	АИПСМП – д-р Райна Цветкова Димитрова	филиал- гр.Асеновград, ул. "Васил Левски" №10, ет.1 каб 1Б		ДИМИТРОВА ЦВЕТКОВА РАЙНА	1700003000
16 - РЗОК Пловдив	1622121419	АИПСМП – д-р Райна Цветкова Димитрова	ул. "Владивосток" 18, ет.2, каб.43		ДИМИТРОВА ЦВЕТКОВА РАЙНА	1700003000
16 - РЗОК Пловдив	1622121419	АИПСМП – д-р Райна Цветкова Димитрова	филиал- гр.Асеновград, ул. "Цар Иван Асен" №9, ет.3, офис.12 каб 1		ДИМИТРОВА ЦВЕТКОВА РАЙНА	1700003000
16 - РЗОК Пловдив	1622121419	АИПСМП – д-р Райна Цветкова Димитрова	Пловдив, Ул.Пещерско шосе 68 ет 1 каб 6		ДИМИТРОВА ЦВЕТКОВА РАЙНА	1700003000
16 - РЗОК Пловдив	1622123019	АГПСМ-Филипополис ООД	ул. "Васили Априлов" 9	032/643816	ХАДЖИЙСКА АТАНАСОВА ЛЮБА	1700002076
16 - РЗОК Пловдив	1622123019	АГПСМ-Филипополис ООД	ул. "Васили Априлов" 9	032/643816	ГЕОРГИЕВ ИВАНОВ СВЕТЛОЗАР	1700003168
16 - РЗОК Пловдив	1622121421	АИПСМ – д-р Маргарита Панова Панова	бул. "Пещерско шосе" №68		МАРГАРИТА ПАНОВА ПАНОВА	1700002182
16 - РЗОК Пловдив	1622121421	АИПСМ – д-р Маргарита Панова Панова	ул. "Владивосток" 18, ет.2, каб.43		МАРГАРИТА ПАНОВА ПАНОВА	1700002182

16 - РЗОК Пловдив	1622121468	АИПСМПП – Д-Р НАДЕЖДА ХРИСТОВА ПОРЯЗОВА- КЕНЛЕШЕВА	ул."Владивосток" 18, ет.2, каб.36		НАДЕЖДА ХРИСТОВА ПОРЯЗОВА- КЕНЛЕШЕВА	1700002534
16 - РЗОК Пловдив	1622121422	АИПСМПП – ИННА ДИМИТРОВА БОНЧЕВА	бул."Васил Априлов" №29 - партер		ИННА ДИМИТРОВА БОНЧЕВА	1700001743
16 - РЗОК Пловдив	1622121039	ЕТ "Д-Р ЛЮБКА ИЛИЕВА – АИПСПП"	ул.Хр.Ботев 124 ет 2 каб1		ИЛИЕВА СИМЕОНОВА ЛЮБКА	1700002089
16 - РЗОК Пловдив	1622121512	АИПСМП по психиатрия на Д- р Бранимир Цветанов Бранков	Пловдив, ул."Иглика" 2, ет.3, каб.1, 2 и 3		БРАНКОВ ЦВЕТАНОВ БРАНИМИР	1700000431
16 - РЗОК Пловдив	1622121040	АИПСМПП - Д-р Валентина Василева Майсторова ЕООД	ул. П.Д.Петков 23 ет 4 каб 10	0888528044	ВАЛЕНТИНА ВАСИЛЕВА МАЙСТОРОВА- ЧОБАНОВА	1700000453
16 - РЗОК Пловдив	1622121114	Д-р Стелян Лазаров - АИПСПП 2010 ЕООД	база - ул."Скопие" 1, ет.2, офис 1, каб. 1, 2 и 3; филиал - гр.Пловдив, ул."Димитър Талев" 23, ет.1, ап.2, каб. 1 и 2	670662; 0888994413	СТЕЛЯН ГЕОРГИЕВ ЛАЗАРОВ	1700003330
16 - РЗОК Пловдив	1622121610	АИПСМП по психиатрия на Д- р Радостина Петрова Драгинова-Лазова	бул."Пещерско шосе" 68, ет.1, каб.9	0887/433-347	ДРАГИНОВА-ЛАЗОВА ПЕТРОВА РАДОСТИНА	1700003968
16 - РЗОК Пловдив	1601121034	Хипократ - Д-р Илия Сотиров АИПСМПХП ЕООД	ул."Александър Стамболийски" №43		ИЛИЯ АТАНАСОВ СОТИРОВ	1700001712
16 - РЗОК Пловдив	1622121063	АИПСПП Д-р Венелина Митковска	ул. "Никола Козлев" №9		МИТКОВСКА ИВАНОВА ВЕНЕЛИНА	1700000576
16 - РЗОК Пловдив	1622121011	ЕТ "Д-р Никола Марков" - АИПСПП	база - ул."Родопи" №108, ет.2, каб.1 и 2		НИКОЛА СТЕФАНОВ МАРКОВ	1700002661
16 - РЗОК Пловдив	1622121011	ЕТ "Д-р Никола Марков" - АИПСПП	филиал - бул."Христо Ботев" 124, ет.2, каб2		НИКОЛА СТЕФАНОВ МАРКОВ	1700002661
16 - РЗОК Пловдив	1622121462	ЕТ " Д-Р ЛИЛИЯ КИЧЕВА - АМБУЛАТОРИЯ ЗА ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ"	бул. "Васил Априлов" №9, ет.2, каб. 1 и 3		ЛИЛИЯ ГЕОРГИЕВА КИЧЕВА-ВЪЖЕВА	1700002024
16 - РЗОК Пловдив	1622121390	АИПСПП Д-р Веселин Асенов Герев	ул.ЯнкоСакъзов,11		ВЕСЕЛИН АСЕНОВ ГЕРЕВ	1700000623

16 - РЗОК Пловдив	1622121445	ЕТ- ИПСЕ- Д-р Петя Благоева- АИПСМП	ул."Бунтовнишка" №13		ПЕТЯ ГЕОРГИЕВА БЛАГОЕВА	1700002900
16 - РЗОК Пловдив	1622121373	АИПСПП д-р Димитър Маринов Момъков	база - гр.Пловдив, ул.Родопи № 108, ет.1 каб.2;		ДИМИТЪР МАРИНОВ МОМЪКОВ	1700001121
16 - РЗОК Пловдив	1622121373	АИПСПП д-р Димитър Маринов Момъков	Филиал - гр.Пловдив, бул.Христо Ботев № 124, ет.2, каб.1		ДИМИТЪР МАРИНОВ МОМЪКОВ	1700001121
16 - РЗОК Пловдив	1622121041	АИПСМП - д-р Цветана Николова Райчева-Маноилова	гр. Пловдив, ул. Козлов 8		ЦВЕТАНА НИКОЛОВА РАЙЧЕВА- МАНОИЛОВА	1700003744
16 - РЗОК Пловдив	1622121231	Д-Р ВЕНЧЕСЛАВА ГЕОРГИЕВА ДИМИТРОВА- ЖЕЛЕВА - АИПСПП	ул. "Тодор Бурмов" №3 партер		ВЕНЧЕСЛАВА ГЕОРГИЕВА ДИМИТРОВА-ЖЕЛЕВА	1700000600
16 - РЗОК Пловдив	1622121072	АИПСМП по Психиатрия - Д-р Даниела Атанасова Ковачева	база-ул.Перущица 7а ет 2 каб 1 ап 5		ДАНИЕЛА АТАНАСОВА КОВАЧЕВА	1700000935
16 - РЗОК Пловдив	1622121072	АИПСМП по Психиатрия - Д-р Даниела Атанасова Ковачева	филиал-Пловдив ул."Владивосток" 18, ет.2, каб.36		ДАНИЕЛА АТАНАСОВА КОВАЧЕВА	1700000935
16 - РЗОК Пловдив	1622121543	АИПСМП по психиатрия д-р Фаня Танева	бул."Пещерско шосе" №68 ет.1, каб.4	0894/655-124	ФАНЯ ВАСИЛЕВА ТАНЕВА	1700003614
16 - РЗОК Пловдив	1622134014	Диагностично-консултативен център ПЪЛМЕД ООД	ул."Перущица" №1 А - сутерен		АРНАУДОВ АТАНАС	1700004031
16 - РЗОК Пловдив	1622134006	ДКЦ VII Пловдив, район Южен ЕООД	база-ул."Тодор Александров" №16;	032/692505	КУЗМОВА АТАНАСОВА МАРИЯ	1700002254
16 - РЗОК Пловдив	1622134006	ДКЦ VII Пловдив, район Южен ЕООД	филиал:ул."Георги Кондулов" №43а	032/692505	КУЗМОВА АТАНАСОВА МАРИЯ	1700002254
16 - РЗОК Пловдив	1622134007	ДКЦ I ЕООД Пловдив	пл."Понеделник пазар" №5	032/263597	БОЖАНА СТЕФАНОВА ПЕТКОВА	1700000350
16 - РЗОК Пловдив	1622134007	ДКЦ I ЕООД Пловдив	пл."Понеделник пазар" №5	032/263597	ЛЮДМИЛА ГОЗМАНОВА	1700002131
16 - РЗОК Пловдив	1622134003	ДКЦ VI – ПЛОВДИВ, РАЙОН ЦЕНТРАЛЕН ЕООД	бул."Любен Каравелов" №5		ГЕОРГИ МИХАЙЛОВ ПАСКАЛЕВ	1400000197

16 - РЗОК Пловдив	1622134008	ДКЦ-V ЕООД Пловдив	ЖР "Тракия", ул."Съединение" №42	032/261126; 032/261177	ТЕМЕНУЖКА МЕТЕВА РАНГЕЛОВА	1700003499
16 - РЗОК Пловдив	1622134008	ДКЦ-V ЕООД Пловдив	ЖР "Тракия", ул."Съединение" №42	032/261126; 032/261177	РУМЕНА ГЕОРГИЕВА БИЛЮКОВА	1000000263
16 - РЗОК Пловдив	1622131041	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР - ДИМЕД ООД	ж.к."Тракия", ТЦ "Сани" ет.4,офис 2	0888519073	АРАБАДЖИЕВ ПЕТРОВ ЗЛАТОСЛАВ	1700004219
16 - РЗОК Пловдив	1641131001	"МЦ 1 - СТАМБОЛИЙСКИ" ЕООД	ул. "Дунав" №43		СТЕЛЯН ГЕОРГИЕВ ЛАЗАРОВ	1700003330
16 - РЗОК Пловдив	1622131009	МЦ "СВЕТИ ВРАЧ" АД	бул."Христо Ботев" №81	609859; 608322	ЦВЕТА ВЕЛИЧКОВА ЮРУКОВА	1700003723
16 - РЗОК Пловдив	1622131009	МЦ "СВЕТИ ВРАЧ" АД	бул."Христо Ботев" №81	609859; 608322	ЛЮДМИЛА ГОЗМАНОВА	1700002131
16 - РЗОК Пловдив	1622134005	"ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР II- ПЛОВДИВ" ЕООД	бул. "6-ти септември"№110		НИКОЛА ПЕТРОВ ПАНАЙОТОВ	1700002658
16 - РЗОК Пловдив	1622134005	"ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР II- ПЛОВДИВ" ЕООД	ул Ген Гурко Мархолев 5 ет 1		НИКОЛА ПЕТРОВ ПАНАЙОТОВ	1700002658
16 - РЗОК Пловдив	1622134005	"ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР II- ПЛОВДИВ" ЕООД	гр.Асеновград пл.Акад Николай Хайтов 3 ет 3		НИКОЛА ПЕТРОВ ПАНАЙОТОВ	1700002658
16 - РЗОК Пловдив	1622134005	"ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР II- ПЛОВДИВ" ЕООД	гр.Перушица ул.Цар Борис I 5 ет 1		НИКОЛА ПЕТРОВ ПАНАЙОТОВ	1700002658
16 - РЗОК Пловдив	1622131022	"ВЯРА" МЦСДП - ООД	ул."Лагадина" №8	032/642080	АНТОАНЕТА ВАСИЛЕВА ТРИЧКОВА	1700000197
16 - РЗОК Пловдив	1613131001	"Медицински Център I Карлово" ЕООД	гр.Карлово, филиал - ул.Ген.Гурко Мархолев 3 ет 2 к	0335/93203	МЕГДАНСКА НИКОЛОВА КАПКА	1700001843
16 - РЗОК Пловдив	1622131058	МЦ "Медицински център 1- Пловдив" ООД	ул."Филип Македонски" № 37 ет.3	032/656600	КОНСТАНТИНОВА ИВАНОВА ГЕРГАНА	1700000890
16 - РЗОК Пловдив	1622134013	"ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР ИЗТОК" ЕООД	ул."Храбрец" №15	032/601818	МЕГДАНСКА НИКОЛОВА КАПКА	1700001843
16 - РЗОК Пловдив	1623131002	"Медицински център Асклеп" ООД	ул. "Ангел войвода" №2		КУЗМОВА АТАНАСОВА МАРИЯ	1700002254

16 - РЗОК Пловдив	1622131014	“АСИМП – МЦ КЮЧУК ПАРИЖ” ООД	ул."Георги Кондолов" №43А	032/605400; 032/605404	НЕВЕНА ИЛИЕВА БАЛКАНСКА	1700002572
16 - РЗОК Пловдив	1625131001	МЦ Света Елисавета Раковски ЕООД	база-ул."Васил Петлешков" №1и ет 2;		НИКОЛА ПЕТРОВ ПАНАЙОТОВ	1700002658
16 - РЗОК Пловдив	1625131001	МЦ Света Елисавета Раковски ЕООД	филиал-ул.Г.Димитров 25 ет 1		НИКОЛА ПЕТРОВ ПАНАЙОТОВ	1700002658
16 - РЗОК Пловдив	1625131001	МЦ Света Елисавета Раковски ЕООД	филиал-ул. Родопи 43 сутерен, ет.1 и ет. 2		НИКОЛА ПЕТРОВ ПАНАЙОТОВ	1700002658
16 - РЗОК Пловдив	1622134002	ДКЦ IV Пловдив ЕООД	ул."Гергана" №7	032/643339	АНЕЛИЯ ЦОЛОВА КЪНЧЕВА	1400000035
16 - РЗОК Пловдив	1622131049	МЦ "Хипоталамус" ООД	база - ул."Константин Величков" 2, ет.1, 4, 5; филиал - гр.Пловдив, бул."Христо Ботев" 92 В, ет.4	032/626150; 0878626156	АНЕЛИЯ ЦОЛОВА КЪНЧЕВА	1400000035
16 - РЗОК Пловдив	1622131048	МЦ "БРОД" ЕООД	ул.П.Д.Петков 23 ет 3 каб 5Б,6Б,6А,5А	032/637163	ТОПАЛОВА- ЙОРДАНОВА ВАСИЛЕВА РАДКА	1700002950
16 - РЗОК Пловдив	1622134010	ДКЦ "Св.Георги" ЕООД	база-бул."Васил Априлов" №15 А;		СТЕФАНА АНГЕЛОВА АРОЛСКА-ХРИСТЕВА	1700003371
16 - РЗОК Пловдив	1622134010	ДКЦ "Св.Георги" ЕООД	филиал- бул. "Пещерско шосе" №66 - Хирургични клиники и Инфекциозна клиника на УМБАЛ "Свети Георги" ЕАД;		СТЕФАНА АНГЕЛОВА АРОЛСКА-ХРИСТЕВА	1700003371
16 - РЗОК Пловдив	1622134010	ДКЦ "Св.Георги" ЕООД	ул."Тракия" №25, ет.1, к-т 2 и 3		СТЕФАНА АНГЕЛОВА АРОЛСКА-ХРИСТЕВА	1700003371
16 - РЗОК Пловдив	1622131062	МЦ Свети Иван Рилски Чудотворец - 2010 ЕООД	ул."Васил Левски" 114 "А-А", ет.1, каб. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 7, 9 и 1	0885/099-025	МИТКОВСКА ИВАНОВА ВЕНЕЛИНА	1700000576

16 - РЗОК Пловдив	1613131004	МЦ ВИТАМЕД ЕООД Карлово	ул. "Тодор и Ана Пулеви" №18, ет. 1-кабинети №9,10,11, ет.2- кабинети №1,2,3,4,6; филиал- ул. Пазарна №1и каб. №12и №13	0335/92104; 0888504753	ДИМИТРОВА ЦВЕТКОВА РАЙНА	1700003000
----------------------	------------	----------------------------	--	---------------------------	-----------------------------	------------

Област: Смолян

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
21 - РЗОК Смолян	2131131001	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР - СМОЛЯН ООД	бул. "България" 2	0887351841; 0301/6 22 75	АНАСТАС СТОЕВ КАРАГЯУРОВ	2200000039
21 - РЗОК Смолян	2131121028	АСМП по психиатрия д-р Мария Николова	гр. Смолян, бул. "България" №2, сградата на ДЗИ, ет.3	0301/6-82-67; 0878 904 559	МАРИЯ НИКОЛОВА ГАДЖАЛОВА- БАТИНКОВА	2200000216

Област: Хасково

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
26 - РЗОК Хасково	2634131011	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕСКУЛАП - 2003ООД	КОЗЛОДУЙ № 2 -4	038/629813	ЙОРДАН ПАВЛОВ МИХАЙЛОВ	2700000419
26 - РЗОК Хасково	2634131011	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕСКУЛАП - 2003ООД	бул. БЪЛГАРИЯ №150 ЕТ.2 /психиатричен кабинет/	038/629813	ЙОРДАН ПАВЛОВ МИХАЙЛОВ	2700000419
26 - РЗОК Хасково	2634131011	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕСКУЛАП - 2003ООД	ул. МАКЕДОНИЯ №11 ЕТ.5 КАБ.40	038/629813	ЙОРДАН ПАВЛОВ МИХАЙЛОВ	2700000419

26 - РЗОК Хасково	2634121159	ЕТ" АИСМП - Д-Р ВАЛЕНТИНА ПАНАГОНОВА"	ул. Македония № 11, ет.2 ,каб.13	0887702117	ВАЛЕНТИНА ИВАНОВА ПАНАГОНОВА- ТЯНКОВА	2700000082
26 - РЗОК Хасково	2628131001	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - СВИЛЕНГРАД ЕООД	бул. БЪЛГАРИЯ 137	037971631	СТАМОВА НЕЙКОВА НАДЕЖДА	2700000599
26 - РЗОК Хасково	2634121034	АИПСМП -Д-Р ВЪКОВА	ул."П.Р.СЛАВЕЙКОВ"№1,	0898481838; 038/664271	НЕДЯЛКА ЯНЕВА ВЪКОВА	2700000623

ЮГОИЗТОЧЕН РЕГИОН

Област: Бургас

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
02 - РЗОК Бургас	0204121021	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Веселин Палазов	ул.Хан Крум 38 , ет.1	0888/451 225; 056/ 84 13 95	ВЕСЕЛИН ДИНЧЕВ ПАЛАЗОВ	0300000162
02 - РЗОК Бургас	0204121027	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Динчо Палазов	ул.Фердинандова78,вх.2,ет.1	0888/213 715; 056/ 845 498	ДИНЧО ВАСИЛЕВ ПАЛАЗОВ	0300000366
02 - РЗОК Бургас	0204121261	ЕТ "Индивидуална практика за извънболнична специализирана медицинска помощ - д-р Галена Вълчкова"	Парк Езеро ЦПЗ- Бургас, ет.1, каб. 3;	0898/243 485	ГАЛЕНА ПЕТКОВА ВЪЛЧКОВА	0300000195
02 - РЗОК Бургас	0204121094	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Офелия Добринова	ул.ЦарАсен37,ет1,	056/84 46 30	ОФЕЛИЯ КИРИЛОВА ДОБРИНОВА	0300000909
02 - РЗОК Бургас	0204121042	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Андрей Стоянов	жк."Меден рудник", бул."Захари Стоянов" №27А	0887/876 031; 056/500 174	АНДРЕЙ СТОЯНОВ СТОЯНОВ	0300000028
02 - РЗОК Бургас	0201121013	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ -д-р Михаил Динев Михайлов	ул. "Софроний" №16 ,ет.2, к-т № 11	0888/454 222; 0558/2 55 55	МИХАИЛ ДИНЕВ МИХАЙЛОВ	0300000813
02 - РЗОК Бургас	0204121171	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Жана Сидова	ж.к."Лазур", парк"Езеро", в сградата на ЦПЗ "Проф. д-р Иван Темков-Бургас"ЕООД, ет.1, каб. №102	831436; 0889512787	ЖАНА ДИМИТРОВА СИДОВА	0300000443
02 - РЗОК Бургас	0204134001	Диагностично-консултативен център II - БУРГАС ЕООД	бул."Демокрация"№94	820132; 0888450247	МИШЕВ АНГЕЛОВ МИШО	1200000369

02 - РЗОК Бургас	0218121003	ЕТ "Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Николай Зъбов"	Адрес № 1 - с.Руен, ул.Изгрев, в сградата на МЦ - РУЕН	0887/ 840 665	ЗЪБОВ ЯНЧЕВ НИКОЛАЙ	0300000859
02 - РЗОК Бургас	0218121003	ЕТ "Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Николай Зъбов"	гр.Бургас Парк "Езеро" ЦПЗ каб. 103	0887/ 840 665	ЗЪБОВ ЯНЧЕВ НИКОЛАЙ	0300000859
02 - РЗОК Бургас	0204121269	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Розалина Макелова	гр.Бургас, ЦПЗ, ет.1, каб.115	0889/375 370; 056/81 63 01	РОЗАЛИНА ГЕОРГИЕВА МАКЕЛОВА	0400002135
02 - РЗОК Бургас	0204121167	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Владимир Грънчаров	ж.к."Лазур", парк"Езеро", в сградата на ЦПЗ "Проф. д-р Иван Темков-Бургас"ЕООД, ет.1, каб. №114	0887776038	ГРЪНЧАРОВ ЯНАКИЕВ ВЛАДИМИР	0300000185
02 - РЗОК Бургас	0204121165	ЕТ "Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ - д-р Георги Гребенаров"	Парк Езеро, ЦПЗ-Бс, ет.1, к-т №113	0888240462	ГЕОРГИ МИХАЙЛОВ ГРЕБЕНАРОВ	0300000247
02 - РЗОК Бургас	0204121036	ЕТ "Индивидуална практика за специализирана извънболнична медицинска помощ - д-р Деян Стоянов"	Парк Езеро, ЦПЗ-Бс, ет1. к-т.116	0888/656 825; 056/831 434	ДЕЯН СТОЯНОВ СТОЯНОВ	0300000300
02 - РЗОК Бургас	0204121151	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Антоанета Главанова	ж.к."Лазур", парк"Езеро", в сградата на ЦПЗ "Проф. д-р Иван Темков-Бургас"ЕООД, ет.1, каб. №106	0888/239 539; 056/816 301	АНТОАНЕТА ЛЮБЕНОВА ГЛАВАНОВА	0300000053
02 - РЗОК Бургас	0204121202	Амбулатория за ИП за СМП по психиатрия - д-р Надя Кирова Желязкова	ПаркЕзеро,ОДПЗС-Бс,ет.1, к-т №5	0889714072	НАДЯ КИРОВА ЖЕЛЯЗКОВА	0300000826
02 - РЗОК Бургас	0204121163	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по психиатрия - д-р Лияна Бакърджиева	ул.Оборище № 62	0888/254 388; 056/821 005	ЛИЯНА БОЯНОВА БАКЪРДЖИЕВА	0300000676

02 - РЗОК Бургас	0204121162	ЕТ "Индивидуална практика за специализирана психиатрична помощ д-р Петя Ганчева"	гр. Бургас, Парк "Езеро", ЦПЗ, ет. 1, к/т №15	0887/751 069	ГАНЧЕВА ТОДОРОВА ПЕТЯ	0300000961
---------------------	------------	--	--	--------------	--------------------------	------------

Област: Сливен

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
20 - РЗОК Сливен	2020121054	ЕТ "Ников-91- Д-р НеделчоНиков-АИСПсихМП"	ул.Хр.Ботев2-А,ДКЦ-1,каб.42	044/663-005	НЕДЕЛЧО ДИМИТРОВ НИКОВ	2100000467
20 - РЗОК Сливен	2020134002	ДКЦ2-СливенЕООД	ул.Стефан Караджа 2	044/66 28 36	ДЕСИСЛАВА МИХАЙЛОВА САВОВА- ЙОРДАНОВА	2100000154
20 - РЗОК Сливен	2020131011	МЦ" Д-р ГеоргиВълковМиркович"ЕООД	ул."Изворска" 85	044/62-52-06; 0889 616 167	АПОСТОЛ ВЪЛКАНОВ АПОСТОЛОВ	2100000033
20 - РЗОК Сливен	2020131011	МЦ" Д-р ГеоргиВълковМиркович"ЕООД	бул. Хр.Ботев 1	044/62-52-06; 0889 616 167	АПОСТОЛ ВЪЛКАНОВ АПОСТОЛОВ	2100000033
20 - РЗОК Сливен	2020121019	Д-р РозалинаПетрова-АСМП	ул.ЦарОсвободител30-А-1	044/625-543; 0887/801-545	РОЗАЛИНА ДИМИТРОВА ПЕТРОВА	2100000555
20 - РЗОК Сливен	2020121154	Д-р Антонова- СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА- АМБУЛАТОРИЯ ЗА ИМП ПО ПСИХИАТРИЯЕООД	ул.Г.Икономов" 16, каб.1,	0888/851-311	НЕЛИ ТОНЧЕВА АНТОНОВА	2100000478
20 - РЗОК Сливен	2020123005	СД"ГП за СИМП по психиатрия - Ников, Господинова, Сие"	бул."Хр.Ботев" 2А, ДКЦ-1, каб.42 и каб.47	044/62-50-18	СТОЙКА ВЪЛКОВА ДАСКАЛОВА	2100000627
20 - РЗОК Сливен	2020123005	СД"ГП за СИМП по психиатрия - Ников, Господинова, Сие"	бул."Хр.Ботев" 2А, ДКЦ-1, каб.42 и каб.47	044/62-50-18	ЕМИЛИЯ ГОСПОДИНОВА КОНДЕВА	2100000263

20 - РЗОК Сливен	2020123005	СД"ГП за СИМП по психиатрия - Ников, Господинова, Сие"	бул."Хр.Ботев" 2А, ДКЦ-1, каб.42 и каб.47	044/62-50-18	НЕДЕЛЧО ДИМИТРОВ НИКОВ	2100000467
20 - РЗОК Сливен	2020121082	ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СМП-ПСИХИАТРИЯ Д-р Нина Николова ЕООД	бул.ХристоБотев 2-А, ДКЦ-1, ет.3, каб.41	044/662-084	НИНА ГЕОРГИЕВА НИКОЛОВА	2100000497
20 - РЗОК Сливен	2016121029	ПСИХИАТРИЧЕН КАБИНЕТ-АМБУЛАТОРИЯ ЗА ИП ЗА СИМП ЕООД	ул."Д.Нойков" 35, каб.4	0888/409-317	МАРИЯ ИВАНОВА МАТЕЕВА	2100000719

Област: Стара Загора

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
24 - РЗОК Стара Загора	2427131001	Медицински център-ИРаднево ЕООД	ул."Георги Димитров" № 38		ТОДОРА ХРИСТОВА БАЦЕВА-КОСТОВА	2500001430
24 - РЗОК Стара Загора	2431121287	ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - Д-Р ИВАН НИКОВ - НИГЕРА ЕООД	ул."Евлоги Георгиев" №66, каб. 4	042641123; 0888581469	НИКОВ ГЕОРГИЕВ ИВАН	2500000594
24 - РЗОК Стара Загора	2431131040	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР СВЕТА АННА 2012 ЕООД	ул."Руски" №39	042/644023 042/604670; 0885186260	СЛАВА ЖЕЛЯЗКОВА ДИНЕВА	2500001278
24 - РЗОК Стара Загора	2436131002	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЧИРП АНООД	ул."Георги Димитров" №32	04163100; 0888444815	НИКОВ ГЕОРГИЕВ ИВАН	2500000594
24 - РЗОК Стара Загора	2431121334	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ	ул."Св. Отец Паисий" №60 каб.5,	042 45998; 0887845771	ДОНКА СТОЙЧЕВА ТЕРЗИЕВА	2500000454
24 - РЗОК Стара Загора	2431121310	ИПСМП Златка Минчева Димитрова	ул."Цар Калоян"21	0898944597	ЗЛАТКА МИНЧЕВА ДИМИТРОВА	2500000576
24 - РЗОК Стара Загора	2431121259	ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ПСИХИАТРИЯ - ДОКТОР ИВЕЛИНА СТАЛЕВА ЕООД	ул."Св. Патриарх Евтимий" №116	0888751850	ИВЕЛИНА ГЕНОВА СТАЛЕВА	2500000659

24 - РЗОК Стара Загора	2431121259	ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ПСИХИАТРИЯ - ДОКТОР ИВЕЛИНА СТАЛЕВА ЕООД	ул."Княз Ал.Батенберг" №7,каб.№6	0888751850	ИВЕЛИНА ГЕНОВА СТАЛЕВА	2500000659
24 - РЗОК Стара Загора	2431121288	Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ	ул."Евлоги Георгиев" №66, каб. 4	0899505262	ИВАН ТОДОРОВ ДИМИТРОВ	2500000631
24 - РЗОК Стара Загора	2431121129	ЕТ ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ Д-Р РАДКА ДЖЕЛЕБОВА	ул."Цар Калоян" №51 ет. 1,ап.2	042623452; 0888467723	РАДКА БОТЕВА ДЖЕЛЕБОВА	2500001172
24 - РЗОК Стара Загора	2431131040	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР СВЕТА АННА 2012 ЕООД	бул."Методий Кусев "№ 37	042/644023 042/604670; 0885186260	СЛАВА ЖЕЛЯЗКОВА ДИНЕВА	2500001278
24 - РЗОК Стара Загора	2431134001	Диагностично- консултативен център Стара Загора	Руски 62	042 653855	ВЛАДИМИР НЕЙЧЕВ ТРЪНОВ	2500000243
24 - РЗОК Стара Загора	2431134001	Диагностично- консултативен център Стара Загора	Ген. Столетов 0	042 653855	ВЛАДИМИР НЕЙЧЕВ ТРЪНОВ	2500000243
24 - РЗОК Стара Загора	2431121260	ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	ул."Цар Калоян" №21	042 648877; 0898277673	ДЕТЕЛИНА ЙОРДАНОВА КОМСИЙСКА	2500000358
24 - РЗОК Стара Загора	2431131005	Медицински център Стара Загора ЕООД	ул." Цар Иван Шишман" №41	042625270	МАРИЯ НИКОЛОВА МИТЕВА	2500000902
24 - РЗОК Стара Загора	2431131036	МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕВРОПЕЙСКА ЗДРАВНА ГРИЖА СТАРА ЗАГОРА ЕООД	ж. к. "ТРИ ЧУЧУРА" - ЮГ УЛ."ДИМИТЪР ПОДВЪРЗАЧОВ"№1	042 670112; 670141	ТЕШЕВА ГЕОРГИЕВА ВАНЯ	2500000160
24 - РЗОК Стара Загора	2431131034	МЦ Трета поликлиника ЕООД гр. Стара Загора	ул. "Патриарх Евтимий" 86	042/988999; 988998	АНТОНИНА ЙОРДАНОВА КАЛЧЕВА	2500000060
24 - РЗОК Стара Загора	2431131020	Медицински център-професор д-р Стоян Киркович ЕООД	ул."Д-рТ.Стоянович" №15,	042698441; 0888684808	РАДКА ХРИСТОВА ПАТРИЧЕВА	2500001180

Област: Ямбол

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
28 - РЗОК Ямбол	2826131004	МЦ"ДИАНАМЕД 2001"ЕООД-Ямбол	ул. "П. Хитов" № 30		ГЕОРГИ АНДОНОВ ГЕОРГИЕВ	2900000093
28 - РЗОК Ямбол	2826134001	ДКЦ 1 Ямбол ЕООД	ул. "Христо Смирненски" №2	046669027	ПЕТЪР ГЕОРГИЕВ ЦИНГОВ	2900000353
28 - РЗОК Ямбол	2826121113	АИПСМП по Психиатрия - Д-р Таня Йорданова ЕООД	КАБИЛЕ 5-1-1	046665499; 0885733913	ТАНЯ ПЕТКОВА ЙОРДАНОВА	2900000454
28 - РЗОК Ямбол	2826121134	ЕТ "Д-р Лариса Димитрова-АИПСМП"	ИВАЙЛО 1	046666851; 0887742095	ЛАРИСА ВЛАДИМИРОВНА ДИМИТРОВА	2900000261
28 - РЗОК Ямбол	2826121115	ЕТ "Д-р Красимира Алдинова-АСИМП"	ул.Хр.Смирненски 2,	046600035; 0888413686	КРАСИМИРА ИВАНОВА АЛДИНОВА	2900000255
28 - РЗОК Ямбол	2807121020	ЕТ" АИПСМП - д-р Маргарита Радева"	ЧАТАЛДЖА 3	0888970578	МАРГАРИТА КУРТЕВА РАДЕВА	2900000273

СЕВЕРОИЗТОЧЕН РЕГИОН**Област: Варна**

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
03 - РЗОК Варна	0306121597	АИПСМП Психея ЕООД	бул. "Република", МК "Младост", стая 304-Д	0887/432-975	ПЕТЯ АНГЕЛОВА МЕРДЖАНОВА	0400002037
03 - РЗОК Варна	0306134005	"Диагностично - консултативен център V Варна - Света Екатерина" ЕООД	ул. "Сава" №2	052/650-569	НЕДЕЛЧЕВ НЕДЕЛЧЕВ НИКОЛАЙ	2800000408
03 - РЗОК Варна	0306121400	Амбулатория за индивидуална практика за специализирана медицинска помощ-д-р Аврамова	ул. "27-ми юли" №28	0886/851-042	АВРАМОВА КОЛЕВА ТАТЯНА	0400002531
03 - РЗОК Варна	0306121400	Амбулатория за индивидуална практика за специализирана медицинска помощ-д-р Аврамова	ул. "Илинден" №1, МК "Хелиос", ет.2, каб. № 214	0886/851-042	АВРАМОВА КОЛЕВА ТАТЯНА	0400002531
03 - РЗОК Варна	0306121277	Амбулатория за индивидуална практика за специализирана медицинска помощ-д-р Румяна Бояджиева	ул. "Илинден" №1, етаж 3, кабинет № 310	0888/306-118	РУМЯНА ВАСИЛЕВА БОЯДЖИЕВА	0400002202
03 - РЗОК Варна	0306123011	"ФАМИЛЕН ЦЕНТЪР - Амбулатория за групов практика за специализирана медицинска помощ" ООД	ул. "Мир" №18, ет.2	0888/222-038	МИЛЕНА АНТОНОВА ТОПАЛОВА	0400001712
03 - РЗОК Варна	0306134004	"ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР I СВЕТА КЛЕМЕНТИНА - ВАРНА" ЕООД	бул. "Съборни" 40	052603802	КОВАЧЕВА АТАНАСОВА НИНА	0400001909

03 - РЗОК Варна	0306134004	"ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР I СВЕТА КЛЕМЕНТИНА - ВАРНА" ЕООД	к.к. "Св. Св. Константин и Елена" - х-л "Естрея Резиденс", /приземен етаж, к-т по физикална и рехабилитационна медицина/	052603802	КОВАЧЕВА АТАНАСОВА НИНА	0400001909
03 - РЗОК Варна	0306134004	"ДИАГНОСТИЧНО- КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР I СВЕТА КЛЕМЕНТИНА - ВАРНА" ЕООД	ул. "Маршал Толбухин" № 5, сградата на бивша поликлиника	052603802	КОВАЧЕВА АТАНАСОВА НИНА	0400001909
03 - РЗОК Варна	0306131013	АМЦСМП Олимед ООД гр.Варна	ул. "Алеко Константинов" 5, ет.3	052/600027	КРУМОВА ДИМИТРОВА КОСТАДИНКА	0400001336
03 - РЗОК Варна	0306134006	"ДИАГНОСТИЧНО - КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР ЧАЙКА" ЕООД	ул. Никола Вапцаров 2	052/302-320	КОРАЛИЯ СТЕФАНОВА ТОДОРОВА	0400001324
03 - РЗОК Варна	0306134006	"ДИАГНОСТИЧНО - КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР ЧАЙКА" ЕООД	ул. Никола Вапцаров 2	052/302-320	СТЕФАН ИВАНОВ ТОДОРОВ	0400002441
03 - РЗОК Варна	0306131078	Сити Клиник МЦ Брегалница ЕООД гр. Варна	ул. "Брегалница" №1	070033900; 052953253	ИРЕНА ПЪРВАНОВА ЗЛАТЕВА	0900000298
03 - РЗОК Варна	0306131078	Сити Клиник МЦ Брегалница ЕООД гр. Варна	ул. "Брегалница" №1	070033900; 052953253	ПОПОВ ИВАНОВ ГЕОРГИ	0400000569
03 - РЗОК Варна	0306131078	Сити Клиник МЦ Брегалница ЕООД гр. Варна	ул. "Алеко Константинов" №3-5, четири кабинета	070033900; 052953253	ИРЕНА ПЪРВАНОВА ЗЛАТЕВА	0900000298
03 - РЗОК Варна	0306131078	Сити Клиник МЦ Брегалница ЕООД гр. Варна	ул. "Алеко Константинов" №3-5, четири кабинета	070033900; 052953253	ПОПОВ ИВАНОВ ГЕОРГИ	0400000569
03 - РЗОК Варна	0316131001	"МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР I - ДЪЛГОПОЛ" ЕООД	ул. Георги Димитров 142	0517/22-502	ПЕТЯ АНГЕЛОВА МЕРДЖАНОВА	0400002037
03 - РЗОК Варна	0306131052	"МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР - САНИТА" ЕООД	ж.к.МладостIIм.р.163	052/571818; 052/501979	ЯНИ ЛЮБОМИРОВ СТЕФАНОВ	0400002738

03 - РЗОК Варна	0306131052	"МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР - САНИТА" ЕООД	сградата на ДКБ към МБАЛ "Царица Йоанна -Провадия" ЕООД /кабинет по гастроентерология № 104 и манипулационна № 103/	052/571818; 052/501979	ЯНИ ЛЮБОМИРОВ СТЕФАНОВ	0400002738
03 - РЗОК Варна	0306134001	"ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР III-ВАРНА" ЕООД	ж.к. "ВладиславВарненчик", бул."КонстантиноФружин"	052/510-282	ЯНИ ЛЮБОМИРОВ СТЕФАНОВ	0400002738
03 - РЗОК Варна	0306131032	МЦ Света Анна ЕООД гр.Варна	бул. „Цар Освободител” 100	052/613-777; 052/69-26-661	ПЕТРОВА ГЕОРГИЕВА БИСТРА	0400000190
03 - РЗОК Варна	0306131032	МЦ Света Анна ЕООД гр.Варна	бул. „Цар Освободител” 100	052/613-777; 052/69-26-661	АРАЧЕВА ХРИСТОВА КАТЯ	2300011847
03 - РЗОК Варна	0306131032	МЦ Света Анна ЕООД гр.Варна	кв. Винаца, ул. "Найден Райков" №2А, ет. 2, к-т 211 в МБАЛ "Еврохоспитал" ООД	052/613-777; 052/69-26-661	ПЕТРОВА ГЕОРГИЕВА БИСТРА	0400000190
03 - РЗОК Варна	0306131032	МЦ Света Анна ЕООД гр.Варна	кв. Винаца, ул. "Найден Райков" №2А, ет. 2, к-т 211 в МБАЛ "Еврохоспитал" ООД	052/613-777; 052/69-26-661	АРАЧЕВА ХРИСТОВА КАТЯ	2300011847
03 - РЗОК Варна	0306131032	МЦ Света Анна ЕООД гр.Варна	ул. "Ал. Константинов" №5, ет. 1 /междинен/, СХБАЛ "Проф. Темелков" ООД	052/613-777; 052/69-26-661	ПЕТРОВА ГЕОРГИЕВА БИСТРА	0400000190
03 - РЗОК Варна	0306131032	МЦ Света Анна ЕООД гр.Варна	ул. "Ал. Константинов" №5, ет. 1 /междинен/, СХБАЛ "Проф. Темелков" ООД	052/613-777; 052/69-26-661	АРАЧЕВА ХРИСТОВА КАТЯ	2300011847
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ВЕЛИКА ПЕТРОВА ЧАКАЛОВА	0400000344
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ИВАН ВОЙНОВ ВОЙНОВ	0400001070
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ЙОРДАНКА СТОЙКОВА ЙОРДАНОВА	0400001239
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	АЛЕКСАНДЪР ЛЮБЕНОВ ПОПОВ	0400000030
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ЛИЛЯНА АСЕНОВА ХАРИЗАНОВА	0400001431

03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	БЪЧВАРОВА ГРИГОРОВА СВЕТЛА	0400002253
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ХАРАЛАМБИ ВАСИЛЕВ ВАСИЛЕВ	0400002612
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ВАЛЕНТИНА СИМЕОНОВА ДАШЕВА	0400000284
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ВАЛЕНТИН ХРИСТОВ ТРЕНДАФИЛОВ	0400000270
03 - РЗОК Варна	0306134009	Диагностично-консултативен център "СВЕТА МАРИНА" ЕООД	бул."Христо Смирненски" 1	052/302947	ИРЕНА ПЪРВАНОВА ЗЛАТЕВА	0900000298
03 - РЗОК Варна	0306134007	"ДКЦ СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ-АСПАРУХОВО - Варна" ЕООД	кв. Аспарухово, ул. "Народни Будители" 5	052/370-562	АВРАМОВА КОЛЕВА ТАТЯНА	0400002531
03 - РЗОК Варна	0306131085	"Амбулатория-Медицински център за доболнична помощ" ЕООД	бул. „Цар Освободител“ №150, в ниското тяло на СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов- Варна“	052/601231	ЕКАТЕРИНА КОЛЕВА БОРИСОВА	0400000900
03 - РЗОК Варна	0306131085	"Амбулатория-Медицински център за доболнична помощ" ЕООД	ул. "Кирил Шиваров" №1	052/601231	ЕКАТЕРИНА КОЛЕВА БОРИСОВА	0400000900
03 - РЗОК Варна	0306131065	"МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР МЛАДОСТ ВАРНА" ООД	бул. "Република" № 15, тяло "А", ет.3-каб.№№302, 303, 304, етаж 6 каб. 604, тяло "Г", ет. 3, каб.№№ 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324 и тяло "Д", етаж 6, каб. 610, 611, 615, 616, 617	052/555 751; 052/555 695	ИРИНА ИВАНОВА ПАНОВА	0400001200
03 - РЗОК Варна	0306134008	"ДИАГНОСТИЧНО - КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР 4 - ВАРНА" ЕООД	бул. Цар Освободител 100	052/64-81-74; 052/64-82-49	ЕМИЛ ИЛИЕВ ЕНЕВ	1800000106
03 - РЗОК Варна	0324131005	"Медицински център -Клиника нова" ЕООД	ул. "Г. Димитров" № 1	052/501-325; 052/570-670	НЕДЕЛЧЕВ НЕДЕЛЧЕВ НИКОЛАЙ	2800000408

03 - РЗОК Варна	0324131005	"Медицински център -Клиника нова" ЕООД	ж.к. "Възраждане" ул. "Вяра" № 7, партер	052/501-325; 052/570-670	НЕДЕЛЧЕВ НЕДЕЛЧЕВ НИКОЛАЙ	2800000408
03 - РЗОК Варна	0306134005	"Диагностично - консултативен център V Варна - Света Екатерина" ЕООД	ул. "Сава" №2	052/650-569	АРАЧЕВА ХРИСТОВА КАТЯ	2300011847
03 - РЗОК Варна	0306121597	АИПСМП Психея ЕООД	ул. "Георги Димитров" №1	0887/432-975	ПЕТЯ АНГЕЛОВА МЕРДЖАНОВА	0400002037

Област: Добрич

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
08 - РЗОК Добрич	0828121117	ЕТ "ИПСМП Д-р Надежда Йорданова"	ул. Панайот Хитов 33, вх.А ет.1, ап.1	0888/864-806	НАДЕЖДА ДИМИТРОВА ЙОРДАНОВА	0900000443
08 - РЗОК Добрич	0828121117	ЕТ "ИПСМП Д-р Надежда Йорданова"	"Стара планина" 2	0888/864-806	НАДЕЖДА ДИМИТРОВА ЙОРДАНОВА	0900000443
08 - РЗОК Добрич	0828121149	ЕТ "Д-р Даниела Събева-ИПСМП"	ул. П.Хитов 33, вх.А, ап.1	0887/182-863	ДАНИЕЛА ГЕОРГИЕВА СЪБЕВА-СТОЕВА	0900000143
08 - РЗОК Добрич	0828121149	ЕТ "Д-р Даниела Събева-ИПСМП"	Иван Вазов 13	0887/182-863	ДАНИЕЛА ГЕОРГИЕВА СЪБЕВА-СТОЕВА	0900000143
08 - РЗОК Добрич	0828121098	АСИМП д-р Жулиета Иванова Николова	ул. П. Хитов 24, к-т 37	0888/340-644; 058/604-822	ЖУЛИЕТА ИВАНОВА НИКОЛОВА	0900000249
08 - РЗОК Добрич	0803121017	ЕТ "Д-р Ирена Златева-ИСПП"	ул. Д-р Зл. Петков 1	0579/72691; 0887-802-874	ИРЕНА ПЪРВАНОВА ЗЛАТЕВА	0900000298
08 - РЗОК Добрич	0828121122	АСИМП д-р Николинка Керанова Калчева	ул. Захари Стоянов 14	0887/222-692	НИКОЛИНКА КЕРАНОВА КАЛЧЕВА	0900000473
08 - РЗОК Добрич	0817131001	МЦ I Каварна ЕООД	ул. "Васил Левски" №36	0570/8-21-03	ТОМОВА ХРИСТОВА СИЛВИЯ	0900000578

08 - РЗОК Добрич	0828134002	"ДКЦ-2-Добрич" ЕООД	бул. "25-ти септември" 68	602-257; 600-854	РОСИЦА ДИМИТРОВА ИВАНОВА-КОЛЕВА	0900000536
08 - РЗОК Добрич	0827131002	"МЦ-Тервел" ЕООД	ул.Стара планина 2	0882-301-347; 05751/20-63	НАДЕЖДА ДИМИТРОВА ЙОРДАНОВА	0900000443
08 - РЗОК Добрич	0812131001	"МЦ I -Генерал Тошево" ЕООД	ул. "Иван Вазов" №15	05731/21-01; 05731/21-17	ДАЛОВА- ПАНАЙОТОВА ТОДОРОВА ЛИЛЯНА	0900000360
08 - РЗОК Добрич	0828134001	"ДКЦ-1-Добрич" ЕООД	ул. Д. Петков 3	601-610; 601-474	НАТАЛИЯ МИХАЙЛОВНА БОРИСОВА	0900000450
08 - РЗОК Добрич	0828134001	"ДКЦ-1-Добрич" ЕООД	ул. Д. Петков 3	601-610; 601-474	ДАНИЕЛА ГЕОРГИЕВА СЪБЕВА-СТОЕВА	0900000143

Област: Търговище

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
25 - РЗОК Търговище	2535121003	ЕТ ИПСМП- Д-р Иван Тянев	ул.Сердика - 7	0887760771	ИВАН ГЕОРГИЕВ ТЯНЕВ	2600000145
25 - РЗОК Търговище	2535131008	Медицински център- д-р Бонева ЕООД	ул.Цар Иван Асен-5	0898517189	ВЕСЕЛКА БОНЕВА ПЕТРОВА	2600000053
25 - РЗОК Търговище	2535121022	ЕТ "ИПСМП - Д-р Кристина Станчева"	ул.Тр.Китанчев-ЦПЗ каб. 14,	0888725193	КРИСТИНА СТАНЧЕВА СТАНЕВА	2600000195
25 - РЗОК Търговище	2535121005	"Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ - Д-р Василева 2002" ЕООД	ул. "Тр.Китанчев" - ЦПЗ - каб.12	0888446697	ВАСИЛЕВА ДИМИТРОВА ВЕСЕЛКА	2600000054
25 - РЗОК Търговище	2524121017	ИПСМП по Психиатрия- Д-р Иван Цанков Иванов	МБАЛ Попово ЕООД каб. 4 и 5	0898436073	ИВАН ЦАНКОВ ИВАНОВ	2600000155

25 - РЗОК Търговище	2535121009	ЕТ "ИПСМП - Д-р Емилия Димитрова"	ул. "Трайко Китанчев" - ЦПЗ, каб. 15	0898673978	БАЛУКОВА ДИМИТРОВА ЕМИЛИЯ	2600000137
25 - РЗОК Търговище	2522121018	ЕТ "Д-р Мариана Генова - ИПСМП"	ул."Търновска-"55, каб 47	0898632706	ГЕНОВА ХРИСТОВА МАРИАНА	2600000212
25 - РЗОК Търговище	2535121003	ЕТ ИПСМП- Д-р Иван Тянев	МЦ-І-Омуртаг; ет.2 каб. 18	0887760771	ИВАН ГЕОРГИЕВ ТЯНЕВ	2600000145
25 - РЗОК Търговище	2535134002	Диагностично-консултативен център-Свети Иван Рилски ООД гр.Търговище	бул."Сюрен"	0601/64890	ДЕТЕЛИН РАЧЕВ ГЕОРГИЕВ	2600000098

Област: Шумен

РЗОК	РЗИ № НА ЛЗ	ИМЕ НА ЛЗ	АДРЕС НА ЛЗ	ТЕЛЕФОН	ИМЕ НА ЛЕКАР	УИН НА ЛЕКАР
27 - РЗОК Шумен	2730123012	"АСМП - ГП - ЧПК -2014" ООД	ул."Цар Освободител" 12, к-т №1,3,4,7 и к-т №2- манипулационна	054/886014	СВИЛЕН РАДОСЛАВОВ СТАНЧЕВ	2800000506
27 - РЗОК Шумен	2730123012	"АСМП - ГП - ЧПК -2014" ООД	ул."Цар Освободител" 12, к-т №1,3,4,7 и к-т №2- манипулационна	054/886014	ВАНЧИКОВ ИВАНОВ МИЛЧО	2800000383
27 - РЗОК Шумен	2730123012	"АСМП - ГП - ЧПК -2014" ООД	ул."Цар Освободител" 12, к-т №1,3,4,7 и к-т №2- манипулационна	054/886014	ВАНЧИКОВ ИВАНОВ МИЛЧО	2800000383
27 - РЗОК Шумен	2730121161	ЕТ "АСМП-ИП-Д-Р СТЕФАН СТЕФАНОВ"	пл."Възраждане" 1, к-т 15		СТЕФАН ЮРИЕВ СТЕФАНОВ	2800000552
27 - РЗОК Шумен	2730121048	ЕТ "АСМП-ИП-Д-Р МАРИЯ ХРИНЧЕВА"	пл."Възраждане" 1, ет.3, к-т 13	054/861516; 0888689031	МАРИЯ БЛАГОЕВА ХРИНЧЕВА	2800000353

27 - РЗОК Шумен	2730131010	МЦ МБАЛ ШУМЕН ЕООД	ул."Васил Априлов" 63 и ул. „Васил Априлов" № 63, ет.1 , к-т № 1 -Инфекциозни болести и Кожни и венерически болести,ет.1, к-т №7 - Ушно-носно-гърлени болести и Детски болести, ет.2, к-т №12 Детски болести	054/879188	СОНЯ ВЕЛИЧКОВА ВИТАНОВА	2800000532
27 - РЗОК Шумен	2730131010	МЦ МБАЛ ШУМЕН ЕООД	ул."Васил Априлов" 63 и ул. „Васил Априлов" № 63, ет.1 , к-т № 1 -Инфекциозни болести и Кожни и венерически болести,ет.1, к-т №7 - Ушно-носно-гърлени болести и Детски болести, ет.2, к-т №12 Детски болести	054/879188	СИМЕОНОВА- НИКОЛОВА ЕВТИМОВА СВЕТЛАНА	2800000501
27 - РЗОК Шумен	2730123012	"АСМП - ГП - ЧПК -2014" ООД	ул."Цар Освободител" 12, к-т №1,3,4,7 и к-т №2-манипулационна	054/886014	ВАНЧИКОВ ИВАНОВ МИЛЧО	2800000383

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РЕГИОН

Област: Велико Търново

1. "ИПСМП по психиатрия - д-р Мариана Василева Петрова-Андреева"

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО

Адрес: ул. Марно поле № 21

Управител: МАРИАНА ВАСИЛЕВА ПЕТРОВА-АНДРЕЕВА

Телефон: 0888757868

1. Мариана Василева Петрова-Андреева - Психиатрия

2. АИСПМП д-р Венелин Грудков ЕООД

Област: Велико Търново, **Община:** ГОРНА ОРЯХОВИЦА, **Населено място:** ГР.ГОРНА ОРЯХОВИЦА

Адрес: ул. Отец Паисий № 72

Управител: ВЕНЕЛИН КИРИЛОВ ГРУДКОВ

Телефон: 0888409082

1. Венелин Кирилов Грудков - Психиатрия

3. ДКЦ "Д-р Стефан Черкезов" ЕООД

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО

Адрес: ул. Ниш 1

Управител: НИКОЛЕН ВЕСЕЛИНОВ СТОЙНОВ

Телефон: 062/640829

1. Светла Иванова Бижева - Психиатрия

4. ДКЦ I ЕООД Горна Оряховица

Област: Велико Търново, **Община:** ГОРНА ОРЯХОВИЦА, **Населено място:** ГР.ГОРНА ОРЯХОВИЦА
Адрес: ул. Отец Паисий № 72

Управител: СТЕФАН ДОНЧЕВ ДОНЕВ

Телефон: 0618 64101

1. Крум Кирилов Йорданов - Психиатрия

5. ДКЦ I-Велико Търново ЕООД

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: ул. Марно Поле № 21

Управител: КРАСИМИР ТОДОРОВ ПОПОВ

Телефон: 062/621842,062/622506

1. Александър Иванов Минев - Психиатрия
2. Даниела Маринова Иванаква - Психиатрия
3. Красимир Йорданов Чернев - Психиатрия

6. ЕООД "ИПСМП - психиатър - д-р Мариана Кандиларова"

Област: Велико Търново, **Община:** ПОЛСКИ ТРЪМБЕШ, **Населено място:** ГР.ПОЛСКИ ТРЪМБЕШ
Адрес: ул. "Търговска" № 92

Управител: МАРИАНА КИРИЛОВА КАНДИЛАРОВА

Телефон: 0888398287

1. Мариана Кирилова Кандиларова - Психиатрия

7. ЕТ "ИПСМП-ЛК - д-р Александър Лалчев"

Област: Велико Търново, **Община:** ПАВЛИКЕНИ, **Населено място:** ГР.ПАВЛИКЕНИ
Адрес: ул. Васил Петлешков № 2, каб. 304

Управител: АЛЕКСАНДЪР ЛЮБЕНОВ ЛАЛЧЕВ

Телефон: 0888686938

1. Александър Любенов Лалчев - Психиатрия

8. ЕТ"АИПСМП по психиатрия - д-р Валентина Генова"

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: ул. Марно поле № 21

Управител: ВАЛЕНТИНА ГЕНОВА ВАСИЛЕВА

Телефон: 0887978575

1. Валентина Генова Василева - Психиатрия

9. ИПСМП по психиатрия - д-р Георги Иванов Парчев

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: ул. Никола Габровски № 37

Управител: ГЕОРГИ ИВАНОВ ПАРЧЕВ

Телефон: 0887930632

1. Георги Иванов Парчев - Психиатрия

10. ИПСМП по психиатрия - д-р Красимира Ценкова Александрова

Област: Велико Търново, **Община:** ГОРНА ОРЯХОВИЦА, **Населено място:** ГР.ГОРНА ОРЯХОВИЦА
Адрес: ул. Елена Грънчарова № 10 А

Управител: КРАСИМИРА ЦЕНКОВА АЛЕКСАНДРОВА

Телефон: 0888892413

1. Красимира Ценкова Александрова - Психиатрия

11. МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР - АРКУС МЕДИКЪЛ АД

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: ул. Ниш № 1

Управител: ЕВГЕНИ НЕДЯЛКОВ НЕДЯЛКОВ

Телефон: 062 640932

1. Калин Петров Гроздев - Психиатрия

12. МЦ "АУРА" ООД

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: ул. Марно поле № 21

Управител: ГЕОРГИ ДИМИТРОВ БАРЪМОВ

Телефон: 062/600161

1. Огнян Николаев Никитов - Психиатрия

13. МЦ "Дозис" ООД

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: ул. Никола Габровски № 24

Управител: КРАСИМИР КОСТАДИНОВ АЛЕКСИЕВ

Телефон: 062/604545

1. Дафин Петров Ненов - Психиатрия
2. Емилия Димитрова Тончева-Влахова - Психиатрия

14. МЦ "Норма" ООД

Област: Велико Търново, **Община:** СВИЩОВ, **Населено място:** ГР.СВИЩОВ
Адрес: ул. "Петър Ангелов" № 32, к-ти 16, 17, 27, 28, 29, 30 и 31

Управител: ИВАН ДАМЯНОВ ИВАНОВ

Телефон: 0631/69340

1. Николай Димитров Димитров - Психиатрия

15. МЦ "Центромед-2000" ЕООД

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: УЛ. МАРНО ПОЛЕ № 21

Управител: МИХАИЛ ГЕОРГИЕВ МИХАЙЛОВ

Телефон: 062621961

1. Стефка Стефанова Недялкова - Психиатрия

16. Медицински център "Невромедикс" ЕООД

Област: Велико Търново, **Община:** ВЕЛИКО ТЪРНОВО, **Населено място:** ГР.ВЕЛИКО ТЪРНОВО
Адрес: ул. Ниш № 5

Управител: ГАБРИЕЛА ХРИСТОВА АТАНАСОВА

Телефон: 062/606707

1. ГЕНКА ГЕОРГИЕВА БАРЪМОВА - Психиатрия

17. Медицински център I - Лясковец ЕООД

Област: Велико Търново, **Община:** ЛЯСКОВЕЦ, **Населено място:** ГР.ЛЯСКОВЕЦ
Адрес: Капитан дядо Никола 1

Управител: ГЕОРГИ АТАНАСОВ КАБАКЧИЕВ

Телефон: 0619/22155

1. Галина Петрова Казакова - Психиатрия

Област: Габрово

1. "Медицински център-1-Севлиево" ЕООД

Област: Габрово, **Община:** СЕВЛИЕВО, **Населено място:** ГР.СЕВЛИЕВО
Адрес: ул. "Стефан Пешев" № 147

Управител: МЛАДЕН КОЛЕВ ПЕНЧЕВ

Телефон: 0675/34215

1. Божидар Георгиев Мончев - Психиатрия

2. Д-р Лиляна Стойкова-психиатър

Област: Габрово, **Община:** ДРЯНОВО, **Населено място:** ГР.ДРЯНОВО
Адрес: ул. "Шипка" № 164 к-т 409

Област: Габрово, **Община:** ТРЯВНА, **Населено място:** ГР.ТРЯВНА
Адрес: ул. "Лясков дял" № 1 к-т 48

Управител: ЛИЛЯНА ИЛИЕВА СТОЙКОВА-КАРАДЖУНКОВА

Телефон: 0887200111

1. Лиляна Илиева Стойкова-Караджункова - Психиатрия

3. ДКЦ "Акта-Медика Клиникъл Рисърчес" ЕООД

Област: Габрово, **Община:** ГАБРОВО, **Населено място:** ГР.ГАБРОВО
Адрес: Ул.Никола Петков,№60

Управител: Д-Р ИВАН ИЛИЕВ НИКОЛОВ

Телефон:

1. Цанко Игнатов Цанков - Психиатрия

4. Диагностично-консултативен център "ЗДРАВЕ" ЕООД

Област: Габрово, **Община:** СЕВЛИЕВО, **Населено място:** ГР.СЕВЛИЕВО
Адрес: ул. "Васил Левски" № 28

Управител: ЮСЕИН ЮСУФОВ ЮСЕИНОВ

Телефон: 0675/30195

1. ВИОЛЕТА СТЕФАНОВА ИВАНОВА - Психиатрия

5. Диагностично-консултативен център-1-Габрово ЕООД

Област: Габрово, **Община:** ДРЯНОВО, **Населено място:** ГР.ДРЯНОВО
Адрес: ул. "Шипка" №164

Област: Габрово, **Община:** ТРЯВНА, **Населено място:** ГР.ТРЯВНА
Адрес: ул. "Лясков дял" 1 - ендокринологичен к-т

Област: Габрово, **Община:** ГАБРОВО, **Населено място:** ГР.ГАБРОВО
Адрес: ул. "Трети март" №3

Област: Габрово, **Община:** ГАБРОВО, **Населено място:** ГР.ГАБРОВО
Адрес: ул."Христо Смирненски"35

Управител: НЕЛИ АТАНАСОВА НОЕВА-МЕТЕВА

Телефон: 066/804 905

1. Диана Михайлова Радулова - Психиатрия
2. Пенка Стефанова Стоянова-Филекова - Психиатрия

6. МЦ "Света Петка" ООД

Област: Габрово, **Община:** ДРЯНОВО, **Населено място:** ГР.ДРЯНОВО
Адрес: ул. "Шипка" № 164

Управител: ПЛАМЕН ИВАНОВ ГАБРОВСКИ

Телефон: 0676-3230

1. Любомир Димитров Трифонов - Психиатрия

7. Медицински център "УНИМЕД" ЕООД

Област: Габрово, **Община:** СЕВЛИЕВО, **Населено място:** ГР.СЕВЛИЕВО

Адрес: ул. "Никола Петков" № 30

Област: Габрово, **Община:** ГАБРОВО, **Населено място:** ГР.ГАБРОВО

Адрес: ул. "Ивайло" № 1

Управител: Д-Р ТОДОР ПЕТКОВ ХИНОВ

Телефон:

1. ЯКИМ ЯКИМОВ - Психиатрия

8. Медицински център "Хипокрена" ЕООД

Област: Габрово, **Община:** СЕВЛИЕВО, **Населено място:** ГР.СЕВЛИЕВО

Адрес: ул. "Втори юли" № 13 ет.2

Управител: Д-Р РУЖА СТЕФАНОВА ДОНЧЕВА - РУСЕВА

Телефон: 0675-84000

1. ЦВЕТАН ПЕТРОВ СТОЙЧЕВ - Психиатрия

Област: Разград

1. "МЦ РЕ СПИРО" ООД

Област: Разград, **Община:** РАЗГРАД, **Населено място:** ГР.РАЗГРАД

Адрес: ул. "Момина Чешма" №1, вх. Д

Област: Разград, **Община:** РАЗГРАД, **Населено място:** ГР.РАЗГРАД

Адрес: ул. "Кирил и Методий" № 2, вх.А, ет. 1, ап.3

Управител: Д-Р ИВАН АТАНАСОВ КИСЕЛОВ

Телефон:

1. Диана Петрова Киселова - Психиатрия

2. Д-р Стелиана Иванова Кирчева-АСМП-ИП

Област: Разград, **Община:** РАЗГРАД, **Населено място:** ГР.РАЗГРАД

Адрес: КИРИЛ И МЕТОДИЙ 2, ВХ.А, АП.3

Управител: СТЕЛИАНА ИВАНОВА КИРЧЕВА

Телефон: 0889/909-506

1. Стелиана Иванова Кирчева - Психиатрия

3. ДКЦ I-Разград ЕООД

Област: Разград, **Община:** РАЗГРАД, **Населено място:** ГР.РАЗГРАД

Адрес: ул."Васил Левски" №1

Управител: Д-Р НИКОЛАЙ РАЙЧЕВ ДЕНЕВ

Телефон: 084/660677

1. МАДЛЕНА ДИМИТРОВА БОРИСОВА - Психиатрия

4. ЕТ Д-р Петър Вълканов-АСМП

Област: Разград, **Община:** РАЗГРАД, **Населено място:** ГР.РАЗГРАД
Адрес: ул. "28-ми Януари"№30

Управител: ПЕТЪР ДОНЧЕВ ВЪЛКАНОВ

Телефон: 0887/828-566

1. Петър Дончев Вълканов - Психиатрия

Област: Русе

1. "АСИМП по психиатрия-ИП-Д-р Петя Несторова-ЕООД"

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ
Адрес: ул. Константин Иречек № 8

Управител: ПЕТЯ НЕДЕВА НЕСТОРОВА

Телефон: 0888 55 77 10

1. ПЕТЯ НЕДЕВА НЕСТОРОВА - Психиатрия

2. "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР МЕДИК КОНСУЛТ" ЕООД

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ
Адрес: гр. Русе ул. " Воден" №6

Управител: АЛЕКСАНДЪР РУДНИЦКИ

Телефон:

1. БОЙКО ИВАНОВ - Психиатрия

3. АСИМП - ИП по психиатрия - Д-р Райчев ЕООД

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ

Адрес: гр. Русе ул. "Липник" № 123, ет. 4, к-т 406

Управител: ИВАЙЛО РАЙЧЕВ

Телефон:

1. ИВАЙЛО РАЙЧЕВ РАЙЧЕВ - Психиатрия

4. АСИМП по психиатрия - Д-р Бранкованова-ЕООД

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ

Адрес: ул. Независимост 2, каб. 207

Управител: МАРИЯНА НЕДЕЛЧЕВА БРАНКОВАНОВА

Телефон: 0888 56 48 71,082 588052

1. Марияна Неделчева Бранкованова - Психиатрия

5. АСИМП по психиатрия - ИП - Д-р Марийка Михайлова

Област: Русе, **Община:** БЯЛА, **Населено място:** ГР.БЯЛА

Адрес: ул. Дряново 3

Управител: МАРИЙКА МИХАЙЛОВА ДИМИТРОВА

Телефон: 0889 636062

1. МАРИЙКА МИХАЙЛОВА ДИМИТРОВА - Психиатрия

6. АСИМП по психиатрия-ИП-ЕТ " Д-р Валентин Иванов-ИП за специализирана психиатрична МП"

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ

Адрес: ул. Васил Априлов1, бл.В. Априлов, офис2

Управител: ВАЛЕНТИН ИВАНОВ ИВАНОВ

Телефон: 082 834939,0887141716

1. ВАЛЕНТИН ИВАНОВ ИВАНОВ - Психиатрия

7. АСИМПпопсихиатрия-ИПЕТ" Д-р РосицаЦеровска"

Област: Русе, **Община:** БЯЛА, **Населено място:** ГР.БЯЛА

Адрес: ул. Дряново 3

Управител: РОСИЦА КРЪСТЕВА ЦЕРОВСКА

Телефон: 0887 436 974

1. РОСИЦА КРЪСТЕВА ЦЕРОВСКА - Психиатрия

8. ЕТ "АСИМП - ИП - Д-Р Янко Неделчев"

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ

Адрес: ул.Тутракан 20, к-т8

Управител: ЯНКО ЯНКОВ НЕДЕЛЧЕВ

Телефон: 082 87 47 88,0889861494

1. ЯНКО ЯНКОВ НЕДЕЛЧЕВ - Психиатрия

9. ЕТ "АСИМП - ИП - Д-р Даниела Димитрова"

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ
Адрес: бул.Тутракан 20, к-т1

Управител: ДАНИЕЛА ДИМИТРОВА ВАСИЛЕВА

Телефон: 082 843101,0888 822 546

1. ДАНИЕЛА ДИМИТРОВА ВАСИЛЕВА - Психиатрия

10. Медицински център"Медика-Експерт"ЕООД

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ
Адрес: ул.Николаевска №66, ет. 1

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ
Адрес: Независимост 2

Управител: КИРИЛ ПАНАЙОТОВ ПАНАЙОТОВ

Телефон:

1. Людмил Борисов Георгиев - Психиатрия
2. Тихомир Симеонов Минков - Психиатрия

11. ТДКЦ ЕООД Русе

Област: Русе, **Община:** РУСЕ, **Населено място:** ГР.РУСЕ
Адрес: ул. Славянска 2 А

Управител: ЦВЕТАН ИЛИЕВ ЛИЛОВ

Телефон: 082 820 153

1. Георги Виктор Данов - Психиатрия

Област: Силистра

1. АСМП-ИП- Д-Р ОРЛИН ДРЕНЧЕВ

Област: Силистра, **Община:** СИЛИСТРА, **Населено място:** ГР.СИЛИСТРА

Адрес: УЛ. Д-Р АНАСТАС ЯНКОВ №2 КАБ.№11

Област: Силистра , **Община:** ДУЛОВО, **Населено място:** ГР.ДУЛОВО

Адрес: УЛ. РОЗОВА ДОЛИНА №37, КАБ.№18

Управител: ОРЛИН ЗДРАВКОВ ДРЕНЧЕВ

Телефон: 0887661545

1. ОРЛИН ЗДРАВКОВ ДРЕНЧЕВ - Психиатрия

2. АСМП-ИП- Д-Р ПЛАМЕН КРАЕВ

Област: Силистра, **Община:** СИЛИСТРА, **Населено място:** ГР.СИЛИСТРА

Адрес: УЛ.Д-Р АНАСТАС ЯНКОВ №2 КАБ.45

Управител: ПЛАМЕН НИКОЛОВ КРАЕВ

Телефон: 0888618601

1. ПЛАМЕН НИКОЛОВ КРАЕВ - Психиатрия

3. АСМП-ИП-Д-Р МИЛЕНА СИМЕОНОВА РУСЧЕВА

Област: Силистра, **Община:** СИЛИСТРА, **Населено място:** ГР.СИЛИСТРА

Адрес: УЛ. Д-Р АНАСТАС ЯНКОВ №2 КАБ.№50

Управител: МИЛЕНА СИМЕОНОВА РУСЧЕВА

Телефон: 0887408960

1. МИЛЕНА СИМЕОНОВА РУСЧЕВА-ИВАНОВА - Психиатрия

4. МЦ-СИЛИСТРА ЕООД

Област: Силистра, **Община:** СИЛИСТРА, **Населено място:** ГР.СИЛИСТРА
Адрес: УЛ.ПЕТЪР МУТАФЧИЕВ №80

Област: Силистра, **Община:** СИЛИСТРА, **Населено място:** ГР.СИЛИСТРА
Адрес: БУЛ. МАКЕДОНИЯ №61, КАБ. №16

Управител: ВЕСЕЛИН ВЕЛИНОВ ПЕНЕВ

Телефон: 086/824278

1. ЛЮДМИЛА ИВАНОВА МИХАЙЛОВА - Психиатрия
2. СНЕЖАНА ХРИСТОВА ХРИСТОВА - Психиатрия

СЕВЕРОЗАПАДЕН РЕГИОН

Област: Видин

1. АСМП - ИП - психиатрия - д-р Борян Калчев

Област: Видин, **Община:** ВИДИН, **Населено място:** ГР.ВИДИН
Адрес: УЛ. ТЪРГОВСКА 2 ЕТ.3

Управител: Д-Р БОРЯН ИЛИЕВ КАЛЧЕВ

Телефон: 0888 757645

1. Борян Илиев Калчев - Психиатрия

2. АСМП - ИП - психиатрия - д-р Калина Савова

Област: Видин, **Община:** ВИДИН, **Населено място:** ГР.ВИДИН
Адрес: ул. "Търговска" №2

Управител: Д-Р КАЛИНА ЕМИЛОВА САВОВА

Телефон: 0888/749578

1. Калина Емилова Савова - Психиатрия

3. АСМП - ПСИХИАТРИЯ - ИП - д-р ВЛАДИМИР КИЧАШКИ

Област: Видин, **Община:** ВИДИН, **Населено място:** ГР.ВИДИН
Адрес: ул. "Цар Симеон Велики" №119 каб.4

Управител: Д-Р ВЛАДИМИР ПЕТКОВ КИЧАШКИ

Телефон: 0888 677142

1. Владимир Петков Кичашки - Психиатрия

4. АСМП - Психиатрия - Индивидуална практика д-р Николай Николов

Област: Видин, **Община:** ВИДИН, **Населено място:** ГР.ВИДИН
Адрес: УЛ.ТЪРГОВСКА 2 ЕТ.3

Управител: Д-Р НИКОЛАЙ ВАНКОВ НИКОЛОВ

Телефон: 094/607677

1. Николай Ванков Николов - Психиатрия

5. ДКЦ №1-Видин ЕООД

Област: Видин, **Община:** ВИДИН, **Населено място:** ГР.ВИДИН
Адрес: ул."Хан Аспарух" 29

Управител: СНЕЖАНА ВЕНЕЦИЕВА ЙОХАНОВА

Телефон: 0885569509

1. Лъчезар Асенов Тодоров - Психиатрия

6. ЕТ "АСМП - нервни болести и психиатрия - ИП - д-р Анатоли Атанасов"

Област: Видин, **Община:** БЕЛОГРАДЧИК, **Населено място:** ГР.БЕЛОГРАДЧИК
Адрес: ул. "Хр. Ботев" №34

Управител: Д-Р АНАТОЛИ КИРИЛОВ АТАНАСОВ

Телефон: 0888 361099

1. Анатоли Кирилов Атанасов - Психиатрия

Област: Враца

1. "ИПСМП ПО ПСИХИАТРИЯ - Д-Р ИВАЙЛО СПАСОВ" ЕООД

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА

Адрес: УЛ."ГЕН.ЛЕОНОВ" № 74, ВХ.А

Управител: Д-Р ИВАЙЛО СПАСОВ ПЕТРОВ

Телефон: 0886854553

1. Ивайло Петров Спасов - Психиатрия

2. "Свети Иван Рилски" ООД

Област: Враца, **Община:** МЕЗДРА, **Населено място:** ГР.МЕЗДРА

Адрес: ул.Св.Св.Кирил и Методий №11

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА

Адрес: ул. Леонова 44-а-1

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА

Адрес: Раковска №35

Област: Враца, **Община:** БЯЛА СЛАТИНА, **Населено място:** ГР.БЯЛА СЛАТИНА

Адрес: ул.Захари Стоянов №1, ет.2, каб.209

Управител: ХРИСТО ЦЕКОВ ЦЕКОВ

Телефон: 0888225439

1. Емил Павлинов Петков - Психиатрия

3. ГП по психиатрия "Медицински център здраве" ООД

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: ул."Никола Вапцаров" №4

Управител: БОЯНКА ВАСИЛЕВА КИТОВА, ЕМИЛИЯ БОГДАНОВА ПАНЧЕВА

Телефон: 0887177549,0878782533

1. Боянка Василева Китова - Психиатрия
2. Емилия Богданова Панчева - Психиатрия

4. Д-р Жулиета Костадинова Павлова

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: гр.Враца, ул."Ген.Леонов" № 95, к-т 204

Управител: ЖУЛИЕТА КОСТАДИНОВА ПАВЛОВА

Телефон: 0888 49 26 14,0888 49 26 14

1. Жулиета Костадинова Павлова - Психиатрия

5. Д-р Любка Стоичкова Трайкова

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: гр.Враца, ул."Никола Вапцаров" № 4, к-т 304

Управител: ЛЮБКА СТОИЧКОВА ТРАЙКОВА

Телефон: 0888 34 98 97,0888 34 98 97

1. Любка Стоичкова Трайкова - Психиатрия

6. Д-р Людмила Божикова Йорданова

Област: Враца, **Община:** КОЗЛОДУЙ, **Населено място:** ГР.КОЗЛОДУЙ
Адрес: ул."Св.Св.Кирил и Методий"№1

Управител: ЛЮДМИЛА БОЖИКОВА ЙОРДАНОВА

Телефон: 0887 84 91 39,0887 84 91 39

1. Людмила Божикова Йорданова - Психиатрия

7. Д-р Петьофи Танчев Дамянов

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: гр.Враца, ул."Ген.Леонов" № 95

Управител: ПЕТЬОФИ ТАНЧЕВ ДАМЯНОВ

Телефон: 0868 65 20 19,0868 65 20 19

1. Петьофи Танчев Дамянов - Психиатрия

8. Д-р Петя Николова Кирякова

Област: Враца, **Община:** МЕЗДРА, **Населено място:** ГР.МЕЗДРА
Адрес: гр.Мездра, ул."Янко Сакъзов" № 33

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: гр.Враца, ул."Беласица" № 1

Управител: ПЕТЯ ИВАНОВА НИКОЛОВА-КИРЯКОВА

Телефон: 0899 86 04 80,0899 86 04 80

1. Петя Иванова Николова-Кирякова - Психиатрия

9. ЕООД "ДКЦ1-Враца"

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: ул."Н.Вапцаров" № 4,

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: бул. "Втори юни" № 66

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: "Георги Сава Раковски" № 41, ет.2, к-т 5

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: гр. Враца, ул. Стоян Заимов № 2

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: гр. Враца, ул. Раковска № 17

Управител: Д-Р ОГНЯН АНАНИЕВ ТОШЕВ

Телефон:

1. Гинка Петрова Велкова - Психиатрия

10. Индивидуална практика за СИМП психиатрия Виктория Манова 18 " ЕООД

Област: Враца, **Община:** ВРАЦА, **Населено място:** ГР.ВРАЦА
Адрес: ул."Беласица " № 1

Управител: Д-Р ВИКТОРИЯ ВИДОЛОВА МАНОВА

Телефон:

1. Виктория Видолова Димитрова - Психиатрия

Област: Ловеч

1. Д-р Валентина Иванова Ангелова - АИП за СМП по психиатрия

Област: Ловеч, **Община:** ТРОЯН, **Населено място:** ГР. ТРОЯН

Адрес: "РАДЕЦКИ" №30

Управител: ВАЛЕНТИНА ИВАНОВА АНГЕЛОВА

Телефон: 0889268201

1. ВАЛЕНТИНА ИВАНОВА АНГЕЛОВА - Психиатрия

2. "Д-р Велислава Мартинова - АСМП-ИП по психиатрия" ЕООД

Област: Ловеч, **Община:** ЛОВЕЧ, **Населено място:** ГР. ЛОВЕЧ

Адрес: "Ст. Караджа" 3

Управител: ВЕЛИСЛАВА МАРТИНОВА АНГЕЛОВА

Телефон: 0888753537

1. ВЕЛИСЛАВА МАРТИНОВА АНГЕЛОВА - Психиатрия

3. "Д-р Иван Георгиев Иванов - АИП за СИМП по психиатрия"

Област: Ловеч, **Община:** ЛОВЕЧ, **Населено място:** ГР. ЛОВЕЧ

Адрес: "Цачо Шишков" 38А

Управител: ИВАН ИВАНОВ

Телефон: 0877787838

1. Иван Георгиев Иванов - Психиатрия

4. "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ВИТАМЕД - 1"ООД

Област: Ловеч, **Община:** ТЕТЕВЕН, **Населено място:** ГР.ТЕТЕВЕН
Адрес: "Д.БЛАГОЕВ"№62

Управител: МАЛИНА НАЙДЕНОВА СТЕФАНОВА

Телефон: 0887240241

1. Сергей Петков Божинов - Психиатрия

5. "Медицински център-Ловеч" ЕООД

Област: Ловеч, **Община:** ЛОВЕЧ, **Населено място:** ГР.ЛОВЕЧ
Адрес: "С.Съев"27

Управител: ПРАВДА ТРЕФОНОВА ГЕНОВА-ПЕТКОВА

Телефон:

1. КАТЯ ИВАНОВА ЕДРЕВА-ИВАНОВА - Психиатрия
2. МАГДАЛЕНА ГАНЧЕВА ПЕТРАКИЕВА - Психиатрия

6. АСМП -ИП-по психиатрия

Област: Ловеч, **Община:** ЛОВЕЧ, **Населено място:** ГР.ЛОВЕЧ
Адрес: СТАМБОЛИЙСКИ 6

Управител: БОРИСЛАВ ИГНАТОВ ИГНЕВ

Телефон: 0898310101

1. БОРИСЛАВ ИГНАТОВ ИГНЕВ - Психиатрия

7. ЕТ"Д-р Петър Велков-АСМП -ИП по психиатрия"

Област: Ловеч, **Община:** ЛОВЕЧ, **Населено място:** ГР.ЛОВЕЧ
Адрес: ГР.ЛОВЕЧ,УЛ."ОТЕЦ ПАИСИЙ " №11 ГР.ЛУКОВИТ,УЛ."КН.БОРИС I" №52

Управител: ПЕТЪР НАЙДЕНОВ ВЕЛКОВ

Телефон: 0887510279

1. ПЕТЪР НАЙДЕНОВ ВЕЛКОВ - Психиатрия

8. МЦ I-ЛЗИСМП-ООД

Област: Ловеч, **Община:** ЛОВЕЧ, **Населено място:** ГР.ЛОВЕЧ
Адрес: "С.СЪЕВ"27

Управител: МАГДАЛЕНА ХРИСТОВА ДЖИКОВА

Телефон: 0887310299,068/621059

1. СТЕФАН НИКОЛАЕВ ДЖИКОВ - Психиатрия

Област: Монтана

1. "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЗДРАВЕ ЛОМ" ЕООД

Област: Монтана, **Община:** ВЪРШЕЦ, **Населено място:** ГР.ВЪРШЕЦ

Адрес: гр. Вършец, ул. "Арх. Нешев" № 3

Област: Монтана, **Община:** ВЪРШЕЦ, **Населено място:** ГР.ВЪРШЕЦ

Адрес: гр. Вършец, бул. "България" № 2

Област: Монтана, **Община:** ЛОМ, **Населено място:** ГР.ЛОМ

Адрес: гр. Лом, Панайот Волов" № 6

Управител: НИКОЛАЙ ЖИКОВ ТРИФОНОВ

Телефон: 0888130572

1. НИКОЛАЙ РАДОСЛАВОВ ДОНЧЕВ - Психиатрия

2. "Медицински център Деница" ООД

Област: Монтана, **Община:** БЕРКОВИЦА, **Населено място:** ГР.БЕРКОВИЦА

Адрес: гр. Берковица, ул. Александровска № 65

Област: Монтана, **Община:** МОНТАНА, **Населено място:** ГР.МОНТАНА

Адрес: пл. Ал. Константинов № 22

Управител: КАМЕЛИЯ СТОЯНОВА ТОДОРОВА

Телефон: 096 300170

1. Пламен Тихомиров Петров - Психиатрия

3. ДКЦ1-ЛомЕООД

Област: Монтана, **Община:** ЛОМ, **Населено място:** ГР.ЛОМ
Адрес: ул.Каблешков 2

Управител: ЧАВДАР ЦВЕТАНОВ АНТОНОВ

Телефон: 0886434344,097166153

1. Росица Цветанова Русинова - Психиатрия

4. МЦ "Оптимус" ООД

Област: Монтана, **Община:** МОНТАНА, **Населено място:** ГР.МОНТАНА
Адрес: ул. Цар Борис III № 11

Управител: ЗЛАТКА МИТОВА ДИМИТРОВА

Телефон: 096 389320

1. Ивайло Петров Спасов - Психиатрия

5. „ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ХАРМОНИЯ” ООД

Област: Монтана, **Община:** МОНТАНА, **Населено място:** ГР.МОНТАНА
Адрес: Улица "ЦАР БОРИС III" №11 ет.1

Управител: Д-Р СОНЯ ТРАЙКОВА ИВАНОВА-АФНАСИЕВА, ДАНИЕЛА ДИМИТРОВА ПАМПОРОВА

Телефон: 0887302410

1. Даниела Димитрова Пампорова - Психиатрия
2. Соня Трайкова Иванова - Психиатрия

Област: Плевен

1. "Д-Р ДИАНА БЪРКАШКА - АИПСИМП ПО ПСИХИАТРИЯ" ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: гр.Плевен, ул."Св.Св. Кирил и Методиев"21

Управител: Д-Р ДИАНА АНДРЕЕВА БЪРКАШКА

Телефон: 0887/243217,847972

1. Диана Андреева Бъркашка - Психиатрия

2. "ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР Свети Панталеймон" ООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: ж.к. Дружба , ул. " Трите бора " №15

Управител: Д-Р ЕЛИЗА ЛЮБЕНОВА ГЕОРГИЕВА, ЙОРДАН ГЕОРГИЕВ ГЕОРГИЕВ

Телефон: 064 872020,087 8828675, 064 872020

1. КАЛОЯН РУМЕНОВ СТОЙЧЕВ - Психиатрия

2. Мария Георгиева АЛЕКСАНДРОВА-СТОЙЧЕВА - Психиатрия

3. "ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР - II - ПЛЕВЕН" ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: ул. " Сан Стефано " 1

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: ж.к.Дружба бл 112 вх.В ет 1

Управител: Д-Р МАРИАНА ПЕТРОВА ЛАЗАРОВА-ИВАНОВА

Телефон: 064/807001,064888222

1. Иванка Илиева Велева - Психиатрия
2. Иво Борисов Духленски - Психиатрия
3. Йорданка Делчева Николова - Психиатрия

4. "ДКЦ - I - Червен Бряг" ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ЧЕРВЕН БРЯГ, **Населено място:** ГР.ЧЕРВЕН БРЯГ

Адрес: ул. " Яне Сандански " №61

Управител: Д-Р ПАВЛИН ЦВЕТАНОВ ГЕОРГИЕВ

Телефон: 0659/93920

1. Евгения Дончева Янкулова - Психиатрия

5. "ДКЦ 1 - Плевен" ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: ул. " Панега " №28

Управител: СИЛВИЯ КОЛЕВА ИВАНОВА

Телефон:

1. Алина Милушева Десиминова - Психиатрия
2. Надя Филчева Луканова - Психиатрия

6. "Диагностично-консултативен център-Плевен" ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: ул. " Г. Кочев " № 8А

Управител: ДОЦ. Д-Р НИКОЛАЙ ЦВЕТАНОВ ЦВЕТКОВ

Телефон: 064 886521

1. Йорданка Делчева Николова - Психиатрия
2. Петранка Георгиева Чумпалова - Психиатрия

7. "КАРДИОЛОГИЧЕН МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР" ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: бул. " Д. Константинов " № 11

Управител: Д-Р МИХАИЛ КОСТОВ ПОПМАРИНОВ

Телефон: 02 9625454,088 8383916

1. ЛЮДМИЛ ЗДРАВКОВ ТУМБЕВ - Психиатрия

8. "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР 1 - ДОЛНА МИТРОПОЛИЯ"ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ДОЛНА МИТРОПОЛИЯ, **Населено място:** ГР.ДОЛНА МИТРОПОЛИЯ
Адрес: ул. " Христо Ботев " 42

Управител: Д-Р НЕЛИ ГАНЕВА СТЕФАНОВА

Телефон: 06552 2263

1. Нели Ганева Стефанова - Психиатрия

9. "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР АПЕКС" ООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН
Адрес: бул. "Русе" № 1

Управител: Д-Р ПЛАМЕН АТАНАСОВ ГЕОРГИЕВ

Телефон: 088 8464676

1. Васил Димитров Василев - Психиатрия
2. Георги Костадинов Георгиев - Психиатрия
3. Любляна Печова Андреева - Психиатрия
4. Нели Ганева Стефанова - Психиатрия
5. Пламен Атанасов Георгиев - Психиатрия
6. Румен Данаилов Стойчев - Психиатрия

10. "МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР-БЕЛ МЕДИК" ЕООД

Област: Плевен, **Община:** БЕЛЕНЕ, **Населено място:** ГР.БЕЛЕНЕ
Адрес: ул. " Хр.Ботев " №11

Управител: ЕВГЕНИЯ ПЕТРОВА ИВАНОВА

Телефон: 0888866808

1. Наталия Василевна Мадова - Психиатрия
2. Николай Димитров Димитров - Психиатрия

11. "МЦ Галилео" - ООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН
Адрес: ул. "Дойран" № 65, ет. 1

Управител: Д-Р ПОЛЯ ПЕТРОВА БОЖИНОВА

Телефон: 064 832447,088 5990815

1. Иван Георгиев Иванов - Психиатрия

12. ЕТ "Д-р Иво Нацов - АИПСИМП по психиатрия"

Област: Плевен, **Община:** ЧЕРВЕН БРЯГ, **Населено място:** ГР.ЧЕРВЕН БРЯГ
Адрес: ул. "Яне Сандански" 61

Управител: ИВО ИВАНОВ НАЦОВ

Телефон: 088 8704961

1. Иво Иванов Нацов - Психиатрия

13. „ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР III - ПЛЕВЕН” ЕООД

Област: Плевен, **Община:** ПЛЕВЕН, **Населено място:** ГР.ПЛЕВЕН

Адрес: ж.к. "Сторгозия"

Управител: Д-Р КРАСИМИР ДИМИТРОВ ТРИФОНОВ

Телефон:

1. Алина Милушева Десиминова - Психиатрия
2. Поля Иванова Генчева - Психиатрия

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Информация за държавни психиатрични болници, психиатрични клиники към УМБАЛ и психиатрични отделения към МБАЛ

<p>ДПБ „Св. Иван Рилски” Област София Област София 1282, район Нови Искър, ул. „Христо Ботев” 140, тел. 02/ 991 76 03, 02/ 991 76 04 www.dpbivanrilski.com</p>	<p>ДПБ за лечение на наркомании и алкохолизъм София, ул. „Пиротска” 117 тел. 02/ 931 61 09, e-mail: bobi56@abv.bg www.nfp-drugs.bg/bg/map.php?&itype=223&isubtype=252&info=2002</p>
<p>ДПБ Кърджали Кърджали, ул. „Добрич” 44, тел. 0361/ 6 26 94 e-mail: psych-kardjali@mh.government.bg, dpb_kardjali@abv.bg http://www.dpb-kardjali.bg/wp/</p>	<p>ДПБ Ловеч Ловеч 5500, ул. „Княз Батенберг” 1 тел. 068 651 777, e-mail: dpblovech@abv.bg www.dpb-lovech.eu/index.php</p>
<p>ДПБ Област Велико Търново област Велико Търново 5047, с. Церова кория, ул. „Втора” 27, тел. 06 126 2329 e-mail: z_coria_psychiatry@abv.bg http://dpb-zcoria.org/</p>	<p>ДПБ Област Добрич област Добрич 9619, с. Карвуна, тел. 058/ 629022</p>
<p>ДПБ Област Ловеч област Ловеч 5782, гара Карлуково, общ. Луковит, тел. 0882 80 90 51 e-mail: dpbkarlukovo@abv.bg www.dpbkarlukovo.bg/</p>	<p>ДПБ Област Русе област Русе 7100, гр. Бяла, ул. „Дряново” 3, тел. 0817 73447 e-mail: dpb_byala@b-trust.org http://dpb-byala.org/bg/page-1/</p>
<p>ДПБ Област Шумен област Шумен 9747, с. Царев брод, ул. „Христо Ботев” 30, тел. 053152022, 0888 540 312 e-mail: info@tzarevbrod.com www.tzarevbrod.com/wp-site/</p>	<p>ДПБ Пазарджик Пазарджик 4400, ул. „Болнична” 28 тел. 034/ 44 88 12 e-mail: dpb.pz@abv.bg http://dpb-pazardjik.org/</p>
<p>ДПБ Раднево, Област Стара Загора Раднево 6260, ул. „Магда Петканова” 1 тел. 0417/ 8 23 46 e-mail: dpb.radnevo@abv.bg www.2dom.org/</p>	<p>ДПБ Севлиево, Област Габрово Севлиево 5401, ул. „Видима” 33 тел. +359 675 3 34 18, +359 675 3 34 19 e-mail: dpbsevlievo@abv.bg http://dpbsevlievo.com/</p>

<p>УМБАЛ „Александровска” София 1431 бул. „Св. Георги Софийски” 1 факс: 02/9230 646</p>	<p>УМБАЛ „Свети Георги” Пловдив, бул. „Пещерско шосе” 66 тел. 032 602 911</p>
<p>УМБАЛ „Георги Странски” Плевен, бул. „Георги Кочев” 8А тел. 064 886100 факс: 064 804212 e-mail: umbal@umbalpln.com</p>	<p>УМБАЛ „Света Марина” Варна 9010, бул. „Хр. Смирненски” 1 тел. 052/30-28-51 (до 55) e-mail: officeub@mail.bg www.svetamarina.com</p>
<p>МБАЛНП „Св. Наум” София 1113, ул. „Любен Русев”1 тел. 02/ 9702 300</p>	<p>МБАЛ „Д-р Иван Селимински” Сливен, ул. „Хр. Ботев” 1 тел. началник отделение - 044/611 769, сестри - 044/611 835 e-mail: mbal.sl@iradeum.com</p>
<p>МБАЛ „Св. Пантелеймон” Ямбол, ул. „Панайот Хитов” 30 тел. 046/661530 e-mail: mbal@mbal-yambol.net</p>	<p>МБАЛ „Света Петка” Видин, ул. „Цар Симеон Велики”119 тел. 094 602131 e-mail: mbal_vidin@abv.bg</p>
<p>МБАЛ „Д-р Никола Василиев” Кюстендил, пл. „17-ти януари” 1 тел. +3597855-0261; 62; 63; 64</p>	<p>МБАЛ „Св. Иван Рилски” Дупница, ул. „Св. Георги” 2 тел. 0701 51826 e-mail: mbal_dupnitsa@yahoo.com</p>
<p>МБАЛ "Св. Ив. Рилски" АД Разград, ул. „Коста Петров” 2 тел. 084 624321 факс: 084 / 62 97 65 e-mail: mbal@bogytec.com</p>	<p>МБАЛ „Рахила Ангелова” Перник, ул. „Брезник” 2 тел. 076 604 866 e-mail: mbalpk@abv.bg</p>
<p>МБАЛ „Д-р Стамен Илиев” Монтана 3400, ул. „Сирма войвода” 4 тел. 096 306 880, централа: 096 306 881 e-mail :mbalmont@net-surf.net</p>	<p>МБАЛ Лом Област Монтана 3600, Лом, ул. „Каблешков” 2, тел. (0971) 60 051, 60 061 факс: (0971) 60 065 e-mail: bolnicalom@mballom.bg</p>

<p>МБАЛ Пловдив Пловдив 4003, бул. „България“ 234 тел. 032/95 92 21 e-mail: mbalplovdiv@abv.bg</p>	<p>МБАЛ Плевен Плевен 5800, ул. „Георги Кочев“ 6 тел. 064 822 875 факс: 064 825 393</p>
<p>МБАЛ Силистра Силистра, ул. „Петър Мутафчиев“ 80 тел. 086 818 446</p>	<p>МБАЛ „Професор доктор Стоян Киркович“ Стара Загора, ул. „Ген. Столетов“ тел. 042 / 698 210</p>
<p>МБАЛ „Д-р Ст. Черкезов“ Велико Търново, ул. „Ниш“ 1 тел. 062 626 841</p>	<p>МБАЛ Омуртаг Омуртаг, ул. „Търновска“ 55 тел. 060 535 72</p>
<p>МБАЛ Шумен Шумен, ул. „Васил Априлов“ 63 тел. 054 / 855 755 факс 054 / 800 751 e-mail: mbal-shumen@ro-ni.net</p>	

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Центрове за психично здраве

<p>София – Център за психично здраве „Проф. Н. Шипковенски” София 1377, район Оборище, ул. „Екзарх Йосиф” 59 e-mail: cpz_ns@abv.bg, тел. 02/939 90 38 – регистратура</p>	<p>София – Център за психично здраве - София област ЕООД София, кв. Сточна гара, община Сердика, бул. „Сливница” №309 и София, кв. Факултета, община Красна поляна, ул. "Ришки проход" №1 e-mail: dr.emo@mail.bg , тел. 02/ 831 90 59, факс: 02/ 931 90 98</p>
<p>Пловдив – Център за психично здраве Пловдив, бул. „Пещерско шосе” 68 тел. 032/64 23 76</p>	<p>Варна – Център за психично здраве Варна, бул. „Цар Освободител” 100 тел. 052/60 09 86</p>
<p>Бургас – Център за психично здраве „Проф. д-р Ив. Темков” Бургас, 8000, к-с „Лазур”, парк „Езеро” тел. 056/816 301</p>	<p>Русе – Център за психично здраве Русе, 7003, бул. „Тутракан” 20 e-mail: odpzs_rs@mail.bg, тел. 082/845 379</p>
<p>Добрич – Център за психично здраве „Д-р П. Станчев” Добрич 9300, ул. „Панайот Хитов” 24 e-mail: odpzs_dobrich@abv.bg, тел. 058/602655, факс 058/602490</p>	<p>Велико Търново – Център за психично здраве Велико Търново 5000, ул. „Бузлуджа” 1 e-mail : cpzvt@abv.bg, тел./факс 062/623 796</p>
<p>Стара Загора – Център за психично здраве Стара Загора, 6000, ул. „Армейска” 16 e-мейл: odpzs_stara_zagora@abv.bg, тел. 042/620 250</p>	<p>Враца – Център за психично здраве Враца, ул. „Беласица” 1, ОДПЗС, ет. 1 e-mail: nadia_odpzs@abv.bg, тел. 092/663 207, 0887 422 440</p>
<p>Плевен – Център за психично здраве към УМБАЛ „Д-р Г. Странски” Плевен, ул. „Георги Кочев” 8 а e-mail: umbal@umbalpln.com, тел. 064/886 100</p>	<p>Търговище – Център за психично здраве Търговище, бул. „Тр. Китанчев” тел. 0601/6 85 85</p>

<p>Смолян – Център за психично здраве Смолян, кв. „Устово”, ул. „Хаджи Христо Попгеоргиев” 12 тел. 0301/6 43 66</p>	<p>Благоевград – Център за психично здраве със стационар Благоевград, ул. „Братя Миладинови” 21 тел. 073/88 81 43</p>
<p>Пазарджик – Център за психично здраве „Човеколюбие” Пазарджик 4400, ул. „Д-р Лонг”12 е-mail: info@chovekolubie.org, тел.и: 034/444 844, 0878 149 609</p>	<p>Хасково – Център за психично здраве Хасково, кв. Болярово, ул. „Перущица” 2 е-mail: odpzs-hs@breza.net, тел. 038/668 197, 038/668 850</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Центрове за настаняване

Центрове за настаняване от семеен тип за деца/младежи

ОБЛАСТ	ВИД	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	ЦНСТДМ без увреждания	Благоевград, ул. „Катина и Янчо Хайдукови” 83	15	073/83-64-09
Благоевград	ЦНСТДМ с увреждания	Благоевград, жк „Ален мак”, ул. „Б. Ангелушев” 6	14	0894 460 734
Благоевград	ЦНСТДМ с увреждания	Благоевград, жк „Ален мак”, ул. „Б. Ангелушев” 4	14	0894 460 733
Благоевград	ЦНСТДМ с увреждания	Благоевград, жк „Струмско”, ул. „Трудолюбие” 7	14	0894 460 735
Благоевград	ЦНСТДМ с увреждания	Гоце Делчев, ул.„Чаталджа” 3	14	0751/21276
Благоевград	ЦНСТДМ с увреждания	с. Първомай, ул. „Мануш Георгиев” 12А, общ.Петрич	14	0745/61072
Благоевград	ЦНСТДМ без увреждания	Разлог, ул. „Пирин” 2	8	0747/80327; 80463
Благоевград	ЦНСТДМ с увреждания	с. Вълково, общ.Сандански	14	0884145283
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	Бургас, ул. „Александър Батенберг” 1А	15	факс 056 84 62 39, 056 84-62-40, 056- 84-62-41
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	Бургас, жк „Славейков”, бл. 63, вх. 7, ет.5	7	0879 656625
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	Бургас, к/с „Възраждане”, ул. „Дебелт” 63	8	0879 656 669
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	Бургас, жк „Меден рудник”, бл. 406, вх. А	8	0879 656 691
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	Бургас, жк „Меден рудник”, ул.„Кооператор” 35	14	0879 656 614
Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	Бургас, жк„Меден рудник”, ул.Кооператор” 33	14	0879 656 614
Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	Бургас, кв.„Лазур”, ул.„Места”, бл. 166	14	0879 656 609
Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	Бургас, кв.„Ветрен”, ул.„Пролет” бл.46	14	0879 656 619

Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	Бургас, кв."Ветрен", ул."Пролет" бл.48	14	0879 656 619
Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	Карнобат, ул. „Страцин” 1	14	0889 979 479
Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	Карнобат, ул. „Сакар планина” 24	14	0882 003 015
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	с. Бата, ул. „Иван Вазов” 31 общ. Поморие	12	05967/21-50; 0882 420 146
Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	Поморие, ул."Възраждане" 2	14	
Бургас	ЦНСТДМ с увреждания	с. Атия, жк „Блоковете” 34, общ. Созопол	14	05914/2232
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	гр.Средец, ул. „Т. Николов” 65	8	05551/30-27; 31-39
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	гр.Средец, ул. „В.Коларов” 168	8	05551/30-27
Бургас	ЦНСТДМ без увреждания	гр.Средец, ул. „В.Коларов” 168	12	05551/31-66
Варна	ЦНСТДМ без увреждания	с. Кичево, общ. Аксаково	15	052/673 281
Варна	ЦНСТДМ без увреждания	Варна, ул. „Генерал Колев” 90	8	052/303 046
Варна	ЦНСТДМ без увреждания	Варна, кв."Изгрев" 364А	14	
Варна	ЦНСТДМ без увреждания	Варна, кв."Изгрев" 364Б	14	
Варна	ЦНСТДМ с увреждания	Варна, жк „Вл. Варненчик”, I- ви микрорайон	10	0899 130 281; 0884 048 732
Варна	ЦНСТДМ с увреждания	гр. Долни чифлик, ул. „Лонгоз” 32	14	
Варна	ЦНСТДМ с увреждания	Провадия, ул."Иван Вазов" 5	14	
Варна	ЦНСТДМ с увреждания	Варна бул. „Костантин Фружин” 42 А	14	
Варна	ЦНСТДМ с увреждания	Варна бул. „Костантин Фружин” 42 Б	14	
Варна	ЦНСТДМ с увреждания	с. Тополи ул. „Георги Градев” 18 А	14	
Варна	ЦНСТДМ с увреждания	с. Тополи, ул. „Георги Градев” 18 Б	14	

Варна	ЦНСТДМ с увреждания	с. Тополи, ул. „Александър Тодоров” 38	14	
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Любен Каравелов” 26	8	062/60-36-75
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Н. Габровски” 49	10	062/670031
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Охрид” 4	15	062/600-323
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Ильо войвода” 4	15	062/604-960
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Цветарска” 14, ет. 1	8	062/652669
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Цветарска” 14, ет. 3	8	062/652669
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Ил. Драгостинов” 3 А, вх.Б	14	062/690067
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Велико Търново, ул. „Колоня Товар” кв.545	14	062/690063
Велико Търново	ЦНСТДМ с увреждания	Велико Търново, ул.„Ил.Драгостинов” 3 А,вх.А	14	062/690065
Велико Търново	ЦНСТДМ с увреждания	Горна Оряховица, ул.„Й. Йовков” 2	14	0882 165 361; 0879 104 268
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	гр. Златарица, ул. „Н. Й. Вапцаров” 17	15	0615/35000
Велико Търново	ЦНСТДМ с увреждания	Павликени, ул. „Л. Каравелов” 31	9	0610/98907; 0882 633 827
Велико Търново	ЦНСТДМ с увреждания	Павликени, ул.„Любен Каравелов” 33	14	0882732577
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Павликени, ул.„Страцин” 2 „Г”	14	0885 066 488
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Павликени, ул.„Страцин” 2 „В”	9	0885 066 488
Велико Търново	ЦНСТДМ без увреждания	Стражица, ул. „Беласица” 1, корпус Б, ет. 3,	9	06161/37-12
Видин	ЦНСТДМ с увреждания	Белоградчик, ул.„Хр.Смирненски” 2	14	0876 208 368
Видин	ЦНСТДМ с увреждания	Видин, ул.„Владикина” 1	14	0877 842 132
Видин	ЦНСТДМ увреждания	Видин, ул.„Ильо войвода” 15	14	0877 159 576

Видин	ЦНСТДМ без увреждания	с.Ново село, ул."Христо Ботев" 2, ет.1 общ. Ново село	12	0879830286
Видин	ЦНСТДМ без увреждания	с.Ново село, ул."Арх.Илия Попов" 96, бл.2 ет.1 ап.1, ап.2 , ап.3 общ. Ново село	12	0884 746 600, 0879 830 263
Видин	ЦНСТДМ без увреждания	с.Ново село, ул."арх.Илия Попов" 96, бл.2 ет.2 ап.4, ап.5 , ап.6 общ. Ново село	12	0884746600 0882633461
Враца	ЦНСТДМ без увреждания	с. Борован, ул. „Ангел Йошков” 21А, общ. Борован	15	09147/9221
Враца	ЦНСТДМ без увреждания	с. Борован, ул. „Ангел Йошков” 21А, общ. Борован	15	09147/9221
Враца	ЦНСТДМ без увреждания	с. Бърдарски геран, ул. „В. Коларов” 20, общ. Бяла Слатина	15	09135/2204
Враца	ЦНСТДМ без увреждания	с. Бърдарски геран, ул. „В. Коларов” 20, общ. Бяла Слатина	15	09135/2204
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	Бяла Слатина, ул."Д.Благоев" 172 А	14	0893 326 464
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	Бяла Слатина, ул."Одрин" 15 А	14	0893 326 464
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	Враца, жк"Самуил", ул."Кокиче" 14 А	14	0876 939 732.
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	Враца, ул."Цар Симеон I" 20	14	0879 970 836
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	Враца, жк"Дъбника", бул."Съединение" 30	14	0876939714
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	Мездра, ул."Никола Вапцаров" 6	14	0910/9-20-32
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	Мездра, ул."Георги Кирков" 34	14	0910/9-20-32
Враца	ЦНСТДМ без увреждания	Мездра, ул."Димитър Благоев" 15	8	0888 298 140
Враца	ЦНСТДМ без увреждания	гр. Роман, бул."Хр. Ботев" 60	10	09123/2025
Враца	ЦНСТДМ без увреждания	гр. Роман, бул."Хр. Ботев" 60	12	09123/2025
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	гр. Роман, ул. „Пирин" 2	10	09123/2008

Враца	ЦНСТДМ с увреждания	гр. Роман, ул. „Пирин” 2	10	09123/2008
Враца	ЦНСТДМ с увреждания	гр. Роман, ул. „Пирин” 2	10	09123/2008
Габрово	ЦНСТДМ без увреждания	Габрово, ул. „Чардафон” 12, ап. 24	5	066 991 861
Габрово	ЦНСТДМ с увреждания	Габрово, кв. „Борово”, ул. „Мирни дни” 1А	14	0878687934, 0878682472
Габрово	ЦНСТДМ с увреждания	Габрово, кв. „Трендафил”, ул. „Хризантема” 27	14	0878 687 934; 0878 682 474
Габрово	ЦНСТДМ с увреждания	Габрово, кв. „Велчевци”,	8	
Габрово	ЦНСТДМ без увреждания	Севлиево, ул.„Стара планина” 127	12	0878621317
Габрово	ЦНСТДМ с увреждания	Севлиево, ул.„Крушевска” 24Б	14	0878621316
Добрич	ЦНСТДМ без увреждания	Балчик, жк „Балчик”, ул.„Баба Райна” 2	14	
Добрич	ЦНСТДМ без увреждания	Добрич, жк „Дружба” 57,ет. 2	15	058/601401
Добрич	ЦНСТДМ без увреждания	Добрич, жк „Дружба” 57,ет. 3	15	058/601401
Добрич	ЦНСТДМ без увреждания	Добрич, жк „Дружба” 57,ет. 2	15	058/661266
Добрич	ЦНСТДМ с увреждания	Добрич, жк”Балик Йовково-юг” 74-75, бл. В	14	
Добрич	ЦНСТДМ с увреждания	Добрич, жк”Балик Йовково-юг” 72-73,бл.А	14	
Добрич	ЦНСТДМ с увреждания	Добрич, жк”Балик Йовково-юг” 72-73,бл.Б	14	
Добрич	ЦНСТДМ с увреждания	Добрич, жк”Балик Йовково-юг” 74-75,бл.Г	14	
Кърджали	ЦНСТДМ без увреждания	Крумовград, ул. „Г.С.Раковски” 9	15	03641/72-74
Кърджали	ЦНСТДМ без увреждания	Крумовград, ул. „Г.С.Раковски” 9	15	03641/72-74
Кърджали	ЦНСТДМ без увреждания	Кърджали, ул. „Проф. Акад. Л. Милетич” 3	15	0361/22212
Кърджали	ЦНСТДМ без увреждания	Кърджали, ул.„Тина Киркова” 25	14	0361 30017

Кърджали	ЦНСТДМ с увреждания	Кърджали, кв."Веселчане", ул."Мир" 19	14	0361 30015
Кърджали	ЦНСТДМ с увреждания	Кърджали, ул."Средец" 14	14	0361 29736
Кърджали	ЦНСТДМ без увреждания	Момчилград, ул."Лайка" 4	14	0888 044 510
Кюстендил	ЦНСТДМ с увреждания	Дупница, ул."В.Търново" 35 Б	14	0884 928 183
Кюстендил	ЦНСТДМ с увреждания	Кюстендил, ул. „Синчец” 11	8	078971975
Кюстендил	ЦНСТДМ с увреждания	Кюстендил, ул. „Синчец” 11	8	078971975
Кюстендил	ЦНСТДМ с увреждания	Кюстендил, ул. „Власина” 3	14	078939699
Ловеч	ЦНСТДМ без увреждания	Ловеч, жк „Здравец”, /Ясла 5/	10	068/63-54-97
Ловеч	ЦНСТДМ без увреждания	Ловеч, ул. „Стефан Караджа” 24	8	068/604-486
Ловеч	ЦНСТДМ без увреждания	Ловеч, бул. „България” 67	12	068/60-01-69
Ловеч	ЦНСТДМ с увреждания	Ловеч, жк. „Здравец” 50	14	068/601 259
Ловеч	ЦНСТДМ с увреждания	Ловеч, жк „Здравец” 49	14	068/601 373
Ловеч	ЦНСТДМ с увреждания	Ловеч, жк „Младост” 44	14	068/626 068
Ловеч	ЦНСТДМ с увреждания	Луковит, ул."Гето Йошев" 20	14	0697/5-05-08
Ловеч	ЦНСТДМ с увреждания	Луковит, ул."Неофит Рилски" 4	14	0697/5-00-13
Ловеч	ЦНСТДМ без увреждания	с.Дълбок дол, ул."Иван Дончев" 46, общ.Троян	14	06955/23-11 и 0878/198424
Монтана	ЦНСТДМ без увреждания	Берковица, ул. „Ашиклар” 7	15	0953/80072; 80078
Монтана	ЦНСТДМ с увреждания	Берковица, ул."Проф.Ал.Фол" 2	14	
Монтана	ЦНСТДМ без увреждания	с. Гаврил Геново, ул. „Седемнадесета” 37а, общ. Георги Дамяново	15	0884542633
Монтана	ЦНСТДМ без увреждания	Лом, ул. „Цар Симеон” 36А	9	0971/ 6 03 26

Монтана	ЦНСТДМ без увреждания	Лом, ул. „Шести септември” 1	12	0893 693 610
Монтана	ЦНСТДМ с увреждания	Лом, ул. „Цв. Павлов” 11	14	0888 181 861
Монтана	ЦНСТДМ без увреждания	Монтана, ул. „Ю. Венелин” 15	10	096/587 577
Монтана	ЦНСТДМ с увреждания	Монтана, ул. „Захари Стоянов” 48	14	096/370-302
Монтана	ЦНСТДМ с увреждания	Монтана, ул. „Княз Ал. Батенберг” 38 А	14	096/370-302
Монтана	ЦНСТДМ с увреждания	Монтана, ул. „Княз Ал. Батенберг” 38А	14	096/370-300
Монтана	ЦНСТДМ с увреждания	Монтана, ул. „22-ри септември” 46	8	
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Брацигово, ул. „Васил Левски” 6	10	03552/21-06
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Брацигово, ул. „Трети март” 57	15	03552/21 06
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Брацигово, ул. „Трети март” 57	15	03552/21-06
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Велинград, ул. „Цар Самуил” 13	15	0359/5-23-62
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Велинград, ул. „Цар Самуил” 13	15	0359/5-23-62
Пазарджик	ЦНСТДМ с увреждания	Велинград, ул. „Славянска” 5Б	14	0877 321488; 0359/3 10 20
Пазарджик	ЦНСТДМ с увреждания	Велинград, ул. „Славянска” 5 Б	10	0877 321 488
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	с. Лесичово, общ.Лесичово	15	035172233
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	с. Лесичово, общ.Лесичово	15	035172233
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	с. Лесичово, общ.Лесичово	10	03517 80 20
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Пазарджик, ул.„Дунав” 46	15	034/44 71 40
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Пазарджик, ул.„Тинтява” 3В	14	
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	с.Звъничево, ул.„12-та” 19, общ.Пазарджик	10	

Пазарджик	ЦНСТДМ с увреждания	Пазарджик, ул. „Стоян Ангелов” 117	14	
Пазарджик	ЦНСТДМ с увреждания	Пазарджик, ул. ”Явор Матакиев” 19	14	
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Панагюрище, ул. ”Кръстьо Гешанов” 5	15	0357/64062
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Панагюрище ул. ”Кръстьо Чолаков” 31	14	0357/ 52075
Пазарджик	ЦНСТДМ без увреждания	Пещера, ул. ”Стефан Кънчев” 2 Г	14	
Перник	ЦНСТДМ с увреждания	Перник, ул. „Владислав Граматик” 93	14	0889 697 998
Перник	ЦНСТДМ с увреждания	Перник, кв. „Вароша”, ул. „Илинден” 14	8	
Перник	ЦНСТДМ без увреждания	Перник, кв. „Изток”, ул. „Луганск” 67Ж	12	0898 438 162
Перник	ЦНСТДМ без увреждания	с. Дрен, ул. „Първа” 27, общ. Радомир	12	07726-20-89
Перник	ЦНСТДМ без увреждания	с. Дрен, ул. „Първа” 27, общ. Радомир	12	07726-20-60
Плевен	ЦНСТДМ без увреждания	с. Садовец, ул. „В.Левски” 1а общ. Долни Дъбник	8	0879 324 744
Плевен	ЦНСТДМ без увреждания	Плевен, жк ”Сторгозия”, хотел. „Сторгозия” 103	12	064/8 680-445
Плевен	ЦНСТДМ без увреждания	Плевен, ул. ”Люляк” 48	14	
Плевен	ЦНСТДМ без увреждания	Плевен, ул. ”Бяло море” 16	14	
Плевен	ЦНСТДМ с увреждания	Плевен, ул. ”Трите бора” 21	14	
Плевен	ЦНСТДМ с увреждания	Плевен, ул. ”Трите бора” 23	14	
Плевен	ЦНСТДМ с увреждания	Плевен, ул. ”Гургулят” 32	14	
Плевен	ЦНСТДМ с увреждания	Плевен, ул. ”Гургулят” 55	14	
Плевен	ЦНСТДМ с увреждания	Пордим, ул. ”Капитон Галпер” 3	14	0882 732 824
Плевен	ЦНСТДМ с увреждания	Червен бряг, жк „Победа” 2	14	0889212625

Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	с. Нареченски бани, ул. „Младост” 1, ет. 1 общ. Асеновград	10	03342/2241
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	с. Нареченски бани, ул. „Младост” 1, ет. 2 общ. Асеновград	15	03342/2241
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Асеновград, ул. ”Хан Аспарух” 28	14	0878 356 404
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	с. Зелениково, общ. Брезово	12	03194/2260
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	с. Зелениково, общ. Брезово	12	03194/2520
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	гр. Брезово, ул. „В.Коларов” 3, ет.1	10	0888 448532
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	Карлово, ул. „Калоян” 14	15	0882 385 560
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Карлово, ул. ”Иванка Пашкулова” 14	14	
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	Пловдив, ул. „Г. Гешанов” 20	15	032/69-20-14
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Пловдив, ул. „Генерал Тотлебен” 22	10	032/500009
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	Пловдив, ул. ”Коматевско шосе” 1	15	032/673-521
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Пловдив, жк „Тракия” 1,	14	032/20 71 18
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Пловдив, жк „Тракия” 2,	14	032/20 71 19
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Пловдив, ул. ”Липник” 5,	14	032/20 71 15
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Пловдив, ул. ”Богомил” 110 Б,	14	032/20 70 78
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Пловдив, ул. ”Г.С.Раковски” 13	8	
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	Пловдив, ул. ”Г.С.Раковски” 13	8	
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	Пловдив, ул. ”Лъджене” 9,	14	032/20 71 13
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	Пловдив, ул. ”Етна” 5	14	0877 003 894

Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	Първомай, кв."Дебър", ул."Крали Марко" 22А	14	0877 489 816
Пловдив	ЦНСТДМ без увреждания	гр. Раковски, ул. „Верона” 4	10	
Пловдив	ЦНСТДМ с увреждания	гр. Стамболийски, ул. „Пирин” 1	14	0339/92-188
Разград	ЦНСТДМ с увреждания	Исперих, ул. „Алеко Константинов” 14	14	
Разград	ЦНСТДМ без увреждания	Исперих, ул. „Васил Левски” 72	12	08431/22-19
Разград	ЦНСТДМ без увреждания	Исперих, ул. „Васил Левски” 72	12	08431/22-19
Разград	ЦНСТДМ без увреждания	Разград, ул. „Добровска” 53	10	089 389 285
Разград	ЦНСТДМ без увреждания	Разград, ул. „Добровска” 53	10	089 389 285
Разград	ЦНСТДМ без увреждания	Разград, ул."Петра" 14	8	
Разград	ЦНСТДМ с увреждания	Разград, жк"Орел" 31	14	
Разград	ЦНСТДМ с увреждания	Разград, жк"Орел" 31а	14	
Русе	ЦНСТДМ без увреждания	Бяла, ул."Гео Милев" 20	8	
Русе	ЦНСТДМ с увреждания	Русе, жк Възраждане, ул. „Неофит Рилски” 66	12	082/846-512; 0887 660 611
Русе	ЦНСТДМ с увреждания	Русе, жк „Дружба” 3, ул. „Никола Вапцаров” 20	10	082/862-919, 0887 660 611
Русе	ЦНСТДМ с увреждания	Русе, ул. „Котовск” 10	14	0884/614 378
Русе	ЦНСТДМ с увреждания	Русе, ул. „Котовск” 12а	14	0884/614 378
Русе	ЦНСТДМ с увреждания	Русе, ул. „Будапеща” 2а	14	0878 650 503;
Русе	ЦНСТДМ с увреждания	Русе, ул."Н. Й. Вапцаров" 20	8	
Силистра	ЦНСТДМ без увреждания	с.Мальк Преславец, ул."Димитър Дончев" 1 общ. Главиница	15	0878 441 917

Силистра	ЦНСТДМ без увреждания	с. Кайнарджа, ул. „Ради Перчемлиев” 4, общ. Кайнарджа	8	08679/8224
Силистра	ЦНСТДМ без увреждания	Силистра, ул. „Добруджа” 22, ап.18	8	086/82-03-97
Силистра	ЦНСТДМ с увреждания	Силистра, ул.„Кап.Кръстев” 13	14	086/82-00-17
Силистра	ЦНСТДМ без увреждания	Тутракан, ул. „Алеко Константинов” 2Б	14	
Сливен	ЦНСТДМ с увреждания	Котел, ул. „Еленица” 4	14	
Сливен	ЦНСТДМ без увреждания	с. Асеновец, ул. „Марко Димитров” 30, общ. Нова Загора	15	04522/25-10
Сливен	ЦНСТДМ без увреждания	Сливен, кв. „Сини камъни” 65	14	
Сливен	ЦНСТДМ без увреждания	Сливен, кв. „Дружба” 65	14	
Сливен	ЦНСТДМ с увреждания	Сливен, кв. „Българка” 66	8	044/66-76-60
Сливен	ЦНСТДМ с увреждания	Сливен, ул. „Гаговец” 39	14	
Смолян	ЦНСТДМ без увреждания	Смолян, ул. „Полк. Дичо Петров” 30, ет. 1	12	0301/81594
Смолян	ЦНСТДМ без увреждания	Смолян, кв.„Каптажа”, ул.„Хр.Христов” 31	12	0301/81594
Смолян	ЦНСТДМ без увреждания	с. Павелско, ул. „Васил Левски” 33 общ. Чепеларе	15	03053/2060
Смолян	ЦНСТДМ с увреждания	Смолян, кв.„Устово”, ул.„Атанас Беров” 8	14	
София област	ЦНСТДМ с увреждания	Ботевград, кв.„Васил Левски”, ул.„Изгрев” 2	14	0879 496 136
София област	ЦНСТДМ с увреждания	Ботевград, кв.„Васил Левски”, ул.„Преслав” 18	14	0879496136
София област	ЦНСТДМ с увреждания	Правец, ул.„Димитър Стойчев” 7	14	0882 746 670
София област	ЦНСТДМ без увреждания	Самоков, ул.„Бузлуджа” 2а	14	
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, кв. „Княжево”, ул. „Княжевска” 2, район Витоша	6	0888 983 763

София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, кв."Модерно предградие", ул. „М.Македонски" 11, район Връбница	14	
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, ул."Пиротска"175 район Илинден	12	0882414045
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, ул."Тумба" 2, район Красна поляна	14	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, ул."Тумба" 2, район Красна поляна	14	
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, бул. „Цар Борис III" 128, район Красно село	10	02/8553816
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, ул."Охридско езеро" 2, район Лозенец	6	02/865-04-73
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, жк „Люлин", бл. 015, вх. Б, ет. 1, ап. 19, район Люлин	6	02/925-00-14
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, ул."Крим" 26-28, район Люлин	14	
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, ул."Крим" 30-30а, район Люлин	14	
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, ул."Жорж Дантон" 54, район Надежда	14	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, жк"Надежда 4", ул. „Братя Шкорпил" 8, район Надежда	14	
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, кв. „Овча купел", ул. „Лиляче" 7, район Овча купел	15	02/8555167
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, кв. „Овча купел", ул. „Боряна" 32, район Овча купел	15	02/9555446
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, кв. „Овча купел", ул."Земляне" 9, район Овча купел	14	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, кв. „Овча купел", ул."Земляне" 9А, район Овча купел	14	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, ул."Царева ливада" 3, район Подуяне	14	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, ул."Царева ливада" 5, район Подуяне	14	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, ул."Хоризонт" 19 район Сердика	14	

София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, ул."Хоризонт" 23 район Сердика	14	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, ул."Порой" 16 район Сердика	8	
София град	ЦНСТДМ с увреждания	София, кв.Редута, ул."Погледец" 21, район Слатина	8	02/9797052
София град	ЦНСТДМ без увреждания	София, кв. „Кръстова вада”, ул. „Никола Крушкин-Чолака” 7, район Трианица	6	0888 983 763
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Казанлък, ул."Петьо Ганин" 54	14	0884378846
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Казанлък, кв."Васил Левски" 34А	14	0884 378 846
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Казанлък, ул."Петьо Ганин" 54 А	14	0884 378 846
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Раднево, ул. „Тракия" 6	15	0417/82176
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Стара Загора, ул. „Хр. Смирненски" 81, вх. Б, ет. 3, ап. 15	8	042/260014
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Стара Загора, кв. „Три чучура юг", бл. 55, вх. А, ет. 2, ап.37	8	042/275242
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Стара Загора, кв."Три чучура-север", ул."Н.Икономов" 34	14	0887/627706
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Стара Загора, кв."Зора", ул."Малина" 4	14	0887/246885
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Стара Загора, кв."Железник", ул. Арх. Хр. Димов", бл. 16, вх. А, ет. 1, ап. 16	8	042/270014
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Стара Загора, ул. „Д-р Т. Стоянович" 50	8	042/600458
Стара Загора	ЦНСТДМ без увреждания	Стара Загора, кв. „Железник", ул. „Здравец" 11	8	042/671618
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Стара Загора, кв."Зора", ул."Освобождение" 13	14	0887/611170
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	гр. Стара Загора, кв."Кольо Ганчев", ул."Детелина" 8	14	0887/699202
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Стара Загора, кв."Македонски", ул."Чавдар" 7	14	0887/830836

Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Стара Загора, кв."Македонски", ул."Чавдар" 5	14	0887/525543
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Стара Загора, кв."АПК", ул."Ален мак" 6	14	0887/843848
Стара Загора	ЦНСТДМ с увреждания	Чирпан, ул."Първи май" 5	14	0882 726 896
Търговище	ЦНСТДМ без увреждания	Попово, ул. „Керамик" 4, ет. 3	12	0608/4-60-87
Търговище	ЦНСТДМ без увреждания	Попово, ул. „Керамик" 4, ет. 4	12	0608/4-60-87
Търговище	ЦНСТДМ с увреждания	Попово, кв."Надежда", бл.113	14	
Търговище	ЦНСТДМ с увреждания	Търговище, кв.Запад 3 77	14	0882 100 617
Търговище	ЦНСТДМ с увреждания	Търговище, кв.Запад 3 78	14	0882 100 617
Търговище	ЦНСТДМ с увреждания	Търговище, ул. „Росица" 2	8	
Търговище	ЦНСТДМ без увреждания	Търговище, кв."Запад" 3	10	0601/61148
Хасково	ЦНСТДМ без увреждания	Димитровград, ул. „Димитър Благоев" 9, вх. Б, ап. 6	6	0391/73343
Хасково	ЦНСТДМ с увреждания	Димитровград, кв."Черноконево", ул."Хеброс" 6А	14	0391/22132
Хасково	ЦНСТДМ без увреждания	Свиленград, ул. „Европейскв" 3	10	
Хасково	ЦНСТДМ с увреждания	Харманли, ул. „Съборна" 2Б	14	0885 308 180
Хасково	ЦНСТДМ с увреждания	Хасково, ул."Съгласие" 5	14	038/587878; 0889 325 258
Хасково	ЦНСТДМ с увреждания	Хасково, ул."Единство" 21	14	038/587171; 0889 3101 05
Шумен	ЦНСТДМ без увреждания	гр. Велики Преслав, ул. „Симеон Велики" 27, ет.3	15	0538/4 33 33
Шумен	ЦНСТДМ без увреждания	Каспичан, ул."Д.Благоев" 51	15	5327/60-15
Шумен	ЦНСТДМ с увреждания	Нови пазар, ул."Плиска" 19А	14	0537/22398
Шумен	ЦНСТДМ с увреждания	Нови пазар, ул."Плиска" 19Б	14	0537/22389

Шумен	ЦНСТДМ без увреждания	Нови пазар, ул."Греков" 9	10	0875103224
Шумен	ЦНСТДМ без увреждания	Шумен, ул. „Възрожденец" 17	15	054/869 958
Шумен	ЦНСТДМ без увреждания	Шумен, ул. „Възрожденец" 17	10	054/869 958
Шумен	ЦНСТДМ без увреждания	Шумен, ул."Иван Рилски" 2	14	054/977728
Шумен	ЦНСТДМ с увреждания	Шумен, ул."Одрин" 13	14	054/971414
Шумен	ЦНСТДМ с увреждания	Шумен, ул."Родопи" 22а	14	054/971615
Ямбол	ЦНСТДМ без увреждания	Елхово, ул. „Чаталджа" 6	8	0478/81013
Ямбол	ЦНСТДМ с увреждания	Елхово, ул."Чаталджа" 4а	14	0478/88108
Ямбол	ЦНСТДМ без увреждания	Ямбол, ул. „Търговска"120	12	046/68 10 89
Ямбол	ЦНСТДМ с увреждания	Ямбол, жк"Зорница" 20	14	0892 274 113
Ямбол	ЦНСТДМ с увреждания	Ямбол, ул."Ямболска комуна" 70	14	0892 274 115
Ямбол	ЦНСТДМ с увреждания	Ямбол, ул."Ямболска комуна" 72	14	0892 274 115

Центрове за настаняване от семеен тип за възрастни (ЦНСТ)

ОБЛАСТ	ВИД	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	с. Места, общ. Банско	15	0895 543 116, 0744/09322
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	Гоце Делчев, ул. „Стара планина” 1, вх. Г, ет. 2	14	0751/29009
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	Гоце Делчев, ул. „Стара планина” 1, вх. Г, ет. 1	14	0751/29030
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	Разлог, ул. ”Гоце Делчев” 55	10	0749/80140
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Петрово, ул. „Извънрегулация”, сграда 1, общ. Сандански	15	0885 249 492
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Петрово, ул. „Извънрегулация” сграда 2 общ. Сандански,	13	0885 249 492
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	Симитли, ул. ”Вранещица” 2А, вх. А, ет. 1	15	0882/44 48 32
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	Симитли, ул. ”Вранещица” 2А, вхл А, ет. 2	15	0882/44 48 32
Благоевград	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	Симитли, ул. ”Георги Димитров” 116	8	0882 444 862
Бургас	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Искра /бивш дом за деца с умствена изостаналост ет. 1/, общ. Карнобат	15	05522/2364
Бургас	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Искра /бивш дом за деца с умствена изостаналост ет. 2/, общ. Карнобат	15	05522/2364
Бургас	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	Карнобат, ул. ”Хаджи Димитър” 3	15	0882 003 354; 0882 003 158

Варна	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Горен чифлик, общ. Долни чифлик	15	05146/ 9999
Велико Търново	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	Велико Търново, ул. „Никола Габровски” 49, западно крило	10	062/670031
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Бориловец ул. „Г.Димитров” 36, общ. Бойница	15	0886 162 982
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с.Бориловец ул. „Г.Димитров” 36, общ. Бойница	15	0886 162 982
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с.Бойница, ул. „Г.Димитров” 5, бл. 2, ет. 2, ап. 4,5 и 6, общ. Бойница	15	0886 822 448
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с.Балей, ул. „Дом за социални услуги” 1, общ. Брегово	15	09312/23-88
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с.Балей, ул. „Дом за социални услуги” 1, общ. Брегово	15	09312/23-88
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Куделин, ул. „Л. Димитрова” 8, общ. Брегово	15	09312/32-26
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с. Извор, ул.„Шеста” 4, общ. Димово	15	0885 3201 71
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Воднянци, ул. „Първа” 51, общ. Димово	10	0885 524 522, 0885 525 728
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	с. Ново село, ул. „Г.Бенковски” 2 общ. Ново село	15	09316 2380
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с.Долни лом, ул.„Димитър Благоев” 44, общ. Чупрене	10	0886 289 140
Видин	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Репляна, ул. „Първа” 16, общ. Чупрене	14	0889 004 137

Враца	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с.Хърлец, ул. „Антим 1” 2 общ. Козлодуй	15	0879 536 514
Враца	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с. Гложене, ул. „Ленин” 82, бл.3, вх А, ет 2, ап 6 и бл.3, вх Б, ет 3 ап 16 и 17, общ. Козлодуй	15	0879 536 515
Враца	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с.Хърлец, ул. „Антим 1” 2 общ. Козлодуй	15	0879 536 514
Габрово	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Батошево, общ. Севлиево	15	0878 623 351, 0885 373 044
Габрово	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Батошево, общ. Севлиево	11	0878 623 351, 0885 373 044
Габрово	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с. Столът, ул. „Васил Левски” 9, общ. Севлиево	15	067391 218
Габрово	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с. Столът, ул. „Васил Левски” 9, общ. Севлиево	15	067391 218
Кюстендил	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	гр. Бобов дол, ул. „Стефан Стамболов” 1	10	0702-6-22-25
Кюстендил	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	гр. Бобов дол, ул. „Стефан Стамболов” 1	10	0702-6-22-25
Кюстендил	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Мламолово, ул. „Крайречна” 2, общ. Бобов дол	12	070293914
Кюстендил	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	Кюстендил, жк „Гергана” бл. 161, вх. А, ет. 2	4	0789 719 75
Кюстендил	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	Кюстендил, ул. „Демокрация” 36, ет. 2	4	078971975
Кюстендил	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	гр. Рила, ул. „Опълченска” 45	15	0701/98508

Кюстендил	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	гр. Рила, ул. „Опълченска” 45	10	0701/98508
Ловеч	ЦНСТ за стари хора	с. Крушуна, общ. Летница	15	06944/22-09
Ловеч	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Гложене, ул. „Н. Й. Краев” 18, общ. Тетевен	12	0885/127028 и 06901/2222
Монтана	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	Берковица, ул. „Стефан Стамболов” 34	12	0882 019 642
Монтана	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	гр. Вършец, ул. „Александър Стамболойски” 37	15	0877089546
Монтана	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	Лом, ул. „Каймак Чалан” 9	10	0893 693 610
Пазарджик	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	Пазарджик, ул. „Болнична” 24	15	0884 639 932
Пазарджик	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	Пазарджик, ул. „Марица” 20	10	0879 147 212
Пазарджик	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Хаджиево, общ. Пазарджик	10	0894/70-31-71
Пазарджик	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	гр. Ракиново, ул. „Г. Георгиев” 5	10	03542 20 42
Перник	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	гр. Брезник, ул. „Владо Радославов” 29	15	07751/34-50, 0896 890 557
Перник	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	с. Сирищник, общ. Ковачевци	11	0884 705 035
Перник	ЦНСТ за възрастни хора с деменция	с. Сирищник, общ. Ковачевци	14	0884 705 035
Перник	ЦНСТ за стари хора	гр.Трън, ул. „В.Левски” 18	15	0877-122-307
Перник	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	Трън, ул. „В.Левски” 18	15	0877-122-306

Перник	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	гр.Трън, ул. „В.Левски” 18	10	0877-122-308
Пловдив	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	Пловдив, бул. „Пещерско шосе” 68	15	032/642376
Пловдив	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Ахматово, ул. „16-та” 14, общ. Садово	12	03110/21-42
Разград	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Просторно, ул. „Дунав”19а, общ.Разград	14	0893 389 260
Разград	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	с. Хърсово, ул. „П.Яворов” 1, общ.Самуил,	15	084776/215/381
Разград	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Пчелина, ул. „Куванджълар” 4, общ.Самуил	15	084776/330
Разград	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	гр. Цар Калоян, ул. „Христо Ботев” 11	10	08424/8810
Разград	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	гр. Цар Калоян, ул. „Христо Ботев”11	10	08424/8810
Русе	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с.Брестовица, ул. „Янтра.” 9, общ.Борово	12	08146/2231; 08146/2322
Русе	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с.Брестовица, ул. „Янтра” 9 общ.Борово	12	08146/2322
Русе	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	гр. Две могили, ул. „Филип Тотю” 16	15	0884 846 803
Русе	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	Русе, жк Тракия, бул. „Тутракан” 20	12	0878 435 013
Русе	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	Русе, жк Тракия, ул. „Тутракан” 20	15	0878 435030

Русе	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	Русе, жк „Възраждане“, ул. „Доростол“ 34	15	0885551730
Силистра	ЦНСТ за стари хора	гр. Алфатар, ул. „Йордан Петров“ 1	15	08673/22-26, 22-46
Силистра	ЦНСТ за стари хора	гр. Алфатар, ул. „Йордан Петров“ 1	9	08673/22-26, 22-46
Силистра	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	гр. Главиница, ул. „Витоша“ 70	15	0877221552
Силистра	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	гр. Дулово, ул. „Розова долина“ 37, ет. 5	15	0893 393 738
Силистра	ЦНСТ за възрастни хора с психични разстройства	с. Айдемир, жк. „София“ 147	15	086/22-83-16
Смолян	ЦНСТ за възрастни хора с физически увреждания	гр. Неделино, ул. „Ал. Стамболийски“ 80	10	0894449284
Търговище	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Медовина, ул. „Христо Христов“ 3, ет 3, общ. Попово	12	06033/2220
Хасково	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	Димитровград, ул. „Димитър Благоев“ 78	15	0391/66997
Шумен	ЦНСТ за възрастни хора с умствена изостаналост	с. Веселиново, ул. „Цар Борис I“ 4	15	05351/2161

Центрове за временно настаняване

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	Благоевград, жк „Еленово”, бл. 202 В, ет. 1	10	0884/199-171
Бургас	Бургас, кв. „Акациите”, ул. „Беласица” 6	15	056/82 55 43
Бургас	Бургас, кв. „Акациите”, ул. „Беласица” 6	15	056/82 55 43
Видин	Видин, ул. „Искър” 17	10	094/601-644
Монтана	Лом, ул. „Призрен” 31, вх. Г, ет. 2, ап. 5-6	10	0971/60286
Монтана	Монтана, ул. „Иван Вазов” 4	9	096/306 077; 096/307 459
Пазарджик	Пазарджик, ул. „К. Величков” 91	8	0889/30 08 23
Пловдив	Пловдив, ул. „Генерал Радко Димитриев” 33, бл. „Г”	10	032/219181
Силистра	гр. Главиница, ул. „Витоша” 70	7	08636/2215
Силистра	Силистра, ул. „Богдан Войвода” 1 А	10	086 82-15-83
София град	София, кв. „Захарна фабрика”, бл. 51а, вх. А, район „Илинден”	120	02/822 08 88
София град	София, ул. „Ришки проход” 2, район „Красна поляна”	120	02/920 18 07
София град	София, жк „Люлин”, бл. 464, вх. А, район „Люлин”	270	02/925 07 27

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Центрове за работа с деца на улицата

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Бургас	Бургас, ул. "Сан Стефано" 32	15	056 /83-13-36
Варна	Варна, ул. „Войнишка” 3а	20	052/300 229
Варна	Суворово, ул. „Околчица” 1	20	0893338759
Видин	Видин, ул. „Княз Борис I” 25а	15	094/600606
Видин	Видин, кв. „Нов път”, 1-во ОУ „Софроний Врачански”	15	094/601-983, 094/621-213
Пазарджик	с. Алеко Константиново, общ. Пазарджик	30	034/900692
Пловдив	Пловдив, ул. „Коматевско шосе” 18	15	032/678-456
Русе	Русе, бул. „Липник” 14	15	082/846 509
Русе	Русе, ул. „Битоля” 1а	25	082/84-55-01
Сливен	Сливен, кв. „Дружба”	12	044/66-73-21
София област	гр. Долна баня, ул. „Търговска” 131А	30	0879 090 973
София област	Костинброд, ул. „Д. Дебелянов” 44	26	0884 892 823; 0888 309 288
София град	София, ул. „Георги Папанчев” 14, район „Красна поляна”	30	0888 628 121
София град	София, жк „Надежда-2”, ул. „Свободна” 30, район „Надежда”	8	02/936-00-11
Шумен	Шумен, ул. „Д. Благоев” 10	15	054/85 07 77

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Центрове за социална рехабилитация и интеграция

Центрове за социална рехабилитация и интеграция за деца

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.	ВИД
Благоевград	Благоевград, ул. "Братя Миладинови" 23	20	073/885912	за деца
Благоевград	с. Долна Градешница, ул. „Втора“ 55, общ. Кресна	20	0876900780	
Бургас	Карнобат, ул. „Гурко“ 6	30	0559/2-25-18	за деца с увреждания
Бургас	Черноморец, ул. „Оборище“ 15	34	0550/42034	
Варна	Варна, бул. „Вл. Варненчик“, бл. 23, ет. 1	60	052/73 14 82	деца със специални образователни потребности
Варна	Варна, местност „Св. Никола“, вила „Станчов“	50	052/302517	за деца
Варна	Варна, ул. "Сава" 2	25	052 615/430	за деца с увреждания
Варна	Варна, ул. "Петър Кърджиев" 5	30	052/73 02 86	деца с увреждания
Варна	с. Рудник, общ. Долни чифлик	34	0885662611	за деца
Варна	Провадия, ул. „Иван Вазов“ 5	25	0518/44031	със звено в с. Бързица, общ. Провадия
Велико Търново	Велико Търново, бул. „България“ 24	40	062/60-14-06; 0893 566344	
Велико Търново	Павликени, ул. "Л. Каравелов" 31	30	0884895811.	
В. Търново	Стражица, ул. "Х. Димитър" 4	50	06161/20 85	за деца
Видин	Видин, жк „Строител“, ул. "Йоасаф Бдински", ОЗД „Русалка“ 16	15	094/600405	
Видин	гр. Кула, ул. "Мусала" 18,	50	0938/320-98	
Габрово	Габрово, ул. „Ивайло“ 13	20	066/877999	за деца
Кюстендил	Дупница, пл. „Свобода“ 1	40	0701/5-03-76	за деца
Кюстендил	Кюстендил, ул. „Ефрем Каранов“ 33	40	0896703039	за деца
Пазарджик	Пазарджик, ул. „Кн. М. Луиза“ 63	24	034/443800	за деца с увреждане

Перник	Перник, ул. „Стара планина” 14	40	076/606545	за деца
Плевен	Плевен, ул. „Н. Рилски” 55	20	064/84-67-13	за деца
Плевен	Плевен, ул. „Даскал Димо” 7	50	064/801-303 37	
Плевен	гр.Пордим, ул.„Ал.Стамболийски” 1	30	0988371183	
Пловдив	Пловдив, ул. „Неофит Бозвели” 38	50	032/26-26-52 032/260 080	девиантно поведение и противообществени прояви
Пловдив	Пловдив, бул.„Димитър Цончев” 11	40	032/620239	за деца
Пловдив	Пловдив, бул.„Кн. Александър I” 27	35	032/337474	мобилни услуги
Пловдив	Пловдив, бул.„Неофит Бозвели” 38	30	032/658 150	за деца и семейства
Пловдив	Пловдив, бул.„Марица” 142	25	032/500-008	подготовка за трудова роля на деца над 16 г.
Разград	Разград, ул. „11-ти август” 18	45	084/66-14-56	за деца
Русе	Бяла, ул. „Васил Левски” 55	20		
Русе	Русе, ул. „Янтра” 5	20	0888508984	Деца и юноши до 18 год. с проблеми в психичното развитие и техните семейства
Сливен	Котел, ул. „Изворска” 21	30		
Смолян	Мадан, ул. Перелик 9	30	0893343662	за деца
София - област	Правец, ул.„Д.Стойчев” 3	30		
София	София, бул. „Ал. Стамболийски” 168, вх. А	60	02/920-24-93	/за деца с аутизъм/
София	София, жк „Зах. фабрика”, бл. 48АГ	50	02/946 11 56	деца и младежи
София	София, жк „Хр. Смирненски”, ул. „Слатинска” 26-28”	150	02/9714434 971-44-38	за деца
Стара Загора	Казанлък, ул. „Войнишка” 25	25	0431/62866	Деца с увреждания от 3 до 18 г.
Стара Загора	Стара Загора, ул. „Димитър Наумов” 110	20	042/647119	за деца

Търговище	Търговище, кв. „Запад” 3	25	0601/6 11 42	деца от 3 до 18 г. с различни видове увреждания с временни или трайни здравословни проблеми
Шумен	Шумен, ул. „Ген. Скобелев” 95	25	054/969 695	Деца без увреждания от рискови групи
Ямбол	Елхово, ул. „Чаталджа” 6	35	0478/82050	за деца

Центрове за социална рехабилитация и интеграция за възрастни

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.	ВИД
Благоевград	Банско, ул. "Радон Тодев" 14,	15	749/ 88175 и 82007	
Благоевград	Разлог, пл. „Преображение” 1	24	0747/8-01-08	
Бургас	Бургас, жк „Зорница”, бл. 47, вх. 7, партер	40	056/86-20-01	за хора с увредено зрение
Бургас	Бургас, кв. „Победа”, ул. „Хан Омуртаг” 36Б	15	056/84 85 33	за лица в риск
Бургас	Бургас, ул. „Мария Луиза” 9	15	056/82 52 05	за лица, пострадали от насилие
Бургас	Карнобат, ул. "Хаджи Димитър" 3	30	0889003106	
Бургас	Поморие, ул. „Смирна” 1А	20	0596/86500, 0887420426	
Варна	Варна, кв. „Чайка”, бл. 67, вх. Б	30	052/711 042, 052/711 317	
Варна	Варна, ж. к. „Чайка”, ул. „Цимерман” 35, бл.27	30	052/646 600	
Варна	Варна, ул. „Козлодуй” 27-29	30	052/646 600	
Варна	Варна, ул. "Петко Стайнов" 3	40	052/759 379	за хора с увреден слух
Варна	Варна, ул. "Петко Стайнов" 1	40	052/7741 279	за хора с увредено зрение
Варна	гр. Долни чифлик, ул. "Камчия" 2, общ. Долни чифлик	30	0882272544	
Варна	гр. Суворово, ул. "Христо Ботев" 4	30	0893338758	
Велико Търново	Велико Търново, ул. „Бойчо войвода” 1	40	062/65 13 58	
Велико Търново	Велико Търново, ул. „Бузлуджа” 1	30	062/600-231	за лица с ПР и лица с интелектуални затруднения
Велико Търново	гр. Лясковец, ул. „Младост” 2, ет.2	20	0619/2-21-87	
Велико Търново	гр. Полски Тръмбеш, ул. „Търговска” 41	35	06141/68 89	

Велико Търново	Свищов, ул."33-ти Свищовски полк"67	20	0888818128	
Видин	Видин, ул. „Баба Вида” 11	50	094-601986, 0893606406	ФУ
Видин	гр. Димово, ул. „Васил Коларов” 1	40	09341/24-95 0879117511	
Враца	с. Бутан, ул. Георги Димитров” 82,общ. Козлодуй	30	09168/25-80	
Габрово	Габрово, ул. „Пенчо Постомпиров” 19	40	066/80-48-27	
Габрово	Трявна, ул."Индустриална” 1	40	0677/66852	
Добрич	Добрич, ул. „Суша река” 37	45	058/60-47-03	
Добрич	с. Крушари, общ. Крушари	20	тел: няма	
Добрич	Шабла, ул. „Равно поле” 37	30	05743/4214	
Кърджали	Кърджали, ул. „Славянска” 9	30	0361/62690	ПР
Кюстендил	гр. Бобов дол , ул."Стефан Стамболов” 1	30	0702-6-22-26	
Кюстендил	Кюстендил, ул. „Спасовица” 1	25	07897629	
Кюстендил	гр. Рила, ул."Опълченска” 47	10	0701/98509	ПР
Ловеч	с. Крушуна, общ. Летница	20	06944/22-09	
Ловеч	Ловеч, ул. „Стефан Караджа” 16	25	068/60-13-87	
Ловеч	Луковит, ул. „Христо Ботев” 26	30	0697/5-07-79	
Ловеч	Угърчин, пл. „Свобода” 3	15	06931/30-20	
Монтана	Лом, ул. „Славянска” 69	60	0971/65595	
Пазарджик	Батак, ул. „Иван Вазов” 10	20	03553 33 27	
Пазарджик	Пазарджик, бул. „Ал. Стамболийски” 16	30	034 98 62 32	за лица с онкологични заболявания
Пазарджик	Пазарджик, ул. „Марица” 20	40	034/44 00 77	

Пазарджик	Пазарджик, ул. „Д-р Лонг” 12	32	034/44-48-44	ПР
Пазарджик	Пазарджик, ул. „Ал.Стамболийски” 8	20	0895 41 90 44	правонарушители
Пазарджик	Пазарджик, ул. „Пейо Яворов” 2, ет. 2	20	0876/ 77 35 73	лица със зрителни проблеми
Пазарджик	Ракитово, ул. „Ив. Клинчаров” 86	70	03542/20-89	
Перник	Перник, ул. „Радомир” 1	20	076/602-549	за хора с увредено зрение
Перник	гр. Трън, ул. „Васил Левски” 18	20	07731/3046	
Плевен	Плевен, ул. „Скобелев” 20	20	064/81-52-92	
Пловдив	Пловдив, бул.„Цариградско шосе” 102	20	032/622041	правонарушители
Пловдив	Пловдив, бул.„Димитър Цонев” 11	30	0884 54 43 01	правонарушители и лица със статут на бежанци
Разград	гр. Лозница, ул. „Дружба” 21	30	0882215014	
Разград	с. Просторно, ул.„Дунав” 19а, общ. Разград	25	0893389260	
Разград	с. Владимировци, ул.„В.Левски” 2 , общ. Самуил	30	084/745/600	
Разград	гр. Цар Калоян, ул. „Христо Ботев” 11	20	08424/8810	
Русе	гр. Борово, ул. „Първи май” 2	90	08140/22-47	
Русе	с. Щръклево, ул. „Стара планина” 1А	20	08111/2963	
Русе	Русе, жк Тракия, ул. „Тутракан” 20	30	0879350892	ПР
Русе	Русе, ул. „Плиска” 78, бл. „Мадара”	25	082/84 02 97.	за хора с увредено зрение
Русе	Русе, жк Тракия, ул. „Тракия” 25	15	082/500021	бездомни лица и лица в риск
Русе	с. Ряхово, ул. „Бачо Киро” 2А, общ. Сливо поле	35	08133/2559, 0878 444 872.	за хора с увредено зрение
Силистра	гр. Дулово, ул. „Байкал” 2	20	0864/2-26-59	

Силистра	Силистра, „Македония” 61	15	086/820713	
Силистра	Силистра, ул. „Серес” 9	25	086/822883	
Сливен	Сливен, кв. „Република”, бл. 35	30	044/62-24-87	за хора с увредено зрение
Смолян	Златоград, ул. „Славей” 7	40	03071/2333	
Смолян	Неделино, ул. „Напредък” 69	30	0894449292.	
София област	Самоков, ул. „Отец Паисий” 18	40	0878449589, 0878360261, 0722 67450	
София	София, ул. „Цар Симеон” 110, район „Възраждане”	60	02/803 35 49	за хора с увредено зрение
София	София, жк Люлин, бул.„Европа” 138, район „Люлин”	20	02/8243845	за хора с увредено зрение с помощта на кучета водачи
София	София, ул. „Г.С.Раковски” 112, район „Средец”	60	981-78-55, 987- 30-02	
Стара Загора	Раднево, ул. „Поп Минчо Стоянов” 7	40	0417/8-31-09	
Стара Загора	Стара Загора, ул. „Поп Минчо Кънчев” 70	35	042 230367	ПР
Търговище	Попово, ул. „Михаил Маджаров” 1	55	0608/4 78 56	
Хасково	Тополовград, ул. ”Св. Богородица” 5	50	0470/54744	ФУ
Шумен	гр. Велики Преслав, ул.„Родопи” 3А	10	0877 709 883	
Шумен	Каспичан, ул.„Тодор Петков” 2	30	05327/5871	
Шумен	Шумен, ул.„Цар Освободител” 104,	25	054/80-12-82	за хора с увредено зрение
Шумен	Шумен, ул. „Тракия” 8	25	054/83-22-01	
Шумен	Шумен, ул. „Гоце Делчев” 11	30	054/86 03 65	
Ямбол	гр. Болярово, ул. „Г. Димитров” 16	25	04741/60-73	
Ямбол	гр. Стралджа, ул. „Хемус” 5	35	04761/6976	

Ямбол	с. Калчево, ул. „Клокотница” 16, общ. Тунджа	25	0884929277
Ямбол	Ямбол, ул. „Търговска” 120,	41	046/620071

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Дневни центрове

Дневни центрове за деца и възрастни с увреждания

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Враца	Враца, кв. „Сениче”, ЦДГ 12 - корпус III	60	092/646044
Габрово	Дряново, жк „Успех” 2	50	0676/74339
Ловеч	Ловеч, кв. „Здравец”	46	068/60-37-10
Пазарджик	Панагюрище, ул. „Кристьо Чолаков” 32	24	0357/6-21-83
Плевен	Червен бряг, ул. „Л. Каравелов” 26	24	0659/9-37-53
Смолян	Златоград, ул. „Беловидово” 35	48	03071/2577
Смолян	Смолян, ул. „Зорница” 10	25	0301/82802
Стара Загора	Стара Загора, кв. „Три чучура” - юг	72	042/275137
Хасково	Хасково, ул. „Славянска” 52	62	038/664112

Дневни центрове за деца с увреждания

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	Банско, ул. „Драма” 1	20	0749/ 88175 и 82007
Благоевград	Благоевград, ул. „Скаптопара” 26	36	073/ 83-15-47
Благоевград	Гоце Делчев, ул. „Детска” 1	50	0751/6 11 57
Благоевград	Петрич, ул. „Цар Борис III” 33	30	0745/ 6-10-72
Благоевград	Разлог, ул. „Пирин” 2	16	0747/ 8-03-27
Благоевград	Сандански, Паркова зона	36	0746 / 3-05-84
Благоевград	Симитли, ул. „Септемврийска” 18	24	0748 / 7-22-61
Благоевград	Якоруда, ул. „Цар Борис III” 70	20	00887888768
Бургас	Айтос, ул. „Генерал Гурко” 3	15	0558 / 2-86-10
Бургас	Бургас, жк „Лазур”, ул. „Места” 81	24	056/83-91-27
Бургас	Средец, ул. „Братя Миладинови” 4	20	05551/72-41
Варна	Варна, ул. „Евлоги Георгиев” 25	40	052/ 82 06 23
Велико Търново	Велико Търново, ул. „Георги Измирлиев” 2	36	0884 319-505
Велико Търново	Горна Оряховица, ул. „Дружба” 15	40	0618 / 60187
Велико Търново	Елена, ул. „Х.Ю.Брадата” 69	36	06151 / 62-31
Велико Търново	Павликени, ул. „Л. Каравелов” 31	15	0610/9-89-06; 0882633769

Велико Търново	Свищов, ул. „Княз Борис I” 36	30	0631/4-00-39
Велико Търново	с. Горски Сеновец, ул. „Училищна” 7, общ. Стражица	20	061608 / 326
Видин	Видин, ул. „Искър” 17	15	0882422778
Видин	Видин, жк „Бонония” 1 ДМСГД	20	0882422478
Видин	Видин, жк „Бонония” 1, ДМСГД	20	0882422478 седмична грижа
Враца	гр. Козлодуй, ул. „Стефан Караджа”, до бл.85	20	0973/80598
Враца	гр. Роман, бул. „Христо Ботев” 60	20	09123 / 20-25
Габрово	Габрово, ул. „Никола Балканеца” 24	20	066/88-20-40
Габрово	Севлиево, ул. „Васил Левски” 12	24	0675/3-27-23
Добрич	Добрич, ул. „Суша река” 37	70	058/600229
Кърджали	с. Добромирци, общ. Кирково	12	0887336690
Кърджали	Кърджали, ул. „Детелина” 8	30	0361/6-15-64
Кърджали	Момчилград, ул. „Г. Бенковски” 10	24	03631 / 6171, 7847
Кюстендил	Дупница, ул. „Велико Търново” 8	20	0879147019
Кюстендил	Кюстендил, ул. „11 август” 7	24	078/55-03-81
Ловеч	Луковит, ул. „Христо Ботев” 26	20	0876998227
Ловеч	Тетевен, ул. „Боева могила” 5	36	0678/5-32-47
Ловеч	Тетевен, ул. „Боева могила” 5	8	седмична грижа 0678/5-32-47
Монтана	Монтана, ул. Княз Ал. Батенберг” 38	36	096/ 30-74-58
Пазарджик	гр. Белово, ул. „Априлско въстание” 15,	24	0879549652
Пазарджик	Брацигово, ул. „Васил Левски” 6,	14	03552/25-17
Пазарджик	Велинград, ул. „Гео Милев” 6	36	0359/ 5-12-98
Пазарджик	Пазарджик, ул. „П. Волон” 14	50	седмична грижа 034/45-48-93
Пазарджик	Пещера, ул. „Сокола” 1	36	0350/6- 22-88
Пазарджик	гр. Ракиново, ул. „Г. Георгиев” 5	24	03542/22-32
Перник	Перник, ул. „Нови пазар” 17	36	076/ 60-24-37
Плевен	Плевен, ул. „Цар Самуил” 55	17	064/821-092
Пловдив	Асеновград, пл. „Бански” 1, кв. 122, парцел 1,	30	0331/67-737
Пловдив	Карлово, пл. „20-ти юли” 10	25	0335/55309
Пловдив	Пловдив, бул. „Марица” 142	60	032/63-03-88
Пловдив	Пловдив, ул. „Ген. Радко Димитриев” 33, бл. „Г”	25	032/623-062
Пловдив	Сопот, ул. „Христо Маджаров” 27	30	03134/86-98
Разград	Исперих, ул. „Васил Левски” 72	30	
Русе	Русе, жк Родина 1, ул. „Сърнена гора” 28	30	082/84-17-28

Русе	Русе, ул. „Искър” 41	20	082/846 257, 082/845911
Русе	Русе, ул. „Байкал” 10А	30	082/84-50-59
Русе	Русе, жк. „Дружба 3”, ул.„Н.Й.Вапцаров” 20, ет 4	10	седмична грижа 0879317902
Русе	гр. Сливо поле, ул. „Христо Ботев” 1	20	082/841 728
Силистра	Силистра, ул. „Серес” 4	48	086/82-18-63
Сливен	с. Асеновец, ул.„Желязко Люцканов” 1, общ. Нова Загора	18	04522/99-13
Сливен	Сливен, кв. „Дружба”	30	044/68-83-26
Смолян	Доспат, ул. „Първи май” 7	20	0894438106
Смолян	Рудозем, кв. „Възраждане”, ул. „Васил Априлов” (без номер) ...	20	0878939208
София област	Ихтиман, ул. „Шипка” 14	36	0724/83506
София	София, ул.„Гюешево” - „Хайдут Велко”	20	0889677640
София	София, ул. „Сава Филаретов” 23	20	02/9360979
София	София, ул. „Цар Борис III” 128	35	02/4783635 седмична грижа
Ст. Загора	гр. Гълъбово, кв. „Строител” 50	30	0418 /6-50-31
Ст. Загора	Казанлък, ул. „Петьо Ганин” 41	36	0431/7-06-87
Хасково	Димитровград, ул. „Захари Зограф” 35	30	0391/6-75-86
Хасково	Ивайловград, ул. „6-ти септември” 1	22	03661/ 80-25
Хасково	Свиленград, ул. „Ген. Скобелев” 23	20	0379/63031
Шумен	Нови пазар, ул.„Плиска” 18	24	0889290790
Шумен	Шумен, ул. „Г.С.Раковски” 69	36	054/88-60-07
Шумен	с. Васил Друмев, ул. „Мир” 1	25	седмична грижа, 05312/2173
Ямбол	Ямбол, ул. „Търговска” 120	30	046/681081

Дневни центрове за стари хора

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	с. Места, общ. Банско	20	0893 637 014
Благоевград	с. Филипово, общ. Банско	10	0893 637 015
Благоевград	с. Добринище, ул.„Търговска” 16, общ. Банско	10	0893 637 015
Благоевград	Благоевград, ул.„Скаптопара” 26	40	073/88-21-40
Благоевград	Разлог, ул. „Поп Богомил” 2	25	0747/ 80583
Благоевград	гр. Хаджидимово, ул.„Бор” 1	20	07528/2397
Бургас	гр. Сунгурларе, лесопарк „Ичмата”	12	0878 915 268
Варна	гр. Долни чифлик, ул.„Тича” 1	20	0878 497 165

Велико Търново	Велико Търново, кв. Бузлуджа, ул."Константин Паница" 1	30	062/67 04 94; 0878 148 031
Велико Търново	Лясковец, ул."Младост" 2	20	0619/2-21-87
Видин	Белоградчик, ул. „Княз Ал. Батенберг” 6	20	0897987273
Видин	гр. Димово, ул. „Васил Коларов” 1	20	09341/24-95 0879117511
Видин	с. Гара Орешец, ул."Г.Димитров" 14	20	09322/2275
Габрово	Габрово, ул. „Ивайло” 13	40	066/800 136
Габрово	Дряново, ул. „Матей Преображенски” 34а	40	0676/74158
Кюстендил	Рила, ул. „Опълченска” 45	20	0701/98507
Ловеч	Угърчин, пл. „Свобода” 3	20	06931/21-11
Монтана	Лом, ул. „Хаджи Димитър” 28	40	0971/61200; 0896881326
Монтана	с. Ковачица, ул. „Осма” 42	35	0879811984.
Монтана	с. Медковец, ул. „Дано Опинчев” 44	20	0899348209
Монтана	Монтана, ул. „Иван Вазов” 4	8	096/306 077; 096/307 459
Пазарджик	Батак, ул."Л. Странгфорд"2,	20	03553/33 27
Перник	с. Извор, общ. Радомир	30	034-452-889
Пловдив	с. Долна махала, ул. „13-та” 2, общ. Калояново	20	0886 837 872
Пловдив	Кричим, ул. „Ал. Стамболийски” 27	35	03145/20-59
Пловдив	с. Строево, общ. Марица	22	0893 304 574
Пловдив	Хисар, ул. „Димитър Благоев” 9	30	0337/62-210
Пловдив	с. Старосел, ул. „Г. Димитров”, 54	40	03176/9930
Русе	Русе, жк „Дружба 2” ул. „Йосиф Цанков” 47	50	082/860-441
Силистра	с. Кайнарджа, ул. „Георги Токушев” 8	40	08679/8487
Силистра	Силистра, ул. „Серес” 4	15	086/821863
Сливен	Котел ул. „Проф. Павлов” 8	30	0453/4-23-66
Сливен	Сливен, ул. „Н. Михайловски” 26	30	044/ 62-33-87
Сливен	с. Сборище, ул. „Кирил и Методий” 4, общ. Твърдица	35	04595/22-02
Смолян	Мадан, ул. „Перелик” 9	30	0308/9 80 20
София област	гр. Драгоман, ул. „Христо Ботев” 19	30	0882 426 982
София област	с.Голяма Раковица, общ. Елин Пелин	25	071587/240
Стара Загора	с. Братя Даскалови, общ. Братя Даскалови	40	04134/2304
Стара Загора	Казанлък, ул. „П. Хилендарски” 3	30	0431/63470
Стара Загора	Мъглиж ул. „Иван Вазов” 10	30	04321/2396

Стара Загора	с. Манолово, ул. „Цар Симеон Велики” 26, общ. Павел баня	30	0884/882295
Търговище	Омуртаг, ул.„Търновска” 40	15	0605/62062
Търговище	Търговище, ул. „Капитан Данаджиев” 29	14	0601/63188 и 63088
Хасково	Хасково, ул. „Георги Кирков” 82-Б	20	0879 140 370.
Шумен	гр. Смядово, ул. „Баба Донка” 6а	20	05351/22-42
Ямбол	с. Генерал Инзово ул. „Струма” 1	30	0885 350 366
Ямбол	с. Скалица, ул. „Стара планина” 8	30	0885414139

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Домове за деца

Домове за деца, лишени от родителска грижа от 3 до 7 години

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Варна	Варна, ул. „Ген. Колев” 90	30	052/30 30 46
Плевен	Плевен, жк „Сторгозия” 93	50	064/680 182
Област София	с. Гурково, ул. „Осъм” 2, общ. Ботевград	22	07136/24 27, 07136/23 98

Домове за деца, лишени от родителска грижа от 7 до 18/20 г. (I–XIII кл.)

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	Благоевград, ул. „Братя Миладинови” 23	30	073/ 88 59 12; 0884199173
Благоевград	Гоце Делчев, ул. „Иларион Макариополски” 12	40	0751/ 6 01 34
Благоевград	с. Първомай, ул. „Маркови кладенци” 4, общ. Петрич	50	07427/ 20 28
Варна	Варна, ул. „Кракра” 2	30	052/82 06 78
Велико Търново	Велико Търново, ул. „Цветарска” 14	40	062/65 26 69;
Велико Търново	Стражица, ул. „Беласица” 1	45	06161/37-10;37 09
Видин	Белоградчик, ул. „Васил Левски” 2	35	0936/532 22
Враца	Враца, ул. „Авлига” 1	65	092/62 23 89
Габрово	Севлиево, ул. „Гочо Москов” 10	22	0675/3 48 27
Кюстендил	Дупница, ул. „Велико Търново” 2	49	0701/5 04 81
Монтана	Лом, ул. „Димитър Ангелов” 5	40	0971/6 65 26
Плевен	с. Тотлебен, ул. „Христо Ботев” 17, общ. Пордим	40	06510/2316; 06510/2526
Пловдив	Пловдив, бул. „Марица” 142	20	032/623-861; 032/265- 895
Пловдив	Пловдив, ул. „Асен Златаров” 29	60	032/63 28 53
Разград	Исперих, ул. „Васил Левски” 72	18	08431/20 93
Силистра	Силистра, ул. „Албена” 4	40	086/821 848, 086/ 821 857
Сливен	с. Асеновец, ул. „Марко Димитров” 30, общ. Нова Загора	15	04522/25 10

Смолян	с. Широка лъка, ул. „Люлката” 2 общ. Смолян	20	03030/22 31
област София	гр. Долна баня, ул. ”Рилско шосе” 6	40	07120/20 24
област София	с. Доганово, общ. Елин Пелин	45	07158/23 20; 23 21
област София	с. Разлив, ул. ”Марица” 12, общ. Правец	48	07133/ 25 62
София-град	София, ул. „Пиротска” 175, район Илинден	20	0882414045
Стара Загора	Стара Загора, ул. ”Димитър Караджов” 2	65	042/60 25 85
Стара Загора	Стара Загора, ул. „Патриарх Евтимий” 196	41	042/25 27 88
Стара Загора	Стара Загора, ул. „Мусала” 32	27	042/64 20 23
Шумен	Велики Преслав, ул. „Симеон Велики” 27	25	0538/4-22-60
Шумен	Шумен, ул. „Възрожденец” 17	28	054/ 86 99 58

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Домове за възрастни хора

Домове за стари хора

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	Благоевград, кв."Струмско", ул."Освобождение" 23	87	073/840199
Благоевград	Гоце Делчев, ул. „Стара планина" 1Б;	24	0751/ 21125
Благоевград	Разлог, ул."Г.Делчев" 55 общ.Разлог	30	0747/80-140
Бургас	Айтос, парк"Славеева река"	32	0558/2-79-77
Бургас	Бургас, ул."Цар Самуил" 117	32	056/813-984
Бургас	гр.Средец, ул."Максим Горки" 1, общ.Средец	45	05551/71-95
Бургас	с. Лозарево, общ.Сунгурларе	45	05576/2214
Варна	Варна, к.к."Св.Константин и Елена", дом"Гергана"	100	052/820 628
Варна	Варна, к.к.„Златни пясъци", м-т „Баба Алино"	43	052/ 35-60-36
Варна	с. Ветрино, ул."Д.Дебелянов" 10, общ.Ветрино	10	05161/8957
Велико Търново	с. Балван, общ. Велико Търново	20	06113/ 2625
Велико Търново	Велико Търново, ул. „Иларион Драгостинов" 3	130	062/67-04-87; 64- 08-83
Велико Търново	гр. Златарица, ул. „74-та" 7, общ. Златарица	26	0615/35 558
Велико Търново	с.Караисен, ул."Извън регулация"1, общ.Павликени	35	06132/22-89; 0879313357
Велико Търново	Свищов, м-ст Паметниците 1	125	0631/4-29-17
Видин	с. Кутово, ул."Първа" 1 обл. Видин	20	0894863030; 0877158592
Видин	с.Гара Орешец, ул."Г.Димитров"14 общ.Димово	30	09322/ 2275
Видин	гр. Кула, ул. „ Георги Градинаров" 33 общ.Кула	50	0938/3 22 66; 3 22 59
Видин	с. Дреновец, ул."Спортист" 2а общ.Ружинци	23	09323/2385
Враца	с. Попица, ул."П.Р.Славейков"13А, общ.Бяла Слатина	60	09137/23 77;
Враца	Враца, ул. „Беласица" 5, общ.Враца	50	092/620 052
Враца	Мездра, ул. „Сердика" 4, общ.Мездра	20	0910/ 9-24-05
Враца	с. Липница, ул. „Г. Димитров" 46, общ.Мизия	35	09167/ 22-21
Враца	с. Хайредин, ул. „Тодор Бушев" 17, общ. Хайредин	80	09166/22-47
Габрово	с. Добромирка, ул. „М.Тодоров" 16, общ. Севлиево	75	06738/24-84
Габрово	с. Стоките, общ. Севлиево	40	067305/481

Габрово	Трявна, ул. „Индустиална” 1	40	0677/62128, 62188
Добрич-град	Добрич, ул. „Лозята” 2 общ.Добрич-град	115	058/601686
Добрич-град	с. Добрин, ул. „Седма” 8 , общ. Крушари	25	05775/214
Добрич-град	с. Полковник Савово, ул. „Първа „ 11 общ. Тервел	25	057512103
Кърджали	Крумовград, ул. ”Христо Ботев” 2а, общ. Крумовград	50	03641/ 70-08
Кърджали	Кърджали, кв. ”Студен кладенец”, ул. ”Детелина” 6	30	0361/ 6-55-76
Кюстендил	гр. Кочериново, гара Кочериново, общ.Кочериново	60	07053/20-77
Ловеч	Априлци, кв. Център, ул. ”И.Карагьозов” 21,	30	0886/ 627953
Ловеч	Ловеч, м. ”Върбовка”, общ. Ловеч	30	068/603 709; 068/603 706
Ловеч	с. Добродан, ул. ”Кирил и Методий”1, общ. Троян	28	0877/611656
Ловеч	Угърчин, пл. ”Свобода” 3, общ. Угърчин	40	06931/ 27-20
Монтана	Берковица, ул. ”Ст.Стамболов” 32, общ. Берковица	150	0953/88 048; 88 051
Монтана	с. Владимирово, ул. „Вл.Минчев” 154, общ. Бойчиновци	54	09514/2329; 23-39
Монтана	с. Добри дол, ул. ”Първа”45, общ. Лом	25	09728/ 23-31
Пазарджик	Велинград, бул. ”Съединение” 288, общ. Велинград	40	0359/55-301
Пазарджик	Пазарджик, ул. „Болнична”19	170	034/ 44-54-83
Пазарджик	с. Главиница, ул. ”Първа” 95А, общ.Пазарджик	48	034/44-91-00; 988973
Перник	Радомир, кв. ”Гърляница” 41	150	0777/8-00-32
Плевен	с. Горна Митрополия, ул. ”Г. Димитров” 34, общ. Долна Митрополия	20	06556/23-39
Плевен	с. Бохот, ул. ”Пирогов”6, общ. Плевен	55	063575/381
Пловдив	Пловдив, ул. ”Коматевско шосе”28	200	032/692913
Пловдив	с. Старосел, ул. ”Братство” 2, общ. Хисаря	26	03176/20-43
Разград	с. Тертер, ул. ”Гоце Делчев” 5, общ. Кубрат	60	08448/21-20
Разград	Разград , ул. ”Хаджи Димитър”30	80	084/66-27-25
Русе	с. Бистренци, ул. ”Л.Каравелов” 9, общ. Бяла	35	081262/224
Русе	Русе , жк Цветница, ул. ”Алеи Възраждане” 86	234	082/84-62-95
Силистра	гр. Алфатар, ул. ”Йордан Петров”1	20	08673/22 26, 22-46
Силистра	Силистра ул. ”Албена”5	195	086/82-18-01; 82-16-29
Силистра	Тутракан ул. ”Цибър”1, общ. Тутракан	40	0866/61 245
Сливен	с. Баня, общ. Нова Загора	54	0457/ 6-22-34
Сливен	Сливен, ул. ”П.Хитов”115	120	044/68-06-41; 68-21-50
Смолян	с. Фатово, общ. Смолян	90	0301/88 925

София-обл.	Ботевград, жк"В. Левски", ул. „Д-р А. Атанасов"9, общ. Ботевград	60	0897 164 454
София-обл.	Етрополе, бул."Руски"48	22	0720/6-69-88
София-обл.	Самоков, ул."Верила"1	120	0722/6-66-02
София-обл.	с. Ковачевци, ул."26-та"9, общ. Самоков	26	07123/22 46
София-град	София, Зона Б-5, бл.4	85	02/8293118
София-град	София, кв.Горна Баня, ул."Обзор"29	200	02/9578 691
София-град	София, кв.Дървеница, ул."Пловдивско поле"8	375	02/887 57 57
Стара Загора	гр. Гълъбово, ул."Строител"50, общ.Гълъбово	40	0418/65 048
Стара Загора	Казанлък, ул."П.Ганин"52, общ. Казанлък	122	0431/6 22 09
Стара Загора	Казанлък, ул."Ал.Батенберг"220	62	0431/64579
Стара Загора	с. Търничене, ул."Розова долина"38, общ. Павел баня	20	04368/2312
Стара Загора	гр. Раднево, ул."Л.Димитрова" 7	6	0417/8 26 09
Стара Загора	к.с. Старозагорски минерални бани, общ. Стара Загора	101	04111/23 16
Търговище	с. Гърчиново, ул."Стръмна"1, общ. Опака	45	060375/270
Хасково	Ивайловград, ул. „Оборище" 15	20	03661/6055
Хасково	Харманли, кв."Дружба"7а	40	0373/85109
Хасково	Хасково, местност „Кенана"	160	038/62 24 58
Шумен	гр. Нови пазар, ул."Бреза" 2, общ. Нови пазар	65	0537/2 22 20
Шумен	Шумен, м. „Мантово поле"	110	054/80 22 63
Ямбол	с. Воден, ул."Н.Пехливанов" 26, общ. Болярско	30	04748/22 88
Ямбол	с. Чернозем, ул."Георги Димитров" 10, общ. Елхово	16	04726/2 232
Ямбол	с. Болярско, ул."Пробуда" 26, общ. Тунджа	30	04710/22 34
Ямбол	Ямбол, ул."Д-р Дончев"12	202	046/66 92 10

Домове за възрастни хора с деменция

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	с. Падеш, общ. Благоевград	50	073/860 380
Бургас	с. Огнен, общ. Карнобат	45	05578/23 76
Бургас	с. Славянци, общ. Сунгурларе	40	05571/42 75
Велико Търново	с. Горско Косово, ул. „Първа” 25, общ. Сухиндол	60	061393/264
Видин	с. Салаш, ул. „Първа” 4, общ. Белоградчик	35	0936/544 62
Габрово	Дряново, ул. Димитър Крушев” 26	52	0676/7 50 12
Добрич	с. Опанец, общ. Добричка	50	05719/2517; 2272
Монтана	с. Бистрилица, ул. „Живовска” 7, общ. Берковица	55	09528/2214; 2411
Монтана	с. Добри дол, ул. „Първа” 45, общ. Лом	50	09728/23 31
Пловдив	с. Горна махала, ул. „3-та” 13, общ. Калояново	60	031705/280; 0886 837 874
Разград	Разград, ул. „Х. Димитър” 17	60	084/660 838
Русе	Русе, ул. „Трети март” 55	120	082/825 583
София	София, ул. „Цар Борис III” 202, район Витоша	78	02/ 857 47 38
Стара Загора	Казанлък, ул. „М. Стайнов” 11	70	0431/6 22 80

Домове за възрастни хора с психични разстройства

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	с. Раздол, общ. Струмяни	70	074347/219
Бургас	с. Заберново, общ. Малко Търново	60	05958/23-41
Габрово	с. Радовци, общ. Дряново	110	0884 087 182, 0888 661 991
Монтана	с. Говежда, ул. „Извън регулация” 3, общ. Г. Дамяново	70	09556/22 74;23 34
Силистра	с. Правда, ул. „Централна” 28, общ. Дулово	34	08640/2384
Сливен	Твърдица, кв. „Индустиален” 1	120	0454/4 21 10, 4-21-11
Смолян	с. Петково, общ.Смолян	100	03029/2229, 2323, 2324
Смолян	с. Ровино, общ.Смолян	87	03054/2244
София-област	гара Лакатник, мах. „Свражен” 243, общ.Своге	90	07162/24-91;22 52
Стара Загора	с. Лясково, общ. Ст. Загора	60	04127/5316
Хасково	Свиленград, местност „Дом за соц.грижи”	70	0379/7 16 45
Хасково	с. Радовец, ул.„Ал.Стамболийски”24, общ.Тополовград	75	047392274
Шумен	с. Черни връх, ул. ДВХПР, общ.Смядово	90	05352/2218

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Кризисни центрове

Кризисни центрове за деца

ОБЛАСТ	КАПАЦИТЕТ	ОБЛАСТ	КАПАЦИТЕТ
Бургас	8	Пловдив	10
Бургас	10	Пловдив	12
Велико Търново	15	Силистра	9
Видин	6	Силистра	10
Монтана	10	София област	10
Пазарджик	12	София град	22
Перник	6	София град	8
Плевен	8	Шумен	10

Кризисни центрове за възрастни

ОБЛАСТ	КАПАЦИТЕТ	ОБЛАСТ	КАПАЦИТЕТ
Варна	10	Русе	8
Перник	8	Стара Загора	15
Пловдив	9		

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Преходни жилища за възрастни

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.	ВИД
Бургас	с. Бата, ул. „Социален дом” 1, общ. Поморие,	10	0882 420 144	СУПЦ
Велико Търново	с. Церова кория, общ. Велико Търново	8	06126/25 21	ДВХУИ
Видин	с. Куделин, общ.Брегово	12	09312/21 80	ДВХУИ
Видин	с. Куделин, общ.Брегово	8	09312/21 80	ДВХУИ
Враца	Мездра, ул.„Манастирище” 99, ет. 1	6	0910/9 20 32	ДДУИ
Габрово	с. Радовци, общ. Дряново	5	0884 087 182, 0888 661 991	ДВХПР
Кюстендил	с. Преколница, общ. Кюстендил	16	07925/2203	ДВХУИ
Монтана,	с.Горна Вереница, ул.„Главна” 67	8	09567/22 31	ДВХФУ
Пловдив	град Пловдив, бул.„Цариградско шосе” 102, ет.3,	15	032/632 212, 032/622- 020	ДВХУИ
София-град	София, ул.„Баба Вида” 1, бл. 168, район „Подуяне”	8	02/9477006	СУПЦ
Хасково	Свиленград, местност „Дом за соц.грижи”	4	0379/71645	ДВХПР

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

Социални учебно-професионални центрове

ОБЛАСТ	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Бургас	с. Бата, ул. „Социален дом” 1, общ. Поморие	40	05967/2050, 0882 420 144
Варна	Варна, ул.Петко Стайнов” 7	77	052/82 06 80
Велико Търново	с. Овча могила, ул.”Алеко Константинов” 1, общ. Свищов	75	06327/25-80
Пловдив	Пловдив, бул.”Цариградско шосе” 102	105	032/625 851
Силистра	гр. Главиница, ул.”Витоша” 70	30	08636/22-15

ПРИЛОЖЕНИЕ 14

Защитени жилища

ОБЛАСТ	ВИД	АДРЕС	КАПАЦИТЕТ	ТЕЛ.
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Банско, ул. „Св. Климент Охридски” 27	8	0749/84190 0896 807 133
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Банско, ул. „Св. Климент Охридски” 27	7	0749/84190, 0896/807133
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Банско, ул. „Радон Тодев” 14, ет. 2	8	0896 805 125 0749/88445
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Банско, ул. „Радон Тодев” 14, ет. 3	8	0896 805 125
Благоевград	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Благоевград, ул. „Славянска” 46	8	073/832941
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Благоевград, ул. „Струма” 23	10	073/840799
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Благоевград, ул. „Тодор Александров” 98	8	0894/460736
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Марчево, общ. Гърмен	8	0887/141430
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Разлог, ул. „Тодор Кондев” 1	8	0747/80 871
Благоевград	Защитено жилище за хора с физически увреждания	с. Долно драглище, ул. „Седма” 15, общ. Разлог	10	074403/362
Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Вълково, общ. Сандански	8	
Благоевград	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Симитли, ул. „Георги Димитров” 116, ет. 2	10	0882 444 862

Благоевград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Раздол, общ. Струмьяни	10	074343/215
Благоевград	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Раздол, общ. Струмьяни	10	074347/230
Бургас	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Айтос, ул. „Ради Боруков” 20	10	0884 200 478 0884 200 477
Бургас	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Бургас, ул. „Поп Груйо” 45	10	056/81 39 89
Бургас	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Бургас, кв.„Меден рудник” ул. „Кооператор” 32	8	056 50 40 87
Бургас	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Бургас, кв.„Акациите”, ул.„Ангел Кънчев” 18	7	056/84 93 05
Бургас	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Искра, общ. Карнобат	10	0888 110 703
Бургас	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Бата, ул. „Социален дом” 1, общ. Поморие	10	0882 420 144
Варна	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Близнаци, ул. „Тунджа” 13 общ. Аврен	8	0899 950 167
Варна	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Бяла, ул. „Д. Янев” 42	12	05143/22 98, 23 19
Варна	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Варна ул. „Солун” 14	6	052/638 298
Варна	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Варна жкВъзраждане, бл.79, вх.А,ет.1,ап.1	4	052/300 229 052/560 226
Варна	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Варна жк „Вл.Варненчик”, бл.406, вх.23, ап.8	8	052/520-554

Варна	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Горен Чифлик, ул. "Лонгоз" 4 общ. Долни чифлик	8	05146 24 87
Варна	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Провадия, ул. „Иван Вазов” 5	8	
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	гр. Дебелец, ул. „Александър Стамболийски” 1	8	06117 20-84 0887/114-898
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	гр. Дебелец, ул. „Александър Стамболийски” 1	8	06117 2084, 0887 114 898
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Пчелище, ул.14-та 26, общ. Велико Търново	12	061102/215
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Церова кория ул. „Втора” 26А, общ. Велико Търново	7	06126/2463
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Церова кория , ул. „Втора” 26А, общ. Велико Търново	7	06126/2463
Велико Търново	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Церова кория , ул. „Втора” 27, общ. Велико Търново	10	0888 556 509, 0886 336 459
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Горна Оряховица, ул. „Бунар Хисар” 17А	8	0618/2-21-36
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Илаков рът, общ. Елена	10	06151/6097
Велико Търново	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Стражица, ул. "Беласица" 1	10	06161/22 25
Велико Търново	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Стражица, ул. „Беласица” 1, корпус Б, В и Г	8	
Видин	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Бойница, ул. „Палма” 2 общ. Бойница,	10	0886 822 448

Видин	Защитено жилище за хора с физически увреждания	гр. Брегово, ул."Димитър Благоев" 18, обл. Брегово	6	0893129 814
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Гомотарци, ул."Втора" 1, общ. Видин	8	09343/2281
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Гомотарци, ул."Втора" 1, общ. Видин	12	09343/2281
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Видин ул. „Цар Иван Шишман" 1	6	094/606-376
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Видин ул. „Отец Паисий" 5	6	094/600-240
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Видин ул. „Тунджа" 13	6	094/621456
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Видин, ул."Никола Петров" 3	8	0877 841 933
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	гр. Кула, ул. „Мусала" 18	8	0938/320-98
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	гр. Кула, ул. „Г. Бенковски" 20	5	0938/ 330-83
Видин	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	гр. Кула, ул. „Георги Димитров" 2	8	
Видин	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Чупрене, ул."Асен Балкански" 8	10	093272450, 0886 289140
Враца	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Враца, ул. „Беласица" 1, ет. 4 /дясно крило/	10	0894 405 161, 092/63 02 88
Враца	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Гложене, ул. „Йонко Милев" 9 общ. Козлодуй	10	09160/427

Враца	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Гложене, ул. „Йонко Милев” 9 общ. Козлодуй	10	09160/ 22-06 0879 943 005
Враца	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Мездра, ул.„Манастирище” 99	6	0910/9-23-92
Враца	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Мездра, ул.„Манастирище” 99	8	0910/9-20-32
Враца	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Манастирище, ул. „Иван Михайлов” 3 общ. Хайредин	6	0879 988 920
Габрово	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Царева ливада ул.„Борова гора” 14 общ. Дряново	6	067 23 2332
Габрово	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Царева ливада ул.„Цар Калоян” 21 общ. Дряново	8	067 23 2240
Габрово	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Дряново, кв. „Успех” бл. 13	8	0676/71055
Габрово	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Гостилица, ул.„Георги Димитров” 20, общ. Дряново	8	067/252 235
Добрич	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Добрич, жк „Дружба”, ул.„Суха река 37	8	058/600379
Добрич	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Добрич, жк „Дружба”, ул.„Суха река 34	6	058/600379
Добрич	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Крушари, ул. „Девети септември” 25Б, общ. Крушари	8	057090181
Кърджали	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Ардино, ул.„Чинар”4	10	036514573
Кърджали	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Кърджали, ул. „Ген. Чернобузов” 56, кв. „Байкал”	8	0361 30016

Кърджали	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с.Патица, 2 общ.Черноочене	8	03691/6162, 0887 863 966
Кърджали	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Минзухар, мах. „Долно Червенци”, ул. „Четвърта” 2 общ.Черноочене	10	0887 863 966
Ловеч	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Ловеч, ул. „Димитър Пъшков” 4	6	068/60 18 92
Ловеч	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Ловеч ул. „Ал. Батенберг” 1	8	068/60 35 97
Ловеч	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Ловеч, ул.„Ал.Стамболийски” За	8	068/60 00 89
Ловеч	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Ловеч, ул.„П. Р. Славейков” 7	8	068/601307
Ловеч	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Луковит, ул.„Воденичарска” 2а,	10	0697/5 34 92
Ловеч	Защитено жилище за хора с физически увреждания	с. Дълбок дол, ул. „Иван Дончев” 46, общ. Троян	6	06955/23-11, 0878 198 424
Монтана	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Берковица, ул. Ст. Стамболов 34	8	0953/88038, 0953/88039
Монтана	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Замфир, общ. Лом	10	0896 878 601
Монтана	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Монтана, ул. „Иван Вазов” 4	9	096/370707
Монтана	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Монтана, ул. „Христо Смирненски” 21, вх. В, ап. 28, ет. 1	8	0878 206 739
Пазарджик	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Батак, ул. „Г. Бусилин” 23	8	03553/20 74

Пазарджик	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Батак, ул. „Партизанска” 56	15	03553/33 86
Пазарджик	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Батак, ул. „Партизанска” 56 обл. Пазарджик	15	03553/33 86
Пазарджик	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Батак ул. „Партизанска” 56	15	03553/3386
Пазарджик	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Велинград, ул. ”Васил Левски” 19	8	0359/501 45
Пазарджик	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Пазарджик, ул. „Константин Величков” 91	8	034/45 00 73
Пазарджик	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Пазарджик, ул. „Г. Райков” 12	8	034/443 629
Пазарджик	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Пазарджик, ул. ”К.Величков” 91	8	034/45 01 17
Перник	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Перник, ул. ”Иван Вазов” 3, вх. А, ет. 1, ап. 2	8	076/600 664
Перник	Защитено жилище за хора с физически увреждания	с. Извор, общ. Радомир,	10	034-452-889
Плевен	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Драгаш войвода, ул. „Л. Дочев” ЗА, общ. Никопол	12	0879 401 459
Плевен	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Драгаш войвода, ул. „Л. Дочев” ЗА, общ. Никопол	12	0879 401 459
Плевен	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Плевен, ул. ”Сторгозия” 189	10	0876 574 239
Плевен	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Згалево, ул. „Клисура” 1 общ. Пордим	8	0882 794 995

Плевен	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Червен бряг, ул. „Ал. Стамболийски 7	8	0878 422 438
Пловдив	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Баня, ул.„Розова долина” 3 общ. Карлово	6	03132/2015
Пловдив	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Пловдив, бул.„Никола Вапцаров” 46	10	032/670 178
Пловдив	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Пловдив ул.„Ген.Радко Димитриев” 33, селище „Младост”, район „Източен”	15	032/813 993
Пловдив	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Пловдив, бул.„Цариградско шосе” 102, ет.3	15	032/632 212 622-020
Пловдив	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Пловдив, ул.„Лазар Маринчевски” 18, ет.3	8	032/ 20 70 84
Разград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Просторно, ул.„Н.Й.Вапцаров”2, общ. Разград	6	0895 561 986
Разград	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Просторно, ул.„Дунав”19а, общ. Разград	10	0893 389 260
Разград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Кривица, ул.„Ивайло”40, общ. Самуил	8	08477/29 75
Разград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с.Самуил, ул.„Драва” 50, общ. Самуил	14	08477/22-30.
Разград	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с.Богомилци, ул.„Гео Милев” 2, общ. Самуил	15	08477/20-27
Русе	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	гр. Борово, бул.„България” 42	8	0893 352 892
Русе	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с.Могилино, ул. „Мургаш” 1, общ. Две могили	10	0889 864 741

Русе	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Русе жк „Възраждане”, ул. „Яребична” 4	8	0882 342 228, 0879 009 412
Русе	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Русе жк „Дружба 3”, бл.52, вх.В, ет.1, ап. 1	8	0879 009 413
Русе	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Русе жк „Дружба 3”, бл.52, вх.В, ет.1, ап. 2	6	0879 009 413
Русе	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Русе, жк Тракия, бул. „Тутракан” 20	10	082/845 379, 0887 112 621
Русе	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Русе, жк Тракия, бул. „Тутракан” 20	10	0885 713 200
Силистра	Защитено жилище за хора с психични разстройства	гр. Главиница, ул.„Витоша” 70,	8	08636/22-15
Силистра	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Дулово, ул.„Розова долина” 37, ет. 4	10	0893 393 738
Силистра	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Дулово, ул.„Розова долина” 37, ет. 4	10	0893 393 738
Силистра	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Айдемир, ул.„София” 53,ет.5,ап.15 и 55,ет.1,ап.3 общ. Силистра	8	08675/4027
Сливен	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Нова Загора, ул. „Димитър Благоев”, 2 обл. Сливен	10	0457/6 22 06
Сливен	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Сливен, ул. „Битоля” 17	6	044/62-26-94
Сливен	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Сливен, ул.„Хаджи Вълкова” 38А	10	044/63-59-25
София област	Защитено жилище за хора с физически увреждания	с. Калотина, общ. Драгоман,	14	07174/23 39

София област	Защитено жилище за хора с физически увреждания	Правец, ул."Работническа" 18	14	07133/24-68
София област	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Видраре, общ. Правец	8	
София област	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Дружево, общ. Своге	16	0898 719 348
София-град	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	София, ул."Царибротска" 33, район „Възраждане“	8	0887 071 041
София-град	Защитено жилище за хора с психични разстройства	София, ул."Царибротска" 33, район „Искър“	8	
София-град	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Подгумер, район „Нови Искър“	8	0877 923 659, 0879 827 989
София-град	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	София, жк"Дружба-1", ул. „Канала"80, район „Подуяне“	8	02/947 7005
София-град	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	София, ул."Баба Вида" 1, ет. 2, дясно крило район „Подуяне“	8	02/947 7005
София-град	Защитено жилище за хора с психични разстройства	София, ул."Роглец" 17, ет.2 район „Слатина“	8	02/4214 051
Стара Загора	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Априлово, общ. Гълъбово	8	04156/2389
Стара Загора	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Овощник, ул."Ж. Манолов" 19, общ. Казанлък	8	04342/2037
Стара Загора	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Казанлък, кв. „Васил Левски" 34	8	0884 378 846
Стара Загора	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Стара Загора ул. „Антон Марчин" 21А	10	042/267915

Стара Загора	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Стара Загора, ул. „Антон Марчин” 21А	10	042/267915
Търговище	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Медовина, ул. ”Христо Христов” 3, ет. 1, сектор Б, общ. Попово	9	06033/2323
Търговище	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Медовина, ул. ”Христо Христов” 3, ет. 2, сектор Б, общ. Попово	9	06033/2324
Търговище	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Търговище, кв. „Бряг”, ул. ”Цанко Церковски” 15	10	0601/66550
Търговище	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Лиляк, ул. „Георги Димитров” 15, общ. Търговище	8	876 678 600
Хасково	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Димитровград, ул. „Димитър Благоев” 78 обл. Хасково	10	0391/61076
Шумен	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Смядово, ул. ”Баба Донка” 6а	7	05351/22 41
Шумен	Защитено жилище за хора с психични разстройства	Смядово, ул. ”Баба Донка” 6а	9	05351/22 41
Шумен	Защитено жилище за хора с психични разстройства	с. Царев брод , ул. ”Вела Пеева” 2	8	05315/20 52
Ямбол	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	гр. Болярово, ул. „Славянска” 1	8	04741/63 71
Ямбол	Защитено жилище за хора с физически увреждания	гр. Болярово, ул. „Георги Димитров” 16	11	04741/61 70
Ямбол	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	с. Малко Шарково, ул. ”Язовирска” 16 общ. Болярово	8	04745/3371
Ямбол	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Елхово, ул. ”Чаталджа” 4	6	0478/88562

Ямбол	Защитено жилище за хора с умствена изостаналост	Ямбол, ул. „Вит” 81	8	0892 274 113
-------	---	---------------------	---	--------------

ПРИЛОЖЕНИЕ 15

НПО с дейност в областта на психичното здраве

НАИМЕНОВАНИЕ	СЕДАЛИЩЕ	АДРЕС	ТЕЛ./ФАКС ЕЛ. ПОЩА
Асоциация Българско психоаналитично пространство	София	район Средец, бул. „Г.С. Раковски” 156, ет. 1, ап. 1	0888 306 648
Асоциация на професионалистите за психично здраве в детските градини и училищата в Република България	София	район Възраждане, ул.„Пиротска” 68	
Асоциация на психолозите в България	Варна	ул. „Евлоги Георгиев” 39а, ет. 4, ап. ателие 5	887 494 844
Биологична психиатрия	София	район Триадница, ул. „Свиленица” 8, ет. 2, ап. 6	851 17 40
Българска асоциация по психосинтез	София	жк Бели брези, ул.„Нишава” 47, ет. 1, ап. 3	
Българска психиатрична асоциация	София	кв. Изток, ул. „Чарлз Дарвин” 27	
Глобална инициатива в психиатрията - София	София	ул. „Мальовица” 1	987 875, факс 980 93 68
Дружество за психоаналитична психотерапия	София	ул. „Петър Парчевич” 37Б, ет. 1, ап. 1	
За по-добро психическо здраве	Варна	ул. „Царевец” 9, вх. В, ет. 8, ап. 78	052/300 408 tonymileva@hotmail.com
За психично здраве и социална реализация	София	ул. „Дряновски манастир” 48	886 772 137 asyatonik@gmail.com
Център за психосоциална и духовна подкрепа споделеност	Шумен	ул. „Вичо Папазов” 22, вх. 4, ап. 57	
Институт за психично здраве и развитие	София	район Средец, ул. „Христо Белчев” 4, ет. 1	878 243 402

Национална организация на потребители на психично-здравни услуги	София	ул. „Мальовица” 1, ет. 2, ап. 5	0888 902 737 yellowbgsubmarine@abv.bg
Психично развитие и интеграция на деца с аутистична и постаутистична симптоматика	София	Зона Б18 ,бл. 8, ап. 67	897 960 698
Психологични и психотерапевтични практики	Варна	ул.„Сава Радупов” 3, вх. Б, ет. 2, ап. 3	0887 48 05 96
Регионална асоциация на училищните психолози и педагози - Бургас	Бургас	жк „Славейков”, бл. 63, вх. 8, ап. 7	899 846 850 raupp.bs@abv.bg
Сдружение „Търговишко дружество за психично здраве”	Търговище	ул. „Бенковски” 5Б	0601/62275
Сдружение за психосоциална рехабилитация и ресоциализация „Вяра”	Раднево	ул.„Груди Филипков” 1	0417 / 823 46, в. 264
Сдружение за психосоциална рехабилитация и ресоциализация „Нова 2010”	Пазарджик	ул.„Болнична” 28	
Сдружение за психосоциална рехабилитация и ресоциализация „Избор”	Стара Загора	ул. „Отец Паисий” 60, ет. 2, ап. 5	
Сдружение за развитие на психосоциалната рехабилитация в България	София	район Средец, ул. „Цар Симеон” 13, ет. 2	02/983 60 23
Софийско психиатрично общество	София	бул. „Д. Несторов” 15, ет. 11	983 60 23, 088359392 spo@bpa-bg.org
Фондация „Център за психологическо, консултиране и психотерапия” – Пловдив	Пловдив	жк „Тракия”, бл. 132, вх. А, ап. 12	0889 368 862
Център за емоционални, психосоциални изследвания и терапия	Бургас	бул. „Мария Луиза” 69	056/817 332
Център за психично здраве „Равновесие”	Шумен	ул. „Поп Андрей” 3А	
АА България	Стара Загора	ул. „Захари Княжевски” 71, ап. офис 1	

АРТЕ	София	район Оборище, бул. „Кн. Ал. Дондуков” 82	
Бъдеще без насилие	Плевен	ул. „Бяло море” 21, вх. А, ет. 2, ап. 6	
Българска асоциация за детска безопасност	Перник	ул. „Райко Даскалов” 4/7	
Чипровци, алтернатива и развитие - ЧАР	Чипровци	ул. „Чипровска комуна” 25	893 348 756 jordanka_zamfirova@abv.bg
Бялата лястовица	Трън	ул. „Александър Стамболийски” 25	0889 040 412
Дете и пространство	София	бул. „Г. Делчев”, бл. 32, вх. А, ет. 1	961 27 45; 0888 258 072
Клуб Екоравноесие	Добрич	ул. „Кирил и Методий” 26, вх. Б, ап. 3	0878 170 888; 0878 170 887 v_edno_m@abv.bg
Местна инициативна група - Мъглиж (МИГ - Мъглиж)	Мъглиж	пл. „Трети март” 28, етаж 3	
Местна инициативна група - Брезово, Братя Даскалови	Брезово	ул. „Георги Димитров” 25	
Местна инициативна група Крумовград (МИГ Крумовград)	Крумовград	ул. „Трети март” 3	office@mig-krumovgrad.org
Местна инициативна група харманли (МИГ Харманли)	Харманли	ул. „Петко Каравелов” 2	
МИГ Оряхово	Оряхово	ул. „Васил Левски” 19	
Младежите са с нас	София	бул. „Цариградско шосе” 30, вх. Б, ап. 16	8895 13463
Младежка НПО	Гурково	ул. „Ал. Батенберг” 3	
Младите за Златоград	Златоград	ул. „Стефан Стамболов” 179	
Национално сдружение на българския спорт	София	район Студентски, бул. Г. вх. В, ет. 7, ап. 44	
Реджина	София	Район Оборище, бул. „Кн. Ал. Дондуков” 82	

Ръка за ръка	Ямбол	ул. „Лом” 5	046/622056 raka.za.raka@mail.bg
Световна асоциация за подсилване на младежта	София	ул.„Банат” 28, ап. 59	
Сдружение на помагащи специалисти в социалната сфера - малки стъпки	Плевен	ул. „Генерал Тотлебен” 29, ет. 6, ап. 4	64803474
Сдружение Помощ за деца в риск	Пазарджик	ул.„Ивайло” 2	034/44 40 53 nikolev_bg@abv.bg
Солидарна общност	Варна	жк „Младост”, бл. 144, вх. 5, ет. 5, ап. 15	889 307 821
Социални практики в общността	Пазарджик	ул.„Хан Кубрат” 6, ет. 5 ап. 24	034/46 23 60 rcsdp@abv.bg
Толерантност 2010	Силистра	ул.„Капитан Кръстев” 30, ет. 3, ап.12	