

САМООЦЕНКИ, ЦЕННОСТИ И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ НА СТАРИ ХОРА ОТ БЪЛГАРСКО СЕЛСКО НАСЕЛЕНИЕ¹

Игнат Петров

Замисъл и история на изследването

Наченки на интерес към геронтологията се появяват в първата половина на XX век в работи на отделни български учени. Сред тях са откривателят на причинителите на ферментацията на българското кисело мляко д-р Стамен Григоров (1878 – 1945), който свързва откритието си с теорията за стареенето на Иля Мечников; биологът и изследовател на клетъчната стимулация академик Методи Попов (1881 – 1954); основателят на българската биохимия и автор на философски есета за живота и смъртта проф. Асен Златаров (1885 – 1936); първите изследователи на българските столетници Владимир Партъчев и проф. Живко Ламбрев; физиологът член-кореспондент на БАН проф. Драгомир Матеев (1902 – 1971).

Центърът по геронтология и гериатрия (ЦГГ) с ръководител проф. Матеев е създаден в 1963 г., във време на засилен интерес в Европа и по света към въпросите на стареенето. ЦГГ е основан като научно-изследователски център към Отдел „Социални грижи“ на тогавашното Министерство на народното здраве и социалните грижи. В ЦГГ се развиват седем секции, като четири от тях са по биологични и медицински въпроси на стареенето, а останалите са секциите по социална геронтология, по психогеронтология (психология и психопатология на стареенето) и по функционално натоварване с физически упражнения, спорт и туризъм (Petrov 2014: 25). Ръководни принципи в работата на ЦГГ са мултидисциплинарност и екипност. Старееенето се разглежда като съчетан биологичен, социален и психологичен процес, в който участват и много фактори на средата. Акцент в работата на Центъра са и популационните изследвания в очакването, че данните, събрани от изследвания върху представителни групи население, биха дали по-точна, по-пълна и достоверна представа за хода на стареенето и за многостранните проблеми на възрастните хора.

През 1972 г. ЦГГ преминава в създадената Медицинска академия като Отдел на обединения Институт по ендокринология, геронтология и гериатрия, в рамките на който секциите по геронтология вече са само три.

Авторът на тази публикация участва лично в описаните по-долу изследвания, затова изложението е от първо лице множествено число.

¹ Публикацията е в рамките на проект „Европейският Левиатан: Наследството на следвоенната медицина и общото благо“ (Левиатан), финансиран от Европейския научен съвет, програма „Синергия“, РП „Хоризонт 2020“, договор № 854503.

Групата от стари хора в това изследване. ЦГТ започна през 1971 г. мащабно мултидисциплинарно проучване върху здравето на старите селяни. Изследвани са 708 лица над 70-годишна възраст, 341 мъже и 367 жени, жители на 45 села около София, които съставят 20% случайна извадка на населението в тази възрастова група – хомогенна в етническо, миграционно и социално-културно отношение. Първият организатор на изследването е д-р Георги Стойнев. Изследваните хора са от етнографската група шопи: селски жители, консервативни, упорити и честни, със специфично чувство за хумор. Нивото на миграция сред тях е близко до нулата. 82,0% са родени в своето село, никога не са го напускали (с изключение на военната служба при мъжете) и водят затворен начин на живот. Образователното ниво на мъжете е най-често от 1 до 4 класа, а мнозинството жени са неграмотни. Мнозинството са били земеделски работници и/или скотовъдци през целия си живот. 90,2% от тези стари хора продължаваха да работят същата работа в ТКЗС и/или върху личен парцел земя.

Първоначално през април – май 1971 г. екип от научни сътрудници геронтолози и обучени медицински сестри и лаборанти изследват лицата от списъка, най-често в селските здравни служби. Събраните тогава данни са антропометрични и се отнасят до общия здравен статус, включително зрението и слуха. След есента на 1971 г. изследването е центрирано върху психичното стареене и психичното здраве на старите селяни като **напречно и лонгитудинално** проучване.² Част от данните са публикувани³, но лонгитудиналните данни досега не са публикувани цялостно.

Методи. Още през 1971 г. ние включихме в изследването следните методи:

- подробен медицински, неврологичен и психиатричен преглед;
- биографично интервю; в много случаи и разговори с членове на семейството;
- 9 психологични теста за оценка на когнитивните и психомоторните възможности, осъществени от психолозите Надка Думева и Надежда Асваздуриян и от пишещия тези редове. Тестовете са: време на проста двигателна реакция на светлина (по Clement 1962); тепинг-тест; една проба за

² Както добре е известно в геронтологията, напречните изследвания се извършват в едно и също време върху различни лица, а лонгитудиналните изследвания се осъществяват при едни и същи лица и с едни и същи методи в различно време, примерно сега и след определен период от една, няколко или повече години.

³ **Петров** (Petrov) в *Неврология, психиатрия и неврохирургия*, 14, 1975; 15, 1976; 17, 1978, 18, 1979; 22, 1983; в *Бюлетина на НИИПН*, 1979; в дисертационен труд (1976-б); в *Геронтология и гериатрия* (ред. Д.Ф. Чеботарев, 1976); в *Minerva Medica* (vol. 72, 1981), в *Психология и психопатология на напредналата възраст* (Константинов, Петров и Христов, 1982); в *Психиатрия* (ред. Д. Писева, 2004); в *Advances in Gerontology*, vol. 20, 2007; в материалите на *First* (1997, Bologna) и *Second International Meeting on Cognitive, Affective and Behavior Disorders in the Elderly* (2000, Bologna); на XVIth (Adelaide, 1997) и XIXth (Paris, 2009) *World Congresses of Gerontology*, във *Valencia Forum* (2002).

психомоторно изпълнение; тест за зрителна памет на Benton (по Clement и Poitrenaud 1964; скалата на Wechsler за памет 1944; запомняне на 10 думи по Лурия; теста за интелектуална ефективност на Clement, 1963; Trail making test на Reitan (по описането на Heron и Chown 1967) и една проба за смятане. Изброените методи са въведени след 1966 г. в рутинната работа на Лабораторията по психология на стареенето в Центъра по геронтология и гериатрия.

- От 1972 г. включихме и един проективен метод, който в следващите години стана основен инструмент в изследването: това е първата част на *Теста за самооценка на личността и социалната ѝ свързаност*. Двеста двацет и осем от изследваните селски жители (167 мъже и 61 жени) можаха да изпълнят този тест (Петров 1976-б).

История и характеристики на Теста за самооценка на личността и социалната ѝ свързаност (СОЛСТ)

Тестът за самооценка се основава на процедури, при които събеседникът е по-молен да проектира усещането си за лично благополучие върху скалата на една (или повече) отвесни черти.

В едно свое непубликувано изследване Тамара Дембо (Tamara Dembo) (1902 – 1993) е изследвала, по разказ на С. Я. Рубинштейн, инвалиди в САЩ, предлагайки им да отбележат степента на щастие по протежение на една отвесна черта. Дембо е ученичка в Берлин и в САЩ на „бащата на социалната психология“ Курт Луин (Kurt Lewin) (1890 – 1947). Школата на Луин разпространява експерименталните психологични изследвания върху потребностите и мотивите на човешкото поведение, върху отношенията, съществуващи между личността и средата и в самата личност. Дембо е демонстрирала метода с отвесната черта на конференция. Рубинштейн (1970), е възприела метода и е използвала четири последователни отвесни черти. Подобен метод с три черти или вектори е използвал и Фернан Клеман (Fernand Clement) в Париж, 1990. Ние възприехме метода през 1972 г. непосредствено от Рубинштейн, ръководителка на Лаборатория по патопсихология в Москва и го развихме в България (Петров 1976-б). Цялостният *Тест за самооценка на личността и социалната ѝ свързаност* има две части с общо 15 скали със самооценка за здраве; интелект; характер или качество на личността; отношение на другите; щастие.

Тези пет скали съставят първата, задължителна част на СОЛСТ. Те боравят с общи категории, като най-общата и най-чувствителната сред тях е скалата за щастие. Следващите 10 отвесни черти или въпроси са по-конкретни. Те съставят втората, незадължителна част, на СОЛСТ. Те съдържат самооценка относно следните групи въпроси: зрение; слух; преобладаващо настроение; вътрешно спокойствие, енергия; живот в семейството; материална осигуреност; професия, работа; преживяното минало; сегашния живот.

В много случаи, както и при обсъжданото селско изследване, ние приложихме само първата част с пет скали за самооценка, представени по реда – здраве –

ум – характер – отношение на другите – щастие. Изследващият начертава с молив върху бял лист отвесна черта, приблизително около 10 см, и предлага на изследваното лице да си представи, че по тази черта са разположени всички хора според състоянието напр. на здравето им, като най-здравите хора са най-горе, а най-болните са най-долу. Изследваното лице бива поканено да оцени своето състояние по всеки от петте показателя и да го отбележи върху съответната скала. След като изследваното лице отбележи своите позиции върху петте черти, изследващият подновява разговора в малко променен ред. Щастието е най-общата, най-широката категория, тя е представена последна, но от нея започва обсъждането по реда щастие – здраве – ум – характер – отношение на другите. Проективните елементи на теста идват от начина на представянето – с лекота, с внушена и подпомогната лична свобода на избора върху континуума от безброй възможни позиции по отвесната черта. Съчетаването на този проективен подход с биографично интервю върху осеви житейски теми се оказва полезен начин за намиране на ценна информация за здравето, личността, ценностите, субективното чувство за благополучие и качество на живот на възрастните хора. Процедурата явно е в хармония със склонността на стареещите личности към обзрение на живота, а при някои стари хора и към алтернативен начин на мислене. Оказа се, че *Тестът за самооценка* е добре посрещнат и разбираан от старите хора с различно ниво на образование, включително и от неграмотните лица. Установи се, че тестът е бърз и чувствителен инструмент за ранна оценка на депресивни и когнитивни разстройства при стари хора (Петров 1976-б; Petrov 1997-б).

Напречни данни, извлечени от медицинския, неврологичен и психиатричен преглед с биографично интервю и психологичните тестове.

Медицинският преглед и интервюто са осъществени при 708 лица (341 мъже и 367 жени). Психологичните тестове са изпълнени от различен брой лица – по-голям брой мъже и по-малък брой жени – в зависимост от образоването, социалните умения, умението за боравене с такъв сорт задачи, а и възможна притеснителност и боязън. В най-голяма степен са изпълнени тестовите за памет и психомоторните тестове.

Общ поглед върху психичния здравен статус на старите хора при началното изследване.

Въз основа на комплексното изследване 43.5% от проучените лица на 70 и повече години бяха определени като „нормално стареещи“ – психично здрави, добре или много добре адаптирани (Petrov 1997; Petrov et al. 2007).

Известни психично-здравни проблеми имаха 37.4%. Това бяха най-често леки или умерено изразени когнитивни и/или депресивни смущения, които обикновено не пречеха на старите хора да извършват всекидневната домашна, земеделска или скотовъдна дейност. Засегнатите възрастни бяха запазили до известна степен социалното си функциониране и бяха добре приети от техните близки и съседи (Petrov, 1997; Petrov et al., 2007).

Депресия в напреднала възраст. Опитавме се да анализираме целия депресивен спектър, от клинично изразените депресии до граничните депресивни състояния и дори „депресивните“ белези в процеса на самото стареене.

Бе трудно да се диференцират тези състояния от геронтологична гледна точка. През 1980 г. използвахме предимно *клинични критерии* и отделихме изразените депресии при 8.3% от хората на 70 и повече години (Petrov 1981). През 2007 г. ревизирахме същия материал и намерихме, че *депресивни симптоми* от всички степени са налице при 22.2% от изследваните (16.4% с *малки* или *гранични депресии* и 5.8% с *клинично изразени депресии*). Извън това изглежда, 14.5% от изследваните хора могат да бъдат поставени в *граничната зона* между нормално стареене и депресия (Petrov et al. 2007).

Самооценката на старите селяни въз основа на избраните от тях позиции върху петте скали

Безкрайното разнообразие от положения, които изследваните лица биха избрали върху отвесните черти е схематизирано от нас в седем категории. Позиция (1) означава най-горе; позиция (2) – точка в горната половина на отвесната черта, но по-близо до горния ѝ край; (3) – точка в горната половина, но по-близо до средата; (4) – в средата; (5) – малко под средата; (6) – близо до долния край и (7) – най-долу. Ние бяхме впечатлени, че позициите, избрани от старите хора, са твърде различни. За разлика от Рубинштейн (1970), която твърди, че по-младите хора закономерно поставят точката „малко над средата“, т.е. в позиция (3) по нашата класификация, старите хора в селското ни изследване избират по индивидуално различен начин всички възможни позиции, но с известно групиране около средата и над нея. Това е най-изразено при скалите за щастие, здраве и ум. Например: при най-чувствителната скала, *скалата за щастие*, 27.2% са избрали средата (позиция 4) и 31.1% позиции над средата (3 или 2), но не най-горе. 20,2% са маркирали позиции (5) или (6) в долната половина. Най-долу са 6.1%, а най-горе (в позиция (1)) са 15.5% (Петров 1975; 1976-б). Вижда се че:

- старите хора са по-хетерогенни при самооценката;
- оптимистичните и средните позиции за преживявано щастие преобладават, а песимистичните са при по-малката част от хората.

Ценностна ориентация на старите хора според самооценката и интервюто

Най-голямо място в ценностните представи на старите хора за щастieto и за неговото отрицание – нещастieto, заемат проблемите на здравето, семейния живот и материалното положение. Застъпени са също характерът на човека, преценката на изминалия житейски път, работата, образованието, младостта и старостта (Петров 1975-а; 1976-б).

Представите за нещастие в областта на семейния живот са свързани сравнително по-често с децата, отколкото с брачния партньор и подразбират семейно неразбирателство, лошо отношение, недостатъчно уважение и липса на грижи от страна на децата, смърт на близки, чувство за изоставеност и самотност. Те

отразяват страха на стария човек от изолация. В областта на материалния живот, нещастieto се асоциира обикновено с бедност или недостатъчен доход; при някои стари хора тези представи преливат в мисли за крайна бедност, мизерия, глад и отразяват едно характерно чувство на *несигурност* (Петров 1975; 1976-б).

Тематиката на **ценностните представи** в беседата изразява потребностите на стария човек от помощ и семейна свързаност, увеличената в напредналата възраст зависимост от непосредственото обкръжение, загриженост за запазване на постигнатото, както и несигурност по отношение на бъдещето. Така очертаната основна ценностна нагласа спомага за разбирането на основните насоки на налудообразуване при поява на психози в напредналата възраст – с хипохондрични и паупертични идеи, за застрашеност на здравето и благополучието на семейството, както и с тревожната оцветеност на депресивния афект при късни психични разстройства (Петров 1976-б). Малко-малко, „делнични“ налудности за отношение при „параноидите на късната възраст“ (Шахматов 1968; 1994) също съответстват на ценностната насоченост на стария човек към непосредственото обкръжение с амбивалентно изживяване на (а) неудовлетвореност от недостатъчни грижи и внимание и (б) несигурност в бъдещето, загриженост за запазване на постигнатото в сферата на семейството и в сферата на материалната осигуреност (Петров 1976-б).

Ценностните представи за щастие и за характер разкриват както различни индивидуални виждания, така и някои общи за проучваната група българско население възрастово-психологични и социално-културни особености. Пролитава изразена привързаност на старите селяни към нормите на традиционния патриархален морал в сферата на семейните и извънсемейните междуличностни отношения. Ценностните представи за „отрицателен характер“ най-често засягат взаимоотношенията в социалната група. За „лоши хора“ са смятани онези, които нарушават обществения ред, сигурността и спокойствието на селяните: избухливите, конфликтните, пияниците, крадците, завистниците, лъжците. Почти липсват ценностните ориентации към духовната култура, към по-общите въпроси за смисъла на съществуването и към обществения живот. Тази особеност трябва да се разглежда като относителна незрялост на по-висшите социални и духовни ценности у изследваните жители на софийските села поради действия в миналото обществено-исторически причини, например ниското ниво на образованост, и само до известна степен – като израз на обедняване и вътрешно пренасочване на интересите с възрастта. Ние срещаме едно социално витализиране или съсредоточаване на стария селянин върху основните жизнени ценности: здраве, труд, семейство, материална осигуреност (Петров 1976-б). Съдържащите се в нашето проучване данни за ценностните ориентации на старите хора през 70-те години на XX век разкриват тяхната етичност и нравствена стабилност, които, макар и обвързани с известна „демодирана“ патриархалност, притежават съществен положителен заряд.

Социално-психологични проблеми на старите хора според самооценката им. Въведената оценка на избраните позиции в седемте категории ни позволи да приложим статистически непараметричен анализ – хи-квадрат, коефициент на корелация по Чупров, алтернативен анализ (и-критерия за оценка на разликата между два относителни дяла) (Петров 1976-б). Съпоставихме отбелязаните позиции с ред променливи, свързани със здравето и социалната среда. Едновременно

менно анализирахме споделените в беседата ценностни представи и мотиви за удовлетвореност или неудовлетвореност. Всичко това позволява да се изучат факторите на удовлетвореността и психичното равновесие и, заедно с данните от психиатричното изследване, да се очертаят в широк план проблемите на психичното здраве и благополучие при изследваните възрастни хора.

Изборът на позиции при *самооценката за щастие* зависи значимо от здравето ($p < 0.05$), от емоционалното състояние ($p < 0.05$), както и от трудовата заетост ($p < 0.05$). Анализът на случаите с крайни позиции, както и анализът на мотивите за неудовлетвореност хвърлят светлина върху водещите специфични психотравми в старостта. Мотивите за неудовлетвореност при проучените стари селяни най-често са свързани със семейни неблагоприятия, материални затруднения и влошено здраве (Петров 1975; 1976-б).

Повечето стари хора с крайно ниска самооценка за щастие реално имат значително увредено здравно състояние и най-вече – значително увредено зрение, поради което не са в състояние да работят и не работят нищо. Повечето са в утежнено семейно положение с преобладаване на овдовелите и на самотно живеещите (Петров 1975; 1976-б).

От изследваните лица 50.9% не са щастливи по семейни причини, 28.9% поради недостатъчен доход, 22.4% – поради преценено от тях недобро здраве. Те свързват влошеното здраве най-вече с намалената си трудоспособност и нейните социални последици. Семейните неблагоприятия се свързват с физическа (смърт) или морална загуба на близки (неразбирателство, лошо отношение, недостатъчна помощ, изоставяне, самота). В едно от всеки две семейства са налице конфликти между поколенията (Петров 1975; 1976-б).

Преобладаващият брой стари хора, избрали горния край на скалата за щастие или близо под него са в добро здраве и нямат сериозни нарушения на зрението или слуха. Повечето от тях са хармонични личности с вътрешно опростени ценностни изисквания и са по-скоро оптимисти. Голямата част от тях продължават да работят в ТКЗС или в личните си стопанства. Между тях няма изоставени от близките им, повечето от тях, включително и овдовелите, живеят с децата си или са посещавани от тях често. В семействата на мнозинството стари хора с висока самооценка преобладават добрите взаимни отношения.

При сравняването на лицата, маркирали *крайна* ниска и висока позиция изпъква особено значима връзка между самооценката за щастие и общото здраве ($p < 0.001$), състоянието на зрението и на слуха ($p < 0.001$), трудовата заетост ($p < 0.001$), семейното положение ($p < 0.01$), отношенията в семейството ($p < 0.1$) (Петров 1975, 1976-б).

Психодиагностични възможности на СОЛСТ

Тестът има психодиагностична стойност най-вече в случаите на депресии и на започваща деменция. Самооценката при стари хора с (хипо)депресивни състояния се характеризира с тенденция към избор на позиции в долната част на отвесните черти. Скалата за щастие ($p < 0.001$) е най-чувствителна към депресия,

следвана от скалите за интелект ($p < 0.01$), характер ($p < 0.05$) и здраве ($p < 0.05$). Възникването на алтернативен подход и на бедна, недостатъчна мотивация при избор на позиция е ранен диагностичен белег за умствено снижение. Скалите за щастие ($p < 0.05$) и характер ($p < 0.001$) са най-чувствителни към дементния процес (Петров 1976-б; Petrov 1997-б).

Лонгитудинални данни

Надлъжно проследяване е осъществено след една, две, пет, 10 и 13 години. Максималният период на проследяване бе 16 години (само при отделни посетени лица, които бяха останали живи). Важно е, че 245 лица бяха изследвани два, три и четири пъти в продължение на 5 години и 122 лица – няколко пъти в разстояние на 10 години.

Данни в надлъжен план от психометричните тестове. При повечето от приложените тестове спадането на постиженията с възрастта е по-изразено в надлъжен план, отколкото спадането, отчетено при напречното сравняване на резултатите между възрастовите групи при началното тестване през 1971 г. В приложения набор психометрични тестове, най-чувствително към ефекта на стареенето се оказа *Асоциативното заучаване от скалата на Векслер (Wechsler 1944)* за памет. Началното средно постижение е 9.4 във възрастовата група 70 – 74 ($N=70$) и 8.1 във възрастовата група 75 – 79 ($N=37$). При надлъжното проследяване след 5 години лицата имат средна стойност 4,2 и 4,7. Три лица са подобрили постиженията си, но 33 са ги влошили. При друг тест за памет, *Теста с 10 думи по Лурия*, началното средно постижение бе 25,7 ($N=113$) във възрастовата група 70–74 и 22.7 в групата 75–79. След 5 години лицата имат средно постижение 17,4, съотв. 16,9 като 11 лица са подобрили постижението си, а 54 са го влошили (Petrov 2000a).

Обобщена преценка на промените в психичното здраве. Проследяването в период от 6–10 години показва вариации в състоянието на психичното здраве и самооценката с остаряването, примерно от седемдесетте до осемдесетте години на живота. Въз основа на психиатричното наблюдение и преценка, както и на резултатите от СОЛСТ и психометричните тестове, може да се обобщи, че при 24% от възрастните психично-здравното им състояние остава устойчиво (включително 15,9% от хората, които са адаптирани много добре). При половината от възрастните хора (55,9%) е настъпило постепенно или по-рязко влошаване с развитие на когнитивни нарушения и/или на дистимия, тревожност, депресия. 21.3% са развили деменция в хода на живота си след първото изследване. 22.5% са развили депресивно и/или тревожно разстройство (включително четирима мъже, които са се самоубили). В мнозинството случаи наблюдаваното влошаване на психичното здраве корелира с влошаване на общото здраве, зрението и/или слуха, на възможностите за самообслужване, както и на положението в семейството. Същевременно наблюдавахме и благоприятно развитие в хода на стареенето – към по-добър психичен статус и по-добро психично равновесие.

Това благоприятно развитие се наблюдава при една шеста част от проследените възрастни хора (16,8%) (Petrov 2000a).

Опит за отложено във времето (time-lag) изследване. Сравняване на самооценката и депресиите през 2007 – 2008 г. и 1971 – 1972 г.

Трикомпонентен модел за изследване на стареенето – напречно – надлъжно – time lag. Три-компонентният модел за изследване на възрастовите промени на Уорнър Шайе (K. Warner Schaie) и Паул Балтес (P. Baltes) е забележително постижение на съвременната геронтология. Този модел преодолява несъвършенствата на напречните и на лонгитудиналните изследвания (приложени по отделно), съчетавайки ги с time lag метода. Трикомпонентният метод се стреми да изчисли възрастовите изменения per se, диференцирайки ги от социално-културните влияния и от ефектите на кохортата. Досега трикомпонентните геронтологични проучвания са малко, но те са информативни при изследване стареенето на популациите (Baltes 1968; Warner Schaie 1996).

Дотук извършеното изследване е напречно и лонгитудинално: (1) Ние проведохме напречно изследване на психичното здраве на стари хора, психометричните показатели и самооценката при голяма еднородна група население от 45 села и (2) лонгитудинално изследване на тези хора в интервали от 5, 10, 13 и 16 години. (3) В 2007 и 2008 г. ние изследвахме, в колаборация с професор Питър Колман (P. G. Coleman 2011), 80 възрастни хора от две от предишните села. Можяхме да приложим автентичната процедура на *Теста за самооценка (СОЛСТ)* (обучихме студентите Андрей Иванов и Димитър Петров, които извършиха тестването под наше ръководство). Приложихме и други тестове, които бяха насочени към оценка на религиозното чувство, социалното и физическото функциониране на старите хора (Coleman, Carare, I. Petrov et al. 2011). Това изследване обхваща и 80 възрастни от едно румънско село със сходен социално-икономически профил. Част от данните от изследването от 2007 г., касаещи самооценката и депресивността сред старите хора от двете български села, анализирахме като time lag съпоставка спрямо данните от същите села от 1972 г.⁴

Планираме ново изследване върху 200 селски жители на възраст над 70 години, живеещи в изследваните села. Основен метод ще бъде *Тестът за самооценка*. Процедурата на теста и въпросите в психологичното интервю ще бъдат стриктно идентични с въпросите и процедурата в предишните ни изследвания. Получените time lag данни ще бъдат анализирани и сравнени с данните от напречните и лонгитудинални изследвания през периода 1972 – 1988 г. Ще бъдат търсени характеристиките и измененията в психичното стареене и психичното здраве, съпоставени с възрастта, кохортата, социалните условия и времето на изследване.

⁴ Резултатите докладвахме на 7 Европейски конгрес по геронтология в Болоня и ги публикувахме в 2019 г. в *NSOA Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* (Petrov and Coleman 2011; 2019).

Посредством *HAD-D скалата* (Zigmond & Snaith 1983) намерихме **необичайно висока честота на депресии в двете български села** – от порядъка на 45 – 50% при лицата над 60 години. Същевременно **честотата на депресии в румънското село бе значително по-ниска**. Това различие ни подтикна да повторим изследването в българските села след една година (follow up), като използваме и допълнителни скали за депресивност. През 2008 г. при едни и същи 58 лица ние приложихме наред с HAD-D още Самооценъчната скала на Zung (1965), Гериатричната депресивна скала на Yesavage, Brink, Terrence, Rose и Adey (1983) и Теста за самооценка на личността и социалната ѝ свързаност – СОЛСТ (Петров 1976, 1997). **Високата честота на депресии бе потвърдена в двете български села и през 2008 г.** Сравнявайки 55 лица над 70 години (38 жени и 17 мъже), проследени през 2007 и 2008 г., установихме **съвпадение (конкордантност) на нивата на депресивност при четирите използвани инструмента**. През 2008 г. 35 от сравняваните 55 лица или 63.6% имаха белези на депресия с 8 и повече точки по HAD-D скалата, а 25 лица или 45.5% бяха с белези на умерена или тежка депресия с 11 и повече точки. По скалата на Zung, 38 лица (69%) имаха белези на депресия с над 50 точки и 23 лица или 41.8% показяха 60 и повече точки, съответстващи на умерена или изразена депресия. По Гериатричната депресивна скала на Yesavage 32 лица (59.3%) бяха с „вероятна депресия“ с 5 и повече точки, а 16 лица (29.6%) имат „твърде вероятна депресия“ с 10 и повече точки (Petrov 2019).

Самооценка и депресия. Като приложихме в изследването от 2008 г. пълния набор от 15 скали ние потвърдихме диагностичната стойност на СОЛСТ при депресия. 24 от 55 сравнени лица или 43.6% са избрали при скалата за щастие позиции под средата на отвесната черта. Отчитайки сумата от позиции под средата при всички скали на теста, ние намерихме 22 лица (40%), които имат ниски позиции при 6 и повече скали. Следователно **установените със СОЛСТ през 2008 г. стойности, показващи депресия, са твърде близки до тези, установени с трите депресивни скали**, особено с HAD-D и Zung. За да изучим по-добре съотношенията между депресия и ниска самооценка, ние сравнихме две подгрупи от 55-те лица над 70 годишна възраст проследени през 2008 г.: (А) 15 лица със стойности в норма по трите депресивни скали и (Б) 10 лица с признаци на умерена и/или изразена депресия по трите скали (HAD-D над 11; GDS над 10; Zung над 60).

- 4 жени от (А) бяха вдовици, но всички живееха с някое от децата и/или внуците си. Нито една не живееше сама. В група (Б) 8 от 10 бяха вдовици/вдовци и 4 от тях живееха сами;

- 9 от (А) имаха позитивна самооценка (СО) за щастие (над средата на отвесната черта). Позиция в средата бяха избрали 6 лица от (А) и само едно от (Б).

- Ниска СО за щастие, с позиция под средата, имаха 9 лица от (Б) и нито едно от (А).

- Нито едно лице от (А), но 9 лица от (Б) са избрали ниски позиции (под средата) при 6 и повече от скалите на теста.

По отношение на мотивите за неудовлетвореност, съответно ниска самооценка:

- 8 от 10 лица в групата (Б) споделят *влошено здраве* – спрямо 6 от 15 в групата (А);
- 6 от 10 в група (Б) споделят *финансови трудности* спрямо 5 от 15 в група (А);
- 5 от 10 в група (Б) споделят *проблеми в семейството*, включително смърт на близък човек спрямо 3 от 15 в група (А). Три жени споделят, че се чувстват самотни и всички са от група (Б);
- 4 от 10 в група (Б) се чувстват физически твърде слаби срещу 1 от 15 в група (А);
- 4 от 10 в група (Б) спонтанно се оплакват от влошена памет срещу 1 от 15 в (А).

Позиции при самооценката в двете села при изследването 2008 г., сравнени с позициите в самооценката през 1972 г. в същите села. През 1972 г. повече от половината възрастни хора над 70 години от двете села имаха позитивна СО за щастие. Средна позиция бяха избрали 27.2%. Определено негативна СО за щастие с позиции под средата имаха 26.3%. Съвсем друга е картината при изследването през 2008 г. Сред 55 лица с възраст над 70 години 14 или 31.8% имат позитивна, 25.0% средна и 19 лица или 43.1% са с ниска СО за щастие. Ярки са различията при скалата за здраве. В 1972 г. 89 лица или 39.0% имаха позитивна СО, 28.1% средна и 32.9% предимно негативна СО за здраве. През 2008 г. само 4 от 55 лица имат положителна СО за здраве (9.1%), 31.8% са избрали средата, а мнозинството (30 лица или 68.22%) са посочили позиции под средата на линията. Тези резки различия биха могли да отразяват социални и културни различия между двата исторически периода, в които са проведени изследванията. През 2008 г. възрастните хора, живеещи в селата около София са имали несъмнено по-високо образование, включително по-висока здравна информираност, отколкото това е било възможно през 1972 г. Остава отворен въпросът дали резките различия в самооценката 1972 – 2008 не отразяват и едно *по-песимистично виждане на хората за живота във времето на (пост)прехода*. Съдържателният анализ за водещите мотиви на лична неудовлетвореност, споделени вербално при самооценката за щастие, показва също различия. На въпроса *какво не достига, какво липсва, за да сте по-щастлив(а)* 50% от старите хора посочваха здравни проблеми (през 1972 г. 22.4%), а 43.2% посочваха финансови затруднения (28.9% през 1972 год.).

В цялост, двете последователни изследвания от 2007 и 2008 г. при възрастни хора в две български села установиха необичайно висока честота на депресии, честота значително по-висока от измерената депресивност при сходно румънско селско население. По-високата честота в българските села бе потвърдена от три Скали за депресия, допълнени от Тест за самооценка. Стойностите за умерено изразени депресии, установени с четирите инструмента са високо конкордантни – те са около 40%.

Резултатите показват тесни отношения между депресивността и самооценката. Наличието на депресия може да повлиява самооценката и избраните позиции при СО. На свой ред, водещите личностни мотиви за неудовлетвореност при СО могат да помогнат за по-доброто разбиране на *психосоциалните извори за депресивност*.

Използваният тест за самооценка е твърде чувствителен към симптоми на депресия. В същото време той има проективни качества и дава информация за личността и за мотивите за неудовлетвореност. Водещите мотиви за неудовлетвореност, съответно за ниска СО, според резултатите от изследването от 2008 г. са *влошено здраве и финансови затруднения*, докато в 1972 г. те са били *влошено здраве, финансови проблеми и проблеми в семейството*. Те са сред потенциалните *психотравмиращи фактори*, които се пречупват през призмата на променената самооценка и оформят важен механизъм на *психогенезата на депресивността* у стареещия и стария човек.

В този смисъл ние можем да си припомним твърденията на Мартин Рот (Roth 1964) и на Феликс Пост (Post 1972), че 85% от късните депресии могат да бъдат разглеждани като преобладаващо *психогенни* и/или *соматогенни*.

Честотата на депресиите сред българските възрастни селяни изглежда е по-висока през 2008 г., а самооценката на тези хора е по-ниска, отколкото е била през 1972 г. (Petrov 2009; Petrov and Coleman 2011; 2019). Социалните и икономически трудности в България след 1990 г. може да са допринесли за нарастване на депресивността и за морална криза. В същото време важни протективни фактори като религията са били дълго време пренебрегвани (Coleman, Carare, Petrov et al. 2011).

В едно по-различно наше изследване, но проведено със сходни методи, върху чувствата и нагласите спрямо настъпилия социален, политически и икономически преход, осъществено през 1992 – 1993 г. при автономни стари хора от градско население, водещи активен начин на живот, срещнахме значителна вариабилност на вижданията и нагласите към промените в живота при прехода от тоталитарен социализъм към демокрация, капитализъм и пазарна икономика. Независимо от разнообразието на различни виждания, 70% от старите хора бяха поляризирани към крайните положения: 35% бяха с изцяло положително чувство и отношение към промените и 35% с изцяло негативни нагласи. По-малки групи, общо около 30%, проявиха смесени нагласи. Положителните чувства на освобождение, радост, надежда бяха свързани с идеята за свобода. Негативните чувства на разочарование, песимизъм и несигурност бяха свързани с мисли за икономически трудности, престъпност, морална и културна деградация, понякога и страх от възвръщане на комунизма или от възможна война (Petrov 1996).

Изводи

- Обширно изследване на ключови елементи на психичното здраве, самооценката и удовлетвореността при 708 селяни на възраст 70 – 98 години е осъществено в напрежен и надлъжен аспект.

- Проучената група стари селяни е във висока степен хомогенна в етническо и социално-културно отношение, което прави събраните данни за техните ценности особено интересни.
- Ценностната система на старите шопи е семпла и концентрирана върху витални теми – здраве, семейство, труд, икономическа сигурност и спокойствие.
- Ако съответстващите в тази система фактори са благоприятни, те могат да допринесат за психично равновесие и удовлетвореност.
- Ако са неблагоприятни, те могат да бъдат извор на неудовлетвореност и психострес.
- Влошеното здраве, семейните неблагоприятия, недостатъчният доход и намалената трудова дееспособност участват в психогенезата на късните депресии.
- Определени акценти в ценностното мислене у стари хора в посока на несигурност и нужда от внимание и помощ помагат да разберем по-добре насоката на налудообразуване в случаи на възникнали в късна възраст параноидни и/или афективни психози.
- 44% от старите хора са добре адаптирани психично (нормално старение), а други 38% имат психични разстройства, предимно леки, не пречещи на обичайната им всекидневна дейност, и те са добре приети от техните близки.
- Надлъжното проследяване показва, че изследваната хомогенна група хора еволюира разнопосочно и става по-хетерогенна в хода на времето – настъпва дивергенция с остаряването на индивидите.
- В хода на остаряването – след 70-годишната възраст – настъпва по-нататъшно влошаване в психичното здраве при 60%, но при 24% психичното здраве остава стабилно.
- Забележително е, че наблюдаваме подобряване на удовлетвореността и менталния статус при 16.8% от хората. Тоест и в периода на старостта, от около 70-75 до 80-85 години от живота, е възможно положително развитие и то е налице при една шеста от стареещите хора.
- Опитът за отложено във времето (time lag) сравняване между 1972 и 2008 г., осъществено при малък брой стари хора от само две от 46 села, разкрива, че честотата на депресии през 2008 г. е по-висока, а самооценката, особено самооценката за здраве, но и самооценката за щастие, е по-ниска отколкото е в 1972 г.
- Тези различия могат да са свързани със социалните и културните различия в двата исторически периода на изследване, доколкото бързите социални и икономически промени в България, настъпили след 1990 г., са могли да допринесат за известно нарастване на броя на психогенните (хипо)депресии, заедно със снижаване на самооценката.
- Допускаме, че животът през 1970-те години е по-еднообразен и беден, с по-ниски доходи, с реално общодостъпни и безплатни здравеопазване и образование, с до някаква степен егалитарно усещане за сигурност под един патерналистичен покрив. Обсъждаме доколко резките промени, започнали

след 1989 г., които са довели наистина до повече духовна освободеност и повече възможности и предизвикателства пред личността, не водят и до нарастване на индивидуалните рискове и от там до възможно известно повишаване на случаите на тревожни и/или депресивни реакции сред хората в напреднала възраст.

Литература

- Петров, И. Х. 1975-а.** Медицинско-психологични проблеми на старите хора, според самооценката им за щастие. В: *Неврология, психиатрия и неврохирургия*, 14, 4, 306 – 313. [Petrov, I. C. 1975-a. Meditsinsko-psihologichni problemi na starite hora spored samoootsenkata im za shtastie. In: *Nevrologiya, Psihiatriya i Nevrohirurgiya*, 14, 4, 306 – 313]
- Петров, И. Х. 1975-б.** Психично стареене и самооценка за умствена промяна. В: *Неврология, психиатрия и неврохирургия*, 14, 5, 394 – 400. [Petrov, I. C. 1975-б. Psihichno stareene i samoootsenka za umstvena promiana. In: *Nevrologiya. Psihiatriya i Nevrohirurgiya*, 14, 5, 394 – 400]
- Петров, И. Х., 1976-а.** Тест за самооценка на личността и социалната ѝ свързаност. В: *Неврология, психиатрия и неврохирургия*, 15, кн. 1, 67 – 69. [Petrov I.C. 1976. Test za samoootsenka na lichnostta i socialnata i svarzanost. In: *Nevrologiya, Psihiatriya i Nevrohirurgiya*, 15, 1, 67 – 69]
- Петров, И. Х. 1976-б.** Самооценката на някои страни от психиката на стария човек. Експериментално-психологично и клинично-психопатологично изследване върху 228 селски жители над 70 години. Дисертация. София, Медицинска академия, 1976. [Petrov, I. C. 1976. *Samoootsenkata na neкои strani ot psihikata na stariya chovek. Eksperimentalno-psihologichno i klinichno-psihopatologichno isledvane varhu 228 selski jiteli nad 70 godini*. DM dissertatsiya. Sofia, Meditsinska akademiya]
- Петров, И. Х. 1976-в.** Старение и самооценка умственних изменений. В: Чеботарев, Д. Ф. (Ред.) *Геронтология и гериатрия*, Киев: Госкомиздат, 154 – 162. [Petrov, I. C. Stareene i samoootsenka umstvennih izmenenii. In: Chevotarev, D. F. (Ed.) *Gerontologiya i Geriatriya*, Kiev: Goskomizdat, 154 – 162]
- Петров, И. Х. 1978.** Самооценката на стария човек за здраве и болест. В: *Неврология, психиатрия и неврохирургия*, 17, 4, 238 – 244. [Petrov, I. C. Samootenkata na stariya chovek za zdrave i bolest. In: *Nevrologiya, Psihiatriya i Nevrohirurgiya*, 17, 4, 238 – 244]
- Петров, И. Х. 1979.** Психични заболявания сред селското население над 70-годишна възраст. В: *Неврология, психиатрия и неврохирургия*, 18, 3, 218 – 223. [Petrov, I. C. Psihichni zaboliavaniya sred selskoto naselenie nad 70-godinshna vazrast. In: *Nevrologiya, Psihiatriya i Nevrohirurgiya*, 18, 3, 218 – 223]
- Петров, И. Х. 1979.** Депресивните състояния след 70-годишната възраст. В: *Бюлетин на НИИПН*, VII, бр. 2, 53 – 58. [Petrov, I. C. 1979. Depresivnite sastoyaniya sled 70 godishnata vazrast. In: *Bulletin na NINPN*, VII, 2, 35 – 58]
- Петров, И. Х. 1982.** Афективни разстройства при стареенето и в старостта. В: Константинов, К., И. Петров и Хр. Христов. *Психология и психопатология на напредналата възраст*. София: Медицина и физкултура, 97 – 103. [Petrov, I. 1982. Afektivni rastroystva pri stareeneto i v starostta. In: Konstantinov, K., I. Petrov, H. Hristozov. *Psihologiya i psihopatologiya na naprednalata vazrast*. Sofia: Meditsina i fizkultura, 97 – 103]

- Петров, И. Х. 1983.** Стареене и депресия. В: *Неврология, психиатрия и неврохирургия*, 22, 2, 186 – 193. [Petrov, I. C. 1983. Stareene i depresiya. In: *Nevrologiya, psihiatriya i nevrohirurgiya*, 22, 2, 186 – 193]
- Петров, И. Х. 2004.** Функционални психични разстройства в напреднала възраст. В: Писева, Д. (Ред.) *Психиатрия*. София: Арсо, 296 – 311. [Petrov, I. C. 2004. Funkcionalni psihichni rastroistva v naprednala vazrast. In: Piseva, D. (Ed.) *Psihiatriya*. Sofia: Arso, 296 – 311]
- Рубинштейн, С. Я. 1970.** *Экспериментальные методы патопсихологии и опыт применения их в клинике*. Москва: Медицина. [Rubinstein, S. Y. 1970. *Eksperimentalnie metodi patopsihologii I opit primeneniya ih v klinike*. Moskva: Meditsina]
- Шахматов, Н. Ф. 1968.** *Бредовые психозы позднего возраста. Клиника, дифференциальная диагностика. Вопросы патогенеза, терапии*. Диссертация доктора медицинских наук. Москва: типография 1. [Shahmatov, N. F. 1968. *Bredovie psihozii pozdnego vozrasta. Klinika, diferentsialnaya diagnostika. Voprosii patogeneza, terapii*. Disertatsiya doktora meditsinskih nauk. Moskva: tipografia 1]
- Шахматов, Н. Ф. 1994.** *Психическое старение: счастливое и болезненное*. Москва: Медицина. [Shahmatov, N. F. 1994. *Psihicheskoe starenie: schastlivoe I boleznenoe*. Moskva: Meditsina]
- Baltes, P. B. 1968.** Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects. In: *Human Development*, 11, 145 – 171.
- Clement, F. 1962.** Modifications du temps de reaction simple en fonction de l'age et de quelques autres facteurs. In: *Revue de psychologie applique*, 12, 3, 163 – 188.
- Clement, F. 1963.** Une epreuve rapide de mesure de l'efficience intellectuelle. In: *Revue de psychologie applique*, 13, 1, 1 – 15.
- Clement, F. 1990.** *Facteurs accidentels du vieillissement*. Paris: Fondation nationale de gerontologie.
- Clement, F., Poitrenaud, J. 1964.** Le test de retention visuelle de Benton: evolution de resultats avec l'age. In: *Revue de psychologie applique*, 14, 4, 243 – 277.
- Coleman, P. G., R. O. Carare, I. C. Petrov, A. Saygal., J. Spreadbury, A. Yap and T. Kendrick. 2011.** Spiritual belief, social support, physical functioning and depression among older people in Bulgaria and Romania. In: *Aging and mental health*, 15, 3, 327 – 323.
- Heron, A. and Sh. Shown. 1967.** *Age and function*. London: Churchill.
- Lewin, K. 1951.** *Field theory in social science*. New York: Harper & Row.
- Petrov, I. C. 1981.** Etats depressifs apres l'age de soixante-dix ans. Etude clinique et experimentale sur un groupe homogene de 701 habitants ruraux. In: *Minerva medica*, vol. 72, 47, 3191 – 3195.
- Petrov, I. C. 1996.** Feelings and attitudes toward the changes during social and economic transition. A study of Sofia autonomous elderly subjects. In: *Romanian Journal of Gerontology*, vol. 17, 1 – 2, 73 – 82.
- Petrov, I. C. 1997-a.** Depressions among rural elderly population and old age home's residents. In: *First Bologna International Meeting Cognitive and Affective Disorders in the Elderly*. Bologna, Casa Editrice Mattioli, 313 – 315.
- Petrov, I. C. 1997-b.** A self-evaluation test in the early diagnostics of cognitive and affective disorders of elderly persons. In: *First Bologna International Meeting of Cognitive and Affective Disorders in the Elderly*. Bologna, Casa Editrice Mattioli, 280 – 282
- Petrov, I. C. 2000.** Mental health of the rural elderly. A study of a representative sample of Bulgarian Shopp population. Cross-sectional data. In: *Second Bologna Meeting on Cognitive, Affective and Behavior Disorders in the Elderly*, June 2000. Abstract Book, Bologna, 153 – 154.

- Petrov, I. C. 2002.** The mental ageing over seventy in a rural setting in Bulgaria. In: *Valencia Forum. Researchers, Educators and Providers Contribution to the Second World Assembly on Ageing*. Valencia, 1 – 4 April. Abstracts, 17 – 18.
- Petrov, I. C. 2009.** Mental health of the rural elderly population: Focus on depressions. In: *XIX World Congress of Gerontology and Geriatrics*, Paris, July 2009. Abstract PC7 610.
- Petrov, I. C. 2014.** 50 years of gerontology research: The Sofia Centre of Gerontology and Geriatrics. In: *Bulgarian Medicine*, 4, 2, 24 – 31.
- Petrov, I. C., P. G. Coleman 2011.** The high rates of depression among older Bulgarian rural people: Is there a real depression or a pessimistic self-evaluation? In: *Aging Clinical and experimental research*, vol. 23.
- Petrov, I. C., P.G. Coleman 2019.** Aging and depression: Studies on rural populations in Bulgaria and Romania during communist and post communist period. In: *HSSOA Journal of Gerontology & Geriatric Medicine*, 5.
- Petrov I. C., Vl. Denev, Iv. Petkov, Cv. Arnaudova, D. Petrov. 2007.** Correlates of active and healthy ageing over seventy in a rural setting in Bulgaria. In: *Advances in Gerontology (Abstract Book, VI European Congress 2007 of Gerontology)*, vol. 20, 3.
- Post, F. 1972.** The management and nature of depressive illness in late life. In: *British Journal of Psychiatry*, 212, 393 – 404.
- Roth, M. 1964.** Late depressions. In: *Depression. A Cambridge post-graduate medical course* [Ed. E. Beresford Davies). Cambridge University Press.
- Schaie, K. W. 1996.** *Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Wechsler, D. 1944.** A standardized memory scale for clinical use. In: *Journal of Psychology*, 19, 3, 87 – 95.
- Yesavage, J. A., T. L. Brink, T. L. Rose. et al. 1983.** Development and validation of a geriatric depression screening scale. In: *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37 – 49.
- Zigmond, A. S and R. P. Snaith. 1983.** The hospital anxiety and depression scale. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 6, 361 – 370.
- Zung W. W. K. 1965.** A self-rating depression scale. In: *Archives of General Psychiatry*, 12, 63 – 70.

SELF-ASSESSMENTS, VALUES AND MENTAL HEALTH OF ELDERLY PEOPLE FROM THE BULGARIAN RURAL POPULATION

Ignat Petrov

Abstract

The study is in the field of psychogerontology/psychogeriatrics, but it is in touch also with a range of humanitarian sciences. The study on the self-evaluations, values and mental health has been cross-sectional and longitudinal. 708 persons (341 men and 267 women) aged 70 to 98 years, constituting a 20% random sample of the population 70 and over from 45 villages near Sofia have been studied in 1971–1972. A test of self-evaluation of the personality and its social coherence is used along with nine psychological cognitive tests, an interview and a comprehensive medical and psychiatric examination. The group studied is homogeneous in ethnic, social-cultural and migration respect. In addition to the cross-sectional appraisal, a

longitudinal assessment has been performed in intervals of 3, 5, 10, and maximum 16 years. Finally, an attempt of time-lag examination of old people 70 and over from two of the previous 45 villages is performed in 2008, i.e. 36 years after the initial study – in different social and political conditions.

Key words: ageing, older people, self-evaluation, values, mental health, depression, cross-sectional, longitudinal and time-lag studies.

Доц. д-р Игнат Петров

Медицински университет София
УСБАЛЕ – Медицински център
„Акад. Ив. Пенчев“,
ул. Здраве 2
e-mail: ignatpetrov@yahoo.com

Assoc. Prof. Ignat Petrov, PhD

Medical University of Sofia University Hospital
of Endocrinology – Medical Centre
„Academician Ivan Penchev“
2, ul. Zdrave
e-mail: ignatpetrov@yahoo.com