

ПРИЛОЖЕНИЕ
НА БИОПСИХОСОЦИАЛНИЯ МОДЕЛ
В КЛИНИЧНАТА ОЦЕНКА
НА ЛИЧНОСТТА:
МЕТОДОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ
И ПРАКТИЧЕСКИ КАЗУС

Марита Минкова*

APPLICATION
OF THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL
IN CLINICAL PERSONALITY
ASSESSMENT:
METHODOLOGICAL ASPECTS
AND A PRACTICAL CASE STUDY

DOI: 10.54664/JNYL7541

Marita Minkova

Abstract: This article explores the application of the biopsychosocial (BPS) model as a fundamental epistemological framework in modern clinical and counseling psychology. In contrast to the reductionist approach of the biomedical model, the BPS paradigm offers a multidisciplinary synthesis between biological determinants, psychological dynamics, and sociocultural factors. The benefits of this approach for increasing diagnostic precision and optimizing integrative case formulation are analyzed through the presentation of a detailed practical case study.

Keywords: clinical assessment, biopsychosocial model, George Engel, case formulation, cognitive schemas, Hashimoto's thyroiditis

Клиничната оценка на личността традиционно се основава на нозологични класификации, насочени към идентифициране

* **Марита Минкова** – главен асистент, доктор, преподавател в катедра „Психология“, Философски факултет, ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“

на специфични патологични единици. Въпреки своята систематичност, този подход често пренебрегва функционалния аспект на личностовото функциониране. Контекстът на съвременното поставя все повече предизвикателства пред психичното здраве на личността и нейното функциониране в норма. Експлозивната динамика в световен мащаб (активни мащабни военни действия в много точки на света, повишен риск от хуманитарни кризи, политическа и социална нестабилност, покачваща се инфлация и др.) неминуемо оказва влияние върху уменията за справяне на индивида. Актуалната обстановка изисква повече от всякога парадигмална промяна по отношение на оценката на личността в клиничен и консултативен аспект в практическата работа на помагащия специалист и в частност на психолога.

Биопсихосоциалният модел (БПСМ) предлага холистичен подход, който разглежда здравето и болестта като резултат от сложни взаимодействия на различни нива на организация – от молекулярно до социално. В практиката на психолога това означава преход от статична диагностика към динамичен анализ на жизнения опит на индивида. „Този биопсихосоциален модел представлява начина, по който здравните психолози концептуализират и планират интервенции“ (Тръл & Принстайн, 2016: 530).

Биопсихосоциалният модел е концептуализиран преди около половин век от американския психиатър Джордж Енгел през 1977 г. като критика към доминиращия тогава биомедицински модел. Енгел твърди, че медицината и психологията трябва да се освободят от дуализма „тяло-ум“ и да възприемат системния подход. Също така той отбелязва, че смущение в една област (напр. биологична) може да предизвика промени във всички нива на системната йерархия (Engel, 1977). Всъщност, проследявайки наратива на идеята за БПС модел назад във времето, бихме могли да стигнем до прозренията на древните гръцки философи. Както всяка парадигма и теория се формира в съответен контекст и надгражда с нова според потребностите на времето, така и БПС модел вероятно ще се обогатява и усъвършенства според актуалните потребности и нуждите на науката и практиката.

В основата на модела на Енгел лежи теорията на системите на Лудвиг фон Берталанфи. Според нея всеки индивид е част от йерархия от системи – от субатомни частици и клетки до семейството, общността и нацията. Теорията на системите постулира, че промяната в едно ниво (напр. биологично) неизбежно рефлектира върху останалите (психологично и социално). Според Lugg (2021) биопсихосоциалният модел се разглежда като „емпирично базиран плурализъм“. По отношение на кратката история на термина същият автор посочва, че макар Джордж Енгел да въвежда модела, той не е създател на самия термин. Понятието „биопсихосоциален“ съществува още през 1946 г., когато Виктор Франкъл пише за „сомато-психо-духовната“ същност на човека, а през 1947 г. Джон Романо подчертава необходимостта от рамка, в която психологическите и социалните факти съжителстват с биологичните. Lugg отбелязва, че терминът е въведен за пръв път още през 1952 г. от Roy Grinker. Впоследствие той е разширен и използван от Енгел, представяйки хипотезата за интеграция на ума и тялото.

Етиологичният БПС модел, независимо че има своите критики и ограничения, е доказал полезността си и в днешно време става все по-актуален. Следователно психичното разстройство не може да бъде разбрано само чрез изследване на невротрансмитерите (биологично ниво), без да се отчетат когнитивните процеси (психологично ниво) и социалните условия (социално ниво). БПС моделът е ориентиран към пациент-центриран подход. За разлика от биомедицинския модел, който се фокусира върху „болестта като обект“, моделът на Енгел поставя в центъра „пациента като субект“. Енгел подчертава, че субективното преживяване на страдащия и връзката му с лекаря/психолога са определящи за диагностичния процес и крайния изход от лечението. Това включва разбиране на вярванията на клиента за здравето, неговата личностова структура и психологически ресурси (Engel, 1977).

През 2001 г. Световната здравна организация (СЗО) официално възприема биопсихосоциалния модел като стандарт чрез

своята Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF). Тя дефинира здравето като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто липса на заболяване. Чрез ICF СЗО преминава от фокус върху болестта (диагнозата) към оценка на функционирането на индивида, като отчита взаимодействието между неговото здравословно състояние и факторите на околната и личната среда (World Health Organization 2001).

През последните години се наблюдава ревитализация на БПС модел, движена от откритията в епигенетиката (как средата влияе на генната експресия) и развитието на персонализираната психология. Моделът се доказва като най-устойчивата рамка за разбиране на сложни състояния като бърнаут, хронична тревожност и психосоматични разстройства. Според Bolton (2023) биопсихосоциалният модел цели да надгради биомедицинския модел (БММ), като включи психологически и социални фактори. Психологическите процеси се разглеждат като функции на мозъка, което позволява изследване на връзките между ума и тялото (напр. психоневроимунология).

Социалните детерминанти на здравето показват силна корелация между по-високия социално-икономически статус и по-доброто здраве. От друга страна, по-ниските нива в социалната йерархия често означават по-малка автономия и ограничен достъп до ресурси, което води до негативни здравни резултати. Хипотезата на Енгел се потвърждава от съвременната наука. Новите изследователски методологии успешно ревитализират БПСМ като по-адекватна рамка от тесния биомедицински модел. Bolton обръща внимание, че биологичните процеси трябва да се разглеждат като информационни системи – виждане, залегнало в основите на ревитализирания модел.

Според Groth-Marnat и Wright (2016) ефективното психологическо оценяване надхвърля простото отчитане на тестови резултати. То изисква интегративен подход, който поставя индивида в неговия по-широк контекст, включващ биологични фактори, лична история и социална среда. Sperry (2016) допълва,

че адекватното формулиране на случай изисква интегриране на биологични предразположения, психологически фактори и социални стресори, за да се обясни защо симптомите са се появили в конкретния момент.

Компоненти на клиничната оценка през БПС парадигмата

Биологичната компонента съдържа физиологичните детерминанти. Тя включва генетични фактори, неврохимичен баланс и общо соматично състояние. Психологът трябва да разграничава първичната психопатология от симптоматика, индуцирана от соматични дефицити (напр. витаминен дефицит, хормонален дисбаланс). Психологичната оценка трябва задължително да отчита физиологичния контекст. Съвременните изследвания подчертават значението на взаимодействията между генотип и среда, като се обръща внимание на хипоталамо-хипофизно-надбъбречната ос и влиянието на автоимунни и ендокринни заболявания (напр. тиреоидна дисфункция) върху афективния и когнитивния статус. Според Groth-Marnat и Wright (2016) биологичният компонент в клиничната оценка на личността изисква внимателно разглеждане на медицинската история и текущото физиологично състояние, тъй като те формират биологичната основа, върху която се развиват психологическите черти и поведенческите модели на индивида. Важна задача при диференциалната диагностика е разграничаването на първичната психопатология от метаболитни нарушения. Sperry (2016) посочва, че биологичният аспект включва оценка на генетичната предразположеност и невробиологичните фактори, които действат като „предразполагащи елементи“. Те определят капацитета на пациента да реагира на стресори.

Психологичната компонента обхваща когнитивно- афективните структури и интрапсихичната динамика. Според Sperry (2016) тя включва вярванията, когнитивните схеми и механизмите за справяне, които определят как човек интерпретира стресовите събития. Този сегмент се фокусира върху вътрешната

организация, емоционалната регулация и личностовите черти. Използвайки рамката на когнитивно-поведенческата и схема-терапията, оценката цели идентифициране на ранни дезадаптивни схеми, които филтрират перцепцията за реалността. Анализират се стратегиите за справяне (Coping) и резилийнсът (психичната устойчивост), както и защитните механизми на Аза. Groth-Marnat и Wright (2016) подчертават, че психологическият аспект на клиничната оценка изисква детайлно изследване на личностовата структура, емоционалната регулация и когнитивните способности. Тези данни позволяват на клинициста да разбере психологическите ресурси на пациента, които могат да подпомогнат или да възпрепятстват процеса на възстановяване.

Социалната компонента е свързана с интерперсоналните системи и социокултурната детерминация. Личността се формира в рамките на специфични социални системи. Оценката включва история на привързаността (като предиктор за бъдещо социално поведение), социална подкрепа, професионална среда и културални очаквания. Социалният компонент обхваща културните влияния и семейната структура, които действат като ключови стресори или защитни фактори. Megan (2021) допълва, че икономическата стабилност и достъпът до ресурси определят начина на справяне с болестта.

Към момента БПС модел е преобладаващата теоретична рамка. Първото му споменаване в контекста на ерготерапията е от Gary Kielhofner през 1974 г., който по-късно разработва модела на човешката заетост (Model of human occupation – МОНО). Според МОНО човекът е сложна система, взаимодействаща с околната среда. Трите основни подсистеми са: мотивация за заетост (ценности, интереси и лична ефективност); навици (организация на поведението в ежедневни модели и социални роли); капацитет за изпълнение (физически и психически способности) (Kielhofner, 2008).

Межкултурната психология придобива все по-голямо значение поради глобализацията и миграционните потоци. В клиничната практика специалистите все по-често работят с кли-

енти от различна културна и историческа среда. Поради това е от съществено значение поведенческите реакции и мирогледът на личността да се разглеждат в контекста на нейната специфична среда. „Межкултурната психология е критичното и сравнително изследване на ефектите на културата върху човешката психология“ (Шираев, 2019: 28).

Практическо приложение на БПС модел: клиничен казус на пациент Я. Я. (32 г.)

Анамнестични данни и актуална симптоматика

Пациентката се обръща за помощ с оплаквания от генерализирана тревожност, епизодични панически атаки и тежка инсомния („събуждам се в 3:00 сутринта с мисли за работа“). Симптоматиката се засилва след повишението ѝ на мениджърска позиция преди 7 месеца. Описва се като перфекционист със страх от провал. Соматично е диагностицирана с тиреоидит на Хашимото и приема заместваща терапия. Налице е маладаптивна саморегулация чрез свръхконсумация на кофеин (4-5 кафета) и вечерна употреба на алкохол за „релаксация“.

Анализ на клиничен казус

При анализа на казуса на Я. Я. се разкрива сложна динамика, при която факторите от трите нива на биопсихосоциалния модел се преплитат и взаимно се усилват. В биологичен план водеща роля играе соматичното състояние на пациентката – диагностицираният тиреоидит на Хашимото. Въпреки приема на заместваща терапия, ендокринната дисфункция формира биологична уязвимост, която пряко влияе върху афективния статус и нивата на енергия. Налице е сериозна маладаптивна саморегулация: системната консумация на големи количества кофеин за поддържане на бодрост през деня и употребата на алкохол вечер за постигане на „релаксация“. Тези външни субстанции, съчетани с хроничния дефицит на сън, създават физиологична основа за повишена нервна възбудимост и панически атаки.

От психологична гледна точка личностовата структура на Я. Я. е доминирана от перфекционизъм и склонност към ката-

строфизация. Използвайки рамката на схема-терапията, се идентифицират активни маладаптивни схеми като „Недостатъчност/Срам“ и „Търсене на одобрение“. Пациентката разчита на защитни механизми като рационализация и интелектуализация, чрез които се опитва да контролира тревожността си на когнитивно ниво, без да преработва емоционалния ѝ заряд. Това води до „защикляне“ в интрузивни мисли за работа, особено в ранните сутрешни часове.

В социален аспект се установява история на тревожно-амбивалентна привързаност, формирана в детството под влиянието на емоционално студен и силно критичен баща. В настоящия момент социалната компонента се характеризира с високо професионално натоварване (50-60 часа седмично) на мениджърска позиция и липса на истинска емоционална близост в брака. Социалната среда в работата действа като постоянен стресор, който активира ранните вярвания на пациентката, че нейната стойност зависи единствено от постиженията ѝ.

Интегративна формулировка на случая

Вместо изолирана дескриптивна диагноза, биопсихосоциалната формулировка разкрива, че симптоматиката на Я. Я. е резултат от взаимодействието между биологичната уязвимост (щитовидна жлеза и умора), психологическите структури (перфекционизъм) и социалния натиск. Като предразполагащи фактори се определят генетичната склонност към автоимунни заболявания и несигурната привързаност, поставила основите на ниската самооценка. Отключващ фактор е професионалното повишение преди 7 месеца, което пациентката интерпретира не като успех, а като заплаха от публичен провал. Поддържащите фактори включват както физиологичния ефект на кофеина и алкохола върху нервната система, така и когнитивното вярване, че почивката е признак на слабост. Като защитни фактори (ресурси) се отчитат нейният висок интелект, финансовата стабилност и запазената критичност към състоянието.

Заклучение

Представеният теоретичен анализ и неговата практическа проекция чрез казуса на пациентката Я. Я. категорично потвърждават, че биопсихосоциалният модел остава най-устойчивата и адекватна епистемологична рамка в съвременната клинична психология. В контекста на нарастваща глобална нестабилност и комплексни соматични предизвикателства, редуционисткият подход на биомедицинския модел се оказва недостатъчен. Клиничният случай на Я. Я. илюстрира, че симптоми като тревожност и инсомния не съществуват изолирано. Те са резултат от динамичното взаимодействие между ендокринната уязвимост, ригидните когнитивни схеми, перфекционизма и натиска на професионалната среда. Интегративната формулировка показва, че успехът на всяка терапевтична интервенция зависи от способността на клинициста да адресира тези три нива едновременно. Изключването на физиологичния контекст (тиреоидна дисфункция и употреба на субстанции) или пренебрегването на социалните детерминанти би довело до фрагментирана и неефективна грижа.

В заключение, биопсихосоциалният модел не е просто теоретична концепция, а практически императив за помагачия специалист. Той трансформира клиничната оценка от процес на „етикетиране“ в процес на дълбоко разбиране на индивида като субект. В ерата на персонализираната психология, този модел предоставя необходимия инструментариум за изграждане на по-хуманна, прецизна и интегративна клинична практика, която поставя човека, а не болестта, в центъра на терапевтичния процес.

БИБЛИОГРАФИЯ / REFERENCES

Тръл, Т. & Принстайн, М. Дж. (2016). *Клинична психология*. София: Изток-Запад. // Trall, T. & Prinstayn, M. Dzh. (2016). *Klinichna psihologiya*. Sofia: Iztok-Zapad

Шираев, Е. Б. & Леви, Д. А. (2019). *Междукултурна психология. Критично мислене и съвременни приложения*. София: Изток-Запад. // **Shiraev, E. B. & Levi, D. A.** (2019). *Mezhdukulturna psihologiya. Kritichno mislene i savremenni prilozheniya*. Sofia: Iztok-Zapad

Bolton, D. (2023). “A Revitalized Biopsychosocial Model: Core Theory, Research Paradigms, and Clinical Implications.” – *Psychological Medicine*, 53(16): 7504–7511.

Engel, G. L. (1977). “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine.” – *Science*, 196: 129–136.

Groth-Marnat, G. & Wright, A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment* (6th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Lugg, W. (2021). “The Biopsychosocial Model – History, Controversy and ENGEL.” – *Australasian Psychiatry*, 29(6): 611–615.

Megan (2021). “Three Aspects of Health and Healing: The Biopsychosocial Model in Medicine.” – *Washington University School of Medicine in St. Louis*.

Sperry, L. (2016). *Case Formulation: The Essential Guide to Individualized Treatment Planning*. New York: Routledge.

World Health Organization (2001). *ICF*. Geneva, Switzerland: WHO.