

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ
КАТЕДРА ПСИХИАТРИЯ

**ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И СЛЕД
РАЖДАНЕ- СОЦИОДЕМОГРАФСКИ И КЛИНИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

Д-р Росица Григорова Владимирова

Дисертационен труд
за придобиване на научно-образователна степен „доктор”
по специалност 03.01.20 – „Психиатрия”

Научен ръководител: проф. д-р Вихра Миланова, дмн

София, 2014

„Най-близо да природата е родилката: от една страна тя е самата природа, а от друга- човек.”

М.Пршвин

СЪДЪРЖАНИЕ

I.Въведение	7
II.Литературен обзор	10
1.Исторически преглед	10
2.Нозология, епидемиология, етиология	13
3.Биология, патофизиология, генетика	18
4.Рискови и протективни фактори	22
5.Диагностична и клинична характеристика на психичните разстройства свързани, с периода на бременност и след раждане	28
5.1 <i>Афективни разстройства</i>	29
5.2 <i>Голямо депресивно</i>	33
5.3 <i>Оценъчни инструменти за диагностика и скрининг на депресията</i>	38
5.4 <i>Психози</i>	39
6.Клиничен опит и интервенции	41
7.Психична болест в контекста на семейството	42
8.Безплодие, нежелана бременност и психична болест	43
9.Лечение и превенция на психичните разстройства по време на бременност и след раждане	44
9.1 <i>Медикаментозни алгоритми - ефективност, безопасност, поносимост, последици</i>	44
9.2 <i>ЕКТ –бременност и послеродов период</i>	49
9.3 <i>Рискове и ползи</i>	51
10. Качество на живот и функциониране	53
11. Психосоциални интервенции и психотерапия	53
12. Профилактика и стратегии за справяне	55
III. Изводи от литературния обзор	57
IV. Материали и методи	58
1.Цели и задачи	58
2.Обект на проучването	59
3.Инструментариум на проучването	60
4.Методи на проучването	62
5.Обща характеристика на изследването	63
6. Характеристика на инструментите	63

6.1 Оценка на сегашен статус и пожизнена изява на симптоми и болестно поведение	64
6.2 Оценка на диагностичните критерий	64
6.3 Оценка на функционирането	64
V. Резултати	65
1. Основни характеристика на извадката	65
2. Социо-демографски характеристики	66
3. Биологични предиктори	74
4. Клинична характеристика на психичните разстройства по време на бременност и след раждане	83
5. Фокусиране на терапевтични интервенции за овладяване на психичното разстройство по време на бременност и след раждане	109
VI. Обсъждане	115
1. Проучване върху клинико-социалните констелации на бременни и родилки с психични разстройства	115
1.1 Социо-демографски характеристики и взаимодействието им в периода на бременност и след раждане върху психичната болест	116
1.2 Биологични фактори	120
2. Нозологична и клинична характеристика на психичните разстройства по време на бременности и след раждане	123
2.1 Биполлярно афективно разстройство	124
2.2 Шизофрено разстройство	126
2.3 Депресивно разстройство	128
3. Проучване на протичането и прогноза на психичните разстройства	131
3.1 Характеристики на хода и протичането в зависимост от периода на възникване	131
3.2 Отношение към ремисията и функционирането извън пристъп	133
4. Фокусиране върху терапевтичните интервенции	135
4.1 Лечение с електроконвулсивна терапия	136
4.1 Лечение с медикаменти	137
VII Изводи	140
VIII Приноси	142
IX Summary, Библиография, Приложения	150-153-174

Съкращения

БАР	Биполярно афективно разстройство
ГС	Гестационна седмица
ЕКТ	Електроконвулсивна терапия
МКБ-10	Международна класификация на болестите-десета ревизия
СЗО	Световна здравна организация
GAWH	Световен Алианс за женско здраве
DSM IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,4-th edition, text revision
ТТХ	Тиреотропен хормон
IL	Интерлевкини
5-НТ	5- хидрокситриптамин-серотонин
УЗД	Ултразвукова диагностика
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
HAMD	Hamilton Depression Rating Scale
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
IGC	Item Group Checklist
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
ЕЕГ	Електроенцефалография
ВМІ	Индекс на телесна маса
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitor
SNRI	Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor
PSS	Perceived Social Support
BQ	Blues Questionnaire
РДР	Рекурентно депресивно разстройство
SF-36	Health Status Questionnaire

I. Въведение

Исторически обществото е разглеждало майчинството, като естествена и свята роля и задължение на жените. Днес майчинството се разглежда като избор и отговорност.

Бременността е уникален преход в житейския цикъл, в резултат на което жената вече не е отговорна само за себе си. В този преход се случват много физически и психически трансформации, които правят жената лесно уязвима. Психичните разстройства по време на бременността и раждането са социално значим и здравен проблем, често водещ до сериозно нарушение на качеството на живот, не само на майката, но и на семейството.

Данните на статистиката регистрират, че приблизително около 50% от жените разгръщат кратки и единични епизоди на психично разстройство в първите две-три седмици или два-три месеца след раждане (Franzblau N, 2009). При 70% от жените, преживели епизод на психоза в пуерпериума, се отключва психично разстройство (Carter D, 2005). Приблизително 10 до 15 % от жените с първо раждане развиват депресивни състояния (Sharma V, 2009). При около 0,14% - 0,26% от жените се наблюдават пуерперални и постпартални психози (Franzblau N, 2009). При 50% от жените с афективно разстройство бременността и раждането предизвикват влошаване на заболяването (Sharma V, 2009).

Психичното здраве се влияе от многобройни фактори в живота на всяка една жена: културалната принадлежност, социалното обкръжение, историята на нейното собствено развитие, наличието на подкрепа, биологичните и психологични заложи в контекста, в който се случва бременността. Различни са теоретичните модели, които влияят върху разбирането за майчинството и за психичната болест, като се акцентира както на чисто биологични и физиологични, така и психологични фактори. Психосоциални и физически фактори също оказват влияние върху психичното здраве на жената в периода на бременността. Преживяването на бременността и справянето със съпътстващите я проблеми има особена връзка с психичното здраве на жената и последствия за периода след раждането на детето (Carter D, Kostaras X, 2005).

В последните десетилетия резултатите от направените изследвания в областта на репродуктивната психиатрия потвърждават факта, че психичните разстройства все

по-често се срещат в антенаталния и постнаталния период и че жени с предхождаща анамнеза за психично разстройство са високо рискови за рецидивирание на болестта им по време на бременност и раждане. В повечето от анализите на тази тема се констатира, че жените, които преживяват трудно бременността си, са 4,6 пъти по-високо рискови да отключат психични разстройства в периода след раждане (Evens J et al, 2001).

Уязвимостта е свързана и се определя от влиянието на различни фактори - генетични, личностови, социални, биологични и физически (Mc Neilp, 1987). Самата бременност не предизвиква психично разстройство. Психозите по време на бременност и след раждане се срещат в една от 500 бременности. При жени, които имат диагностицирано психично заболяване и забременеят, рискът от рецидив на психичното разстройство става по-голям (Carter D et al, 2005).

Психичната болест в периодите на бременност и след раждане обикновено остава недостатъчно диагностицирана и дори частично или напълно нелекувана. Проблемите се асоциират с повече от един рисков фактор - хормонални, биологични и психологични, а това понякога затруднява процеса на идентификацията им (Anderson K, 2007).

Развитието на репродуктивната психиатрия през последните години набира скорост и започва постепенно да запълва празнините. Клиничните изследвания в областта на репродуктивната психиатрия са все още относително недостатъчни, но всички те достигат до извода, че излагането на психична болест през бременността има вредни краткосрочни и дългосрочни ефекти (Jones I, Cantwell R, 2010). Справянето с психичните разстройства през бременността и след раждането е сложно, защото изисква балансиране на рисковете и ползите от намеса или ненамеса, свързана с прилагане или не на лечение, както за майката, така и за ембриона (Glover V, Kammerer M, 2004).

Най-често срещаните психични разстройства в този житейски етап са афективните психози (манийни, депресивни, шизоафективни). В сравнение с други периоди от живота на жената вероятността да се отключи или да рецидивира психично разстройство се увеличава, като в ранните постнатални седмици това увеличение стига до 16 пъти. Около половината от всички епизоди на постнаталните разстройства започват още през антенаталния период. Рисковите фактори могат да имат различни ефекти, в зависимост от това дали те действат рано или късно в периодите на бременност и след раждане. Наличието на фамилна обремененост и

предишна психиатрична история за психично разстройство са предиктори, които играят важна роля в отключването на психично разстройство (Brockington IF, 1982). Психичната болест оказва значимо влияние и върху майчиното функциониране и може да предизвиква дългосрочни негативни ефекти върху връзката с детето, неговото когнитивно и поведенческо развитие (Abel K, 2002).

Актуалността на настоящето изследване е обусловена от липсата на достатъчно знания и опит върху проблематиката и фокусът му е насочен към изработване на стратегия и програми за подобряване грижата за жени с психични разстройства през бременността и в постнаталния период. Наличието на добре аргументирани, индивидуални, според конкретните потребности на жените, програми за психопрофилактика ще осигури адекватно обучение и знания за ранно разпознаване симптомите на болестта, което ще помогне за по-добра превенция и намеса по време на бременност и пуерпериум.

Значимостта на проблема изисква осигуряване на безопасност и протекция, с оглед намаляване влиянието на рисковите фактори, както в краткосрочен, така и в дългорочен план.

II. Литературен обзор

1. Исторически преглед

Особено място в житейския цикъл на една жена има нейната зрялост и свързаната с това репродуктивна функция и представлява важен период, в който могат да настъпят психични промени и разстройства. Психичното здраве при жените в репродуктивна възраст е обект на наблюдение още от древността до наши дни и поставя специфични предизвикателства пред психиатрията в 21 век. Психичната болест по време на бременност или след раждане е тема, която е във фокуса на голяма част от изследвания, наблюдения и анализи, както в медицината, така и в частност на психиатрията.

В древността доминира идеята на хуморалната медицина с наивно-материалистически разбирания. Хипократ (460-375 г.пр.н.е.) е един от първите, който развива теорията, че в етиопатогенезата на психозите при жени в репродуктивна възраст главно значение има задръжката на лохии. Гален (129-216г.пр.н.е.) отдава място на натрупването на много "меланхолна кръв" в организма на жената и счита, че тя стои в основата на психичните разстройства. След Гален и Хипократ, въпросът за пуерпералните психози не получава особено внимание до края на средните векове.

В края на 18-век, в епохата на Възраждането, представители на френската психиатрична школа в лицето на Жустус де Берже (1745), А. Леврет (1766), Франциско Боасие дьо Соваж (1768) и Пюзо (1801) са основните изследователи, които работят върху проблемите за психичната болест и раждането. Всички те поставят въпроса за душевните разстройства на родилките и кърмачките, като развиват тезата за млякото, което се намира в готов вид в кръвта на майката. По време на бременността то се привлича в матката, където служи за храна на плода, а през лактационния период от гърдите. Чрез механизма му на превръщане в млечни съсиреци, предимно в мозъка, се стига до психично разстройство (в частност до „мания“). Вследствие на компресията на мозъка от тези съсиреци настъпва деменция и „лудост“.

Ф. Пинел (1820) и Е. Ескирол, (1838) застъпват тезата че причината на тези разстройства се дължи на предразполагащи и предизвикващи фактори. Те смятат, че предразполагащите фактори включват наследствеността, а предизвикващите са душевните вълнения и физическите страдания (като основен такъв посочват „простудата“). Във Франция Е. Ескирол публикува няколко статии върху душевните

разстройства на родилки и кърмачки и обръща внимание главно на продължителността и трайните душевни разстройства в пуерпериума и лактацията.

С напредването на познанията за женския организъм, за първи път в Англия, английският акушер Р. Бърнс (1811) прави опит да разграничи психичните разстройства в пуерпериума, като ги обособява в пет форми:

- мания, която оздравява, но понякога води до меланхолия;
- психози при треска;
- психози от органични промени в гръбначния мозък и съдовете му;
- Phrenitis- предимно неврологични;
- психози при болест на матката(особено флебити);

В първата половина на 19 век се налага възгледът, че физиологичните промени на женския организъм по време на бременността, раждането и кърменето са в основата на психичната болест. Шнайдер (1823) и Берид (1823) посочват като най-важна причина състоянието на нервна възбуда, водеща до „физическа и психична травма”, която изпитват жените. В средата на века се налага идеята за „промени на сензорната нервна система”, а непосредствената причина е бурната изява на афекта, ”например гняв и страх”. Един от най-активните представители на това течение е Ф. Флеминг (1850), който застъпва и идеята, че най-податливи към заболявания са жените с холеричен темперамент. Схващането за психогенната етиология на психичните разстройства при бременни и родилки намира своето развитие през втората половина на 19 век .

Едва през 1858 г., за първи път, Луис Марсе описва в своята монография ”*Traite de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchees et des nourrices*” феноменологията на пуерпералните психози, като застъпва тезата, че те не се отличават по своята етиология от всички останали познати психози. На последно място той поставя психотравмените преживявания и им дава името ”*Sympathie morbidi*”.

В последните години на 19 век и началото на 20 век основно място в теориите за етиологията на пуерпералните психози заема наследствеността и дегенеративните промени, а в теориите за патогенезата - автоинтоксикацията. През 1893 година, У. Ф. Мензис издава монография върху пуерперални психози - „*Puerperal insanity; an analysis of one hundred and forty consecutive cases*“. В нея той застъпва тезата, че основна роля в етиологията на пуерпералните психози заемат наследствеността и дегенерацията. В патогенезата на заболяванията той отбелязва механизма на автоинтоксикация, чийто

източник по време на бременността са продуктите на обратна метаморфоза на плода, а в пуерпериума - белтъчни съсиреци в разширените лимфни съдове на матката.

Руските психиатри П. И. Ковалевски („Пуерперальные психозы”, 1894) и И. Д. Жданов („Психозы послеродового периода”, 1896) смятат че пуерпералните психози са следствие на множество комбинирани фактори, като наследственост, дегенерация, еклампсия.

Следва много важен и преломен момент в психиатричната наука, когато основен въпрос, който се дискутира е въпросът за нозологичната принадлежност на психичните заболявания. При изучаването на психозите се сблъскват две основни тенденции - отнасянето им към описаните от Крепелин нозологични единици и обособяването на нови такива единици (Иванова Л, 1955).

В изминалите години на 20 век въпросът за психичните разстройства по време на бременност и след раждане търпи превратни мнения и многообразни схващания относно нозологичната им принадлежност. Немската класическа психиатрия отрича съществуването им като самостоятелни психози. Отдава се роля на генеративните процеси, които имат значение като отключващи за „ендогенните” психози, както фактори улесняващи възникването на свързани с пуерпериума инфекции, симптоматични или реактивни психози. Основни представители на теорията за ендогенните психози са Е. Крепелин (1920) и Бонхьофер (1927). Класическата психиатрия разглежда въпроса, основавайки се на хуморалната физиология и патология. Една от хипотезите, която застъпва Е. Крепелин е че епизодите на мания и меланхолия са по-чести след раждане, отколкото по време на бременност.

По-късно възгледите за пуерпералните психози се ориентират и към ролята на ендокринните нарушения, настъпващи в диенцефалона и хипофизата. През 30-те години на 20 век, ендокринните промени при генерационните процеси се разглеждат като етиологичен фактор на пуерпералните психози, както и влиянието на „хипофизно-диенцефалните центрове”. Хипотезата за ролята на ендокринната система застъпват психиатри като Ж. Деле (1949), Е. Балдуци (1951), С. Бюрг (1954), Р. Зайденберг, Л. Харис (1949) и други.

Представителите на американската психосоматична медицина, като Р. Зайденберг и Л. Харис (1949) в съвместната си работа ”Prenatal symptoms in post partum psychotic reactions”, изтъкват значението на емоционалните разстройства в ранното детско развитие, както и неразрешени сексуални конфликти. Те проследяват протичането на бременността и установяват, че в основата на психични разстройства

след раждане е емоционалната съпротива и енергията на отричане на детето и отстраняване на нероденото (Иванова Л, 1955).

От края на 20 век и началото на 21 век се отбелязва значителен научен и клиничен напредък в областта на психичните разстройства, свързани с репродуктивна възраст на жената, както поради голямата им социална значимост, така и поради необходимостта от оказване на адекватна подкрепа, лечение и превенция. Важността на проблемите, които трябва да се решават обособиха важен раздел от общата психиатрия, а именно репродуктивната психиатрия .

2. Нозология и епидемиология

Според Световния Алианс за женско здраве (GAWH), в света всяка година 11 милиона от населението боледува от психични заболявания, като от тях 7 милиона са жени. Около 25% от всички жени преживяват и трябва да се справят в живота си с много по-голям обем от негативни изживявания от обичайните трудности в жизнения цикъл. Психичната болест по време на бременност и след раждане е част от пътя за справяне на голям брой жени (Wolfson E, 1997).

Развитието и протичането на психичните разстройства по време на перинаталния и постнатален период се основава главно на така наречения многофакторен модел. Признаците и симптомите, с които протичат, обикновено не се различават от тези на известните ни психични разстройства в други условия. Специфичността идва от социалната им значимост и вредното въздействие, което оказват върху емоционалното, социалното и познавателно развитие на новороденото (Brockington I, 1996).

През 1999 година в Швеция, на международна среща на експерти (Paykel E et al, 1999), вниманието се насочва към опит за намиране на място на тези разстройства в класификацията на психичните заболявания. Предлагат се и се преработват различни варианти, в които основно място заемат няколко задължителни условия:

- ✓ начало на психичното разстройство, което се определя, че е до третия месец;
- ✓ наличие на диагностични критерии (МКБ-10 и DSMIV), които да покриват всички диагнози;
- ✓ пропускане на психични и поведенчески разстройства, свързани с пуерпериума в следващата ревизия на МКБ-10;

- ✓ въвеждане в DSM-V на допълнителна психотична диагностична категория, неограничена с постпарталното начало, която да има следните характеристики: да е налице остро начало, да не е на фона на хронично разстройство;
- ✓ да има разстройство на настроението изразяващо се с лабилност и бързи променливости - недоумение, обърканост и дезориентиране (Jones I, Cantwell R , 2010).

В класификациите на психичните заболявания, век и половина разстройствата по време на бременност и лактация, не се оценяват като специфични, а са описани, като част от големите психични разстройства (Cox J, 2004).

В DSM-IV-TR разстройствата, свързани с периода на раждане и след раждане се определят като настъпили в първата година след раждането, като в предходните класификации се смяташе, че периодът е до 4-та седмица след раждането (Anderson K, 2007).

Относно посоката на дебата за ролята на постнаталните психични разстройства в новите класификации МКБ-11 и DSM-V, докладът на Brockington I отваря нова страница и се базира, както на енциклопедичните познания на древността, така и на съвременната литература и на клиничния опит (Jones I, Cantwell R, 2010). Ограниченията, които поставят съществуващите класификации за постнаталните психични разстройства са добре познати на клиницистите и изследователите в тази област. МКБ-10 позволява класификацията на психичните и поведенчески разстройства, свързани с пуерпериума (F.53), само ако те започват до 6-тата седмица. Употребата на категорията пуерперални психози в досегашните класификации не е защото има специфични черти, а защото липсата на ресурси затруднява намирането на по-фини характеристики на психопатологията които да бъдат валидизирани и да бъдат оформени като диагностична единица. Липсата на данни води косвено до неуспех да се съберат и документират статистически усложненията на тези дискретни психични разстройства. В DSM-IV-TR периодът за възникване на психичните разстройства е определен до 4 седмици и е ограничен само до четири диагнози. Трудностите в оформянето на нозологията произлизат и от намиране на точния момент за следваща оценка и измерване. Съществуват и методологични ограничения, включващи селективно предубеждение, липса на случайност, недостатъчни възможности за очертаване на ефектите, поради недостиг на литературно базирани данни. В новата класификация DSM-V психичните разстройства, свързани с бременността и след раждането са включени в диагностичните рубрики – Депресивни разстройства и

Биполярни разстройства като неспецифични психични разстройства с начало в перипартума (Uher R et al, 2013).

Според публикуваните последни статистически данни в периодите на бременност и лактация 30% от жените развиват психози, а 38% боледуват от послеродова депресия (Semple D, Smyth R, 2013).

През последните 10-15 години все повече се налага мнението, че има необходимост от изработване на международна стандартизирана методология и всички усилия са фокусирани в тази насока. Психичните разстройства по време на бременност и след раждане са публичен здравен проблем, който засяга около 13% от жените, които забременяват и раждат. Размерът на тези разстройства се е увеличил в последните години най-малко три пъти, особено по отношение на честотата на афективните разстройства и в частност на депресията. Изследванията в последните 2 десетилетия показват спорната връзка между перинаталните разстройства и неблагоприятните неонатални резултати. Автори като D.Carter заключават, че присъствието на психична болест през бременността е независим риск за последващи неблагоприятни събития, както за самото раждане, така и за ембриона и новороденото. През репродуктивния период от живота на жената психичната болест има специално значение и носи рискове, както за нея, така и за нейното семейство (Carter D., Kostaras X., 2005). През 2010г. в Обединеното Кралство 1/3 от жените и 1/5 от бащите преживяват епизод на депресия, свързани с раждането на тяхното дете и с първата година след раждането му (Sharma V et al, 2010).

Изключително трудно се оказва създаването на алгоритми и стандартна клинична практика за психичните разстройства в популацията на жените с бременност и след раждане. Приложените резултати и изследвания са базирани предимно на клиничния опит, като все още липсват големи, добре контролирани, надлъжни изследвания, които да оценяват ефектите от това боледуване, както върху жената, така и върху новороденото и неговото развитие (Carter D, Kostaras X, 2005).

В последните години усилията са насочени предимно към създаване на програми за откриване, превенция, разпознаване и лечение, като те трябва да се базират на солидно аргументирани факти. Един от надеждните доказателствени факти е, че излагането на психична болест през бременността има вредни краткосрочни и дългосрочни ефекти и за майката и за плода (Blackmore E et al, 2012).

От позициите на психосоматичната медицина въпросът за психозите по време на бременност и послеродовия период търси отговор за причинната обусловеност и

тяхната етиология. Единствената възможност за коректна и валидна оценка се ограничава до описване на клиничната им картина и факторите, имащи значение или съвпадащи по време с избухването на тези психози. Невъзможността да се намерят сигурни биологични маркери за диагностицирането им представлява сериозна трудност за психиатричната нозология и е значителна пречка за по-нататъшния напредък в изследванията.

Разрешаването на всички спорни въпроси в психиатрията се налага постепенно във времето и търпи огромно развитие особено от края на 20 век.

Предизвикателството пред клиницистите в 21 век е в създаване на експертен подход, базиран на факти, който да интегрира развитието на най-добрите практики с цел оценка, превенция и интервенция на психичните разстройства по време на бременност и кърмене. Продължителни и комплексни клинични, физиологични, биохимични, ендокринни изследвания достигат до значителни резултати. Анализът на част от тези проблеми се разработва с помощта на различни методи като проспективно контролирани изследвания, ретроспективни изследвания и казуси (Howard LM et al, 2001).

Целта на всички изследвания е да оценят рисковите фактори, да се проучат по-обстойно предикторите за настъпване на психичните разстройства в контекста на бременността и раждането, както и да се открият и изработят модули за интервенции и превенция. В повечето от изнесените експертни научни доклади се застъпва тезата и се насочва вниманието към влиянието на психичната болест върху отношението майка-дете, както и върху развитието на детето. Изследванията са емперично-базирани и съдържат както медицинска, така и психологична и социална информация и фактология (Cox JL et al, 2005).

Бременността е време на значими промени - биологични, психологични и социални за живота на всяка жена. Подготвяйки жената за майчинство, през бременността започва процес на развитие, който продължава и в послеродовия период. Промяната е често трудна, особено при жени с психични проблеми и неадекватни ресурси. Бременността е тежест, която съдържа и значителни здравни последици. Това е ключово време на биологични промени, които имат влияние и върху бъдещето на детето. Рисковете идват по различни пътища и това е причината психичните разстройства по време на бременността и след раждането да се разглеждат от позицията на био-психо-социалния модел на боледуване (Brockington IF et al, 1982).

В живота на жената психичните разстройства свързани с бременността и след раждането не са толкова често срещани, сравнени с всяко друго време от житейския ѝ цикъл (Kendell R et al, 1987). И до днес не се знае механизъм, по който може да се предотврати психичната болест.

На настоящият етап от развитието на репродуктивната психиатрия се отделя голямо внимание на идентифициране на рисковите фактори, които имат отключващ механизъм, както и изработване на подходящи стратегии за справяне и намаляване на риска (Da Costa D et al, 2000).

Действителното разпространение е неясно, тъй като това зависи предимно от характеристиката на изследваната популация. Симптомите на психична болест се наблюдават при над 20% от бременните жени. Това, което показва фактологията е, че психичните разстройства са по-чести в антенаталния период, отколкото в постнаталния - 25%, а при мета-анализи установеното ниво е от около 12%. От резултатите при проведени големи кохортни изследвания се установява, че има някои различия между заболяванията по време на анте- и постнаталния период. Така през 2001 г. във Великобритания са обхванати около 10 000 жени с бременност и след раждане и се установява, че психични разстройства по време на бременност имат 20% от жените, а след раждане 18% (Evens J et al, 2001).

Епидемиологията на тези разстройства показва че:

1. Между половин до една четвърт от всички жени имат т.нар. постпартална тъга или постпартална дисфория през първата седмица от раждането. Около 80% от всички майки преживяват състояние, което попада в спектъра на т.нар. „blues“-психози, характеризира се с период на лабилност на настроението, плачливост, главоболие. Те стартират приблизително на третия ден след раждането, а пикът им е между 3-5 ден. Клиничните изяви на настъпилите епизоди след раждане се оказват рискови фактори за отключване на психични разстройства по-късно в живота на тези жени (Kendell RE et al, 1981).

2. През първата година от раждането около 10 до 15% от жените отключават депресивна симптоматика (Oates MR et al.2004).

3. Една или две на всеки хиляда жени имат симптоми на психични разстройства по време на бременността и след раждането и често остават неразпознати, поради стигмата, като не се търси специализирана помощ, тълкувайки симптомите с „нормално изтощение“(Lusskin S, 2001).

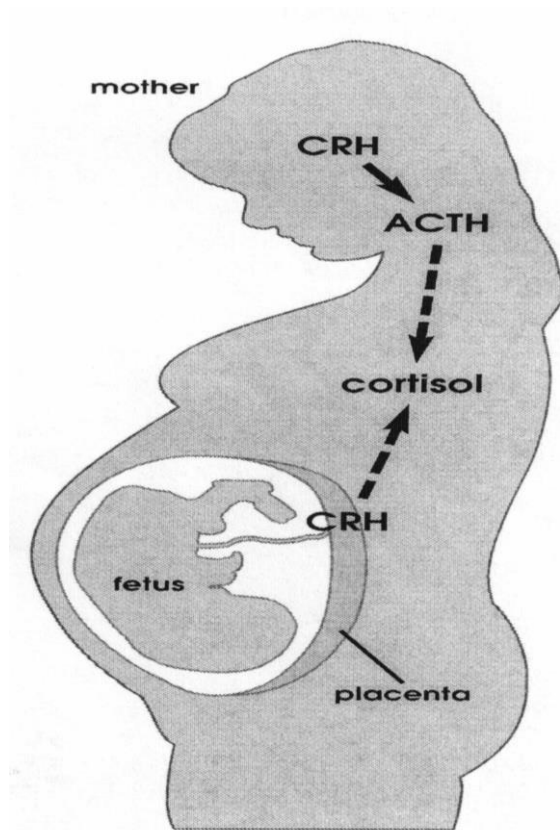
Фокусът на повечето изследвания, направени в периода 1980-2008 г, е насочен към оценяване ролята на рисковите фактори за настъпване на антепарталните разстройства, като се определя тяхната значимост и асоциираност. Майчината тревожност, житейският стрес, предишна анамнеза за наличие на психично разстройство, липса на социална подкрепа, непланирана бременност, липса на партньор, ниския социален и финансов статус, по-ниското образование, фамилна обремененост, са вече познати и известни предиктори, които имат своето въздействие и връзка с бременността и трудностите след раждането. Повечето от получените резултати (с помощта на мултивариабилни анализи) доказват тази корелация, свързана с увеличения риск за психичните разстройства (Lancaster CA et al, 2010).

3. Биология, патофизиология и генетика

Всяка бременност и раждане, независимо дали протичат нормално или абнормно, се разделят на няколко периода: периода на забременяване, бременност и послеродов период. Зачеването и бременността се обединяват в термина антенатален период. Пуерпериумът се дефинира като време, в което настъпва пълно освобождаване на плацентата до пет седмици след раждането и обикновено продължителността му е около 6 седмици. Постпарталният период обхваща първите три месеца след раждането до една година (Franzblau N et al, 2004).

Биологията и патофизиологията на перипарталните психични разстройства се основава на асоциираността им с нивата на основните хормони в женското тяло - кортизол, прогестерон и естроген (виж фиг.1). Активната роля на основните хормони в перипарталния период е изключително голяма и значима (Chrousos GP et al, 1998).

Нивото на хормона- естроген очевидно е свързано с отключването на психози, особено в първите месеци на бременността и след раждането. Естрогенът действа върху различни невротрансмисерни механизми в мозъка и най-вече върху серотонина, норепинефрина, моноаминооксидазата и допамина.



Фиг.1 Хипоталамично-питуитарно-адреналиновата ос и ролята на плацентата по време на бременността в организма на жената (Glover V, Kammerer M. Primary Psychiatry. Vol 11, №3, 2004)

Половите хормони, като прогестерон и естроген, се повишават по време на бременността и веднага след раждането нивата им спадат, като по този начин дават отражение на някои важни зони от мозъка - богатите на моноамини зони locus coeruleus и dorsal raphe, които участват в контрола на настроението. Нивата на естрогена и прогестерона играят особено голяма роля за етиологията на постпарталните психични разстройства. Тяхното освобождаване активира централните моноаминни невротрансмитерни системи. Доказателство за ролята на половите хормони са резултатите от няколко изследвания при жени с т.нар. "майчини депресии - blues". Установено е високо ниво на прогестерон в антепарталния и постпарталния период (Wieck A, 1989; Bloch M et al, 2003).

Meakin CJ и колеги тестват хипотезата за ролята на централния допамин D2 рецепторна хиперсензитивност при пациентки, които имат вече рисков фактор - предхождащо биполарно афективно разстройство и предстояща бременност. В това проспективно проучване, при жените с висок риск за отключване на нов епизод след

раждане е тестван отговорът на централния допамин, предизвикан с апоморфин - допаминов рецепторен агонист и е измерено нивото на растежния хормон в плазмата след 4-ят ден от раждането. Резултатите показват, че при жените с рецидив на психичното заболяване има повишено ниво на растежен хормон (Meakin CJ et al, 1995).

Високият риск от постпарталните релапси при жени с история за биполярно разстройство вероятно прицелно се повлияват от промяната на циркулиращия естроген. В посока на тази хипотеза, в отворено клинично проучване са изследвани 29 бременни жени с диагнози хипомания, мания, шизоафективно разстройство, при които е назначен естроген след раждането. Нивото му е проследено 48 часа след раждането. Резултатът от изследванията показва, че целият дозов режим на естрадиол не се редуцира в периода на влошаване (Ahokas A et al, 2000).

Бременността е време, в което стартират процеси на клетъчна и тъканна диференциация. Нивото на хормоните на щитовидната жлеза се оказва от съществено значение за правилното и нормално развитие на органите на ембриона. Хиперфункцията на щитовидната жлеза през бременността се съчетава с по-висок майчин и по-нисък ембрио-фетален риск (Bergink V et al, 2013). Наличието на хипотиреоидизъм преди бременността има неблагоприятни последици върху ембрио-феталното развитие и върху майката и често става причина за възникване на усложнения в протичането на бременността и раждането. Появата на симптоми като сърцебиене, слабост и умора, причинява съдово-циркулаторни нарушения, които са причина за изоставане темпа на растеж на плода и за раждането на деца с ниско тегло. Тиреоидната патология се асоциира не само с неблагоприятните последици върху органогенезата, но и върху интелекта на новороденото (Harris B et al, 1992).

Ролята на тироидните хормони в афективните постпартални разстройства е изследвана в поредица проучвания, които имат за цел да покажат връзката им с тироидната хормонална дисфункция и позитивните тироидни антитела. Получените резултати установяват високи стойности на тиреотропния хормон (ТТХ), особено изразени в началото на бременността. Установяването на тиропероксидазни антитела в ранните месеци на бременността се асоциира с наличието на депресивна картина. Когато нивото им в първата година след раждане е 2,8 пъти повече от нормата, това е сигурен маркер за отключване на депресия на по-късен етап (Harris B, 1994).

Антителата са резултат от абнормен имуноен отговор, който е причина за възникване на спонтанно прекъсване на бременността в различни срокове, за ранно

настъпила прееклампсия или вторичен фосфолипиден синдром, протичащ с различни нарушения в кръвосъсирването (Bloch M et al, 2003).

Доказателствена се оказва и теорията за ролята на майчините цитокини по време на бременност и отключаването на психоза. Изследвани са нивата на цитокините на жени в края на бременността и връзката им с последващо развитие на психоза в тяхното потомство. В рамките на Международен колаборативен перинатален проект, осъществен през 2001 г. са изследвани жени с диагноза шизофрения и други психични разстройства и 50 съвпадащи незасегнати контроли от кохортата. Серумните проби са анализирани за интерлевкин 1 бета (IL-1), интерлевкин 2 (IL-2), интерлевкин 6 (IL-6), интерлевкин 8 (IL-8) и тумор-некротизиращ фактор алфа (TNF) чрез имуноанализ. Майчините нива на тумор-некротизиращия фактор алфа е значително повишен сред серия от случаи и е доказателство за увеличаване процента на психози по отношение на по-високи нива на цитокини. Това се оказва потенциален рисков фактор за психично заболяване сред поколението на бременните психично болни жени, особено ако тези жени имат по време на бременност и прибавени инфекции (Glover V, Kammerer M, 2004).

Важен предиктор на психичните разстройства по време на бременност и след раждане е фамилната обремененост. От методите на фамилните изследвания най-често се прилагат фамилна анамнеза и фамилни проучвания. Фамилната анамнеза търси емпиричния риск, определящ се от отношението между брой болни към общ брой на изследвани, в семейства с определено психично разстройство. Фамилните проучвания показват, че колкото по-близки са родствениците, толкова рискът за развитие на дадено психично разстройство е по-голям. Оказва се, че около 61% от роднини първа линия на потенциално болен с биполярно разстройство имат някакво афективно разстройство, а около 30% имат биполярно разстройство. Фамилните изследвания показват, че при родственици първа линия на биполярни пациенти съществува повишен риск за развитие на униполярно депресивно разстройство, сравнено с родственици от първа линия на здрави контроли (Миланова В, 2013).

Генетичната база на психичните разстройства се разглежда от много изследватели, тъй като фамилната обремененост е определен биологичен маркер и предиспозиция за пуерпералните психози и особено за биполярното афективно разстройство. Оказва се, че епизодите в пуерпериума се срещат при 74% от жените, обременени с афективни разстройства, като от тях около 30% са с биполярно афективно разстройство (Warner R et al, 1996).

Наличието на генен полиморфизъм се свързва с перипарталните психични заболявания, като основна роля има серотонин транспортерният (5-HT) ген (Coyle N et al, 2000). Неговите вариации и субстанции (открити са 4 субстанции), оказват влияние в популацията и може да рефлектират в поколенията (Oberlander TF et al, 2008).

Определени генетични фактори влияят върху уязвимостта на послеродовия период. Получени са необорими доказателства за фамилната обремененост и появата на психоза при жени родствени с Биполярно афективно разстройство. Групирани са жени с епизоди след раждане, които имат обремененост от страна на братя и сестри. Една от стратегиите се фокусира върху позиционни подходи и кандидат гени за търсене на чувствителност на отделни гени. В проучване (IrishBP-SIB) на изследователи в Обединеното кралство са идентифицирани подгрупи на семейства, при които има двойка молекулярно генетични връзки с геном. Включени са жени, които са претърпели най-малко един епизод на следродилна психоза. Анализът на тази хомогенна подгрупа на семейства води в целия геном до връзка в хромозома 16p13 и генома, предразполагащ свързване на хромозоми 8q24. Резултатите убедително изтъкват значението на генетичните фактори за чувствителност към биполярно разстройство. Семействата, в които един единствен ген играе важна роля, са редки. Намирането на реалистични модели за афективни разстройства постулират по-сложни механизми - например множество гени взаимодействат един с друг и с различни фактори на околната среда, които повлияват податливостта към заболяване. Констатациите при молекулярно-генетичните изследвания за биполярното разстройство и следродилната психоза се потвърждават от намерените данни за DAOA(G72) локуса върху хромозома 13q (DePaulo JR, 2004).

В хода на протичането на бременността оказват влияние и някои патологични промени (акушерски, инфекции и други), свързани със самата бременност, което налага скринингови изследвания: до 9-та гестационна седмица има риск от спонтанна загуба на плода, в 15-та и 19-а гестационна седмица рискът е от наличие на Морбус Даун (необходимо е изследване с УЗД и нохиална трансфоценция). Следващите рискови периоди са 16-а и 17-а гестационна седмица за дефект на невралната тръба (осъществява се биохимичен скрининг, който е задължителен за жени след 36 години), а в 19-а и 22-ра гестационна седмица от spina bifida (прави се фетална морфология) (Blackmore E et al, 2013).

През 2009 г. е направено изследване на 193 823 жени, при които са наблюдавани различни рискове, свързани с процеса на раждане, и дали отражение върху

психичното им здраве. При 50% от жените най-рискови се оказват акушерските усложнения - травми, руптури, следродилна хеморагия, следродилно фебрилно състояние, инфекции, комбинирани перинатални заблявания (Allen VM et al., 2009).

4. Рискови и протективни фактори

Психичното здраве се влияе от многобройни фактори в живота на жената и нейното собствено развитие, настоящи връзки и подкрепа, както и културалния контекст, в който бременността се случва. Различни теоретични модели влияят върху разбирането на майчинството и психичната болест през перинаталния период. Един от водещите е медицинският модел, който разглежда ролята на хормоните, лишаване от сън, ранни влияния върху биологичните реакции към стрес (Ahokas A et al, 2000).

Другите модели, като теорията за привързаността се основават на трудностите, които има при раждане и безпомощността на жените. Междуличностовите теории изтъкват важността на променящите се връзки през това време на еволюционна промяна. Теоретиците по еволюционна психология изтъкват ролята на неадекватната подкрепа и липсата на партньор (Kitamura T et al, 2004).

Рисковите фактори са характеристики, променливи величини или случайности, които, ако присъстват в живота на човека, правят по-вероятно този индивид, повече от някой друг, да развие психично разстройство. Изследователи са идентифицирали определен брой рискови фактори, свързани с психични здравни проблеми през перинаталния период. Тези фактори могат да имат различни ефекти, в зависимост дали действат рано или късно през перинаталния период (Boyse PM et al, 1991).

Основните рискови фактори за психично разстройство са формулирани в пет основни направления:

- ❖ Наличие на дълготрайна психо-социална враждебност, финансово напрежение, ниска степен на образование, ограничена родителска подкрепа, история за физическа, емоционална или сексуална злоупотреба. (O' Nara et al. 1991).
- ❖ Предхождаща анамнеза за психично разстройство или фамилна обремененост
- ❖ Липса на семейна подкрепа - проблемна връзка с родител или партньор
- ❖ Нежелана бременност, възраст по- млада от 20 години, преживени значими загуби

- ❖ Липса на лесен достъп до здравни услуги за подкрепа, наблюдение, помощ и образование на жените с психични разстройства и техните семейства през перинаталния период (Warner et al, 1996; Murray et al, 1997).

През 2000г в Университета на Аделаида – Северна Австралия е изготвен пълен набор от потенциални рискови фактори за отключване на психични разстройства по време на бременността, периода на раждане и след раждането (Kowalenko N et al, 2000). Потенциалните рискови фактори са подредени и представени в таблица 1.

Бременност	Раждане	След раждане
Години на майката 18 и над 35	Липса на партньор	Липса на подкрепа
Предишни бременности, мъртво раждане, неонатална смърт	Липса на подкрепа и внимание	Мултиплено раждане
Нежелана бременност	Усложнено раждане (като хеморагия, задържана плацента)	Болест на детето
Усложнения при бременността - хипертензия, мултиплена бременност със смърт на единя фетус или абнормност	Преждевременно раждане (спешно Секцио)	Телесни абнормности на детето
Тежки предменструални психични проблеми	Белези за преждевременна или послеродова загуба	Неочакван пол на детето и липса на одобрение
Нисък социоикономически статус	Негативни чувства към бебето	Продължителна незаинтересованост и амбивалентно отношение към детето (когато плаче, когато е гладно)
Липса на партньор или често отсъствие на партньора от дома		Проблеми с кърменето
Липса на социална подкрепа (като изолация, езикови трудности, транспортни проблеми)		Късни проблеми след раждане (инконтиненция, инфекции,

		болки след епизиотомия)
Алкохолна и наркотична зависимост		Други здравословни проблеми - тироидна дисфункция, анемия, хипертензия
Анамнеза за минали психични проблеми -анксиозност, депресия, зависимост		Липса на родителски умения и знания
Фамилна обремененост с психични разстройства		Негативен опит от родителствуване
Проблемна връзка с партньора, вкл. бедна емоционална подкрепа		Необходимост от друг вид грижа, загуба на свобода на избор
Липса на емоционална свързаност със своите майки		Загуба на социална позиция
Загуба на родител, претърпяно насилие, родител с хронично психично заболяване		

Табл.1 Потенциални рискови фактори

Освен потенциалните рискови фактори са налице и протективни фактори. Много малко са изследванията, посветени на тази област. Потенциалните протективни фактори за психичните разстройства са идентифицирани, като добро психично и душевно здраве, адекватно себеуважение, наличие на подкрепящи интерперсонални връзки (особено с партньора и с родителите, най-вече с майката). Други такива са отбелязани, като адекватен социоекономичен статус, като наличие на дом, транспорт, социално и медицинско обслужване, работа, не на последно място образование и информираност. От особена важност са наличие на нормално протичаща бременност, липса на усложнения при раждането, добро здраве на новороденото (Watson J et al, 1984).

В повечето от изследванията фокусът е насочен към бременността, когато е първа при майки в различна възраст, начина на зачеване и психо-социалния статус на тези жени. Търсейки връзката между възрастта на майката и отключването на

психична болест, се установява, че жените в млада възраст (15-24 години срещу ≥ 25 години), които раждат за първи път, имат по-голям риск да развият психично разстройство. Младата възраст се оказва по-ранима и неподготвена спрямо стреса, безработицата, ниската социална подкрепа, ниския социално-икономически статус, липса на образование и подготвеността за родителство (Bowen A, Bowen R., et al., 2012). Ранната възраст е свързана и с повишаване на риска от преждевременно раждане. Установено е, че с 1,6 пъти е по-висок рискът раждането да се осъществи между 32 и 36 гестационна седмица при жени с психоза на възраст 18-20 години, спрямо здрави жени, където рискът е 1,3 пъти по-малък. Раждане под 32 ГС е с 7,4 пъти повече при момичета, които имат симптоми на биполарно разстройство, спрямо здрави момичета в тази възраст (Nosarti C et al, 2012).

В направено наблюдение, в което са изследвани 649 жени (в началото на бременността, с късна бременност и период след раждане), се открива, че жените в по-млада възраст, поради липса на подкрепа, непланирана бременност и липса на партньор, са били с по-изразена клинична психопатология и по-трудно са износили бременността (Nosarti C et al, 2012).

Възрастта е фактор, който се асоциира с интензивността на симптомите и тежестта на психопатологичната продукция. В Австралийско проучване за зависимостта на фактора възраст са изследвани жени в три възрастови групи (до 30г, средна възраст 31-36г и $>$ от 37 години). Проведено е структурирано интервю и са попълнили въпросници, оценяващи социално-икономическия статус, характера, качеството на връзката с партньора, клиничните симптоми, фокуса върху връзката майка-ембрион. Установява се, че по-голямата възраст е асоциирана с по-ниски нива на тревожност, депресия, по-малка привързаност, по-голяма психологична издръжливост. По-младата възраст се асоциира с високи нива на тревожност, по-интензивна емоционална привързаност към ембриона, по-сложно преживяване на бременността. Оказва се, че жените, които раждат в по-късна възраст, имат предимство пред по-младите (McCauley-Elsom K, 2007). В последните 15-20 години се наблюдава универсална тенденция за отлагане на първата бременност, като от средна възраст за раждане е 25,8 години през 1991г и е нарастнала на средна възраст 29 години (Heron J et al, 2004).

През 2008 г. в района на Валенсия (Испания), в рамките на Национална пренатална програма, са обхванати в надлъжно кохортно изследване 1400 жени в първи триместър на бременността, като са проследени на петия и на дванадесетия

месец след раждането. С помощта на регресионен модел са оценени ефектите на някои рискови фактори – млада възраст, липса на партньор, домашно насилие, нисък икономичен статус и лошо благосъстояние като предиктори за отключване или усложнение на психично разстройство. Ефектът от неблагоприятни психо-социални фактори се оказва еднакво значим, както по време на бременността, така и по време на първата година след раждането (Brandon AR et al, 2008).

Все още не е установена единна „етиологична“ пътека, която да дава отговор за появата на психични разстройства, както през бременността, така и след раждането.

При ретроспективно кохортно изследване, обхванало 116 жени със следродилни психози, които са имали епизоди на мания или депресия с психотични прояви в рамките на шест седмици след раждането, се установява че само 33% от жените са имали предхождаща анамнеза за психично заболяване. По отношение на диагностичната принадлежност - 34% са били с биполарно афективно разстройство, 55% с депресия. При 58% от жените психичното разстройство се отключва по време на първата бременност. Установява се, че при 18% от жените бракът е прекъснат след появата на психичното разстройство. Честотата на рецидивите на психозата е 54,4%, продължителността на индекса епизод ($p < 0,05$) е с по-голяма продължителност, а индексът на латентност на епизода е по-дълъг за следваща бременност. Скоростта на следващите епизоди е почти два пъти по-честа. При 69% от жените честотата на биполарните епизоди е по-голяма (Blackmore E et al, 2013).

Постпарталните афективни разстройства са преобладаващи, като обхващат около 8 до 15% от жените. Голяма част от усилията са насочени към откриване на белезите на тези разстройства още през перипарталния период. Откриването на продроми за появата на психично разстройство се оказва цел на голяма част от провежданите проучвания. В рамките на такова проучване, направено през 2009 година в няколко френско-говорящи страни, са обхванати 1100 бременни жени, с цел откриване на продроми на психично разстройство. Интервюирани са със стандартизирани въпросници на три времеви периода: препартум- 30 седмица от бременността, 48-72 часа след раждането и на от 6 до 8 месец. При почти половината от тях се намира нестабилност в настроението, раздразнителност, намалена концентрация, тревожност, насочена предимно към здравословното състояние на плода и бебето. Изброените симптоми ескалират при жените в препарталния период и спадат като интензивност непосредствено след раждането, след това отново се повишават.

Оказва се, че колкото по-интензивни са тези симптоми в края на бременността, толкова по-добра прогностична стойност имат (Reulbach U et al, 2009).

По отношение на жените, които претърпяват за първи път психично разстройство, свързано с бременност и след раждане, без да са имали предишна анамнеза за такова заболяване, в някои от популационните изследвания се доказва влиянието на поредица рискови фактори и някои акушерски усложнения.

В национална кохорта, изработена в Швеция за жени, които за първи път са майки, е изследвана честотата на най-честите рискови фактори върху отключаването на психични разстройства (за период от 1983 до 1998г). Използвани са пропорционални регресионни модели за оценка на относителния риск за психоза по време на раждането и след раждане на хоспитализирани и нехоспитализирани жени.

Важността на това дали тези жени имат психиатрична хоспитализация или не, дава отражение, както върху хода на заболяването, така и върху някои фактори на бременността и раждането. Жените хоспитализирани многократно (N892) са два пъти повече от нехоспитализирани (N436). Разделени по възрастови групи се оказва, че възрастта на хоспитализираните жени е средно 35 години, като най-малката възраст е 19 години. Също така се открива известна пропорция при теглото на новородените от жени с чести хоспитализации (високо тегло на раждане ≥ 4500 гр.), спрямо теглото на новородените при нехоспитализираните. Определено е съотношение на риска 0,3% (от 0,1 до 1,0), както и наличие на диабет. Установява се и честотата на пиковите на психози, веднага след първото раждане, която е около 50%. Резултатите показват, че по-голямата възраст на майката увеличава риска от диабет и по-високо тегло на детето при раждане. Повтарящите се епизоди на психоза и честите хоспитализации при тези жени, повишава риска от суицидно поведение, както и редки, но трагични инциденти на увреждане (себенараняване, самоубийства, детеубийства). Въпреки това, някои жени имат първи и понякога единствен епизод по време на раждане или след раждане (Mc Neil TF, 1998).

Един от най-важните рискови фактори е предхождащата история за психично разстройство. Степента на риска пряко корелира с тежестта на последните епизоди. Оказва се, че почти половината от жените претърпяват рецидив по време на бременност. Периодът след раждане е време на повишен риск за обостряне на психичното заболяване, особено при жени, които имат предхождащо афективно разстройство. Жените с прекарани предишни епизоди в постпарталния период са по рискови за поява на психотични симптоми, особено ако имат биполарно афективно

разстройство тип I или имат фамилна обремененост с БАР. Около 30% от жените, които са имали най-малко един епизод на депресия по-рано, отново изпадат в депресия по време на своята бременност, а при около 40% депресията рецидивира след раждането (Thorppil J et al, 2012).

5. Диагностична и клинична характеристика на психичните разстройства свързани с периода на бременност и след раждане

Проследявайки клиничната картина на психичните разстройства по време на бременност и след раждане от досега направени изследвания, вниманието се фокусира предимно върху разстройства на настроението (голямото депресивно разстройство, биполярното афективно разстройство) и психотични разстройства.

Клиничната информация за риска от бъдещи психични разстройства при жени, които имат вече опит с прекаран епизод по време на бременност, се потвърждава и от продължителни ретроспективни изследвания и наблюдения. Доказва се, че жени претърпели епизод по време на перипартума, имат значително висок риск (около 57%) от появата на нов епизод при следващо раждане. Около 10% от изследваните жени са споделили, че появата на първите симптоми започват още на първия ден, но изязвата им настъпва в последния триместър на бременността. Предхождащата анамнеза за наличие на епизод преди бременността е предиктивен риск при последващи бременности и рекурентност на хода на психичното разстройство (Heron J et al, 2008).

5.1 Афективни разстройства

Разглеждайки клиниката на афективните епизоди - депресия и мания, няма особено разминаване с познатата симптоматология, но по отношение на депресивната симптоматика има известна специфичност и характеристики, особено в постпарталния период. Депресията и следродилните афективно психотични състояния са двете най-често свързани нарушения в перинаталния период. Тежестта и интензивността на боледуване могат да бъдат повлияни много често и от ситуацията на предстоящото майчинство. Депресивните състояния по време на бременност и след раждане протичат с потиснато настроение, нарушен сън, загуба на интереси и на способността за изживяване на радост или удоволствие, спад на активността, нарушава се концентрацията и вниманието, понижава се самооценката, появява се

себенеувереност. Това води до песимистично възприемане на бъдещето, до интензивна тревожност, самообвинения, идеи за вина, повтарящи се мисли за смърт. Тяхната проява и интензивност е различна в периодите на износване на бременността и след раждането. Най-трудно се преживява чувството за неспособност да се грижат за себе си и за бебето, доминира поведение на прекалена загриженост за здравето на бебето, както и чувство за вина, поради невъзможност да се справят с ежедневните си задължения като майки (O'Hara MW, Swain AM, 1996).

Наличието на изброените симптоми може да доведе до трудности в мисленето и вземането на решения, до апатия, загуба на тегло, неспокойствие и дори до опити за самоубийство. В периодите след раждане депресивните симптоми ескалират до интензивна тревожност, безпокойство, натрапливи страхове. Интензитетът и продължителността на епизодите оказват непосредствено въздействие не само върху майката, но и върху ранната връзка между майка и дете (O'Hara MW, 2009).

В много случаи първите симптоми са биологичните - нарушен сън, загуба на апетит, загуба на либидо, преживявания на панически страх или обесии (Evens J et al, 2001).

С особена клинична значимост, като един от най-ранно появяващите се симптоми, е нарушението на съня. Екип от психиатри на Университета на Британска Колумбия в Канада изследват нарушенията на съня по време на бременност и след раждане и определят, че промените в съня, в апетита и в енергията могат да затруднят диагностичния процес, особено когато съвпадат с първия триместър на бременността и в послеродовия период. Изследвания направени в Болницата за жени на Университета в Британска Колумбия показват, че около 50-70% от жените преживяват периоди на безсъние, което от своя страна води до промени в настроението, в апетита, в енергията и в мисленето. Рисковете, свързани с това, са поява на състояния на остро психотично разстройство, тежка депресия, агресивно и автоагресивно поведение. Загубата на сън играе съществена роля в отключването на психотични състояния, особено след раждане и е в причинно-следствена връзка с послеродовите психични разстройства. От проведено през 2010 г. изследване на жени с анамнеза за психоза, наличие на бременност и раждане, получените резултати показват, че по време на перинаталния период няма съществени разлики в цикъла сън –бодърствуване. Въпреки липсата на различия, симптомът «липса на сън» е довел при една част от пациентките до рецидив на психозата в рамките на първите 2 месеца, а при останалите рецидивът е в рамките на първите 6 месеца. Проследените периоди са последната седмица на всеки триместър

на бременността и четири пъти след раждане (седмица 1,4,8 и на 6 месец), а приложеният инструментариум е скали за качеството на съня и неговата продължителност. Проучванията, свързани с промените в модела на съня, които се случват по време на бременност и след раждане, са все още недостатъчни, но изводите от всички проведени досега изследвания е, че лишаването от сън (независимо от факторите, които причиняват безсънието) играе ключова роля в появата на психози в период на бременност или след раждане (Bilsza JL et al , 2010).

Тежестта на клиничната изява на афективните епизоди често е свързана с появата на суицидни мисли и поведение. Наличието на самоубийства по време на периода на бременност е значително нисък. Процентът на самоубийства при бременни жени е малък, в сравнение с което и да е друго време от техния живот. Около 40% от жените с психози в този период споделят мисли за себепанаряване или панаряване на бебето. Съотношението на стандартизираната смъртност за самоубийство по време на бременност е 0,33, като това означава, че броят на самоубийствата на бременни жени е само една трета от очакваните. Въпреки промените и стреса, свързани с бременността и предстоящото раждане, значително по-нисък е рискът от самоубийство, отколкото жените в детеродна възраст, които не са бременни (Marzuk PM et al, 1997).

Не така стои въпросът за послеродовия период - самоубийството е около 20% от смъртните случаи на родилки и е вторият по значимост рисков фактор. Идентифицирането на риска от самоубийство е изследван при 826 жени, оценени в послеродовия период. Психиатричната оценка е била положителна за наличие на депресия, като от тях 19,3% са искали да навредят на себе си (Carter D, Kostaras X, 2005). Най-рискови са психотичните епизоди, които избухват след раждане - те са с драматично начало още в първите 48 до 72 часа от раждането и могат да се развият в последващите две седмици. Най-честата клинична изява е дезорганизирано поведение, безпокойство, безсъние, раздразнителност, която може да конвертира в депресия с психотични симптоми (слухови халюцинации с императивен характер, които засягат както жената, така нейното бебе). Инфантицидното поведение често се асоциира с постпарталните и предимно психотични епизоди и се характеризира с халюцинации с императивен характер или наличие на налудности за обладаност. Рисковете за детеубийство и самоубийство са по-високи, а размерът на детеубийствата в тази популация е около 4% (Spinelli MG, 2004).

Биполярното афективно разстройство има голяма честота в репродуктивната възраст на жената и може да рецидивира по време на бременността или след раждане. Клиничната изява се характеризира предимно с хипоманийни и манийни симптоми.

Наличието на риск от рецидив по време на бременност и след раждане при жени с БАР се потвърждава от получените резултати в голямо изследване на групи от бременни и родилки, направено през 2009-2011г. в няколко европейски държави. Обхванати са 2252 жени, от които 1162 са с БАР тип I (762 бременни/300 родилки) и 1090 с БАР тип II (642 бременни/449 родилки). Установява се, че 23% са имали епизод по време на бременността, а 52% след раждането. Рискът от поява на нов епизод е 3,5 пъти по-голям след раждането, отколкото по време на бременността. Факторите свързани с афективните епизоди по време на бременност са по-младата възраст, при която възниква заболяването, предишни епизоди, по-малко години на боледуване, по-малък брой раждания и липсата на постоянен партньор или брак. Оказва се, че жените с първи епизод възникнал в перинаталния период са само 7,6% от случаите. В послеродовия период отново младата възраст е била рисков фактор, както и броят бременности и образованието (Viguera AC et al, 2011).

Хипоманийните състояния са често срещани след раждане. Кратките хипоманийни симптоми се появяват при около 15% от жените след раждане. Въпреки че след раждането хипоманията не води до значителни увреждания на социалното или професионално функциониране, тя често е свързана с последваща поява на депресия. Част от предварителните данни показват, че биполярното разстройство тип II, възникващо в послеродовия период, е понякога погрешно диагностицирано, като депресивно разстройство (Sharma V, Burt VK, 2009).

Клиничната картина на жените, които отключват мания, включва намалена необходимост от сън, ускорен мисловен процес, повишена самооценка, неконтролирано поведение, повишена двигателна активност и неспокойствие, водещо до нарушение на функционирането им. Освен добре познатата клинична симптоматика, епизодите на влошаване протичат с дисфорично настроение и агресия или прекомерно увеличена активност, както и с необмислени действия и постъпки (Wisner KL et al, 1994)

Важен акцент се поставя върху циклиращите и смесени картини, които настъпват много бързо и се развиват в рамките на 2 до 5 дни, свързани са с женския пол и представляват диагностично предизвикателство (McElroy SL, 2004).

От смесените състояния най-честата клинична изява, особено в послеродовия период, са дисфоричните мании (субтип на манията) и ажитираните депресии (те не са

класифицирани). Ажитираната депресия настъпва с изразено неспокойствие, моторна ажитация и силно вътрешно напрежение, отвлекаемост на вниманието, приказливост, раздразнителност и дори рисково поведение (Carter D, Kostaras X, 2005).

Направени са клинични изследвания, в част от които целта е да се проследи появата и времето на епизодите на тежка депресия в перинаталния период при жени с Биполярно разстройство. От 1785 раждали жени, 1212 са идентифицирани с Биполярно разстройство (980 с тип I и 232 с тип II) и 573 с Голямо депресивно разстройство. Резултатите показват, че две трети от всички диагностични групи са имали най-малко един пристъп по време на бременност или след раждане. Жените с прояви на постпартален епизод и наличие на психотични симптоми са рискови за рекурентност на протичане на заболяването, свързана с всяка следваща бременност и са между 30-50%. Постпарталните епизоди се отличават от острите полиморфни разстройства, които също може да бъдат свързани с периода на раждане (Vignera AC et al, 2007).

При жените с Биполярно разстройство риска от нов епизод по време на бременност или след раждане е 50%. По-нисък е риска при жени с Рекурентна депресия, около 40%. Значително по-чести са епизодите след раждане на БАР тип I и Рекурентна депресия. Появата им в послеродовия период е в рамките на първия месец след раждане, с прояви на мания или манийно психотични симптоми, а перинаталните епизоди са еднакво чести в целия спектър на разстройство на настроението (D iFlorio A, Forty L et al, 2012).

В изследване, направено във Великобритания на 127 жени, отговарящи на критериите за Биполярно афективно разстройство, са проследени клиничните симптоми, които те развиват в рамките на 4 седмици след раждането. Най-голям е процента на оплаквания на тези жени от повишено настроение още в първите три дни от раждането - 52%, липса на нужда от сън, чувство на повишена активност и енергия - 37%, ускорен мисловен процес и реч, бързост - 31% (Chaudron LH, Pies RW, 2003).

По-нови изследвания установяват, че в първите 6 месеца от раждането има висок риск, жените с прояви на Голямо депресивно разстройство да развият Биполярно разстройство, в сравнение с друг период от живота им. Хипотезата, че раждането е мощен и специфичен спусък на хипомания и мания се потвърждава и така се отчита ролята му при отключване на биполярно афективно разстройство. През 2009г е проведено изследване на 92 бременни жени на средна възраст 29 години, с диагноза Голямо депресивно разстройство, в период от 24-32 гестационна седмица. Жените са

проследени за период от една година след раждането и са изследвани с помощта на Структурирано клинично интервю за диагностика и статистически наръчник на психичните разстройства четвърто издание, ос I нарушения, както и MINI –интервю на 1, 3, 6 и 12 месец. Резултатите показват, че общо шест жени (6,5%) са имали диагностично конвертиране от Депресия на Биполярно разстройство и всички от тях през първите 6 месеца след раждане. Това е между 11 и 18 пъти по-висок риск от доказани необременени хора (Sharma Vet al, 2009).

5.2 Голямо депресивно разстройство

Голямото депресивно разстройство е хронично и рецидивиращо заболяване и е водеща причина за заболяванията при жените на възраст 15-44 години. Честотата на депресията по време на бременност е почти както в останалата част от популацията. Данни от епидемиологични проучвания сочат, че няма разлика в честотата на голямо депресивно разстройство у жени без бременност и с бременност-8,1% срещу 8,4% респективно (Vesga-Lopez et al, 2008). През репродуктивния период около 30% от бременните жени могат да изпитат в някаква степен депресия, а при жените с нисък социо-икономически статус процента е значително по-голям (50%) (Gensson HM et al , 2013).

Диагностицирането на голямото депресивно разстройство се осъществява от психиатри по време на структурирани клинични интервюта, използвайки критериите, описани в DSM-IV TR и МКБ-10. Особено трудно се диагностицира депресията по време на първия триместър от бременността, тъй като симптомите на бременност и симптомите на депресия се припокриват. Bennett HA и сътрудници докладват нива на депресия от 7,4% през първия триместър, през втория тази цифра нараства до 12,8%, а през третия триместър на 12% (Bennett HA et al, 2004).

В лонгитудинално проучване на Josefsson A и сътрудници нивата на депресия при късна бременност са 17%, като пациентките са проследявани в послеродовия период и е отчетено спад на нивото до 13% за 6 до 8 седмици след раждането (Josefsson A et al, 2001).

Evans J и сътрудници проследяват група жени през бременността до послеродовия период и откриват, че нивата на депресия през бременността са съпоставими с тези, отчетени през послеродовия период (Evans J et al, 2001).

Много проучвания са очертали рисковите фактори, свързани с депресията по време на бременност. Личната и фамилна анамнеза за депресия са основен биологичен рисков фактор. Главни психосоциални рискови фактори са злоупотреба с вещества или тютюнопушене, неадекватна социална подкрепа, самотно майчинство, ниски нива на образование и безработица (Marcus SM et al, 2003).

Рисковите фактори за отключване на депресивни разстройства по време на бременност (антенатални депресии) са :

1. повече предходни бременности
2. анамнеза за аборти
3. мисли за прекъсване на (аборт) на настоящата бременност
4. предходна анамнеза за прекрана депресия
5. семейни конфликти
6. реакция на траур през втори и третия триместър (Kumar R, Robson KM , 1984)

Проучванията в областта на депресията по време на бременност имат три нива на доказателственост:

- I ниво - Поне едно правилно проведено ранодомизирано контролирано проучване, систематичен преглед или метаанализ;
- II ниво - Други сравнителни проучвания, нерандомизирани, кохортни, случай-контрол или епидемиологични проучвания, като за предпочитане са повече от едно проучване;
- III ниво - Експертно мнение и становище от консенсус;

Има малко клинични изпитвания в тази област, които предлагат доказателства от I ниво и това се дължи на етични ограничения и забрани за извличане на информация от бременни популации. Резултатите от проучванията са базирани на експертно мнение - ниво III и на проспективни проучвания ниво II (Ryan D et al, 2005).

В ретроспективно проучване направено в Краков - Полша на 122 необременени с афективни разстройства жени се установява, че при начало на Голямото депресивно разстройство след 30 годишна възраст има по-голям риск за последваща поява на биполарност или симптоми от спектъра на биполарност. Също така от голямо значение е наличието на информация за цялостната фамилна обремененост, за определяне на психопатологичните и клинични маркери, които предразполагат към превръщането на депресията в Биполарно разстройство по време на бременност и раждане (Doucet S, 2009).

Достоверна се оказва и хипотезата за връзката между раждането и възрастта на майката, нейното социално-икономично ниво на функциониране и депресивните разстройства. Тези жени са с по-голям риск да отключат депресия, поради допълнителните стресови фактори, като бедност, безработица, ниска оценка, по-ниска социална подкрепа, нисък социално-икономически статус. По-младите жени са по-малко подготвени за родителство, повече са непланираните бременности, по-малко са способностите да се справят със стреса на родител, сравнен с по-възрастните родители (Nonacs R, Cohen LS, 2000).

По-голямата възраст на жените, които раждат е асоциирана с по-нисък риск от поява на психично разстройство, по-ниска привързаност, по-голяма психологическа устойчивост. Жените раждащи първото си дете, когато са по-възрастни имат предимство пред по-младите, тъй като те са по-издържливи и имат по-ниски нива на тревожност (Brown S et al, 2001).

В рамките на направено проучване (общо за френскоговорящи страни) на здравословното състояние на майки и родилки са оценени 1100 жени, като бременните са оценени в 30 гестационна седмица, родилките на 48 до 72 часа и на 6 и 8 месец след раждането. Резултатите показват, че 554 жени са имали депресия между раждането и първите 10 дни. Оценени са с HAMD и EPDS – скали, като се оказва, че при тях водещи са били оплаквания от потиснато настроение, нестабилност, раздразнителност и намалена концентрация. Честотата на постпарталните депресивни разстройства преобладава между 8 и 15%. Неоткритите и нелекувани депресии причиняват широк спектър от негативни последици - риск от рекурентност на депресията, социално отегляне, ограничения в поведението и поведенчески разстройства на детето. Оказва се, че колкото по-високи са стойностите на депресия при скрининговата оценка в препарталния период, толкова по-голяма е възможността за овладяване и предотвратяване на последиците от боледуването. Точната диагноза и поведение е предиктор за добра прогноза, както и за по-добра превенция (Reulbach U et al, 2009).

В резултатите от обширен мета-анализ през 2004 г. се обобщава, че обсега на антенаталната депресия е между 6,5% и 12,9%. Систематичния преглед на литературата през годините от 2000 до 2004 г. изчислява разпространението на депресията, като за всеки триместър на бременността съответно- 7,4% (2,2-12,6%), 12,8% (10,7-14,8%) и 12,0% (7,4%-16,7%). Жените с история за прекарана депресия са с по-висок риск от рецидив на депресията през бременността, като е доказано, че

спирането на поддържащото лечение е важен предиктор за влошаване (Bennett HA et al, 2004).

Голямото депресивно разстройство протича различно в периода на бременност и след раждане. В подкрепа на този факт са резултатите от изследване на извадка от 229 жени, оценени в периода от 2005 до 2010 г. по време на бременност и на първата година след раждането с поставена диагноза Голямо депресивно разстройство. Отчетени са демографските характеристики, предхождаща психиатрична анамнеза, психосоциални стресори, репродуктивна история. Също така е направена оценка на симптомите на настоящия епизод и времето на възникване на епизода, както и последиците от преустановяване на поддържащото лечение. В заключение се оказва, че жените с депресия, започнала по време на бременността, имат много по-високи нива на предишни епизоди, които са свързани с раждане ($p < 0,001$). Тежестта на депресията, която започва по време на бременност е също така по-често свързана с психосоциални стресори. Началото на епизодите на депресия по време на бременност е по-често в първия триместър, особено когато има прекъсване на поддържащото лечение. Голямото депресивно разстройство при родилките настъпва обикновено в рамките на първите 4 месеца след раждането – при около 94% от жените и най-честата клинична изява са психотично депресивните симптоми, тревожност, натрапливи мисли и действия. В заключение авторите потвърждават, че жени с анамнеза за Голямо депресивно разстройство са по-склонни към рецидив по време на бременността, отколкото след раждане (Altemus M et al, 2012).

Относно предикторите, които оказват влияние върху хода на депресията са правени надлъжни проучвания, като са изследвани определени взаимовръзки. При проучване на 41 бременни жени в 32-ра седмица от бременността и отново след 12 седмици от раждането, е направена оценка на демографските, междуличностовите и психосоциалните характеристики. Жените с явни депресивни симптоми са оценени със Скалата на Бек за депресия версия II (BDI-II) скор ≥ 10 . Резултатите показват, че 39% от жените се възстановяват след раждането, докато 69% са имали рецидив или ескалиране на тежестта на депресивните симптоми. Жените, които са се възстановили са имали доказано значително по-ниски изходни нива на депресия, имали са ангажираност, включително и физическа, добра подкрепа от партньора си. Намерени са и някои допълнителни демографски, междуличностови и психосоциални разлики. Тежестта на перинаталната депресия и нейната честота са предиктори за качеството на възстановяване след раждането, а жените с повишена тежест на симптомите и

предишна история за депресивни епизоди са се възстановили по бавно и по-трудно (Startup M et al, 2002).

Рискът от рекурентност на депресивното разстройство, което възниква в периодите на пуерпериума е дефиниран в три епидемиологични проучвания реализирани в рамките на 3 месеца. Общия резултат от тях потвърждават наличието на рекурентност, която се свързва с не особено добрия подход при овладяването на депресивния епизод. Средната възраст на жените е била 32 години, всички те са имали поне един предхождащ епизод, който е лекуван. След овладяването на епизода те не са продължили с поддържащото си лечение и това се оказва много рисков фактор за появата на нов депресивен епизод (Sunder KR et al, 2004). В проспективно изследване на 201 жени с анамнеза за рекурентна депресия 43% са преживели нов епизод по време на бременност, като жените прекъснали поддържащото си лечение са показали по-висок риск от релапс-68% срещу 26% от жените, които са продължили лечението си (Cohen LS et al, 2006)

Въпреки, че голямото депресивно разстройство е фамилна болест, все още не ясно дали отделни фамилно-генетични фактори влияят върху уязвимостта за депресия по време или след бременност. Направен е опит да бъдат обхванати около 691 жени в детородна възраст с перинатална депресия (епизоди по време на бременност или след раждане). Оказва се, че 328 от тях са били с фамилна обремененост, като от тях при 148 жени фамилната обремененост е с техни роднини които са имали депресии по време на бременност или раждане (най-често майки и сестри). Изводите от това проучване са, че Голямата депресия в перинаталния период е свързана с по-малко епизоди, по-млада възраст и по-малка степен на обремененост, а Депресията след раждане е свързана с възраст под 46 години и по-голяма фамилна обремененост (McElhatton PR et al, 1996).

Депресията е разстройство, което дава своето отражение и върху развитието на плода. Връзката между плода и майката се осъществява още в антенаталния период. При част от направените наблюдения се оказва, че така наречения „attachment” се негативно асоциира с тежестта на депресивните симптоми ($p < 0,0001$). Друга негативна асоциация има между акушерските усложнения и депресивната симптоматология. Най-честите акушерски усложнения са хипертензия - 6,2%, руптури - 23,3%, плацента превия - 3,1%, токсемия - 9,3%, диабет - 3,1%, мултиплена бременност - 13,2% преждевременно раждане - 43,4% (Brandon A et al, 2008).

За да се оцени ефекта от депресията и нейното хронифициране са правени изследвания върху неонаталната физиология. Изследвани са бременни жени, оценени за депресия през средата на бременността (25,9 ГС) и малко след раждането. Направени са ЕЕГ и биохимични тестове на техните едноседмични бебета скоро след раждането. При майките със симптоми на депресия след раждане, бебетата са имали повишени нива на кортизол и норепинефрин, по-ниски нива на допамин и по-голяма относителна челна асиметрия в ЕЕГ. Децата в групата на майките със симптоми на депресия по време на бременността имат по-голяма челна ЕЕГ асиметрия и по-високи нива на норепинефрин. Тези данни показват, че физиологията на новороденото зависи повече от депресията, когато е по време на бременност, сравнено със следродилната депресия, но също така и от продължителността на депресивните симптоми (Daskoch P, 2001).

В мащабно проспективно проучване проведено в Норвегия, се разглежда връзката на депресията със симптомите на тревожност и състоянието на новороденото. Изследвани са 680 жени на възраст 20-30 години, които по време на бременност са имали депресивно тревожна симптоматика. Те са оценени със скалата за Тревожност на Хамилтон и на Бек, а новородените са оценени по Апгар. Високите нива на тревожност значително повишават риска от ниски резултати по Апгар при новородените на 1 и 5-тата минута след раждането (Brandon AR et al, 2008).

Анализ от клинично наблюдение на екип от психиатри от Института за женско психично здраве във Ванкувар, върху жени с постпартални депресивни разстройства установява, че за да се предотвратят негативните последици, майките определено не трябва да се разделят от техните бебета - контактите с детето трябва да се осъществяват толкова често, колкото състоянието на майката позволява (Regev M, 2007). Негативните последици на депресията са изследвани и по отношение на по-дългосрочния ефект на боледуване. Доказателство за това са резултатите, които публикува Института по Психиатрия на Обединеното Кралство – Лондон през 2004 г. които показват, че децата на майки с депресия са имали в края на началното училище изразени когнитивни дефицити, особено при момчетата. Трудностите са били при схващане на четенето и при математически разсъждения (Pawlby S et al, 2004).

5.3 Оценъчни инструменти за диагностика и скрининг на депресията

Всяка трета майка е изложена на риск от развитието на послеродово психично разстройство. Прилагането на скрининг за ранно откриване е от решаващо значение в обособяването на жени изложени на риск.

Златният стандарт за оценка на депресивните състояния, свързани с периода на бременност и след раждане е Единбургската скринингова скала (EPDS), която е скринингов самооценъчен инструмент за всички депресивни и тревожни състояния на които са изложени жените в репродуктивния период. Тя е изработена 1987 г. в Обединеното кралство Великобритания, в центровете на Ливингстон и Единбург. Валидизирана е в 23 страни и има точност 86% и специфичност 78% (Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, 1987). Състои се от десет скриниращи въпроса, които откриват при около 90% от жените наличието на депресивни симптоми. Прилага се в периода 6-8-ма седмица от скринига и до 12 седмица след раждане, като общия резултат от отговорите дава скор от 10 до 30. Скор над 10 е белег за наличие на депресия. Тя може също така да се прилага и в продължение една година след раждането. Единбургската скала е добър диагностичен инструмент в първичната здравна мрежа, като особено валидна е при жени, които имат първа бременност. Въпросите, които се задават валидизират състоянието на жената в предишните седем дни - при общ резултат от 0 до 8 има нисък риск, от 8 до 12 риска от депресивно разстройство е в рамките на едноседмичната майчина депресия (baby blues), от 13 до 15 и повече е налице висок риск от постпартална депресия и възможност от отключване на Голяма депресия. Високите резултати сами по себе си не потвърждават диагнозата депресия, но скалата на този етап е единствения скринингов инструмент. Murray D и Cox J прилагат скалата по време на бременност и откриват, че е ефективна за разпознаване на голям депресивен епизод, както и за скрининг на перинатални разстройства на настроението (Murray D, Cox J, 1990).

5.4 Психози

В съвременните данни и анализи убедително се налага мнението, че Шизофренната болест е заболяване, което принадлежи към разстройства с мултифакторно диатезно-стресова генеза, за чието развитие генетичните фактори са необходима причина (Жабленски А, 1986).

По време на бременност епизодите на шизофренна психоза са много по-рядко появяващи се. Бременността не облекчава, а може да обостри психотичната

симптоматика (Davies A et al, 1995). Рискните фактори свързани с появата на шизофрено разстройство в периода на бременност и раждане са :

- Сезона (предимно зимните месеци) и мястото на раждане (по-скоро градски, отколкото селски райони);
- Акушеро-геникологични усложнения-хипоксия, преждевременно раждане, ниско тегло при раждане, прееклампсия, резус несъвместимост, секцио;
- Вирусни инфекции грип, рубеола, полиомиелит, херпес симплекс вирус 2;
- Мозъчна исхемия или хеморагични лезии;
- Злоупотреба с медикаменти;
- Начин на хранене особено в първото тримесечие, при хранителен дефицит – претнатален витамин D дефицит;
- възраст на майката при раждане – по-висок риск носи по-голяма възраст, както и възраст на бащата над 45-49 години (Dassa D et al, 1996).

В клиничната картина водещи са позитивните симптоми, като слухови халюцинации, налудни преживявания, които имат най-често сексуален характер, религиозен и за величие. Те възникват обикновено на фона на интензивни психотични емоции-тревожност, страх (Miller LJ, 1990).

Ноксите, свързани с психо-социалните рискови фактори (семейство, стрес) напоследък се изместват от така наречените физиологични-перинатални усложнения, към които генетично предразположения плод може да е уязвими да има трайни увреждания, които се манифестират късно. Жените, които имат предхождаща анамнеза за това забляване, обикновено не се женят и рядко имат деца, в сравнение с общата популация. Най-вероятно това се дължи на самия болестен процес, който намалява мотивацията, сексуалните желания и води до социална изолация (Nonacs R, Cohen LS, 2000).

Жените, които имат диагностицирано психично заболяване в миналото (като шизофрения или шизоафективно разстройство) може да забременеят и това да бъде част от рисковия момент за рецидив на психичното разстройство. Между 1 до 2 жени на 1000 раждания имат влошаване на болестта. По вероятно е появата за първи път на психозата да стане след раждането, отколкото по време на бременността (Sit D et al, 2006). При някои жени следродилната психоза може да остане единствен епизод, при други да бъде поредица от епизоди на едно психично разстройство или остро усложнение на вече съществуващо. Клиничната картина не е по различна от познатата при всяка психоза и симптомите могат да се проявят две до четири седмици след

раждането. Рисковите фактори са предишна история за следродилна психоза (като риска нараства до 50%), наличие на предишна анамнеза за шизофренно разстройство и не на последно място фамилна обремененост. Най-често доминират симптомите на нарушен сън, обърканост и дезориентация, дезорганизиране на мислите и поведението, халюцинации. При жените с шизофренна картина често се срещат прояви на авто и хетероагресия (високорисково поведение, свързано с нараняване на неродените им деца или бебета). Симптомите на агресия и автоагресия са индикация, налагаща незабавна хоспитализация на тези жени (Terp IM, 1998).

При шизофренно болните жени се установява по-голяма честота на проблеми с бременността и раждането, тъй като най-честата причина е нежеланата или непредвидена бременност. Част от изследванията по време на този период показват три групи усложнения, свързани с акта на раждане - по време на бременността, по време на раждането и абнормно развитие на плода. Рискът от рецидив се удвоява при наличие на усложнения, а наличието им може да бъде рисков фактор и късна последица върху детето (Stocky A, Lynch J, 2000).

От направените мета-анализи на шизофрения по време на бременност при 63 квази-рандомизирани, случайно-контролирани проучвания резултатите показват, че има само една идентифицирана бременност, а всички останали са случайно открити. Извадката обхваща общо 216 бременни и послеродови жени с шизофрения, спрямо 487 незасегнати жени. Ражданията са единица за анализ, а Поасон регресионния модел е приложен за да се използват заменяеми корелацията структури. Като заключение от резултатите се потвърждава хипотезата, че има напреднала възраст, прекомерно пушене, висок риск от недоносеност, спонтанни аборти и преждевременно раждане. Жените с бременност и раждане с диагноза шизофрения са рискови за вътрематочно забавяне на растежа (2,16%), и вродени дефекти (2.1%). Липсата на привързаност и грижа за детето е свързана предимно с наличието на негативните симптоми (-0,518), както и с продължително лечение с антипсихотици (-0,304). Следродовия период е съдбовен, поради поява на чести рецидиви (7,86%), и трудности в родителствуването (11,2%). Извода от направените анализи е, че жените с диагноза Шизофрения остават рискови за нежелани и непланувани бременности, недоносеност и чести влошавания (Matevosyan NR, 2010).

6. Клиничен опит и интервенции

Базата данни, с които се разполага до настоящия момент показва, че заболяемостта от антенатални и пуерперални психози е от 1:500 до 1:1000 в различните популации. Клиниката и интензивността на психозите по време бременност и след раждане изискват в голяма част от случаите лечение в рамките на болнична психиатрична помощ (Kumar R et al , 1995).

В условията на клиничната практика много често се налага жените с психози по време на бременност и след раждане да бъдат хоспитализирани в психиатрично заведение. И тук остава спорен и дискуссионен въпроса за това, дали са необходими специални отделения или сектори за интензивна грижа, дали грижата и подкрепата трябва да бъде различна, с оглед осигуряване безопасността както на майката, така и на плода или бебето. При първескините рискът от хоспитализация нараства до 35 пъти в първия месец след раждането, при жените с анамнеза за Афективно разстройство и психоза рискът е между 1:2 и 1:3. Повечето жени развиват тежки психози в рамките на две седмици от раждането, като са наблюдавани и сериозни суицидни и инфантицидни мисли (Kendell RE et al, 1989). Интензивната здравна грижа не е по-различна, но още през 1996 година се дискутира въпроса за преимуществата и неудобствата от такива отделения, в които майките имат връзка с детето си. През 1999 г. се изработват първите програми за дневни центрове за грижа на майките и децата им (Boath E, Cox J, 1999).

Хоспитализацията, медикаментозното лечение и интензивните грижи са част от изчерпателното менажиране на този проблем. През 1996 г. група от изследватели се опитват да изработят потенциална рамка за оценка на риска при жени, страдащи от психични заболявания. Те поставят фокуса върху ролята на психичната болест, както за страдащата жена-майката, така и за детето. Определят психичното заболяване на родителя (боледуващата майка) като риск за родителствуването, поставят фокус върху качеството на брака или съжетелствуването, върху боледуващият в контекста на разширеното семейство (Gopfert M et al, 1996).

Над половината от жените, страдащи от психично разстройство не могат да се грижат адекватно за децата си. Тези деца са подложени на висок риск, поради трудности свързани, както с психичното им развитие, така и с други здравни проблеми (Kumar R et al, 1995).

7. Психична болест в контекста на семейството

Психичната болест, е болест, която засяга не само жената, но и цялото семейство.

В условията на бременност, ролята на партньора става ключова. Връзката може да допълни свой собствен независим риск за психичното здраве на жената. Важността на проблема на психичните разстройства в този период е свързан и с психичното здраве на бащите и партньорите. Често психичните разстройства водят до влошаване на семейните взаимоотношения и нарушаване на здравето на партньора (Ballard CG, Davis R, 1996).

Подобни проучвания са правени предимно при мъже, чийто съпруги и партньорки са били на лечение в Психиатрични клиники, като е установено, че има десетократно увеличаване (42%) на психиатричната морбидност сред тях (Harvey I, McGrath G, 1988; Lovestone S, Kumar R, 1993). Партньорите на жени с психични разстройства са с по-голям риск за отключване на депресия и самите мъже имат особени проблеми с приспособяването към промените във фамилната структура и бащинските очаквания, което увеличава вероятността те да преживеят стрес. От направени статистически наблюдения се оказва, че в Австралия около 42% от жените по време бременност са били малтретирани от съпрузите си, а в САЩ е изчислено, че между 8 и 26% от бременните жени са претърпели домашно насилие (Morten C et al, 2000).

В изследване на 200 постнатални двойки се открива, че 9% от бащите имат депресивни симптоми на шестата седмица, а 5,4% показват тези симптоми на шестия месец (Ballard CG et al, 1994).

През 2004 г. са направени клинични изследвания, в които са включени повече от 2800 мъже на възраст над 18 години. Целта на тези проучвания е била да установи дали има връзка между майчината и бащината депресия и дали те могат да се разглеждат, като две страни на една фамилна система. Честотата на депресиите при мъжете е оценена на 10,4%, като пикът на разстройството е на третия и шестия месец след раждането, когато достига 25,6%, а най-ниски нива са отчетени през първите три месеца от раждането -7,7%. Установена е положителна корелция между майчината и бащината депресия ($r=0,308$; 95% CI; 0, 228-0.384) (Paulson J, Vazemore S, 2010).

8. Безплодие, нежелана бременност и психична болест

Психичната болест е и причина за голям процент от нежеланите бременности, преждевременно раждане и аборти.

Непредвидената и нежелана бременност се оказва не по-малко рисков фактор за отключване на психично разстройство. Проучвания в Университета на Северна Каролина през 2012-2103 г. на жени в 15-19 гестационна седмица на бременността, са оценили това събитие, като нежелано или закъсняло. От 433 бременни жени 207(30%) споделят, че това е закъсняла бременност, а 40(60%), че е нежелана бременност. Резултати показват, че е по-голям риска жените с нежелана бременност след раждането да отключат психоза. Повишения риск е най-висок в 12 месец. Авторите заключават, че непредвидената бременност, в която обхващат и нежеланата и късна бременност има значим дълготраен ефект върху майката (Mercier R, 2013).

Безплодието е другия рисков фактор, който може да окаже влияние върху появата на психично разстройство. Психологичните проблеми на жени, които нямат дълго време деца и се решават да заченат чрез репродуктивни методи - инвитро оплождане, са определено рискови. Жените включени в тези програми имат сериозни проблеми по отношение на тяхното психично здраве, които често дават отражение върху самия процес на оплождане. Очакването на забременяването, стресът водещ до висока степен на тревожност и депресия са фактор причиняващ неплодовитост. Към това се добавя и справянето със страничните ефекти от процеса на инвитро забременяването, особено в първия триместър. В последни изследвания върху проблема се потвърждава, че след забременяване инвитро, майките с напредване на бременността и предстоящото родителствуване, са предразположени да отключат висока степен на тревожност и депресия, много по-трудно приемат ролята на кърменето, имат по-ниско либидо и по-ниско самочувствие (Greenfield D, Klock SC, 2001).

9. Лечение и превенция на психичните разстройства по време на бременност и след раждане.

9.1. Медикаментозни алгоритми - ефективност, безопасност, поносимост, последици

Сред всички експерти темата за лечението на разстройствата по време на бременност и след раждане остава спорна. Потенциалните рискове от приема на медикаменти е във фокуса на непрекъснати дискусии. Методологични стабилни

дългосрочни изследвания на тази тема все още не са правени. Същото важи и за периода на кърмене. Въпреки, че има изследвания върху единични случаи или групи от клинични казуси, които не показват директното влияние на медикаментите върху детето, дългосрочните ефекти (например вродени дефекти и малформации) са още непълни и неясни. Терапията на психозите се основава на един и същи принцип, като тази за другите разстройства, но се отличава със по-специален акцент, свързан с нуждите на пре- и постпарталния период. За жалост лечението може да бъде забавено, поради липсата на образование и стигма, както и поради липса на адекватна грижа за тези жени. Основната цел, около която се обединяват всички специалисти е, че психичното здраве на жените трябва да се пази поради огромното му въздействие върху развитието на плода, както и физическото и емоционално развитие на детето (Marcus SM et al, 2001).

Ефектите върху зародиша настъпват не само от болестта, но и от прилаганото лечение. Установено е, че излагането на медикаменти през първия триместър на зародиша е най-рисковия период, особено при жени с психично заболяване, които могат да пропуснат факта на зачеване и осъзнаването, че са бременни до 5-6 седмица. Те избират да спрат внезапно приема на медикаменти, поради страхове за увреждане на зародиша или по съвет на техния лекар. В изследването на Einarson A. и екип през 2001 г., проведено при 36 жени, които спират медикаментите си, 70% от тях се влошават, включително при 11 от 26 жени влошаването е свързано с изразени симптоми на депресия със суцидна нагласа и намерения. При 60% се наблюдава желание да възстановят терпийата си, а три жени не продължават бременността си (1 аборт и 2 спонтанни аборта). Авторите са проследили и раждането на тези деца, които са били добре. Като заключение се оказва, че спирането на медикаментите може да има сериозни и непредвидими ефекти. Основното правило произтича от безопасността, ефективността и толерантността на прилагания медикамент, отчитайки и дозовия му режим (Einarson TR et al, 2005). Във последните 10 години, наблюденията и резултатите при повечето изследвания за психотропните медикаменти заключават, че е възможно някои от групите антидепресанти, конвенционални и атипични невролептици да бъдат прилагани при спазване на основните принципи на лечение и най-вече принципа на безопасност.

В повечето случаи са отбелязват възможни краткосрочни ефекти върху новороденото и употребата им трябва да бъде добре аргументирана и предпазлива. Дискутабилни остават резултатите от изследвания върху трансфера на психотропните

медикаменти в плацентата, като са открити значителни разлики при засягане на зародиша (Hendrick V et al, 2003).

Правилото за полза - риск важи, като повече от 50 години няма доказателства за тератогенност, а по-скоро се увеличават данните, които предлагат информация за безопасността на някои от психотропните медикаменти (Gradiner SJ et al, 2003).

Неблагоприятните последствия за майката, която боледува от психичната си болест, повишения риск от усложнения по време на бременността или след раждане, както и повишения риск за детето (като преждевременно раждане, ниско тегло при раждане, вероятност от фатален край) са основните аргументи, към които се придържат клиницистите при лечение (Sharma V, 2008). Терапията с антидепресанти от групата на трицикличните е застъпена широко и описана, като по-безопасна по време на бременност. Групата на новите антидепресанти, като SSRIs, показва успокоителни данни, въпреки, че в последните години голяма част от проучванията доказват риск от сърдечни малформации и персистираща пулмонална хипертония на новороденото при приема им, особено в края на бременността. Персистиращата пулмонална хипертония на новороденото е сърдечно-съдов синдром и обикновено се наблюдава скоро след раждането, в рамките на 12 часа и причинява респираторен дистрес при кърмачетата. Честота на появата му е приблизително едно на всеки 700 раждания (Hendrick V, 2003).

Мултицентрирани кохортни изследвания не намират асоциираност между повишаване на дозата и повишаване на тератогенния ефект, няма повишен риск от аборти и мъртвораждания. Намерена е връзка между възрастта на бременната (над 35 години) и дозите на приеманите медикаменти, което води до повишен мускулен тонус и учестено дишане, както и абнормни движения на плода (Lamberg L, 2005). Серумните нива на антидепресантите в плода са близки до тези в майката. Чрез проследяване на плазмените нива и метаболизма при плода и майката е установено, че токсичния пик настъпва на 36 час и изчезва на 96 час. Прилагането на медикаменти не трябва да се отлага, особено при рискови състояния, каквито са тежките депресии (Wissman AM et al, 2004).

Установено е, че бензодиазепиновия клас медикаменти увеличава риска от някои тератогенни ефекти при по-големи дози и се препоръчва да бъдат отбягвани във високи дози.

По отношение на класа стабилизатори на настроението има доказана висока тератогенност върху важни за зародиша органи-сърдечни малформации при 0,1% и при около 5% дефекти на невралната тръба (Cohen LS, Rosenbaum JF, 1998).

Особено важен е проблема на зародиша при раждането с прекъсване на връзката му с пъпната връв и метаболизиране на медикаментите. Установено е, че при планирано раждане намаляването на лекарствата за кратко, може да намали риска от повлияване на плода от синдрома на отнемане (раздразнителност, седация, цианоза и др.). Тези факти имат своето потвърждение, но като дългосрочни последици все още няма достатъчно доказателства (Buist A, 2004).

Медикаментозното лечение на психозите при бременни жени е отговорен и сложен процес. По време на бременност в периода на 6-10 гестационна седмица при около 30% от жените с предхождаща анамнеза за заболяване настъпва рецидив. Лечението с антипсихотици крие най-голям риск за смъртта на плода – дозата трябва да се поддържа ниска, продължителността на прилагане да е колкото е възможно по-кратка (Craig M, 2004). Плазмената им концентрация е висока и почти еквивалентна, както при майката, така и във фетуса, появата на гестационен диабет е свързан с висок Индекс на телесната маса (BMI) на бебето до 30,4 (N=20-25) (Nguyen HN, 2003).

Релевантните параметри за селекция на най-добрата клинична опция за лечение по време на бременност и след раждане (лактация) на жени с психози, са свързани с три важни особености:

1. еволюция на риска свързан с оценка на феталната и неонатална експозиция;
2. увеличаване на тежестта на психичните симптоми;
3. внимателен избор на медикамент, балансирайки профил на безопасност и ефикасност (Gentile S, 2004).

Бременността е период, който не защитава, а по-скоро може да представлява време на значителен риск от рецидив на психичното заболяване. В данните от проучване, направено от Viguera A.C. и сътрудници през 2007 г. се показва, че при 45% от жените с Биполярно афективно разстройство, настъпва влошаване на състоянието по време на бременност, след спиране на поддържащата терапия. В друго ретроспективно проучване в което са проследени 100 жени с БАР, прекратили литиевата профилактика непосредствено преди забременяване, психичното разстройство е рецидивирало в рамките на 40 седмици, като от тях 42(52%) са били бременни, а 59(58%) небременни жени. При двата подтипове БАР-I и II - влошаването настъпва бързо и рязко. Това показва, че рискът от рецидив е значителен (по-голям от

70%) при жените преустановили тимостабилизиращата си терпия в сравнение с тези, които са продължили поддържащото си лечение (25%). Следродовия период е особено високорисков период за жените с БАР. Рецидивите през първите 3 до 6 месеца след раждането са най-малко 25 до 50%. Рискът от рецидив след раждане без терапия може да бъде много по-висок (70%). Появата на първите симптоми е бърза и може да се прояви в напреднала бременност или в рамките на първите няколко дни до седмица след раждането. Жените с БАР са изложени на много по-висок риск от следродилна психоза (10 до 20%), най-малко 200 пъти повече, отколкото на фона на общата популация (0,05%) (Vignera AC et al, 2007).

Между 2003 г. и 2010 г. са изследвани жени с БАР и висок риск от рецидив след раждане. Те са били на поддържащо лечение с тимостабилизатори. От извадката на жените с БАР, 24,4% са прекратили приема на това лечение и са направили рецидив по време на края на бременността и след раждането. Препоръките, които се дават след тези резултати са, че жените с БАР които са имали епизод по време бременност или след раждане трябва да се придържат към тимостабилизираща терапия още в рамките на 24 часа след раждането (Sharma V et al, 2009).

В скандинавско проучване през 2012 г. се установява, че честотата на рецидив след раждане е най-висока при жените, които са имали вече епизод по време на бременност (60%). От друга страна нито една от жените (44,4%) с история за афективно разстройство и придържане към поддържащото лечение, след раждане не е имала ново влошаване. Анализът на резултатите и извода от това проучване са, че започването на профилактика веднага след раждането при анамнеза за наличие на психоза, ограничава до минимум появата на нов пристъп, както и по време на нова бременност. Тези пациенти изискват продължителна профилактика, за да се намали риска от рецидив в периодите на бременност и след раждане (Bergink V et al, 2012).

Данните от няколко други проучвания, проведени в перинаталния период в Масачусетката психиатрична клиника по програмата за научни изследвания в репродуктивната психатрия, представят резултати свързани с лечение на афективни разстройства. Проследени са жени с влошаване на психичното им заболяване по време на бременността им и лекувани с медикаменти. В част от тези изследвания се потвърждава, че рискът от лечение по време на бременност е по-малък от риска при липса на лечение. Обхванати са 1921 пациентки, лекувани с психотропни медикаменти, като е изчислено, че при тях е увеличен приблизително двукратно риска от нежелани неонатални резултати. Жените с Биполярно афективно разстройство са

проследявани веднъж на всеки три месеца по време на бременността. Всички те са били еутимни в началото и по време на първия триместър, като са оценявани със Скалата за психо-социално функциониране (GAF) - работа, семейство, икономически статут, социални дейности. Оказва се, че бедното психосоциално функциониране на изходното ниво, прогнозира по-висок риск за рецидив по време на бременност. Не всички получени резултати са дали статистическа значимост.

В друго проспективно проучване в същата болница са проследени 60 жени с БАР, като е оценена връзката между рецидив и придържането към лечението със стабилизатори на настроението. Жените, които са получили рецидив са прекратили поддържащото си лечение (80,56% срещу 28,57%, $P < 0,00001$). Времето, което е измерено на кривите за продължителност на безсимптомен период е било 8 седмици на тези преустановили медикаментите в сравнение с 16 седмици за тези, които остават на лечение. Около 25% е честотата на влошаване при жени, които рязко спират медикаментите и имат 4 седмици преживяемост в сравнение със 7 седмици при жените, които постепенно преустановяват лечението. Епизодите на тежка депресия са 58%, на мания 16%, хипомания 13% и на смесено състояние 13%. Като обобщение се оказва, че приема на медикаменти ефективно забавя или предотвратява нов епизод на заболяването. Независимо от това, тъй като стабилизаторите на настроението носят значителен риск от вродени аномалии, лечението трябва да се индивидуализира и пациентите трябва внимателно да бъдат наблюдавани (Vignera AC et al, 2007).

През 2004 г. се публикуват резултати от девет рандомизирани контролирани проучвания за лечение на жени с депресивни разстройства по време на бременност и послеродовия период, проведени в периода от 1997 до 2003 година. Лечението е с различни антидепресанти от различни групи – трициклични, серотонинови инхибитори - SSRIs, както и ЕКТ и други терапевтични алгоритми. При жените родилки, кърменето е прекратено. Ефективността от провежданото лечение е проследена в рамките на 4, 8 и 12 седмица при родилките и във второто и третото тримесечие при бременните. В четри от проучаванията е регистриран значим ефект от лечението с антидепресанти, в други три - антидепресантите са били като съпътстваща терапия. Останалите две са с прилагани други терапевтични алгоритми (ЕКТ, хормонална, фототерпия, сънна депривация). Депресивната симптоматика е оценена на 1, 4 и 12 седмица от лечението с HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression), като в началото общият скор от скалата средно е над 30. Не е установена статистическа сигнификантност между лечението с антидепресанти, психотерапия (когнитивно-

бихевиорална терапия) и другите методи. Общата оценка от HAM-D, средно при 12% до 15% от жените в края на 8 –та седмица става по-малък от 8. Електроконвулсивната терапия е била средство на избор при жените с тежко изразена депресия, висок суициден риск и/или психотично депресивна симптоматика (Dennis CE, Stewart DE, 2004).

Психотропните медикаменти са класифицирани от FDA (Food and Drug Administration-2010) в различни категории по отношение на тяхната безопасност. Агенцията по храните и лекарствата не е одобрила нито едно психотропно лекарство по време на бременност. Те всички преминават плацентарната бариера и крият риск от тератогенност, усложнения на бременността и раждането, перинатални синдроми и дългосрочни нарушения в поведението. Повечето психотропни медикаменти са в категория С.

9.2 ЕКТ –бременност и послеродов период

Първото съобщение за приложение на ЕКТ по време на бременност е публикувано в САЩ през 1941 г. В литературата от 60-те години на минали век се съобщават обширни данни за ЕКТ или инсулинокоматозното лечение по време на бременност. Проведените изследвания установяват, че инсулинокоматозната терапия уврежда сериозно плода, докато ЕКТ е безопасна както за него, така и за майката. През 70-те години на 20 век, чрез съвместни проучвания на психиатри, акушери и анестезиолози се уточняват принципите за прилагане на ЕКТ по време на бременност.

За първи път Fink M и сътрудници (1978) прилагат ЕКТ на бременни жени с помощта на изработени нови правила за лечение, като се доказва безопасността на метода за овладяване на психичните разстройства по време на бременност, както за майката, така и за плода. Съвременните методи за изследване на майката и плода, както и за проследяване на състоянието му, едновременно с възможността за контролиране чрез миорелаксация на конвулсиите на майката свеждат до минимум рисковете от това лечение (Fink M, 1987).

Първото у нас направено целенасочено прилагане на ЕКТ по време на напреднала бременност е от екип психиатри на НИНПН-София. Независимо от малкия брой случаи се потвърждава извода за безопасността и ефективността на ЕКТ (Танчев О, 1988).

Индикациите за това лечение дават възможност да се прилага и в трите триместъра на бременността, в стационарни условия при спазване на стандартните процедури при повишен риск и мониториране на плода, особено сърдечната му дейност (Fogarty A et al, 2007).

Във втората половина на бременността от значение е приложението на анестетик и възможността за интубация, които редуцират риска от аспирация и аспирационна пневмония, както и от стомашна регургитация, която може да продължи цялата бременност (Ferrill MJ et al, 1992).

Краят на бременността, крие риск от аортокавална компресия, която се получава от механичния натиск на плода върху вена кава инфериор и аортата. Когато този голям съд е компресиран нараства сърдечната честота, периферията резистира и настъпва недостатъчна плацентарна перфузия (Yellowlees PM, 1990).

От особено голяма важност се оказва безопасността и поносимостта на приложената анестезия при процедурата. Рисковете, които съществуват са от промяна на сърдечния ритъм на плода по време на самия припадък, като най-често е наблюдавана преходна фетална брадикардия (De Asis SJ et al, 2013).

За период от 50 години, само 9,3% са настъпилите усложнения от ЕКТ при бременност (Miller LJ, 1994). Констатираните абнормности, усложнения и странични ефекти при леченето с ЕКТ по време на бременност не са сигнификантно високи и значими в сравнение с общата популация.

Напредъкът при прилагането на това лечение е голям, поради по-високата сигурност и намаляване на смъртността от 2-4 на 100 000 лекувани. Ефективността е значима и тя се измерва в това, че за кратък период от време се овладява психичното разстройство - рисково за майката и плода, намалява се риска от патологично протичане на бременността и раждането, минимализирани са страничните ефекти (Focht A, Kellner CH, 2012). ЕКТ е алтернатива и резерв в лечението, като предлага по-добра ефективност и сигурност. Процедурите са стандартизирани и модифицирани (Royal College of Psychiatrists, 2003).

9.3 Рискове и ползи

Обсъждайки спорния въпрос да се лекува или не по време на бременност, повечето изследователи и клиницисти отдават значение на риска от фармакотерапията и риска от психичната болест. Рисковете от страна на фармакотерапията са свързани с

тератогенеза, поведенческа тератогенеза, перинатални усложнения (токсичност, симптоми на отнемане), спонтанни аборти. Това води до извода, че няма решение, лишено от риск. Неонаталната токсичност или перинаталния синдром се отнасят до физически и поведенчески симптоми наблюдавани през първия месец от живота на детето. Дългосрочните последици от перинаталното излагане на психотропни медикаменти е показано в няколко проучвания, чрез които стават известни последиците. Те са от леки промени в поведението и функционирането до тежки прояви по-късно в живота на детето (Marcus SM, 2009).

Рисковете от психичното заболяване са появата на ендокринни ефекти, преждевременна родова дейности и раждане (средно за популацията 2,5 пъти) конгенитални малформации, невроповеденчески последици, разстройства в развитието и поведението, които се развиват още по време на феталния период (12-39 седмица) и не на последно място боледувашката майка. До момента няма нито едно поручване, което да демонстрира дефинитивно връзката между психофармака и конгенитални аномалии (Austin MP, Mitchell P, 1998).

Отчитайки всички ефекти от лечението и нелечението на психичните разстройства по време на бременност и след раждане, не може да се пренебрегне важноста на проблема свързан с кърменето. Предвид честотата на психичните разстройства по време на периода след раждане, значителен брой жени трябва да приемат лечение с медикаменти и това поставя въпроса за безопасността на кърмачето (Klinger G et al, 2013). Всички съвременни изследвания показват, че лекарствата се секретират в кърмата и може да има нежелани реакции при кърмачетата. В първите няколко седмици след раждането капацитетът за метаболизъм на новороденото е много по-нисък, отколкото при възрастните. Сигурни са данните за токсичност от литий при кърмачетата, който се отделя в големи количества в майчиното мляко и може да доведе до цианоза, намален мускулен тонус и хипотермия. Има риск по отношение на приема на другите тимостабилизатори свързан с хепатотоксичност, особено при децата под две годишна възраст. За антипсихотиците информацията е много ограничена, но това което се знае със сигурност е, че водят до седация и забавяне на развитието (Weissman AM et al, 2004).

За жените с история на психично заболяване, плануването на бременност предварително се предпочита пред неплануваната бременност. Всяка жена във репродуктивна възраст, която се лекува, трябва да бъде предупредена за риска от предстоящата бременност, с оглед нежеланите ефекти и нов рецидив на болестта.

Общите принципи на планиране включват жените да бъдат добре информирани и да имат най-малко една година преди бременността стабилна ремисия, за да се минимизират стресовите и максимизира подкрепата. Това включва оценка на стила на живот, който ще съдейства за доброто здраве през бременността и в послеродовия период. Всеки случай е различен, както по отношение на дилемата риск-полза, свързана с намаляване или спиране на медикаментите, така и по отношение на достъп до информация за ефектите от болестта върху зародиша и възможността от проблеми при раждането (Cohen LS, Rosenbaum JF, 1998).

Друг важен подход е обучението и дискусиите, свързани с възможността за влошаване, приема на лекарства, приема в болница, както и намаляване риска от всички негативни събития.

Връзката със специалиста акушер е от значима важност, както за протичане на бременността и раждането, така и с оглед съвместно изработване на най-безопасния и ефективен подход. Минимализирането на нежеланите ефекти и събития е в основата на усилията, както на психиатрите, така и на акушерите. Максимизирането на цялостното психическо и физическо здраве на жената по време на бременност и след раждане е от критично значение. Пренаталните рискови фактори са свързани с преждевременно раждане, ниско тегло на плода, усложнения при раждането и след него. Клиницистите трябва да са наясно, че най-честата клинична картина в периода на бременност и при раждане е по-сложна, отколкото един епизод след раждането. Това което е характерно за жените, които имат вече опит със заболяването си и са бременни, са по-малко склонни да търсят лечение в сравнение с жените, които нямат този опит и са бременни (Yonkers KA et al, 2004).

10. Качество на живот и функциониране

Промените в интензитета на симптомите съществено въздейства върху функционирането по време на бременност и след раждане. Жените с хронични заболявания имат сериозно ограничаване на тяхното психическо и физическо функциониране. Една от изказаните хипотези в изследвания, посветени на тази тема е, че симптомите на заболяването независимо се свързват с влошаването на физическо и психическо функциониране. Изработването на такава оценка за ефекта на заболяването върху функционирането на жената може да даде насоки за подобряване на нейното здраве (Stewart AL et al, 1989).

Надлъжно изследване на 200 жени с афективни разстройства проследява качеството на живот по време на бременност и след раждане. Направена е оценка на тяхния здравен статус и степента на засягане на функционирането им в началото на бременността. Оценката е върху динамиката на симптомите на психичното разстройство и свързаното с това качество на живот. Използвани са скалите за функциониране (SF-36 - кратката форма и GAF - скала за цялостна оценка на функционирането) в първи, втория, третия триместър и след раждане. Разпределението на жените с афективна симптоматика е била 15%, 14% и 30% в първия, втория и третия триместър, съответно 9% след раждане. Жените, които са имали предимно тежко изразени депресивна и манийна симптоматика са показали по-ниски резултати в социалните области с близо 10-23 точки и 19-31 пункта във втория и третия триместър в сравнение с жените с по-леки симптоми и с 3,31 пункта по-ниско функциониране в сравнение с жените, които имат симптомна ремисия (Ware J, 1993).

Потенциалните вредни ефекти на психичната болест върху отношенията майка-дете и детското развитие, засилва нуждата от ранно идентифициране и ефективни модели на лечение. Част от досега направените изследвания предполагат, че терапевтичните интервенции в периода на бременност и след раждане са същите, както по всяко друго време, но са все още малко случайно контролираните изследвания за да се валидизира стандарт и терапевтичен подход за тази специфична популация. Едно е сигурно, няма една превантивна и третираща модалност, която да е ефективна за всички жени. Настоящите факти правят трудна задачата за изработване на единна стандартна практика (Cox JL, 1996).

11. Психосоциални интервенции и психотерапия

Психотерапията е друга важна алтернатива за лечение на някои от формите на психично разстройство по време на бременност и след раждане. Тя има своята важност и колкото по-рано се въведе, толкова по-голямо е нейното значение по отношение на подкрепящото начало, като практически съвети на майката и семейството. Ролята на психотерапевта е да даде сигурност на майката, с оглед нейната привързаност към детето. Повечето специфични психотерапии които се прилагат са психо-динамичната, когнитивно- поведенческата психотерапия и системните подходи. Като един от често прилаганите методи е когнитивно-поведенческата психотерапия, която показва ефективност при около 60%. Това е когнитивно-поведенческо консултиране, в което се

дават съвети за грижата за детето, мотивиране на родителските способности, насърчаване за участие в приятни дейности - поведенчески цели, базирани на съвета (Appleby L, 1997).

Швейцарски психотерапевти в Базел представят по-нов модел, който интегрира групова терапия за майки с елементи на когнитивно поведенческата терапия и психобучение. Той е достатъчно тематично центриран около типичните проблеми на младите майки и е дал добри резултати досега. Социалната подкрепа е призната, като важен протективен и защитен фактор, въпреки малкото изследвания върху ефекта от липсата на такава (Bonari L et al, 2004).

В пет акушеро-гинекологични болници в Окаяма–Япония през 2004 г. са обхванати и изследвани 758 жени с психични заболявания, в периода след раждане. Възрастта на жените е вариала между 17-41 години (средна 28,7+4,1). Около половината (47,9%) от жените са с първа бременност. Инструментариумът който е използван на 5-я ден след раждането е: PSS (Perceived Social Support) и BQ (Blues Questionnaire), а на 1 месец след раждането EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), Life Event Scale-Скала за значими житейски събития (измерваща и позитивните и негативни събития след раждането), Списък за начина на справяне (Coping Check-List), Въпросник за получената социална подкрепа (Enacted Social Support questionnaire). Получените резултати показват корелация между възрастта на жената и възрастта на съпруга, както и по-високи стойности в тези скали при жени с първа бременност в сравнение с жени, които имат повече от едно раждане. Оказва се, че неадаптивните стилове на справяне и разочароваща подкрепа са по изразени при жените на 5 ден след раждането, в сравнение с 1 месец по-късно. Като заключение те обобщават, че продължителността на психозата, клиничната изява и приложената терапия се повлияват от липсата на задоволеност от основна подкрепа и разочарование, поради отсъствие на очаквана подкрепа след раждане. Наличието на изброените фактори могат да окажат влияние и върху връзката между майка и дете (Kitamura T et al , 2004).

През 2010 г. Американската академия по педиатрия обобщава, че всяка година повече от 400 000 бебета се раждат от психично страдащи жени. Потенциалният негативен ефект от психичното страдание на майката след раждането е върху връзката ѝ с детето, както и върху благополучието и развитието на самото дете. Нарушенията които настъпват са както непосредствени (сън, хранене, изблици на гняв, хиперактивност, забавяне на развитието), така и в по-дългосрочен план - емоционална и социална дисрегулация, забавено когнитивно развитие (Earis MF, 2010).

Като метод за справяне социалната подкрепа на тези жени трябва да включва грижа за детето, помощ в къщи, така нар. *mothers' groups*, телефон за кризисни интервенции, доброволни групи за помощ (Barnett , Flower C,1995).

Реализирането на стратегии за ранни психични интервенции и осигуряването на подкрепа на семейства, в които жената има психично разстройство е решаващо за ефективна реализация и предотвратяване на последиците от психичната болест. Създаването на служби за подкрепа, откриването на кабинети „майка-дете” към Дневните психиатрични центрове, може да подобри взаимоотношенията между боледуващите майки и тяхното семейство, въпреки че това не е доказано емперично. Много лонгитудинални изследвания показват, че около една четвърт от боледуващите жени продължават да боледуват и след раждането на децата си. Изработването на методи за скрининг и оценка на психичното здраве на всички жени и техните семейства, повишава качеството на функциониране и живот. Известно е, че болестта не може да се предотврати, но адекватната подкрепа, грижливото контролиране на терапията са ключът към идентифициране на проблема и основа за изработване на подходящи стратегии. Наличието на всички аргументирани подходи прави по-лесен пътя за прилагане на превантивни дейности и ранна интервенция на жени в репродуктивна възраст с риск за психично разстройство. Индивидуалния подход е важен фактор за скъсяване на продължителността и намаляване изразеността на болестните прояви (Zelkowitz P, Milet TH, 2001).

12. Профилактика и стратегии за справяне

Профилактиката на психозите по време на бременност и след раждане включва осигуряване на максимално добри условия на живот в този период, особено при жени, които вече имат опита на боледуване. Намирането на допълнителни благоприятстващи фактори е част от стратегията за предотвратяване или намаляване риска от поява на психози по време на периода на бременност и след раждане. Целесъобразно е профилактиката да започва рано, особено в по-млада възраст на жените, особено при първораждащите, особено при рисковите групи, тъй като периода на бременност и лактация играе не малка роля за избухването на психично разстройство или рецидив на вече съществуващо. Доказана е патопластичната роля на бременността и раждането върху протичането и клиничната картина на психичното разстройство (богата психопатологична продукция, протрахиран ход). Мощен отключавщ фактор за

възникването на психозите е предизвиканата от бременността и раждането масивна промяна на интерорецепцията на фона на рязко променените вътрешна секреция и обменни процеси. Улесняващи фактори в патогенезата са младата възраст, първо раждане, различни био-психо-социални предиктори. Няма убедителни данни, които да дават основание психозите свързани с бременността и раждането да се отделят като самостоятелни заболявания, въпреки особеностите в клиничната картина, протичането и прогнозата им. Психологичните и социални фактори са важни за разстройствата в периода на бременност и раждане. Те се съпътстват най-често от рано възникнали проблеми в родителските взаимоотношения, нарушена връзка с майката, неблагоприятни житейски ситуации, фамилна обремененост, предходна история за болест, амбивалентно отношение към бременността. Културални феномени могат да обусловят специфични рискови фактори (например след раждане на момиче, а не на момче). Социокултуралните фактори повлияват диагностицирането и протичането на психичните разстройства по време на бременност и раждане, но самотната майка без семейна подкрепа е с повишен риск, независимо от нейното културално възпитание (Cox JL, 1996).

Предоставянето на емпатична подкрепяща грижа през антенаталния период, както и по време на раждането и през постнаталния период е необходимо условие за успех на превенцията. Инструкции при раждането, фокусирани към практически напътствия при подготовката за предстоящата поява на детето и адаптацията към него, могат да редуцират много от рисковете за поява на психична неустойчивост, преживявани от жените особено след шестата и осмата седмица след раждането (Gordon RE et al, 1960).

Въпреки това не може категорично да се отхвърли мнението, че периодът на бременност и след раждане е период на висок риск за жените да отключат или да развият поредно влошаване на психично разстройство. За жените с история на психично разстройство плануването на бременности се предпочита пред непланувана бременност. Всяка една от тези жени в репродуктивна възраст, която се лекува, трябва да бъде предупредена за рисковете, които могат да се отразят върху самата нея и върху детето. Възможно най-добрия вариант е участието на нейния партньор в планиращи дискусии и даване на информация. Общите принципи на планиране включват: най-малко една година в която жените да имат светъл период, преди да обмислят бременност; минимизиране на стресовите; максимизиране на подкрепата; обмисляне на риска и ползата от спиране или намаляване на лекарствата; рисковете

при възможно влошаване относно медикаментите, нуждата от хоспитализация; връзка с акушер.

III . Изводи от литературния обзор

Синтезирането на цялата информация за психичните разстройства и периода на бременност и раждане, поставя акцент върху най-често срещаните разстройства, върху точното диагностициране на болестта и върху най-добрите възможни алтернативи за интервенции и лечение. Жените с вече диагностицирани психични заболявания са високо рискови за рецидив на заболяването и са по-уязвими в периода на първа или поредна бременност. Грижата на психиатрите може да увеличи шансовете за избягване на рецидив на психичното заболяване (Yonkers KA et al, 2011).

Различията, които се намират по отношение групата рискови фактори и клиничните характеристики предполагат, че бременността и раждането могат да окажат влияние върху патофизиологията на отделните епизоди, както и на протичането и хода на болестта. Бременността сама по себе си не предизвиква психично разстройство. Жените, при които има опасност от психично разстройство, обикновено са имали вече предишен епизод, свързан с бременност или раждане. Рискът от психично разстройство при тях нараства с 50% при всяка следваща бременност. Наличието на предхождащи епизоди на психично разстройство, както и на фамилна обремененост с психична болест са важни рискови фактори за развитие на психична болест. При някои жени психозата може да остане единствен епизод, а при други да бъде първия от поредица епизоди на едно психично разстройство.

Много често психично страдащите жени по време на бременност или след раждане, трябва да бъдат хоспитализирани и лекувани. Изборът на лечение е насочен в три направления - биологичен подход, психологичен подход и социален. Биологичният включва прилагане на медикаменти, психологичният - комуникативна поддържаща терапия, психотерапия, фамилни консултации, социалният подход - психообучение, помощ, грижи, подкрепа. Репродуктивната клинична психиатрия е съвременно направление в медицината, което има задачата да дава точна оценка за рисковете и да изработва стратегии за превенция и профилактика на психични разстройства(Altamus M et al, 2012).

IV. Материали и методи

1. Цели и задачи

Въз основа на направения преглед на световната и българска литература по проблемите на репродуктивната психиатрия и направените изводи, основните **цели на настоящата работа** са да се оцени влиянието на отделните социо-демографски фактори и да се сравни тяхната значимост в периодите на бременност и след раждане; да се установят и обективизират клинични симптоми, които са с относителна специфичност за анализирания период; да се обобщи прогностичната стойност на горните показатели за изхода на тези разстройства; да се оцени ефекта и резултата от приложеното лечение с оглед осигуряване на по-добра превенция.

За постигането на тези цели бяха поставени следните задачи :

- Оценка на потенциалните рискови фактори, имащи роля при отключване на психозите по време на бременност и след раждане;
- Сравнителна клинична характеристика на психичните разстройства по време на бременност и след раждане;
- Оценка на хода, тежестта и изхода на психичните разстройства в периода на бременност и след раждане
- Оценка на прилаганите терапевтичните интервенции;
- Изработване на стратегии за своевременно разкриване и превенция на психичните разстройства в анте- пери- и постнаталния период
- Създаване на достъпни методи за профилактика и обучение на жените с психични заболявания преди и по време на бременност, както и след раждане (първична и вторична психопрофилактика);

Работната *хипотеза* на настоящото клинично проучване може да бъде формулирана по следния начин: Социодемографските данни, клиничната характеристика, нивото на функциониране, качеството на живот са фактори, чрез които може да се направи прогностична оценка на хода на протичане и изхода на психичното разстройство по време на перинаталния и постнаталния период при жените, както и да

се разработят индивидуализирани рехабилитационни програми за превенция на последващи епизоди.

2. Обект на проучването

За осъществяването на посочените задачи, обект на изследването са контингент жени - 165 с психични разстройства по време на бременност и/или в послеродов период, преминали през Психиатрична клиника на Университетска болница за активно лечение "Александровска болница" от началото на 1996 г. до края на 2012 г.

Дизайнът на проучването е натуралистичен. Ретроспективно е оценявано към момента на бременността и раждането: възрастта, фамилната обремененост, предходна анамнеза за психично заболяване, семеен статус, образование, брой раждания, трудова заетост, коморбидност, качество на ремисиите според нивото на функциониране, ход на заболяването, както и приложеното лечение.

Диагностичната принадлежност е съобразена с критериите на МКБ10 и DSM-IV-TR, като е използвано MINI - диагностично интервю за отчитане на наличната симптоматика. Разпределението на изследвания контингент жени е според нозологичната им принадлежност, клиничната картина, наличие или липса на предшестваща и последваща анамнеза за психично разстройство, протичане и ход на заболяването, приложеното лечение, както и въз основа на определени преципитиращи и отключващи фактори.

Условно бяха разделени на две групи - жени с психични разстройства в период на бременност - 98 и жени в послеродов период - 67. Разделянето има за цел да потвърди или отхвърли хипотезата за наличие на специфични различия в протичането на психичните разстройства в двата периода. В изследваната група са включени жени с психиатрични диагнози: Биполарно афективно разстройство със и без психотични симптоми, Голямо депресивно разстройство и психотично депресивно разстройство, Шизоафективно разстройство и Шизофрения. Всички жени са изследвани и лекувани в клиниката по време на епизод на боледуване и са наблюдавани и проследени за период от 12 до 24 месеца след това. От тях 46,1% са с предхождаща анамнеза за психично заболяване, а при останалите 53,9% бременността и раждането са начало на психичното разстройство.

В субгрупата на бременните жени (N98) с диагноза Биполярно афективно разстройство са повече от половината (N45), около една четвърт са жените с Шизофрено разстройство и Голямо депресивно разстройство.

В субгрупа на жени в послеродови период (N67) с диагноза БАР са една втора (N36), а една пета с Голямо депресивно разстройство (N13) (виж табл.2).

Диагноза	Бременни жени	Жени в послеродов период
БАР	45 (45.9%)	36 (53.7%)
Шизофрения	23 (23.5%)	11 (16.4%)
ГДР	20 (20.4%)	13 (19.5%)
Шизоафективно разстройство	10 (10.2%)	7 (10.4%)
Общо	98 (100%)	67(100%)

Табл. 2 Разпределение на изследваната група болни според диагнозата

Средната възраст на пациентките е $25,5 \pm 6,4$ години, като две трети от тях са с първо раждане. Преобладават жените, които са омъжени и имат партньор, както и жените с по-високо образование (средно и висше). Фамилно обременени с психични разстройства са почти половината от изследваните. При повече от една втора от пациентките водеща е афективната и психотично афективната симптоматика, а при една трета присъствуват само психотични симптоми с характеристиката на първорангови (халюцинации и налудности). Основните методи приложени за овладяване на психопатологичната продукция са два - предимно медикаментозно(116) и ЕКТ(49). Приложената терапия е изцяло по клинична преценка, като се определят характера на интензивност и продължителност на клиничните симптоми и намаляване на риска от последиците, както за жената, така и за плода.

3. Инструментариум на проучването

1. Карта на пациента, предоставяща информация за различни социодемографски фактори и анамнестични данни за заболяването. Картата съдържа обширни социодемографски данни и включва възраст, семейно положение, брой раждания, образование, трудова заетост, коморбидност с телесни заболявания.
2. Мини-интернационално невропсихиатрично интервю (M.I.N.I.)

M.I.N.I е кратко структурирано интервю за основните психиатрични разстройства по ОсI на DSM-IV-TR и МКБ-10. Използваната версия е английската-5.0.0. Интервюто е с висока степен на структурираност и отчита валидността и възпроизводимостта на наличната психопатология, следващо пряко диагностичните критерии по DSM-IV- TR и МКБ-10. (Lecrubier DY, Sheehan D, 1998).

M.I.N.I. е разделено на модули, като всеки от тях отговаря на определена диагностична категория. Всеки модул завършва в края с диагностична рамка, която позволява на клинициста да посочи дали пациента отговаря на диагностичните критерии и оценява пожизнената изява на симптоматиката.

3. SCAN- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry - версия 2 (Wing JK et al, 1995)

Системата SCAN - полуструктурирано интервю, което се състои от набор инструменти и указания, имащи за цел да оценят, измерят и класифицират психопатологията и поведението, свързани с големите психиатрични разстройства, които се появяват в живота на възрастния. Съставен от следните компоненти - десета ревизия на Present State Examination-10 (PSE-10), детайлно снемане на психичен статус, Clinical History Schedule (CHS) – системно описание на проявите във времето, Item Group Checklist (IGC) - обобщение на болестните епизоди и симптоми и Глосарий - с прецеизиране на феноменологични дефиниции на термините.

4. Синдромния опис - Item Group Checklist (IGC) - предоставя прост начин на регистриране на информация получена от документация и/или от информатор и не непременно от изследваното лице. Симптомите групи не са строго погледнато диагностични синдроми. Синдромният опис включва 40 групи въпроси, отнасящи се до разстройства в групата на психозите, афективните разстройства и невротичните разстройства по МКБ-X. Клиничната тежест на симптомите е оценена, като продължителност, честота, степен на смущение и дистрес.
5. Скала за цялостна оценка на функционирането - Global Assessment of Functioning Scale (GAF) - оценява функционирането в психологичен, социален и професионален план при хипотетичен континуум психичното здраве-болест. Отразява цялостната оценка на функционирането, ос V на DSM-IV-TR. Оценяването на цялостното психологично функциониране по скалата е

операционализирано в практиката от Л. Луборски в Скала за оценяване на здраве-болест (Luborski L, 1962). По-късно е направена преработка и е наречена Скала за глобална оценка - GAF (Edicot J, Spitzer R, Fleis J, Coen J, 1976). Представлява скала от 1 до 100, разделена на десет равни интервала (1-10.....91-100) , където най-ниската оценка е 1, а най-високата - 100. Оценката е баланс между тежест на симптомите и нарушения във функционирането, като съществуват и отделни версии за симптоми, дисфункция и за общо отчитане и на двете. Общото ниво на симптоматология и социално функциониране се преценява от 0 до 100, като по-високите стойности предполагат по-високо ниво на функциониране, а най-ниските-тежко състояние с непосредствена заплаха от агресия или смърт. Скалата е разделена в 10 обхвата на функциониране, като са възможни и междинни стойности, където е необходимо (DSM IV, American Psychiatric Association, 2000). Скалата има високи нива на надеждност и валидност (Startup et al, 2002). Според Hilsenroth M скалата показва двуфакторна структура, обясняваща съответно 65% и 21 % от вариациите (Hilsenroth M et al, 2000). Междуизследователската надеждност на GAF в настоящата извадка е 0.79

4. Методи на проучването

4.1. Клиничен метод и клинични параметри - включва цялостна клинична оценка на всички пациентки в проучването и извличане на социо-демографски и анамнестични данни, катамнезно проследяване.

4.2. Статистически методи

А. Дескриптивна статистика.

- Вариационен анализ - (количествени променливи) – средна стойност, стандартно отклонение, минимум, максимум
- Честотен анализ (номинални и рангови променливи), абсолютни и относителни честоти
- Графични изображения.

Б. Методи за проверка на хипотези.

1. Непараметричен тест на Колмогоров-Смирнов (One-Sample Kolmogorov-Smirnov test) за проверка на формата на честотните разпределения. Проверката е спрямо формата на нормалното разпределение.
2. Непараметричен тест на Ман-Уитни (Mann-Whitney test) при сравняване на две независими групи.
3. Непараметричен тест на Кръскал-Уолис (Kruskal-Wallis test) при сравняване на повече от две независими групи.
4. Връзка между две качествени променливи.
 - Хи-квадрат тест (Chi-square test);
 - Точен тест на Фишер (Fisher's exact test)
5. Рангов корелационен коефициент на Спирман- установява връзката между две рангови променливи

Използваното критично ниво на значимост е $\alpha = 0.05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка от α . За обработка на данните от проучването е използван специализирания статистически пакет SPSS версия 13.0.

5. Обща характеристика на изследването

Настоящата работа е изградена върху 165 болни получили психично разстройство в перипартум и/или след раждане, като някои от тях са имали вече в миналото пристъпи, без да са свързани с раждането, както и жени, при които този период е начало на психичното им заболяване. В това натуралистично проучване заболяванията са оценени по критериите на МКБ-10. Анамнестичните данни са събрани от наличната медицинска документация, от близките и от самия пациент от лекуващия психиатър. Диагнозите са потвърдени от поне двама специалисти по психиатрия.

Критерии за включване:

- Диагнози според МКБ-10 - Шизофренно разстройство, Афективно разстройство, Голям депресивен Епизод, Шизоафективно разстройство.
- Наличие на бременност или послеродов период

Всяка пациентка е проследена и изследвана лично, попълнени са карти на пациента, предоставяща информация за социодемографските фактори и анамнестичните данни на заболяването. С всяка от пациентките е проведено интервю за оценка на тежестта на психопатологията, нивото на функциониране. В рамките на това проучване всички лекувани и наблюдавани жени са проследени във времето и оценени като ход и изход на заболяването, както и ниво на функциониране, което определя качеството на възстановяване между пристъпите на болестта

6. Характеристика на инструментите

Използваните клинично-диагностични инструменти и скали SCAN-IGC, MINI и GAF позволяват на клинициста да оцени целия спектър от психопатологията и да определи наличието и влиянието на симптомите на боледуване върху функционирането. Основният изследователски метод е клиничното интервю структурирано (MINI) и полуструктурирано (SCAN-IGC). Комплектът от стандартизирани интервюта е попълнен, като максимално е използвана информацията от наличната медицинска документация, както и от клиничната изява на наблюдавания епизод. При всички пациентки оценката за функционирането (GAF) е приложена по време на епизод и след овладяването му с цел оценка на качеството на възстановяване и функциониране.

6.1 Оценка на сегашен статус и пожизнена изява на симптоми и болестно поведение

Чрез приложения Синдромен опис (IGC) са избрани клинични епизоди, които са налице през оценявания период. Оценката на наличните симптомни групи е според наличие и тежест на всеки съставлящ симптом (IGs). Всеки симптом или проява се оценява с: 0 - липсва; 1 - подпрагов, с умерена тежест (вероятно налице най-малко два от симптомите, които да са налице и да смущават ежедневните дейности); 2 - наличен с тежка изразеност (определено налице най-малко три симптома, които да водят до тежка степен на дистрес); 8 - неопределено дали е налице и 9 – непълна информация или незадоволителна документация.

За всяка симптомна група се дава обща оценка, основана на броя от съставлящите я симптоми, които са били налице през периода и на тежестта на дистреса или нарушеното функциониране (инвалидизация), свързани с тях. Това

осигурява достатъчна степен на операционализация при оценяването на групата симптоми за подбрания епизод. Също така е осъществена оценка на приложената медикаментозна терапия към момента на проследяване, както и оценка на общото подобрене от лечението към момента на изследването. Оценката е направена със статистически пакет SPSS версия 13.0

6.2 Оценка на диагностичните критерий

Прилагането на MINI-интервю има висока степен на структурираност, следващо пряко диагностичните критерии по DSM-IV-TR и МКБ-10, като оценява пожизнената изява на симптоматиката. Валидизиран инструмент, който установява твърде висока коморбидност. С помоща на MINI се оформя диагностичната рамка, която позволява на клинициста да посочи дали пациента отговаря на диагностичните критерии за дадено психично разстройство.

6.3 Оценка на функционирането

Психичното разстройство и нарушенията, свързани с него, дават отражение в различни аспекти на функционирането. Скалата за глобално функциониране - GAF не оценява самите симптоми, а нарушенията, които симптомите причиняват. Тези нарушения имат съществена роля в протичането на боледуването и за неговото прогнозиране. Оценката е баланс между тежестта на симптомите и нарушения във функционирането. С помоща на скалата GAF се оцениха последователно периодите преди и след епизода на боледуване, като критерии за оценка качеството на възстановяване и функциониране. Скалата е попълнена повторно в изследваната извадка между 12 и 24 месец след болестния епизод.

V. Резултати

1. Общи характеристики на извадката

За периода на изследването катамнезно са проследени 165 жени на възраст от 17 до 45 години - бременни и родилки.

Периодът на катамнезното проучване обхваща 16 години. Всички жени са наблюдавани по време на психотичен пристъп и наличие на бременност или в послеродов период. Обхванати са пациентки, които имат предхождаща анамнеза за психично разстройство, но също така и без предхождащо психично разстройство, при които бременността и раждането са начало на психично заболяване.

Социодемографските данни са събрани, както от медицинската документацията, така и от близки и роднини. Проследяването и наблюдението са собствени и обхващат всички жени преминали през клиниката от 1996 до 2012г с бременност или след раждане. В рамките на това проучване пациентките са проследни във времето (12-24 месеца) и оценени като ход и изход на заболяването, както и като ниво на функциониране, което определя качеството на възстановяване между пристъпите на болестта.

В основата на голяма част от сравнителните резултати присъствува възрастта на проследените жени, както по отношение началото на психичното заболяване, така и по отношение на предшествуващи и последващи епизоди; клиничната картина и начин на протичане; ефекта от лечението; хода и изхода на заболяването. От наличната психопатология се обособиха четири основни диагностични единици по МКБ-10

1. Афективни разстройства (F 31) – 81 (49,1%)
2. Шизофренно разстройство (F20.0) – 34 (20,6%)
3. Рекурентна депресия (F33) - 33 (20%)
4. Шизоафективно разстройство (F25) – 17 (10,3%)

2. Социо-демографски характеристики

Изборът на социо-демографските фактори се определи от вече познатата им значимост и свързаност с психичните разстройства. Анализът им обхваща главно възраст, семеен статус, образование, социо-икономическия статус и брой раждания.

2.1 Възраст

Изследваните пациентки в извадката бяха условно разделени на три възрастови групи. Средната възраст на пациентките е 25,8 (SD= 6,0) години. От всички 165 жени обхванати в това изследване повече от половината (N89) са на възраст от 17 до 25 години (виж табл.3).

	N	Възраст			
		Средна възраст (в год.)	SD	Минимална	максимална
Общо	165	25.8	6.0	17	45
бременни	98	25.5	5.7	17	39
родилки	67	26.1	6.4	17	45

Табл.3 Средна възраст на проследените жени по време на бременност и след раждане

Най-голям е процента на жените с бременност (54,1%) и след раждане (53,7%) във възрастовата група до 25 години. Около една четвърт са жените на възраст от 25 до 30 години (N41). Разпределението по възрастови групи е естествено, тъй като жените предпочитат да раждат по-млади, когато са в периода на най-активна полова зрялост. Младата възраст се асоциира и с период в който се отключват по-често психични разстройства, факт който се потвърждава и от резултата в извадката- от 165 жени с психични разстройства 130 са на възраст до 30 години (виж табл.4).

Възрастови групи	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
17-25	53	54.1	36	53.7	89	54.0
26-30	26	26.5	15	22.4	41	24.8
31-45	19	19.4	16	23.9	35	21.2
Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0

Табл.4 Разпределение по възраст на проследените бременни и родилки

Търсейки връзка между възрастта на пациентките и диагностичната принадлежност на психичните им разстройства, резултатите показаха, че във възрастовата група до 25 години процентът на жените със симптоми на БАР е 48,3%, със симптоми на голямо депресивно разстройство (в рамките на РДР) е 13,6%, с

шизоафективно разстройство 13,3%, а с Шизофрения 23,6%. Това процентно съотношение се запазва и при жените във втората и третата възрастова група, като най-много са жените с диагноза биполарно афективно разстройство. Търсейки корелация между възрастта и психичното разстройство се установи, че БАР и в трите възрастови групи е най-честото психично разстройство независимо, че не се откри статистическо ниво на значимост $p=0,217$ (виж табл.5).

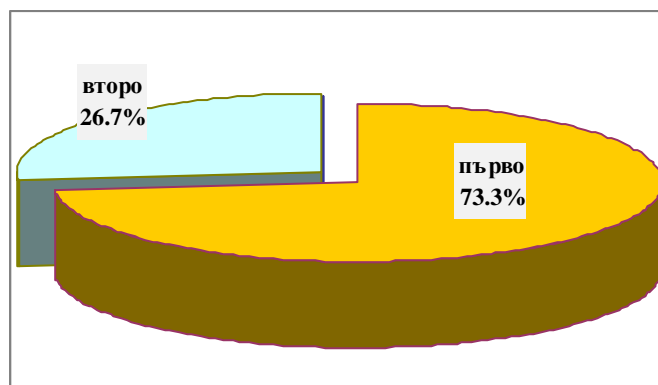
Диагноза	Възrastови групи			Общо n (%)	p
	17-25 n (%)	26-30 n (%)	31-45 n (%)		
БАР (F31)	43 (48,3)	21 (51,2)	17 (48,6)	81 (49,1)	0.217
Шизофрения (F20)	21 (23,6)	8 (19,5)	5 (14,3)	34 (20,6)	
РДР (F33)	13 (14,6)	8 (19,5)	12 (34,3)	33 (20)	
Шизоафективно(F25)	12 (13,5)	4 (9,8)	1 (2,9)	17 (10,3)	
Общо	89 (100)	41 (100)	35 (100)	165 (100)	

Табл.5 Разпределение по диагнози според възрастта

Честотата на психичните разстройства по време на бременност и послеродовия период е свързана с по-младата възраст. Младата възраст се асоциира предимно с наличие на Афективни разстройства (80%), и в много по-малка степен (20%) с Шизоафективно разстройство и Шизофрения.

2.2 Брой раждания

Поредността на ражданията при изследвания контингент жени е сравнен с възрастта на жените и наличие на психичното разстройство. Оказа се, че разликата е твърде голяма между жените с първо раждане (73,3%) и жените с второ раждане (26,7%). От получените резултати се потвърждава хипотезата, че първата бременност или първото раждане са рисков фактор за възникване на психично разстройство. Разпределението по брой раждания е показано на фигура 2.



Фиг. 2 Процентно разпределение на жените според броя раждания

Групата на жените с първа бременност и раждане и в трите възрастови диапазона е най-голям - между 55% и 75,6% от изследваната група, като от тях 79.8% са на възраст до 25 години (виж табл.6).

Сравнявайки възрастта на пациентките в извадката с поредността на ражданията не се откри статистически значима корелация, но и в двете субгрупи процента на жените в млада възраст (до 30 години), които отключават психично разстройство по време на първа бременност и раждане е два пъти по-голям. (виж табл.6).

Възрастови групи	Брой раждания	бременна n(%)	родилка n(%)	Общо n(%)	p
17-25	едно	42 (79.2)	29 (80.6)	71 (79.8)	1,000
	две	11 (20.8)	7 (19.4)	18 (20.2)	
26-30	едно	21 (80.8)	10 (66.7)	31 (75.6)	0,453
	две	5 (19.2)	5 (33.3)	10 (24.4)	
31-45	едно	12 (63.2)	7 (43.8)	19 (54.3)	0,386
	две	7 (36.8)	8 (50)	15 (42.9)	

Табл.6 Разпределение на жените според броя раждания и възраст

Разглеждайки поотделно двете субгрупи резултати показва, че в групата на бременните повече от половината от жените са с първа бременност (76,5%), а в субгрупата на родилките с първо раждане са 68,7%. Броят на жените с първа бременност и раждане е трикратно по-голям от жените с втора бременност и раждане. Разпределението според броя раждания в двете субгрупи е показано на таблица 7.

Брой раждания	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
С първо раждане	75	76.5	46	68.7	121	73.3

С второ раждане	23	23.5	21	31.3	43	29.1
Общо	98	100.0	65	100.0	165	100.0

Табл.7 Разпределение на броя раждания в групата на бремените и жените в полеродовия период.

Резултатите показват, че жените с първа бременност, бременността е свързана с риск от влошаване на психичното разстройство, а при жените с поредно раждане послеродовият период е свързан с по-висок риск за влошаване на психичното разстройство.

2.3 Семейен статус

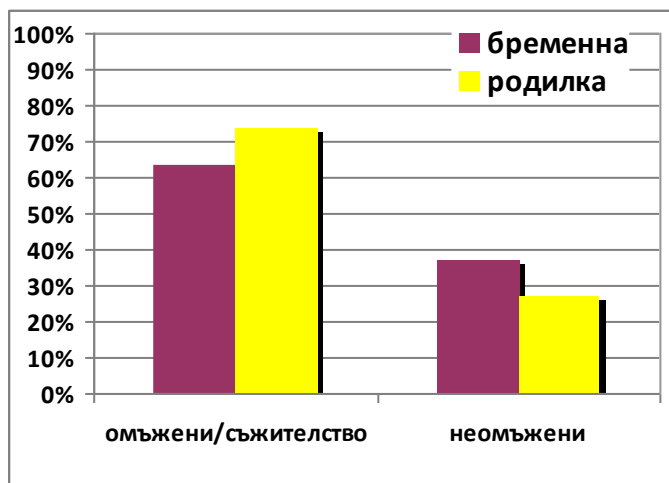
Предиктивен фактор, играещ съществена роля за протичането на психичното разстройство при жените, е наличие на партньор или семейство. Освен това семейния статус се отразява и върху някои клинично-социални характеристики на боледуването.

Получените резултати показаха, че жените с психични разстройства, които са омъжени или имат постоянен партньор (67,3%) са почти два пъти повече от неомъжение (32,7%) (виж. табл.8).

Семейен статус	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
Омъжена или съвместно съжителство	62	63.3	49	73.1	111	67.3
Неомъжена	36	36.7	18	26.9	54	32.7
Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0

Табл.8.Разпределение на жените според семейния статус в двете субгрупи

Сравнявайки двете субгрупи според семейния статус, резултатите показаха, че жените в послеродов период имат по-добър статус спрямо бременните. В групата на омъжените и с партньор жени, родилките са с около 10% повече, а в групата на неомъжените, родилките са с около 10% по-малко. (виж фиг.3).



Фиг.3 Графично представяне на съотношение на семейния статус при бременни и родилки.

Това потвърждава хипотезата, че наличието или липсата на партньор и семейство може да има както протективен, така и негативен ефект, оказващ влияние на протичането и хода на психичните разстройства по време на бременност. Психична болест при проследените бременни и родилки се оказва повече рисков фактор, който се отрази на брака и съжителството им. От 111 (67,3%) жени в периода на проследяване, при около една четвърт от тях е настъпила промяна в семейния им статус. Това потвърждава фактът, че семейния статус е променлива величина и вероятно е асоциирана с наличието на психично заболяване.

2.4 Образование

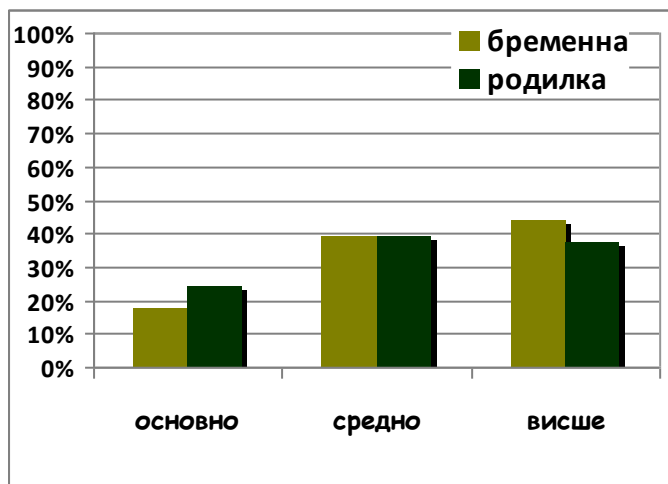
Важен фактор е нивото на образователен статус, като жените с психично разстройство в тази извадка имат по-високо образование (средно и висше) и са повече от жените с основно или без образование. Вероятно влияние върху резултата оказва и профила на лечебното заведение, в което се лекуват. Както се вижда от таблицата преобладават пациентките с висше (41,2%) и средно образование (38,8%), като не малък е броя на пациентките с основно образование (20,0%). Разпределението в двете групи – бременни и родилки според образованието е показано на таблица 10.

Образование	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
основно	17	17.3	16	23.9	33	20.0
средно	38	38.8	26	38.8	64	38.8
висше	43	43.9	25	37.3	68	41.2

Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0
-------------	----	-------	----	-------	-----	-------

Табл.10 Разпределение на нивото на образование при бременни и родилки

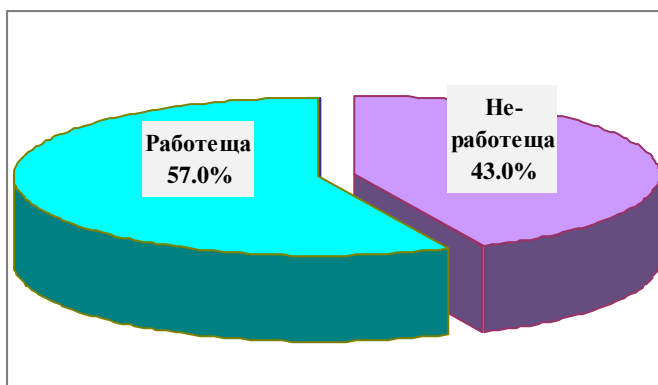
В групата на бременните, преобладаващи са жените с висше и средно образование-около 80%, като това съотношение се отчита и в субгрупата на родилките-над 70% с висше и средно образование. Резултатите от разпределението на жените в двете субгрупи показва, че жените с висше образование в субгрупата на бременните доминират (43.9%), а в субгрупата на родилките повече са жените със средно образование (38,8%). Анализа на образователния статус на жените в извадката е доказателство, че жените които забременяват и раждат са с по-високо образование. На фигура 4 е представено графично разпределението в двете субгрупи според спентта на образование .



фиг.4 Графично представяне на нивото на образование при бременни и родилки с психични заболявания.

2.5 Социален статус и трудова заетост

Друга важна социодемографска характеристика е наличието на работа и финансова независимост, което от своя страна определя и социалния статус на жените с психично разстройство. В тази извадка повечето от жените имат реална трудова заетост преди бременността и раждането. Работещи преди забременяването са 94 (57,0%) от жените, а безработните са 71(43,0%). Процентното съотношение на работещи и неработещи е представено на фигура 5.



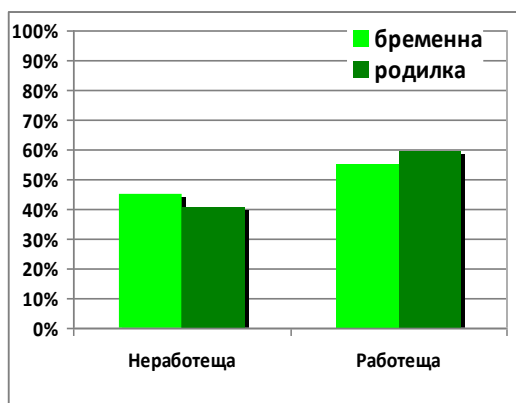
Фиг.5 Процентно съотношение на работещи и неработещи жени

Резултатите от анализа на трудовата заетост в двете субгрупи показаха, че повече от половината от бременните жени (N54) и родилки (N40) имат работа. Жените, които са без работа и разчитат на издръжката си единствено на близките си са около 40%(виж табл.11).

Социален статус	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
Безработни	44	44.9	27	40.3	71	43.0
Работещи	54	55.1	40	59.7	94	57.0
Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0

Табл.11 Разпределение на работещи и неработещи жени .

Много малка е процентната разлика между жените с бременност, които имат добър социален статус и родилките - средно с около 5% (виж фиг.6). Наличието на постоянна работа осигуряваща финансова независимост, дават отражение на цялостното функциониране, на възможността тези жени да отглеждат децата си и да се грижат за тях. Липсата на работа и финансова несигурност са преципитиращ рисков фактор, който оказва влияние на жените с психично заболяване по време на бременност и след раждането. Жените, които нямат доходи и работа се справят много по-трудно, както с болестта си, така и с майчинството си.



Фиг.6 Графично представяне на процентното съотношение между работещи и неработещи в двете субгрупи

2.6 Коморбидност с телесни заболявания

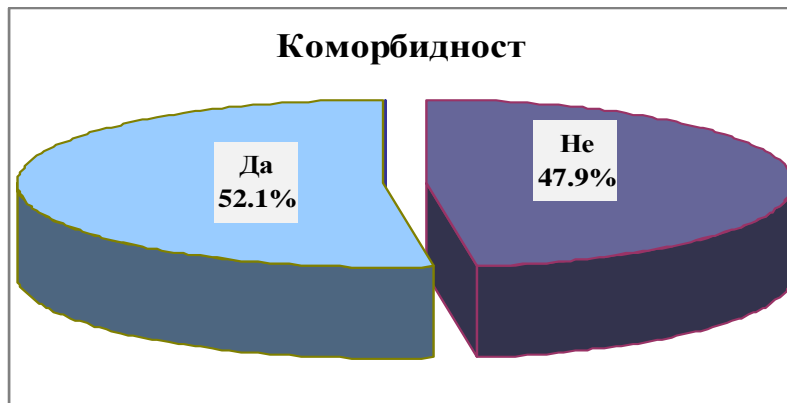
Коморбидността се оказва друг много важен фактор, който може да даде отражение върху психичните разстройства по време на бременността и след раждането. Наличната коморбидност е регистрирана, както от медицинската документация на пациентките, така и след консултация със съответните специалисти. При проследените жени, честотата на някои значими телесни заболявания се оказва не малка. От общо 165 жени при около една трета (52,1%) има установена телесна коморбидност. В групата на бременните жени при повече от половината (52,0%) има налична телесна коморбидност(виж табл.12). В субгрупата на родилките това съотношение е по-малко, като при 35 (50,2%) от жените се регистрира телесна коморбидност. Този резултати показват, че при около една втора от изследваните жени има наличие на телесна коморбидност.

Коморбидност	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
липсва	47	48.0	32	40.8	79	47.9
налична	51	52.0	35	50.2	86	52.1
Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0

Табл.12 Разпределение на наличната коморбидност при бременни и родилки

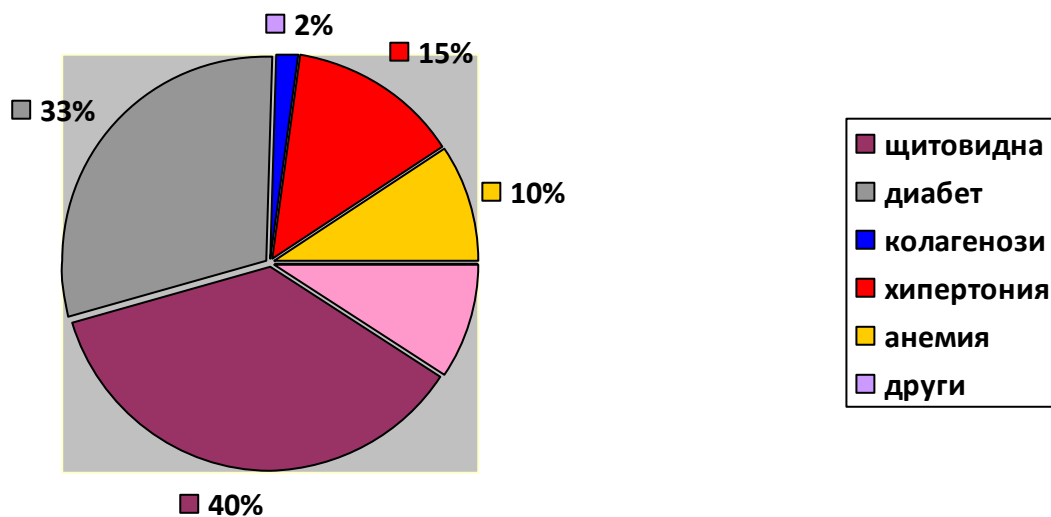
Най-честат коморбидност е свързана със заболявания на щитовидната жлеза (хипо- и хипертиреодизъм), желязодефицитна анемия, артериална хипертония, диабет II тип и колагенози. Процентното съотношение при жените със съществуваща

коморбидност е 52,1%, спрямо липса на коморбидност при 47,9% от жените и е представено на фигура 7.



Фиг.7 Процентно разпределение на телесната коморбидност.

От наблюдаваните жени с телесна коморбидност (52,1%) при 40% има патология на щитовидната жлеза-клинично доказана, 33% имат диабет тип II, 15% са с артериална хипертония, 2% с колагенози (лупус) и 10% с желязодефицитна анемия. Процентното съотношение на отделните телесни заболявания е представено на фигура 8.



Фиг.8 Графично представяне на честота на телесната коморбидност

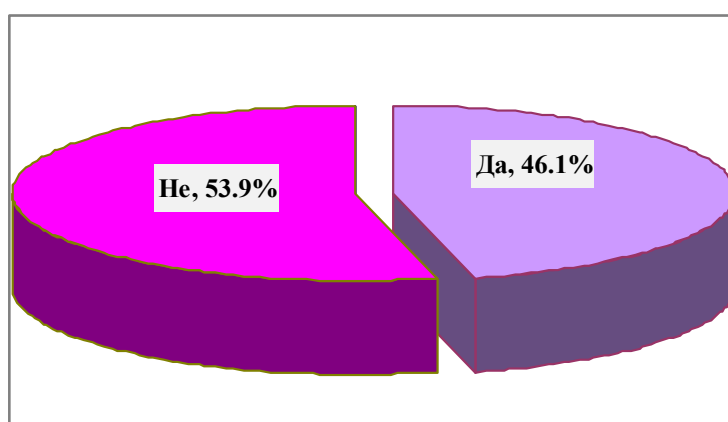
Обобщавайки резултатите от социодемографските характеристики, може да се каже, че в извадката преобладават предимно пациентки в млада възраст, а средната възраст е 25 години. Най-голяма част от жените са с първа бременност и раждане. Повече от пациентките са с висше и средно образование и са работещи, две трети са семейни или живеят с партньор. Болшинството от жените имат придружаваща телесна

патология. между двете субгрупи не се откриха значителни различия. Различията между двете субгрупи по отношение на анализиранияте социодемографски фактори са много малко и са незначими.

3. Биологични предиктори

3.1. Предхождаща анамнеза за психично разстройство

Наличието на предхождаща история за психично заболяване представлява важен биологичен маркер, който трябва да се оценява в периодите на бременност и раждане. От проследените пациентки при по-малко от половината (46,1%) има наличие на предхождаща анамнеза за психично разстройство, а при останалите (53%) няма предхождаща анамнеза. Процентното разпределение е представено на фигура 9.



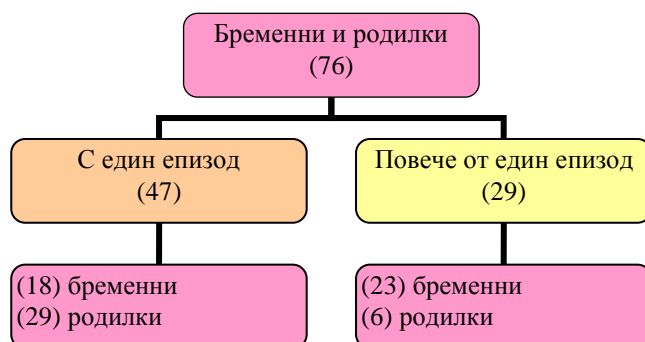
Фиг.9 Процентно разпределение на жени с и без предхождаща анамнеза за психично разстройство

От жените без предхождаща анамнеза за психично разстройство, бременността (58,2%) и раждането (47,8%) са периода, свързан с начало на боледуване. В групата на жените с предхождаща история за психична болест, бременността(41,8%) и раждането (52,2%) са свързани с влошаване на симптомите на психичното разстройство. Разпределението, според наличие или липса на предхождаща история на психично разстройство, е показано в таблица 13.

Предишна анамнеза	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
налична	41	41.8	35	52.2	76	46.1
липсваща	57	58.2	32	47.8	89	53.9
Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0

Табл.13 Разпределение на жените с предхождаща анамнеза за психично заболяване

Сравнявайки епизодите на боледуване при жените с предхождаща анамнеза в двете субгрупи, се оказва, че бременните имат повече епизоди, спрямо жените след раждане. Така от общо 76 жени - 47 имат по един прекаран епизод, а 29 с повече от един епизод (виж фиг.10).



Фиг.10 Броя епизоди на психично разстройство при бременни и родилки

Резултатите за връзката между възрастта и наличието на предхождаща анамнеза за психично заболяване, като цяло са позитивни в извадката. От жените на възраст до 30 години около 80% имат наличие на предхождаща анамнеза. От изследваните 35 жени във възрастта от 30 до 45 години, при 25,7% има наличие на предхождаща анамнеза. Именно във този възрастов диапазон се установи връзка между възрастта и наличието на предхождащо психично заболяване, като се намери статистически значима корелация $p=0,0498$. Жените в късна възраст с предхождаща анамнеза за психично разстройство, които забременяват са по-високо рискови за рецидив на психичното им разстройство. Въпреки значимото ниво на корелация при жените от 30-45 години и в останалите възрастови групи предхождаща анамнеза е факт, който не може да не се отчете, независимо, че не се установява статистически значима корелация (виж табл.14).

Възрастови групи	Предишна анамнеза		бременна	родилка	Общо	p
17-25	да	n,%	31(58.5%)	21(58.3%)	52(58.4%)	1.000
	не	n,%	22(41.5%)	15(41.7%)	37(41.6%)	
26-30	да	n,%	8(30.8%)	7(46.7%)	15(36.6%)	0.336
	не	n,%	18(69.2%)	8(53.3%)	26(63.4%)	
31-45	да	n,%	2(10.5%)	7(43.8%)	9(25.7%)	0.0498
	не	n,%	17(89.5%)	9(56.3%)	26(74.3%)	

Табл. 14 Разпределение на пациентките по възраст и наличие на предхождаща анамнеза за психично разстройство.

Проследявайки историята за предхождащо психично разстройство се установи, че при преобладаващия процент от жените е поставена диагноза Афективно разстройство, като с Биполарно афективно разстройство са 50.1% , с РДР -12.4.0%, а 14.9% са с психотично афективни симптоми. Практически само при 22,6% е поставена диагноза Шизофрения. При жените с бременност (N41), предхождаща анамнеза за БАР са имали почти половината (45,9%), история за депресия са имали 2,4%, а 38,5% са имали психотични епизоди. В субгрупата на родилките (N35), това процентно съотношение се запазва, като най-голяма е групата на жените с анамнеза за БАР(43,7%) и афективно психотични симптоми (29,5%) (виж табл.15).

Диагноза	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
БАР	25	45.9	20	43.7	45	50.1
Шизофрения	10	38.5	4	13.4	14	22.6
РДР	2	2.4	4	13.4	6	12.4
Афективни р-ва с психотични симптоми	4	13.2	7	29.5	11	14.9
Общо	41	100.0	35	100.0	76	100.0

Табл.15 Разпределение на жените според диагнозите по време на бременност и раждане.

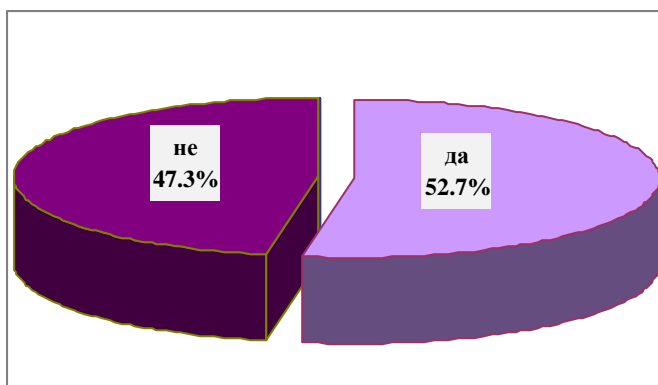
Изследвахме дали има статистически значима корелация между началната възраст на заболяване и диагнозата. Установихме, че факторът „начална възраст на заболяването” статистически значимо не влияе върху психичната болест в периода на бременност или след раждане ($p > 0,05$). Резултатите показаха, че в двете субгрупи, жените отключват психичното си разстройство предимно до 25 години (N89), и най-често началото е с клинична картина на БАР, без корелацията да достига статистическа значима стойност ($p = 0,687$). При жените отключили психично заболяване (N35) във възрастта от 31 до 45 години най-голяма е групата на жените с БАР(48,6%) и РДР (34,4%). Независимо от липсата на статистическа значимост от анализа на началната възраст на психичното разстройство и в трите възрастови групи началото на психичното разстройство е предимно с клиничната картина на афективно разстройство (виж табл.16).

възрастови групи	Диагноза	бременна n(%)	родилка n(%)	Общо n(%)	p
17-25	F31	23 (43.4)	20 (55.6)	43 (48.3)	0,687
	F20	14 (26.4)	7 (19.4)	21 (23.6)	
	F33	9 (17)	4 (11.1)	13 (14.6)	
	F25	7 (13.2)	5 (13.9)	12 (13.5)	
	Общо	53 (100)	36 (100)	89 (100)	
26-30	F31	13 (50)	8 (53.3)	21 (51.2)	1,000
	F20	5 (19.2)	3 (20)	8 (19.5)	
	F33	5 (19.2)	3 (20)	8 (19.5)	
	F25	3 (11.5)	1 (6.7)	4 (9.8)	
	Общо	26 (100)	15 (100)	41 (100)	
31-45	F31	9 (47.4)	8 (50)	17 (48.6)	0,521
	F20	4 (21.1)	1 (6.3)	5 (14.3)	
	F33	6 (31.6)	6 (37.5)	12 (34.3)	
	F25	0 (0)	1 (6.3)	1 (2.9)	
	Общо	19 (100)	16 (100)	35 (100)	

Табл.16 Разпределение на пациентките по възраст и начало на клинична изява на психичната болест

3.2 Фамилна обремененост с психично заболявания

Резултатите от данните за фамилна анамнеза показаха, че повече от половината от пациентките са с фамилна обремененост с психични разстройства- 87 (52,7%) (виж фиг.10).



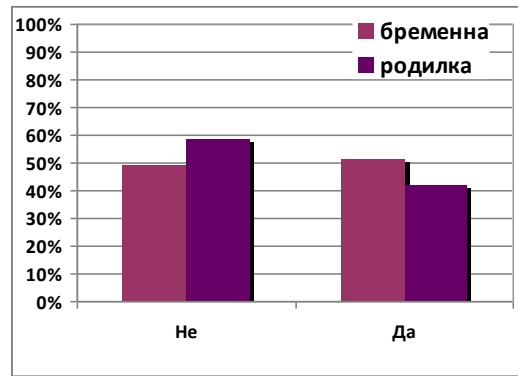
Фиг.10 Процентно съотношение на фамилната обремененост

От изследваните родилки (N39), повече от половината имат обремененост, предимно по първа линия. В групата на бременните (N48) при повече от една втора е регистрирана наследственост, като доминира фамилна обремененост предимно по втора линия и по-малко по първа линия. От получените резултати в извадката се вижда, че няма значима разлика по отношение на обременеността с психично заболяване (виж табл.17).

Фамилна обремененост	бременна		Родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
да	48	49.0	39	58.2	87	52.7
не	50	51.0	28	41.8	78	47.3
Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0

Табл.17 Разпределение на жените с бременност и след раждане и наличие на фамилна обремененост.

Между жените с бременност които имат фамилна обремененост и тези които нямат разликата се оказва минимална- с около 2%, докато при родилките тази разлика е по-съществена с около 15% в полза на фамилно обременените. Резултата е доказателство на факта, че послеродовият период е по-рисков за жените които имат фамилна обремененост. Независимо от несъществените различия, фамилната обремененост по първа и втора линия е високо рисков фактор за отключване на психично разстройство в периода на бременност и след раждане. Графичното разпределение според фамилна обремененост е показано на фигура 11.



Фиг.11.Графично сравнение на наличната фамилната обремененост при родилки и бременност

Разпределяйки жените според наличната фамилна обремененост с психични разстройства се установи, че най-голяма е групата на жените които са обременени с БАР (49,4%) и с депресия (24%). Фамилната обремененост с шизофрения за тази извадка се оказва немалка (17,2%). Търсейки връзка между фамилната обремененост с психични заболявания от получените резултати не се регистрира статистически значимо ниво на корелация ($p=0,430$) (виж табл.18).

Диагноза	Фамилна обремененост		Общо n(%)	p
	Да n(%)	Не n(%)		
F31	43 (49,4)	38 (48,7)	81 (49,1)	0.430
F20	15 (17,2)	19 (24,4)	34 (20,6)	
F33	21 (24,1)	12 (15,4)	33 (20)	
F25	8 (9,2)	9 (11,5)	17 (10,3)	
Общо	87 (100)	78 (100)	165 (100)	

Табл.18 Разпределение на фамилната обремененост с психични заболявания

Разглеждайки поотделно двете субгрупи, резултатите показаха, че при бременните жени най-голяма е обременеността с Афективни разстройства (45,8%) Жените в послеродов период обременени с афективни разстройства са 53,8%. Наличието на обремененост с депресия имат 22,9% от бременните и 25,6% от родилките. От резултатите е видно, че фамилната обремененост има своята роля, особено с послеродовия период, въпреки несъществените различия в двете субгрупи.

Търсейки корелация между фамилната обремененост и диагностичната принадлежност на наследствеността в двете субгрупи не се отчита статистическо ниво на значимост ($p=0,677$; $p= 0,223$) (виж табл.19).

Повечето от родилките обременени по първа линия с психични разстройства имат болна майка или сестра, докато при бременните, обременеността е повече по линия на баби, лели, чичовци и първи братовчеди.

Бременни				
Диагноза	Фамилна обремененост		Общо n(%)	P
	да n(%)	не n(%)		
F31	22 (45,8)	23 (46)	45 (45,9)	0.677
F20	9 (18,8)	14 (28)	23 (23,5)	
F33	11 (22,9)	9 (18)	20 (20,4)	
F25	6 (12,5)	4 (8)	10 (10,2)	
Общо	48 (100)	50 (100)	98 (100)	
Родилки				
Диагноза	Фамилна обремененост		Общо n(%)	P
	ДА n(%)	Не n(%)		
F31	21 (53,8)	15 (53,6)	36 (53,7)	0.223
F20	6 (15,4)	5 (17,9)	11 (16,4)	
F33	10 (25,6)	3 (10,7)	13 (19,4)	
F25	2 (5,1)	5 (17,9)	7 (10,4)	
Общо	39 (100)	28 (100)	67 (100)	

Табл.19 Разпределение на фамилната обремененост с психични разстройства

Изследвайки зависимостта между възрастта на пациентките и наличието на фамилна обремененост се установи, че няма статистическа значима корелация с младата възраст от 17 до 30 години. Сравнявайки възрастовия диапазон от 30 до 45 години и наличието на наследственост, се намери статистически значима корелация между фамилната обремененост и късната възраст на бременността $p=0,006$.

Получената корелация е факт, които потвърждава, че наличието на обремененост при жени, които забременяват и раждат след 31 години може да бъде рисков фактор за отключване или рецидив на психично разстройство (виж табл.20)

Възрастови групи	Фамилна обремененост	бременна n(%)	родилка n(%)	Общо n(%)	p
17-25	Да	29 (54.7)	18 (50)	47 (52.8)	0.672
	Не	26 (45.3)	18 (50)	42 (47.2)	
	Общо	53 (100)	36 (100)	89 (100)	
26-30	Да	13 (50)	8 (53.3)	21 (51.2)	1.000
	Не	13 (50)	7 (46.7)	20 (48.8)	
	Общо	26 (100)	15 (100)	41 (100)	
31-45	Да	6 (31.6)	13 (81.3)	19 (54.3)	0.006
	Не	13 (68.4)	3 (18.8)	16 (45.7)	
	Общо	19 (100)	16 (100)	35 (100)	

Табл.20 Разпределение по възраст и наличие на фамилна обремененост в двете групи-бременни и родилки.

В обобщение на резултатите от наличната предхождаща анамнеза и фамилната обремененост може да се каже, че жените които нямат предхождаща анамнеза за психично разстройство са повече от половината в извадката и при тях бременността и раждането са начало на боледуване, а при останалите жени периода е свързан с рецидив на болестта. При пациентките с предхождаща история най-голям е броя на жените които имат поне един епизод на боледуване преди бременността и раждането. Началната възраст на заболяването за пациентките с анамнеза за психична болест е 25 години. Съчетанието на бременност и раждане в късна възраст и предхождаща история за психично разстройство е високо рисков фактор за рецидив на болестта. Наличие на фамилна обремененост с психични заболявания при жените в извадката показва, че повече от една втора имат обремененост, като най-много е обременеността с афективни разстройства и депресия. При жените с наследственост, които раждат в

късна възраст, риска от психични разстройства статистически значимо корелира с послеродовия период. Разликата в двете субгрупи показва, че при бременните обременеността е предимно по втора линия, докато при жените в послеродов период обременеността е по първа линия.

4. Клинична характеристика на психичните разстройства по време на бременност и след раждане

4.1. Периоди на психично влошаване по време на бременност и след раждане

Относно клиничната характеристика на психичните разстройства по време на бременността и след раждане, която бе проследявана, не се откри съществена разлика с познатите вече клинични изяви. Разгледани поотделно, в двата периода се отчетоха известни, но несъществени различия. От направеното разпределение на епизодите на влошаване се констатира струпване в отделните етапи на протичане на бременността и след раждането. Анализът показва, че рискови са ранните седмици на бременността и първия триместър, а след раждането - първите 15 дни и 3 до 6 месеца след раждането.

Разглеждайки отделните периоди резултатите показаха, че по време на бременност най-много са жените (N34) с клинична изява на Афективно разстройство в първия и третия триместър на бременността. Първият и последният триместър от бременността (N15) е свързан най-много с прояви на депресия, а симптомите на остро настъпили епизоди на психотично-афективна симптоматика са най-често в третия триместър на бременността (N6).

В послеродовия период рискова е първата седмица, третия и 6 месец след раждане. От жените в послеродовия период (N67), при една трета настъпва влошаване с картина на Афективното разстройство в първите две седмици и до шестия месец. При 10 от родилките първите две седмици до третия месец е свързан с влошаване на депресивната симптоматика. Психотична симптоматика е наблюдава при 4 от жените в първите две седмици и при 3 в периода от 3 до 6 месец (виж табл. 21).

Диагноза	Бременност (N98 жени)			Послеродов период (N67 жени)		
	Първи триместър N	Втори триместър N	Трети триместър N	До 15 дни N	До 3 Месеца N	До 6 месеца N

БАР (N81)	14	10	20	16	10	11
Шизофрения (N34)	10	7	7	5	3	2
РДР(N33)	7	5	8	2	8	3
Шизоафективно разстройство(N17)	2	2	6	4	2	1

Табл.21 Честота на периодите, свързани с влошаване на психичните разстройства по време на бременност и след раждане

4.2 Клинични симптоми

Наличната психопатологията и тежестта ѝ на изява са оценени с помощта на полуструктурирано интервю и синдромния опис на ItemGroup-Checklis, като резултатите са обработени с SPSS-13. Синдромният опис включва най-често наблюдаваните симптоми по време на епизод, като анализът и оценката на симптомите е според честота и свързаност им с наличие на бременност или след раждане. За всяка симптомна група е дадена една обща оценка, основана на броя от съставляващите я симптоми, които са били налице, тежестта на изява и нарушеното функциониране (инвалидизация), свързани с тях. Установени са корелациите между посочените променливи, както и асоциация с определени социодемографски показатели, предимно с възрастта на пациентките.

4.2.1 Нервно и мускулно напрежение (IG1, IG2)

Симптомите групи IG 1 и IG 2 включват прояви на нервно и мускулно напрежение чрез изява на безпокойство, раздразнителност, тревожно предчувствие, мускулно напрежение. При 100 от пациентките има наличие на симптоми на напрежение, като при 48,9% от жените те са определена тежест

Оказа се, че тази симптомна патология се асоциира по-често с младата възраст, като има изявена степен на тежест при 58,6% от жените по време на бременност и при 42,3% от родилките. Резултатите от оценката на тежестта на симптомокомплекса показват статистически значима корелация с младата възраст, като се отчита ниво на значимост $p=0,041$ (табл. 22).

С напредване на възрастта на бременните и родилките, степенята на изява на симптомите на напрежение намалява до умерено изразена, като само при 6(40%) от жените на възраст от 31-45 години симптомите на напрежение са с определена тежест.

Възрастови групи	Нервно и мускулно напрежение	бременна n(%)	родилка n(%)	Общо n(%)	p
17-25	определено налице	17 (58.6)	11 (42.3)	28 (50.9)	0.041
26-30	определено налице	7 (38.9)	6 (30)	13 (43.3)	0.710
31-45	определено налице	1 (12.5)	5 (71.4)	6 (40)	0.284

Табл.22 Изследване на влиянието на симптомите на нервно напрежение според възрастта

4. 2. 2 Тревожност - соматична и психична (IG 3).

Синдромокомплекса тревожност се оказва често срещана изява в клиничната картина на психичните разстройства по време на бременност и след раждане.

Симптомокомплекса тревожност се проявява с вегетативната тревожност (тахикардия, задух, замайване, изтръпване, изпотяване, треперене на ръцете или краката, стягане в гръдния кош.) и психична тревожност (чувство на нереалност, персистиращо безпокойство, немотивиран страх, ирационални страхове, страх от загуба на контрол).

От общо 163 жени при които се оцени наличие на тревожност, независимо дали са бременни или родилки при повече от половината тежестта на изява е оценена, като „определено налице с изразена тежест“, а с умерена тежест са около 40% от жените. Независимо от степента на изразеност, тревожността се оказва, че е един от водещите симптоми в клиничната изява на психичните разстройства, в периода на бременност и след раждане. Наличието на изразена степен на тревожност във възрастта до 25 години е най-голямо при жените с бременност (59,6%).

Във втората възрастова група симптомите на тревожност са по изразени при родилките (53,3%). За жените в по-зряла възраст(35-45г), симптомите на тревожност са също по изявени при родилките (80%) и по-малко при бременните(63,2%). Резултатите от направените оценки показват, че при жените с ранна бременност тревожността е с по-голяма степен на изява, докато симптомите на тревожност с увеличаване на възрастта са по изявени в послеродовия период (виж табл.23)

Възrastови групи	Тревожност	Бременна n(%)	Родилка n(%)	Общо n(%)	P
17-25	вероятно налице	21 (40,4)	19 (52.8)	40 (45.5)	0,272
	определено налице	31 (59.6)	17 (47.2)	48 (54.5)	
	Общо	52 (100)	36 (100)	88 (100)	
26-30	вероятно налице	15 (57.7)	7 (46.7)	22 (53.7)	0,533
	определено налице	11 (42.3)	8 (53.3)	19 (46.3)	
	Общо	26 (100)	15 (100)	41 (100)	
31-45	вероятно налице	7 (36.8)	3 (20)	10 (29.4)	0,451
	определено налице	12 (63.2)	12 (80)	24 (70.6)	
	Общо	19 (100)	15 (100)	34 (100)	

Табл.23 Разпределение на пациентите по честота на симптома тревожност и възраст

Симптомната група от IG-4 до IG-8 не е изследвана, тъй като те са свързани с други диагностични единици.

4.2.3 Симптомите на субективно снижено функциониране и снижените телесни функции (IG 9, IG 10) се изразяват със загуба на концентрация, загуба на интереси, загуба на енергия, намален апетит, загуба на тегло, нарушен сън. Те са често срещани и значими по време на наблюдаваните периоди на

бременност и раждане, като присъствието им в психопатологията на психичните разстройства се потвърждава и в извадката- от 165 пациентки при 163 има наличие на симптоми на субективно снижено функциониране и снижени телесни функции (виж табл. 24).

Високо ниво на присъствие на симптоми на субективно усещане за сниженото функциониране независимо от диагностичната принадлежност се отчита във възрастовата група от 17 до 25 години, като при 88 от жените те са с изразена тежест. От жените с късна бременност и раждане (31 до 45 години) само при една пета (N34) има нарушение на функционирането. Симптомите на снижено функциониране, като загуба на интерес, загуба на енергия, нарушен сън са много по-трудно поносими при жените, които са в периода на бременност (N97), сравнени с жените след раждане (N66). При наблюдаваните родилки симптомите на снижено функциониране настъпват на по-късен етап в клиничната картина, тъй като има склонност да се интерпретират, като част от ситуацията, свързана с грижата за детето. При тях симптомите, свързани с липса на енергия, намален апетит, редуция на тегло, нарушен сън, намалена концентрация, започват да се интерпретират като проблем, когато се съчетаят с появата на потиснатото настроение.

Възрастови групи	Снижено функциониране	Бременни n(%)	Родилки n(%)	Общо n(%)
17-25	определено налице	52 (100)	36 (100)	88 (100)
26-30	определено налице	26 (100)	15 (100)	41 (100)
31-45	определено налице	19 (100)	15 (100)	34 (100)

Табл.24 Възрастово разпределение на симптомите на снижено функциониране в групата на бременните и родилките

4.2.4 Депресивните симптоми (IG11,IG12)

Оценката на синдромокомплекса за депресия по време на бременността и след раждането се направи при всички жени, независимо от тяхната нозологична принадлежност. Получените резултати показаха, че младата възраст е свързана най-често с депресивната симптоматика – 40 (96,6%), независимо, че не бе регистрирана статистически значима корелация ($p=1,000$)(виж табл.25).

Снижена самооценка, непроменлива потиснатост, особено в сутрешните часове, притъпени възприятия, загуба на удоволствени преживявания, загуба на надежда за

бъдещето, суицидни мисли или действия са основните депресивни изяви. Наличието на повече от три симптома на всяка от деветте синдромни групи се установява при почти всички бременни жени в млада възраст (94.7%). В тази възраст интензивни се оказаха симптоми, като чувство за вина, малоценност, безпомощност, както и свръхценни фиксации. В останалите възрастови групи изразеността на симптомите на депресия по време на бременност и раждане е почти еднакво застъпена, като с напредване на възрастта има по-ниски нива на асоциираност с депресията.

При почти всички наблюдавани жени във възрастта между 17-30 години, симптомите на депресия доминираха в клиничната картина. Определящата характеристика и различието на депресивните симптоми по време на бременността и след раждането, се изразява не само в наличието на изразена потиснатост и прояви на анхедония, но и в появата на налудно депресивни преживявания, които са свързани с плода или новороденото. Именно преживяванията за безпомощност, загубата на надежда, загубата на удоволствени преживявания са рискови симптоми за поява на поведенческа депресия.

Възрастови групи	Депресивни симптоми	Бременни n (%)	Родилки n (%)	Общо n (%)	p
17-25	вероятно налице	1 (5.3)	0 (0)	1 (3.7)	1.000
	определено налице	18 (94.7)	8 (100)	26 (96.3)	
	Общо	19 (100)	8 (100)	27 (100)	
26-30	вероятно налице	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	определено налице	7 (100)	7 (100)	14 (100)	
	Общо	7 (100)	7 (100)	14 (100)	
31-45	вероятно налице	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	определено налице	5 (100)	8 (100)	13 (100)	
	Общо	5 (100)	8 (100)	13 (100)	

Табл.25 Разпределение според възрастта и тежестта на наличната депресивна симптоматика

Като илюстрация за тежестта на депресивните симптоми при жените по време на бременност във възрастовата група от 17-25 години, ще опиша един клиничен случай:

ЛСБ на 23 години, студентка, от гр.София, лекувана в клиниката през 1998г. Фамилно обременена с баща с БАР (завършил живота си със суицид). Студентка трети

курс. Омъжена, живее в добри взаимоотношения със съпруга си. По характер описана като по-свита, по-затворена, но амбициозна.

Началото на психичното разстройство е на 18 години, когато прави депресивен епизод, лекуван в амбулаторни условия с антидепресанти. Следва три годишна ремисия. Завършва средно образование, приета в университет. През 1997 г. се омъжва и забременява в началото на 1998 г. – първа и желана бременност. В началото на 7-ми лунарен месец постепенно става много напрегната, тревожна, появило се потиснато настроение и лесна плачливост, сменящи се с епизоди на безпокойство и силен страх, нарушен сън, липса на апетит. Едновременно с това започнала да споделя, че не иска това дете, че няма да може да го отгледа и че трябва да дели обичта си между него и съпруга ѝ. Това е конкретният повод да постъпи в клиниката. От клиничното изследване и консултациите направени с АГ специалист, не се установиха данни за патологична бременност. От психичния статус: тревожно-депресивен синдром, свръхценни преживявания за вина, за безнадеждност, несигурност за бъдещето и желание да се прекрати бременността. Цялото ѝ поведение показваше наличие на тъга, многократно декларирано желание да премахне тази бременност, защото се чувства виновна пред съпруга си. Пациентката не се хранеше, не поемаше течности, често ставаше много напрегната до ажитирана, като в тези епизоди се опитваше да се самонаранява в областта на корема. Тогава се наложи прилагането на ЕКТ (9 процедури) под контрола на АГ, реаниматор и неонаталог. След 5-та процедура настъпи степенно овладяване на психопатологията, а след 9-та пълноценно възстановяване. Подобрението продължи и бе изписана, като пациентката роди в термин, доносно и здраво момиче. Шест месеца след раждането направи ново влошаване с изразена депресивна симптоматика. След този трети епизод заболяването придоби рекурентен ход, като до 2006 г. почти ежегодно тя имаше депресивни влошавания. От 2006 г. до 2012 г. има пълноценна клинична ремисия на фона на поддържащо лечение.

4.2.5 Депресивни налудности и халюцинации (IG13, IG 14).

Тежестта на депресивните състояния се определя и от наличието на психотични симптоми, които са конгруентни на депресивния афект. Наблюдаваните психотично-депресивните състояния протичат с изразена степен на тежест. От общо 40 жени с депресивни симптоми само при една пета от тях, депресивните налудности и халюцинации са с изразена тежест и са „определено налице”. Възрастта е фактор,

който дава отражение върху тежестта на изява на психотично депресивните симптоми, въпреки, че не се достига статистическо ниво на значимост ($p=1,000$; $p=0,142$)

При жените с бременност и възраст до 25 години, психотично депресивните симптоми имат изразена тежест при една трета (23,5%), а при останалите (76,5%) симптомите са оценени, като умерено тежки.

Много по-малко са жените в послеродовия период (N13) при които се оценява наличието на депресивни налудности и халюцинации. Независимо от малкия брой жени с психотично депресивни симптоми в послеродовия период, се откри асоциираност между младата възраст и тежестта на изявата им при ниво на значимост $p= 0,038$ (виж табл. 26).

Група –родилки(N13)						
Клинични симптоми		Възрастови групи			Общо n (%)	p
		17-25 n (%)	26-30 n (%)	31-45 n (%)		
Депресивни налудности и халюцинации IG13_IG14	Определено налице	5 (83,3)	0 (0)	5 (100)	10 (76,9)	0.038
	Вероятно налице	1 (16,7)	2 (100)	0 (0)	3 (23,1)	
	Общо	6 (100)	2 (100)	5 (100)	13 (100)	

Табл.26 Разпределение на психотично депресивните симптоми в групата на родилките

Във възрастта от 30 до 45 години, честота на психотично-депресивните симптоми е по-малка и не особено значима и за двете субгрупи. Наличието на изразени по тежест психотично-депресивни симптоми дава отражение върху протичането, изхода и терапията на психичните разстройства в периода на бременност и след раждане.

4.2.6. Маниен синдромокомплекс (IG 15, IG16, IG17, IG 18, IG19).

Симптоми на мания са оценени при 77 от жените в извадката. Общо оценените жени с мания по време на бременност са 44, а жените в послеродовия период са 33. Разпределени по възраст, жените от 17-25 са повече от половината (N42).

Определено налице с изразена тежест на изява са проявите на повишено настроение, намалена потребност от сън, повишено либидо, свръхразговорливост,

отвлекаемост, повишена самооценка и свръхактивност. Малка част от пациентките имаха преживявания за повишени възможности, неспокойствие, възбуда, речев напор, конфликтност и агресия.

Търсейки връзката между тежестта на симптома и неговата изява в отделните възрастови групи се установи, че общо при 60 (77,9%) от жените има сигурни данни за наличие на симптоми на мания, като най-изявени са в младата възраст до 25 години – 36 (85,2%) и при жените до 30 години (84,2%). От направения анализ на оценката за тежест на симптома, се установи ниво на значимост $p= 0,019$ корелиращо с изразена степен на изява в младата възраст, което потвърждава факта, че тежестта на манийните симптоми се асоциира с младата възраст и периода на бременност и раждане (виж табл. 27).

Клинични симптоми		Възрастови групи				Р
		17-25 n (%)	26-30 n (%)	31-44 n(%)	Общо n (%)	
Маниен синдромокомплекс	Вероятно налице	6 (14,3)	3 (15,8)	8 (50)	17 (22,1)	
	Определено налице	36 (85,7)	16 (84,2)	8 (50)	60 (77,9)	0.019
	Общо	42 (100)	19 (100)	16 (100)	77 (100)	

Табл.27 Асоциираност между степента на изява на манийния синдромокомплекс и възрастта на пациентките

Сравнявайки двете субгрупи- бременни (N41) и родилки (N33), резултати показаха, че изразена тежест на манийните симптоми има при повече от половината от жените. Анализа за тежестта на изява на манийните симптоми при пациентките в двете субгрупи не показаха статистическо ниво на значимост, което е доказателство, че няма разлики в клиничната изява на манията, в периодите на бременност и раждане (виж табл. 28).

Възрастови групи	Манийни симптоми	Бременни n(%)	Родилки n(%)	Общо n(%)	Р
17-25	вероятно налице	5 (23.8)	1 (4.8)	6 (14.3)	0.183
	определено налице	16 (76.2)	20 (95.2)	36 (85.7)	

	Общо	21 (100)	21 (100)	42 (100)	
26-30	вероятно налице	3 (21.4)	0 (0)	3 (15.8)	0.530
	определено налице	11 (78.6)	5 (100)	16 (84.2)	
	Общо	14 (100)	5 (100)	19 (100)	
31-45	вероятно налице	5 (55.6)	3 (42.9)	8 (50)	1.0000
	определено налице	4 (44.4)	4 (57.1)	8 (50)	
	Общо	9 (100)	7 (100)	16 (100)	

Табл.28 Разпределение на манийните симптоми по възраст в групите на бременните и раждалите

Като цяло анализа на манийно психотичните симптоми в извадката показва, че наличието им е най-изразено при жените в послеродовия период. Оценени бяха 33 жени в послеродовия период с манийно психотична симптоматика като свръхактивност, експанзивно настроение, налудности и халюцинации. От направената оценка в трите възрастови групи при почти всички жени (N29) има изразена тежест на симптомите. Получените резултати в извадката показват асоциираност между тежестта на изява на психотично манийните симптоми и периода след раждане при значимо ниво на корелация $p=0,035$ (виж табл.29).

Група -родилки						
Клинични симптоми	Манийно психотични симптоми IG17,18,19	Възрастови групи			Общо n (%)	p
		17-25 n (%)	26-30 n (%)	31-45 n (%)		
	Вероятно налице	1 (4,8)	0 (0)	3 (42,9)	4 (12,1)	
	Определено налице	20 (95,2)	5 (100)	4 (57,1)	29 (87,9)	0.035
	Общо	21 (100)	5 (100)	7 (100)	33 (100)	

Табл.29 Разпределение на родилките според тежестта на изява на психотично манийните симптоми и възраст.

4.2.7. Психотични симптоми (IG21, IG23, IG25,IG26, IG29,IG30)

Идентифицирането на позитивната симптоматика, като халюцинации и налудности в регистъра на психотичните разстройства е по-рядко и в двете групи. Оценката на интензивността на налудностите и халюцинациите обхваща епизодите на

остро настъпилите полиморфни психотични разстройства и шизофренното разстройство. От халюцинациите, като честота и интензивност най-често наблюдавани бяха вербалните, а от налудните преживяванията - налудностите за заплаха, въздействие и религиозните налудности. Налудностите са несистематизирани и нерядко повлияващи поведението на пациентките. Бременните с картина на халюцинации и налудности са 23, а родилките са 11. Степента на изява на психотичните симптоми се асоциира с младата възраст, като от жените на възраст до 25 години при около 60% имат изразена по степен изява на халюцинаторно параноидна картина, независимо, че не се достига статистическо ниво на значимост ($p=0,711$). В останалите възрастови групи изявата на психотични симптоми е по-рядка. Тежестта на психотичната симптоматика по групи и възраст е показана на таблица 30.

Възрастови групи	Халюцинации и налудности	бременна n(%)	родилка n(%)	Общо n(%)	p
17-25	определено налице	10 (63.2)	6 (54.5)	16 (60)	0.711
26-30	определено налице	6 (66.7)	2 (100)	8 (72.7)	
31-45	определено налице	7 (57.1)	3 (100)	10 (62.5)	

Табл.30 Разпределение на честотата на психотичните симптоми според възрастта и наличието на бременност и послеродов период

4.2.8 Симптоми на емоционална неовладимост, обърканост, лабилност, инкохерентна реч, враждебност(IG31,IG32,IG34) са налице в трите възрастови групи - общо 50 (35%). Клиничната изява и интензивност на синдромокомплекса е повече свързан с периода на бременност (N37) и по-малко с периода след раждане(N13).

Независимо, че честотата на изява на симптомите на дезорганизираност, емоционална лабилност и обърканост не е голяма, от резултатите при оценката на тяхната степен на изява, се откри статистически значима корелация с възрастта и периода в който се оценява наличието на синдромокомплекса. И двете субгрупи се регистрира високо ниво на статистическа значимост, като за групата на бременните е $p=0.020$, а за групата на родилките е $p=0.038$. Тази корелация показва, че бременността и раждането са периоди, които се асоциират с появата на остро настъпили състояния на дезорганизираност и емоционална лабилност (виж табл. 31).

Група – родилки						
Клинични симптоми		Възрастови групи				
		17-25 n (%)	26-30 n (%)	31-45 n (%)	Общо n (%)	P
Емоционална неовладимост, инкохерентна реч, конфузно социално поведение	определно налице	1 (16,7)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)	0.038
	вероятно налице	5 (83,3)	2 (100)	5 (100)	12 (76,9)	
	Общо	6 (100)	2 (100)	5 (100)	13 (100)	
Група – бременни						
Клинични симптоми		Възрастови групи				
		17-25 n (%)	26-30 n (%)	31-45 n (%)	Общо n (%)	p
Емоционална неовладимост, инкохерентно мислене и реч, конфузно социално поведение	определено налице	18 (85,7)	5 (50)	2 (33,3)	25 (67,6)	0.020
	вероятно налице	3 (14,3)	5 (50)	4 (66,7)	12 (32,4)	
	Общо	21(100)	10(100)	6(100)	37(100)	

Табл.31 Разпределение на бременните и родилките според възрастта и тежестта на изява на остри психотични симптоми

4.2.9. Синдромокомплексите, включващи изравнен или несъответен афект, бедна реч, невербална комуникация, негативизъм, запуснатост, двигателна забавеност и кататонно поведение (IG35, IG36, IG37, IG38, IG40) са много рядка клинична изява на психичните разстройства по време на перинаталния и посталния период.

Присъствието на негативни симптоми в извадката е оценено само като „вероятно налице“. От общо 165 жени, само при 9 пациентки от всички възрастови групи се регистрираха отделни негативни симптоми(несъответен афект, бедна реч, запуснатост) При това сравнение възрастта не корелира с проявата на симптомите (виж табл. 32).

Възрастови групи	Негативни симптоми	бременна n (%)	родилка n (%)	Общо n (%)
17-25	вероятно налице	4 (100)	2 (100)	6 (100)
26-30	вероятно налице	1 (100)	1 (100)	2 (100)
31-45	вероятно налице	1 (100)	0 (0)	1 (100)

Табл.32 Възрастово разпределение на честотата на негативните симптоми при бременни и жени в послеродов период

Симптоми на кататонен ступор и възбуда бяха оценени при 14 пациентки, като повече от половината са по време на бременност. Възрастта от 17 до 30 години е почти два пъти повече засегната, в сравнение с по-зрялата възраст. Изявата на кататонни феномени и негативни симптоми, едновременно с бременност или раждане често усложняват хода, динамиката на протичане и прогнозата на психичното разстройство (виж табл.33).

Възрастови групи	Кататонни симптоми	бременна n(%)	родилка n(%)	Общо n(%)
17-25	вероятно налице	5 (100)	4 (100)	9 (100)
26-30	вероятно налице	2 (100)	2 (100)	4 (100)
31-45	вероятно налице	1 (100)	0 (0)	1 (100)

Табл.33 Разпределение на кататонните симптоми по възраст при жени с бременност и след раждане

Картините на остро настъпили кататонни симптоми по време на бременност (най-често в третото тримесечие) и след раждането, са с драматично начало и обикновено се очертават още в първите 48-72 часа. Във възрастовата група от 17-25 години съществува почти еднакво съотношение 5/4 в двете субгрупи. В тази възрастова граница се наблюдаваха симптоми на дезорганизирано поведение, което преминава в кататонни симптоми. Рискът от проявите на описаната клинична картина се крие в често настъпили усложнения на бременността и по време на самото раждане или след него (инфекции, фебрилитет, еклампсия, трудно раждане). Тежестта на клиничната изява на този синдром комплекс и рисковете свързани с него по време на бременност, ще илюстрирам с един показателен за клиничната практика случай.

Клиничен случай

Жена на 21 години с първа бременност и първо раждане през 1996 г. Няма предхождаща анамнеза за психично страдание. В последния месец от бременността и седмица преди термина, след няколко безсънни нощи, става много възбудена, неспокойна, с дезорганизирано поведение. Два дни след раждането се отключват кататонни симптоми, психотично мотивирано поведение, появява се фебрилитет. По този повод е започнато лечение с невролептици, но седмица след това към тези симптоми се добавя нарушение на съзнанието. Пациентката става неконтактна, поддържа фебрилитет от 38-41°C. Поради влошаване на психичното ѝ състояние е приета в клиниката на УМБАЛ «Александровска». Направени са поредица от изследвания и консултации, като след консултация и преглед от АГ специалист се оказва, че поради не добре ревизирана плацентата е настъпило състояние на Сепсис. По спешност е настанена в Интензивна реанимация, наложи се да бъде интубирана и направена оперативна интервенция с тотална хистеректомия. Поради неовладяване на фебрилитета и кататонните симптоми, по спешност е започната електроконвулсивна терапия – 7 процедури. Още на третата процедура, пациентката бе екстубирана, фебрилитетът бе овладян, съзнанието се възстанови, а психотичната симптоматика след 7 ЕКТ се дезактуализира. След изписването има пълноценно възстановяване до 1999 г. След 1999 г. заболяването придобива фазов ход, с редуване предимно на манийно-психотични епизоди и хиподепресии. Между пристъпите са отбелязани пълноценни клинични ремисии, с добро вграждане и социално функциониране.

В обобщение може да се каже, че от наличната психопатологията на психичните разстройства по време на бременност и след раждане, специфична е изявата на симптоми на напрежение, психотично депресивни симптоми, манийни и манийно психотична симптоми, както и дезорганизираното поведение и обърканост. Най-голям е процентът на жените с изразена тежест на изява на симптомите на напрежение. Тежестта на психотично депресивните симптоми корелира с послеродовия период и младата възраст. Тежест на изява на манийната симптоматика корелира с периода след раждане, а изразената по тежест психотично манийна симптоматика е специфична за младата възраст и послеродовия период. Симптомите на емоционална неовладимост и дезорганизирано поведение с обърканост са характерна клинична изява за периода на бременност при жените в младата възраст.

В обобщение от получените резултати при оценка на психопатологията и тежестта на изява на симптомите на психично разстройство по време на бременност и раждане се установи наличие на специфична за периода клинична изява на определение симптомокомплекси. Резултатите показваха, че тежестта на клиничната им изява по време на бременността и раждането е различна, като най-рисковите периоди са второто и трето тримесечие на бременността и първите две седмици до три месеца след раждането. При пет от синдромокомплексите се намери статистически достоверно ниво на значимост между наличието на бременност и раждане, тежестта им на изява и възрастта на пациентките. Установи се, че симптомите на нервно и мускулно напрежение, депресивните налудности, манийните и манийно психотични симптоми, както и симптоми на дезорганизираност и объркване, най-значимо корелират с периода на бременност и след раждане и са най-изразени в млада възраст.

4.3 Прогноза и ход на психичните заболявания, свързани с бременността и раждането

4.3.1 Качество на ремисиите

Интерес представлява хипотезата за връзката между клиничната изява и тежестта на психопатологията на психичните разстройства по време на бременност и раждане, хода на заболяването и качеството на ремисиите.

Всички пациентки са проследени след епизодите на лечение в клиниката в рамките на 12 до 24 месеца, като повече от половината и за по-дълъг период. От 165 пациентки, 137 (83.0%) имат пълноценни клинични ремисии, 23 (13.9%) имат

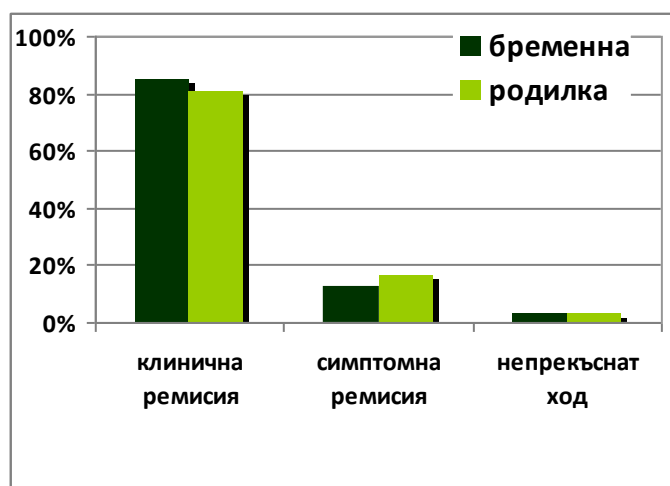
симптомна ремисия, а само при 5 (3.0%) не се наблюдава ремисия. На таблица 34 е показано разпределението в двете субгрупи, според качеството на ремисията.

Повече от половината от жените (84,7%), при които бременността съвпада с пристъпа на боледуване достигат критериите за клинична ремисия и само при 3,1% от жените не настъпва подобрене. От пациентките с психози в послеродовия период, клинична ремисия настъпва при 80,6%. Настъпилите клинични ремисии са на фона на редовен прием на поддържащо лечение. Наличие на симптомна ремисия се наблюдава при 12 (12,2%) от бременните и при 11(16,4%) от родилките.

Качество на ремисии	бременна		родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
Клинична ремисия	83	84.7	54	80.6	137	83.0
Симптомна ремисия	12	12.2	11	16.4	23	13.9
Без ремисия	3	3.1	2	3.0	5	3.0
Общо	98	100.0	67	100.0	165	100.0

Табл.34 Разпределение на жените с бременност и след раждане според качеството на възстановяване от между пристъпите.

Проследявайки жените с психично разстройство по време на бременност и след раждане се оказва, че при около 80% от тях се достигат изцяло критериите за клинична ремисия. Наличието на критериите за ремисия се потвърди от липсата на психопатологична симптоматика при приложените скриниращи въпроси според SCAN (виж фиг.12).



Фиг.12 Графично представяне на качеството на възстановяване от психичното заболяване в групата на бременните и родилките

Качеството на възстановяване от болестния епизод има връзка с възрастта на жената, която е бременна или родила. Въпреки, че като цяло от тази извадка не се установи ниво на значимост, се наблюдава известно различие между отделените възрастови групи. От 89 жени на възраст от 17 до 25 години, при 71 (79,8%) настъпва пълноценна клинична ремисия, на фона на редовен прием на поддържащо лечение. При 16,9% има ремисия на симптомно ниво, а при 3,4% симптомите персистират и не се достигат критериите за възстановяване. От тези жени бременните са повече от половината (N53), като от тях при 84,9% настъпва пълноценна клинична ремисия. От жените (N41) на възраст от 26 до 30 години, клинична ремисия настъпва при повече от половината (82,9%), симптомна ремисия при 12,2% и само при 4,9% няма възстановяване. От 35 жени на възраст 31-45 години при почти всички настъпва пълноценно се възстановяват 91,4%. При жените с късна бременност и раждане не се откриха белези на хроничност, което е доказателство, че жените в по-късна възраст имат по-изразен потенциал за възстановяване от младите, въпреки, че тези различия не достигат статистическа значимост (виж табл.35).

Възрастови групи	Ремисии	бременна n(%)	родилка n(%)	Общо n(%)	p
17-25	Клинична ремисия	45 (84.9)	26 (72.2)	71 (79.8)	0.283
	Симптомна ремисия	7 (13.2)	8 (22.2)	15 (16.9)	
	Непрекъснат ход	1 (1.9)	2 (5.6)	3 (3.4)	
	Общо	53 (100)	36 (100)	89 (100)	

26-30	Клинична ремисия	21 (80.8)	13 (86.7)	34 (82.9)	0.827
	Симптомна ремисия	3 (11.5)	2 (13.3)	5 (12.2)	
	Непрекъснат ход	2 (7.7)	0 (0)	2 (4.9)	
	Общо	26 (100)	15 (100)	41 (100)	
31-45	Клинична ремисия	17 (89.5)	15 (93.8)	32 (91.4)	1.000
	Симптомна ремисия	2 (10.5)	1 (6.3)	3 (8.6)	
	Общо	19 (100)	16 (100)	35 (100)	

Табл.35 Разпределение по възраст и качество на възстановяване при бременни и родилки след прекаран епизод.

4.3.2 Връзка между тежестта на симптомите и качество на възстановяване

Изследвана бе връзката между интензивността на изява на отделните симптомни групи и степента на възстановяване, независимо от диагностичната им принадлежност. Резултатите от търсенето на корелация показаха, че само при един симптомокомплекс има статистически значима връзка между интензивност и степен на възстановяване.

Оценявайки симптомокомплекса, включващ прояви на тревожност се откри зависимост между степента на проява на тревожност и качество на възстановяване. Разглеждайки двете групи, при 128 от жените е регистрирана тревожност. От 91 (55.8%) бременни, при които симптома е „определено налице“ по време на болестния епизод, при почти половината от тях (52,3%) настъпва напълно отзвучаване на тревожността, и само при 2 (40%) остава да персистира и след епизода.

При 37 (56.1%) жени след раждане, с прояви на изразена тревожност, при 26 (49.1%) настъпва пълноценно възстановяване. Анализирайки тези данни се установи, че колкото по-изразена е тревожността в периода на бременност и след раждане, толкова по-добра е прогнозата за възстановяването ѝ, като това важи и за двата наблюдавани периода. Доказателство за този факт е установеното статистическо значимо ниво на корелация, като за бременните е $p=0,047$, а за родилките е $p=0,022$. Намереното ниво на значимост показва, че колкото по-изразени по степен и доминиращи в клиничната картина са симптомите на тревожността, толкова по-пълноценно е качеството на възстановяване (виж табл.36).

Клиничен	Качество на възстановяване			
	отзвучава	парциално	персистира	общо

симптом	n/%	n/%	n/%	n/%	p
Тревожност бременни	71 (52.6)	18 (78.3)	2 (40)	91 (55.8)	0.047
Тревожност родилки	26 (49.1)	10 (90.9)	1 (50)	37 (56.1)	0.022

Табл.36 Качеството на възстановяване на симптома тревожност в групата на бременните и родилките.

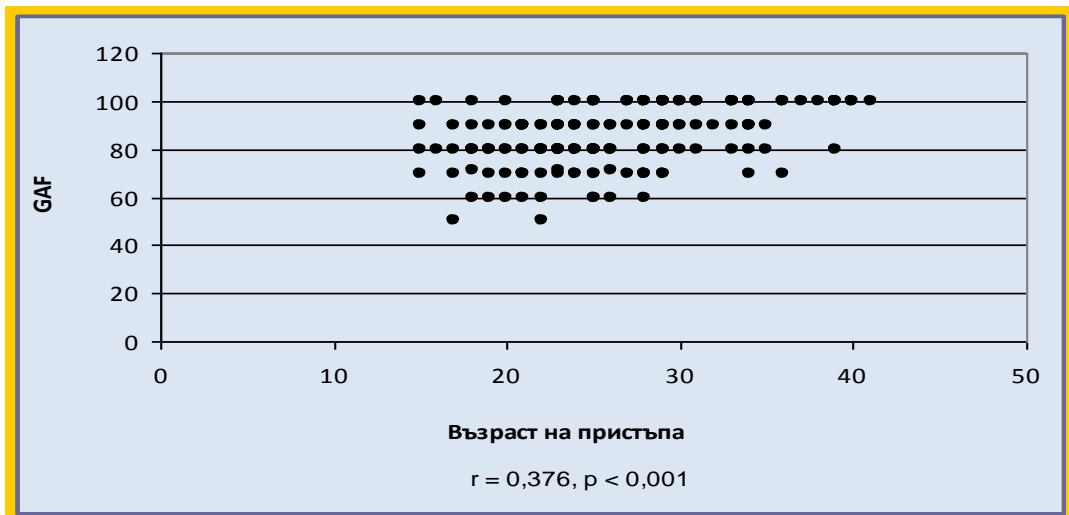
4.3.3 Качество на функциониране извън епизод на боледуване

Освен наличието или липсата на определени симптомокомплекси, за оценка качеството на ремисиите бе приложена Скалата за общо функциониране (GAF), като бяха анализирани връзката между качеството на функциониране и следните клинично белези:

- възрастта на пациентките по време на бременност и раждане
- възрастта на начало на заболяването
- наличната диагноза
- предишна анамнеза за психично заболяване
- семеен статус
- брой раждания

Резултатите, установени с помоща на корелационния коефициент от приложения метод на хипотезата показват, че възрастта по време на бременност и раждане на жените дава отражение върху качеството на ремисиите. Общият сбор по скалата за глобално функциониране показва умерено положителна корелация с възрастта на епизода ($r= 0,376$, $p < 0,001$).

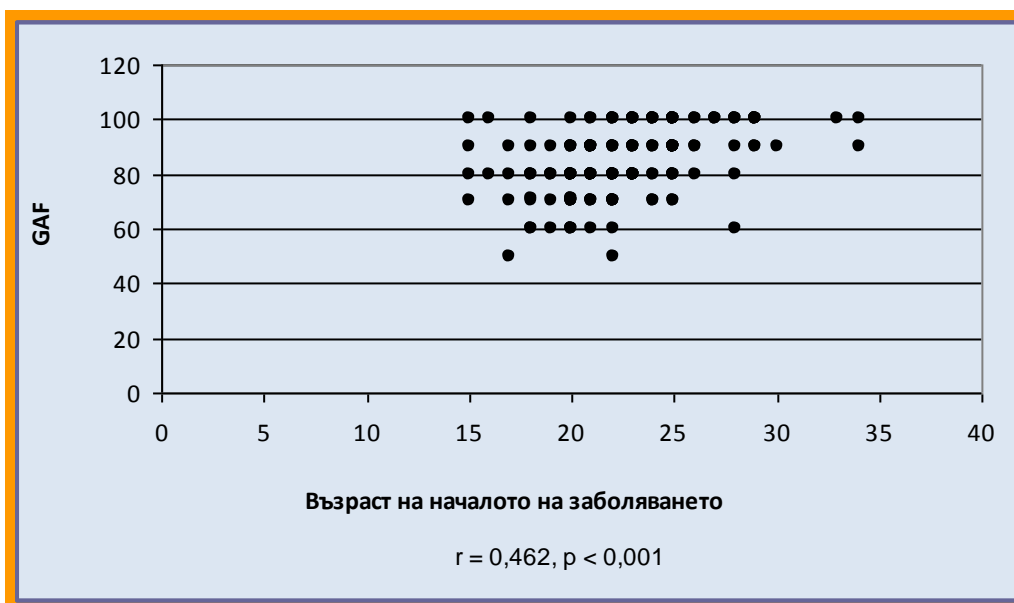
Жените във възраст между 25-35 години се възстановяват и функционират много по-добре, в сравнение с жените във възраст 17 - 25 години. Техните оценки за качеството на функциониране извън епизод на боледуване достига до 100 по GAF и е показател, който потвърждава наличие на клинична ремисия. На фигура 13 е представена връзката между възрастта при пристъпа и качеството на ремисия според оценката по Скалата за глобално функциониране .



Фиг.13 Връзка между възрастта на наблюдавания пристъп и оценката за функциониране определен чрез корелационен коефициент на Спирман

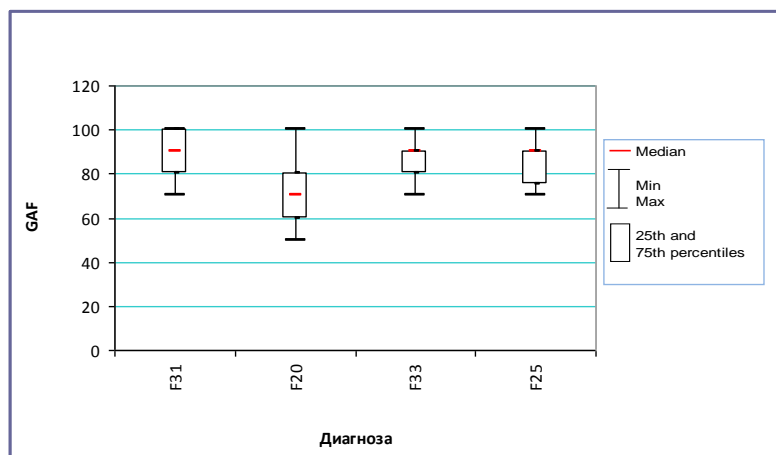
Изследвана бе и връзката между началната възраст на психичното разстройство и качеството на функциониране. Търсейки корелация между общата оценка за глобално функциониране и начална възраст на боледуване се установи, че жените заболели в по-късна възраст имат по-високи оценки на функциониране в ремисионните периоди, спрямо жените, при които заболяването е започнало в млада възраст - 17-25 години.

Корелацията между двата показателя показва положителна връзка ($r = .462, p < 0,001$). На фигура 14 е представено разпределението на пациентките според оценката им по GAF и началната възраст, в която се отключва психичното заболяване.



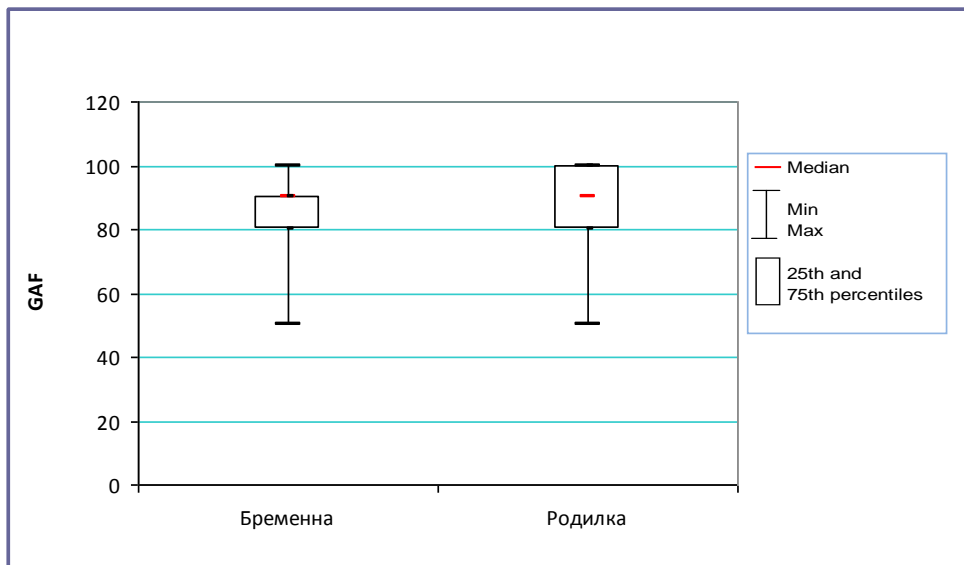
Фиг.14 Връзка между качеството на функциониране и началната възраст на заболяването, определена чрез корелационен коефициент на Спирман

Нивото на функциониране бе диференцирано и според диагнозата на пациентките. С помощта на непараметричния тест на Кръскал-Уолис се установи, че жените с афективни разстройства имат висока оценка по GAF – средно 90, а жените с психотични разстройства дават оценка по GAF средно 60-70, т.е. по-добро функциониране извън пристъпа на боледуване имат жените с афективни разстройства. Резултатите показаха статистическа значимост между поставената диагноза и качеството на възстановяване и функциониране ($p < 0.0001$), като разликите са значими при жените с диагноза шизофрено разстройство, където качеството на функциониране е изразено по-ниско (виж фиг. 15).



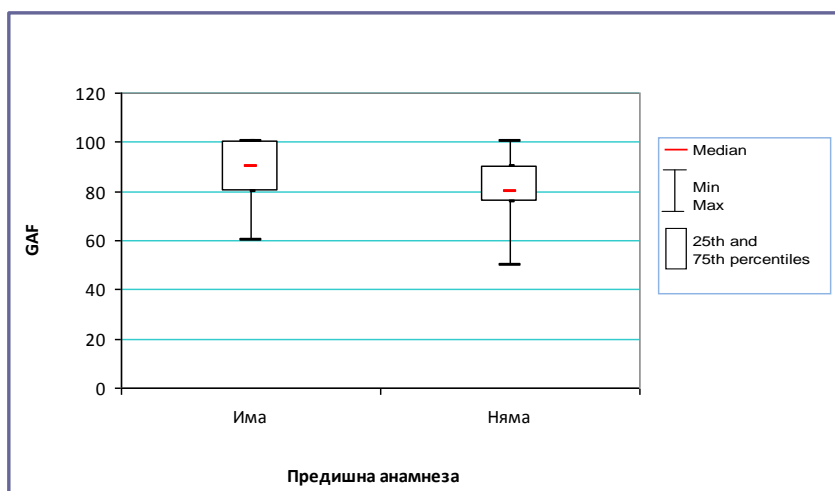
Фиг.15 Статистически значими различия между качеството на функциониране според диагнозата

С помощта на теста на Ман-Уитни се потърси връзка между оценката по GAF, която дават бременните и родилките по време на период, в който няма обективна психопатологична симптоматика. Не се откри статистически значима корелация по отношение на общия резултат в двете субгрупи ($U = 3239$, $p = 0.793$) (виж фигура 16).



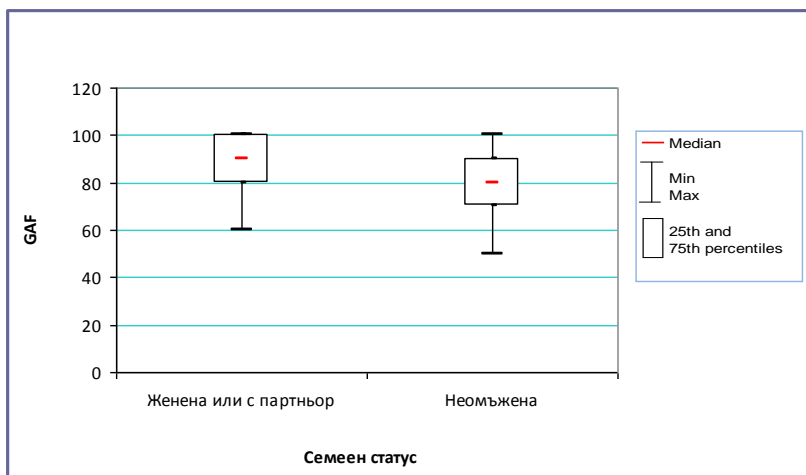
Фиг.16.Оценка по GAF при бременни и раждали извън пристъп

Резултатите при търсене на връзка между анамнеза за предхождаща болест и ниво на функциониране, показаха положителна корелация и ниво на значимост **p=0.013**. Това потвърди тезата, че жените с предхождаща анамнеза за психично разстройство по-лесно се адаптират към болестта и имат по-добро възстановяване, като тяхната оценка по GAF е 90. Жените с начало на болестта в период на бременност или раждане, по-трудно се възстановяват, като оценката по GAF в периодите на възстановяване е средно 60-70. Предхождащата история за психично разстройство може да има освен рискова, но и протективна роля. Получените резултати, установени с помоща на непараметричен тест на Ман-Уитни, при сравняване на двете групи са представени на фигура 17.



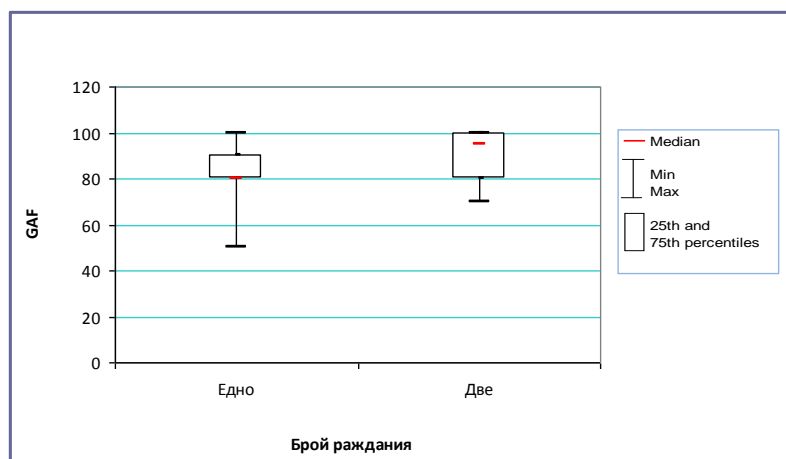
Фиг.17. Оценка по GAF при жени с и без предхождаща анамнеза за психично заболяване.

С непараметричният тест на Ман-Уитни се направи проверка и на хипотезата за връзка между социалното функциониране и наличието или липсата на партньор. Семейният статус е фактор, който дава своето отражение върху способността за адекватно функциониране и адаптация в периодите на възстановяване. При семейните и живеещите с партньор общият скор по GAF показва по-пълноценно възстановяване до 100, докато при неомъжение и без партньор той е между 60-70. Отчитайки това съотношение се потвърди изразена статистическа разлика между семейните и всяка останала група ($U = 2097$, $p = 0.001$). По-добро е качеството на възстановяване при семейните, което от своя страна води до по-пълноценни и продължителни периоди на ремисия (виж фиг.18).



Фиг.18. Статистически значими различия по показателя качество на функциониране при семейни и несемейни

По отношение броя раждания и нивото на функциониране, жените с второ раждане се възстановяват по-пълноценно от жените с първо раждане. Средната стойност на GAF е 80 при първораждащите в сравнение с оценката за функциониране при жените с второ раждане, която е в границите на пълноценното функциониране (средна стойност почти 100). С тест на Ман-Уитни се намери ниво на значима корелация между броя раждания и качеството на функциониране ($U = 1564.5$, $p = 0.015$) (виж фиг.19).



Фиг.19 Статистически значими различия по показателя броя раждане и оценката за глобално функциониране

Обобщено, резултатите от оценката на глобално функциониране показаха, че общия скор по GAF на жените, които са в клинична ремисия е със средна стойност 67%. При жените с леко до умерено нарушено функциониране, средната стойност по скалата е 20,6%, а при жените с непълноценно възстановяване от болестта средната стойност е 12% (виж табл.37).

Показател	Мин.-макс. /1-100точки/	Брой/N/	Процент/ср.стойност
Пълноценно функциониране	80-100	116	67%
Леко до умерено нарушено функциониране	51-80	34	20,6%
Тежко нарушение на функционирането	21-50	15	12,4%

Табл.37 Разпределение на пациентките според оценката на качеството на функциониране според GAF

Обобщавайки резултатите от извадката по отношение на качеството на възстановяване се установи, че повече от половината от жените с психични разстройства по време на бременност и след раждане се възстановяват пълноценно и повече от 80% достигат критериите за клинична ремисия. Потвърждава се факта, че колкото по-изявен по тежест е даден симптом, толкова по-добра е прогнозата за възстановяване, независимо, че това се откри само при синдромокомплекса тревожност. Сравнявайки отделни фактори които оказват влияние върху

качеството на ремисиите и функционирането се установи, че: жените в по-млада възраст имат по-трудно възстановяване, семейните и с партньор жени имат пълноценно възстановяване и функциониране, жени с предхождаща анамнеза за психично заболяване имат по-добро възстановяване между пристъпите. Наличието на Афективни разстройства по време на бременност и след раждане се асоциира с най-пълноценно функциониране на жените, а при тези с психози качеството на функциониране е изразено по-ниско.

4.4. Ход и изход на психичните заболявания

Ходът на психичните заболявания е клинична характеристика, която зависи не само от диагностичната принадлежност. Групата на жените с бременност и след раждане включва пациентки с различен ход на протичане на заболяването. Проследявайки катамнезно боледуването и качеството на възстановяване от болестта, се установи, че най-често психичните разстройства по време на бременност и раждане имат фазов ход на протичане.

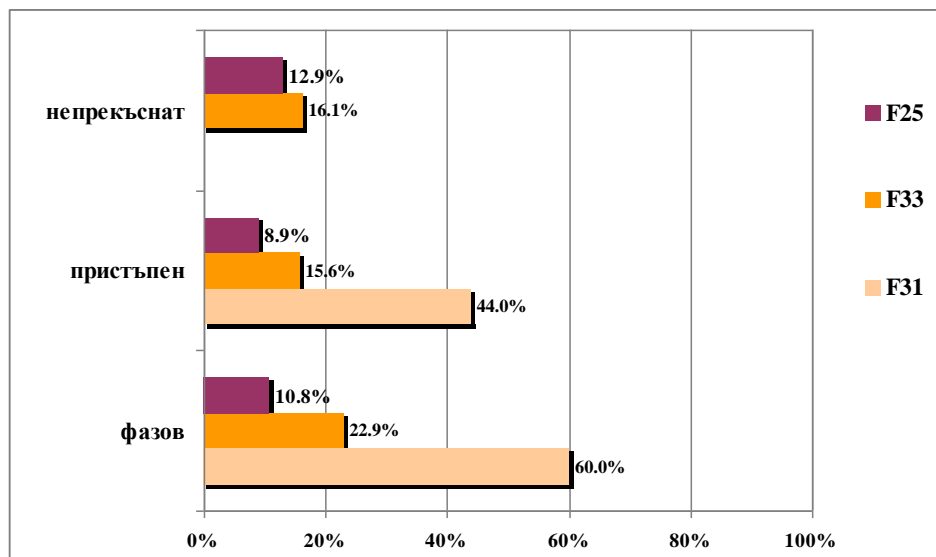
От 129 жени с афективни психози една втора (N98) имат фазов ход на протичане на заболяването, като с Биполярно афективно разстройство тип I са 77 от жените, а при 20 Биполярното афективно разстройство е тип две. При 20% от жените с голямото депресивно разстройство заболяването има рекурентен ход на протичане. Шизофренното разстройство е с пристъпно прогредиентен (18,9%) и непрекъснат ход (10,3%).

Разглеждайки динамиката в хода на протичане на психичните разстройства, се достига статистическа достоверност за фазово афективния ход $p = 0,041$. Нивото на значимост, получено при тази извадка, е доказателство за асоциираността между периода на бременност и раждане и фазовия ход на протичане и в частност с БАР. (виж табл.38).

групи	Ход на заболяването				p
	фазов n (%)	рекурентен n (%)	пристъпно прогредиентен n (%)	Непрекъснат n (%)	
Бременни(N98)	55 (66,6)	20(14,9)	20 (14,9)	3 (4,8)	0.041
родилки (N67)	43 (32,4)	13 (19,4)	9(3,1)	2 (3,1)	
общо	98(89,8)	33(20,0)	29 (18,9)	5 (10,3)	

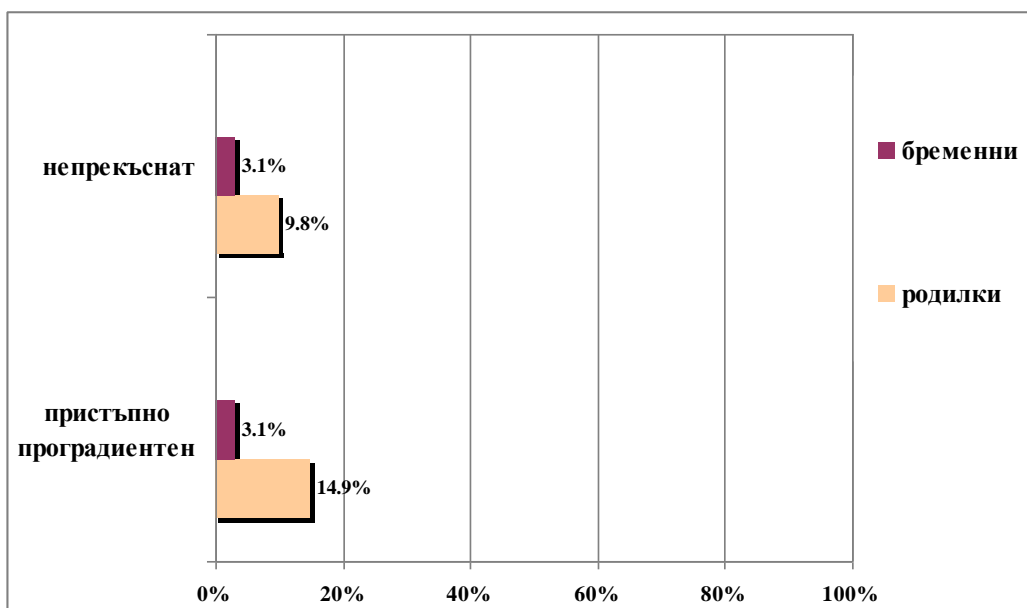
Табл.38 Разпределение на пациентките с афективни разстройства според хода на протичане

От проследените 33 (20%) пациентки с Голямо депресивно разстройство и рекурентен ход, само при две от пациентките, на по-късен етап бяха регистрирани хипоманийни и манийни епизоди. От жените диагностицирани, като Шизоафективно разстройство (10,3%), фазово протичане на заболяването се наблюдава при 10,8% от пациентките, а при 8,9% се наблюдава предимно пристъпно проградиентен ход (виж фиг.20).



Фиг.20 Графично разпределение на хода на протичане на афективни разстройства

От наблюдаваните общо 34 (20,6%) пациентки с диагноза шизофрено разстройство, заболяването има предимно пристъпно проградиентен ход 18,9%, като непрекъснат хода е регистриран само при пет от жените. Имайки пред вид, че 14(22,6%) от жените имат предхождаща история за шизофрено разстройство е напълно обяснимо наличието на пристъпно проградиентния ход на боледуване (виж фиг.21).



Фиг.21 Разпределение според хода на протичане на Шизофренното разстройство при бременни и родилки

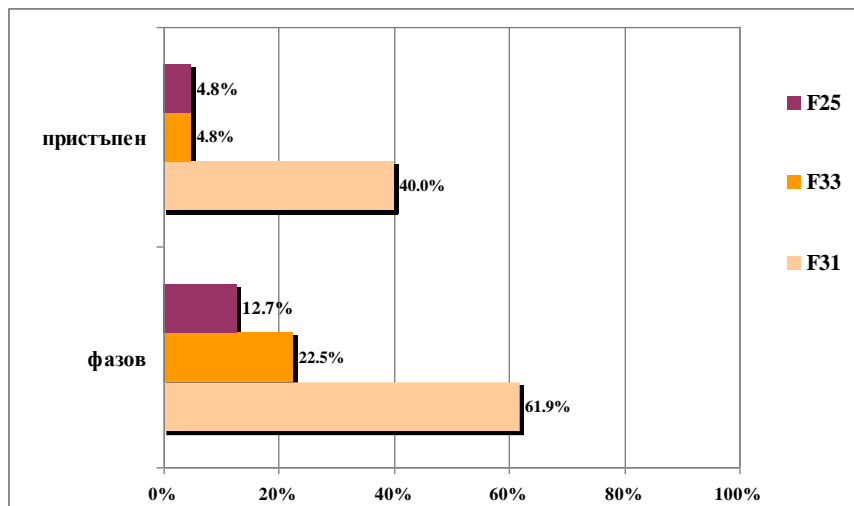
Резултатите от оценката на хода на протичане на психичното разстройство в двете субгрупи жени и диагностичната принадлежност установиха някои съществени различия. При жените с афективно разстройство по време на бременност (N45) се намери статистическо ниво на значимост между диагнозата- Биполярно афективно разстройство, и фазовия ход на протичане $p=0,052$. Статистически значимият резултат от изследваната извадка, потвърждава връзката между появата на Биполярно афективно разстройство по време на бременност и фазовия ход на протичане (виж табл.39).

Група – бременна(N78)			Общо n (%)	p
Диагноза	Ход на заболяването			
	фазов n (%)	пристъпен n (%)		
БАР F31	40 (61,9)	5 (40)	45 (45,9)	0.052
РДР F33	17 (25,5)	3 (4,8)	20 (20,6)	
Шизоафективно F25	7 (12,7)	3(4,8)	10 (10,3)	
Общо	64 (78,2)	11 (48,1)	78 (76,3)	

Табл.39 Разпределение на жените с бременност според хода на протичане на афективните разстройства .

При жените с Шизоафективно разстройство 10(10,3%) и бременност, заболяването има фазов ход при повече от една втора 7(12,7%).

При повече от половината от бременните жени с депресивно разстройство 20(20,6%), заболяването има рекурентен ход 14(25,5%) (виж фиг.22).



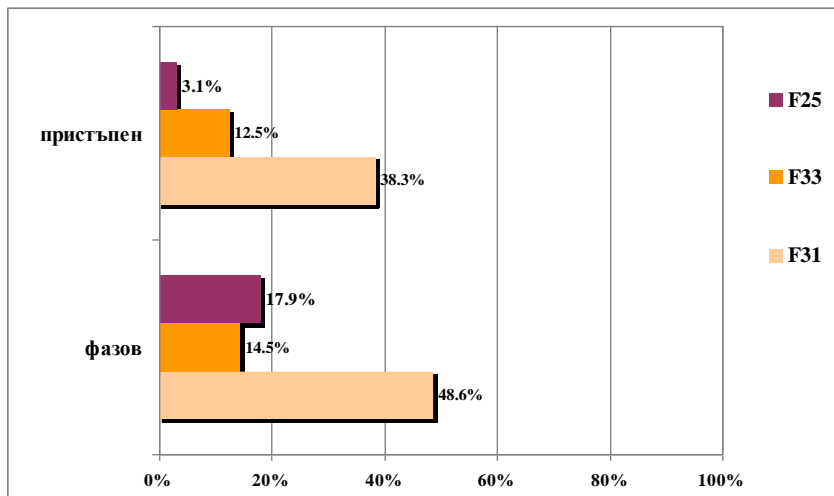
Фиг.22 Графично представяне на процентното съотношение според хода на протичане на афективните разстройства в субгрупата на бременните жени

В субгрупата на родилките (N56) повече от половината (N36) имат диагноза БАР. При една втора от тях заболяването има фазов ход на протичане (48,6%). По малък е процента на жените с Шизоафективно разстройство (N7), а с РДР са 13 от родилките. За шизоафективното разстройство е характерен фазовия ход (14,5%) на протичане, а за депресивното разстройство е характерен рекурентния ход (17,9%). Въпреки, че БАР е най-често поставяната диагноза не се откри статистически значима корелация с хода на протичането и послеродовия период (виж табл. 40).

Група – родилка(N56)				
Диагноза	Ход на заболяването			p
	фазов n (%)	пристъпен n (%)	Общо n (%)	
БАР F31	25 (48,6)	11 (38,3)	36 (53,7)	0.871
РДР F33	10(17,9)	3(12,5)	13 (19,5)	
Шизоафективно F25	5 (14,5)	2 (3,1)	7 (10,4)	

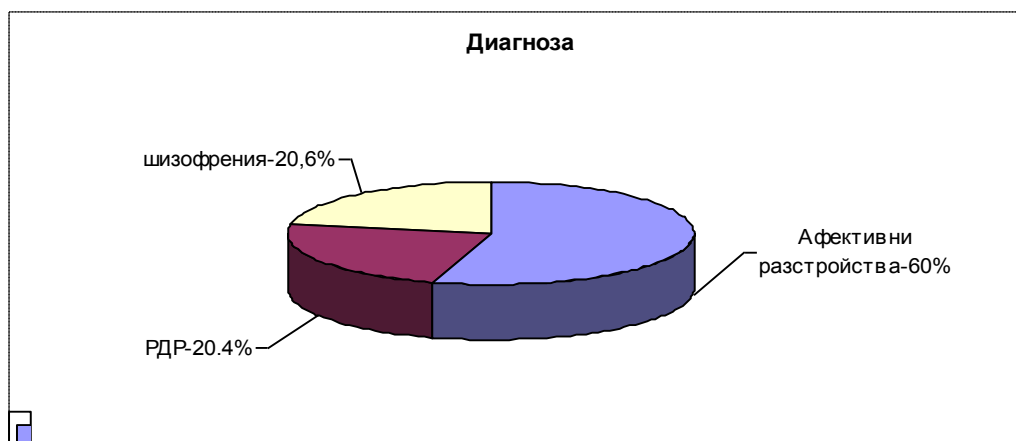
Табл.40 Разпределение на жените след раждане според хода на протичане на афективните разстройства

При жените след раждане наличието на Шизоафективно разстройство предполага повече фазов ход на протичане(14,5%), а само при 3,1% се наблюдава пристъпен ход (виж фиг.23).



Фиг.23 Графично представяне на процентното съотношение на хода на протичане на афективните разстройства при жените в послеродов период

Проследявайки хода на психичните разстройства във времето, независимо дали са възникнали или рецидивирали по време на бременност или след раждане, се оформиха три основни диагностични групи, като най-голяма е групата на жените с Афективни разстройства - 60%, а почти по равно са Рекурентното депресивно разстройство - 20,4% и Шизофренното разстройство - 20,6%. Това съотношение почти се доближава до първоначалното разпределение, като групата на Афективните разстройства във времето нарастна, а групата на РДР и Шизофренното разстройство остана в същите граници (виж фиг. 24).



Фиг.24 Разпределение по диагнози, според изхода на психичното разстройство

В обобщение може да се каже, че в извадката преобладават жените при които наличието на психично разстройство по време на бременност и след раждане предполага фазов ход на протичане, като най-голям е процентът на жените с Биполарно афективно разстройство, а появата му по време на бременност корелира с значимо с фазовия ход на протичане.

5. Фокусиране на терапевтични интервенции за овладяване на психичното разстройство по време на бременност и след раждане

Друг много важен, но и много дискутиран факт, свързан с периода на бременност и след раждане е прилагането на медикаментозно или друго лечение. В настоящето изследване при всички 165 пациентки е прилагано медикаментозно или друго лечение. Връзката между бременност, раждане и психично разстройство оказва влияние и върху прилагането на терапевтични интервенции. Необходимостта от прилагане на лечение се налага от тежестта на психопатологичната симптоматика. И в двете субгрупи много тясна се оказва зависимостта между приложените терапевтични алгоритми и възрастта на жената. Младата възраст в двете субгрупи е доминираща. Във възрастовата група от 17 до 25 години (N89) се установи се, че от медикаментозно лечение са се повлияли повече от половината пациентки (N58). Поради неповлияване от лечението с медикаменти при 31 (63,3%) от пациентките се е наложило комбинирано лечение-медикаменти и ЕКТ, като прилагането на ЕКТ е водещо. При жените в останалите възрастови групи това съотношение се запазва.

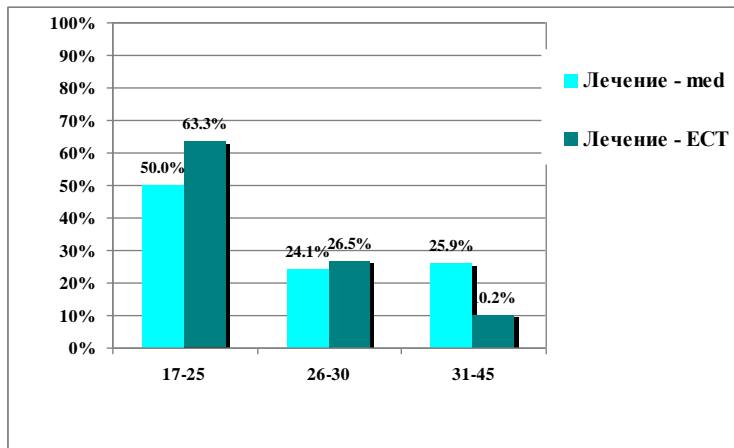
От 165 жени лекувани за психичното си заболяване по време на своята бременност или в периода след раждане, 116 са отговорили на лечение с медикаменти, а при 49 е приложено лечение предимно с ЕКТ и комедикация (виж табл.41)

възрастови групи	Лечение		Общо n (%)	P
	медикаменти n (%)	ЕКТ n (%)		
17-25	58 (50)	31 (63,3)	89 (53,9)	0.067
26-30	28 (24,1)	13 (26,5)	41 (24,8)	
31-45	30 (25,9)	5 (10,2)	35 (21,2)	

Общо	116 (100)	49 (100)	165 (100)	
------	-----------	----------	-----------	--

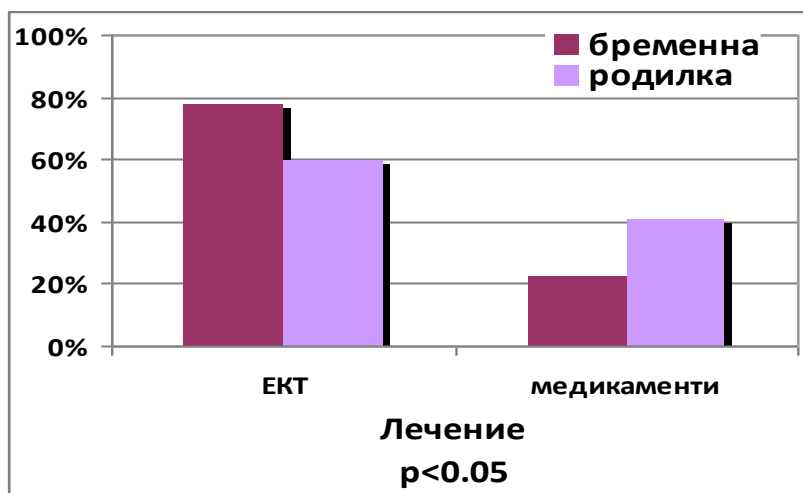
Табл.41 Разпределение според възрастта на пациентките и вида приложено лечение.

Процентното съотношение в двете субгрупи по отношение на прилаганата терапия показва, че при жените в младата възраст до 25 години се налага, както медикаментозна (50,%), така и електроконвулсивна терапия (63,3%) (виж фиг. 25).



Фиг.25 Графично разпределение на пациентките според възрастта и приложеното лечение.

Разпределението по отношение на отговора на лечение между двете групи бременни и родилки констатира, че жените с бременност (80%) отговарят много по-добре на лечението с ЕКТ, като се достига високо ниво на статистическа значимост $p < 0,05$. Това е доказателство, че прилагането на ЕКТ има своите предимства, като предпочитан метод на лечение при бременност (виж фиг.26).



Фиг.26 Разпределение на пациентките според отговора на приложеното лечение

Търсейки връзка между възрастта на пациентките и вида на приложеното лечение резултатите показаха изразена зависимост. Жените на възраст 26-30 години дават най-значим отговор към прилаганото лечение, спрямо другите възрастови групи. От общо 41 жени в тази възрастова група, повече от половината (68,3%) са дали отговор на медикаментозното лечение, а при 31,7% се е наложило прилагане на ЕКТ. Именно в тази възрастова група се намери високо ниво на статистическа значимост ($p=0,005$), между наличието на бременност или раждане и повлияване от прилаганото лечение (виж табл.42).

Възrastови групи	Повлияване от		бременна	родилка	Общо	p
26-30	медикаменти	n	22	6	28	0.005
		%	84.6	40.0	68.3	
	ЕКТ	n	4	9	13	
		%	15.4	60.0	31.7	
	Общо	n	26	15	41	
		%	100.0	100.0	100.0	

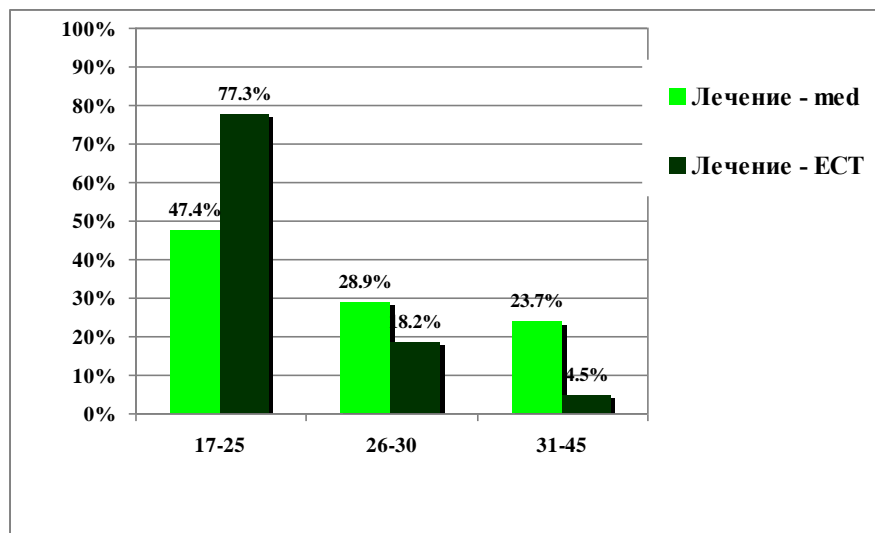
Табл.42 Разпределение на терапията при бременни и родилки на възраст 25-30г.

Разглеждайки поотделно двете субгрупи, в субгрупата на бременните жени се установи статистически значимо ниво на корелация между младата възраст и приложеното лечение с ЕКТ при $p= 0,033$ (виж табл.43).

Група - бременни				
Възrastови групи	Лечение		Общо n (%)	p
	медикаменти n (%)	ЕКТ n (%)		
17-25	36 (47,4)	17 (77,3)	53 (54,1)	0.033
26-30	22 (28,9)	4 (18,2)	26 (26,5)	
31-45	18 (23,7)	1 (4,5)	19 (19,4)	
Общо	76 (100)	22 (100)	98 (100)	

Табл.43 Разпределение по възраст на бременните жени и приложената терапия.

От 98 бременни жени, при повече от половината (N76) е приложено лечение с медикаменти, а при останалите (N22) се е наложило и лечение с ЕКТ. При 77,3% от жените на възраст до 25 години се е наложило прилагане на ЕКТ (виж фиг.27)



Фиг.27 Графично представяне на групата на бременните жени според приложеното лечение

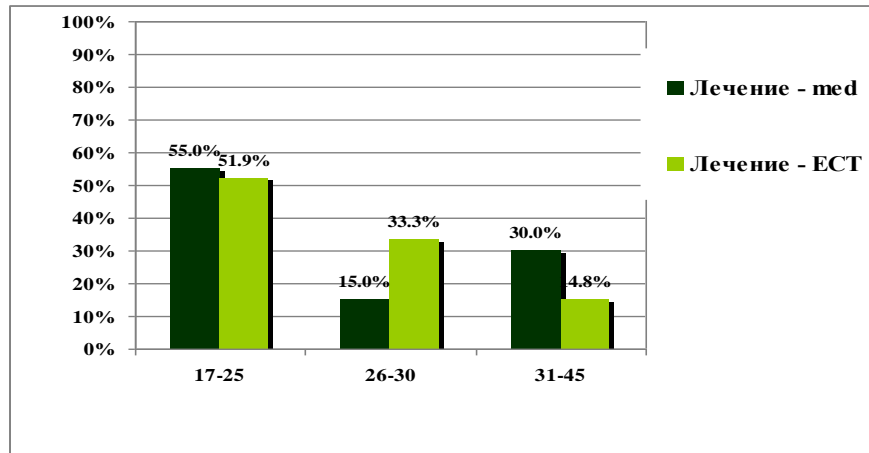
При родилките лечебния подход отново е свързан с прилагане на медикаменти и ЕКТ (виж табл. 44).

Група - родилки				
Възрастови групи	Лечение		Общо n (%)	p
	медикаменти n (%)	ЕКТ n (%)		
17-25	22 (55)	14 (51,9)	36 (53,7)	0.159
26-30	6 (15)	9 (33,3)	15 (22,4)	
31-45	12 (30)	4 (14,8)	16 (23,9)	
Общо	40 (100)	27 (100)	67 (100)	

Табл.44 Разпределение на жените в послеродов период според възраст и приложено лечение.

От общо 67 родилки, медикаментозна терапия се е приложила при повече от половината (55%), като ЕКТ е приложено най-много при жените до 25 години

(51,9%). Независимо, че не се открива ниво на значимост ($p=0,159$) между послеродовия период, възрастта и прилаганото лечение и в тази субгрупа, младата възраст превалява като процентно съотношение и при двата метода за овладяване на психичното разстройство(виж фиг.28).

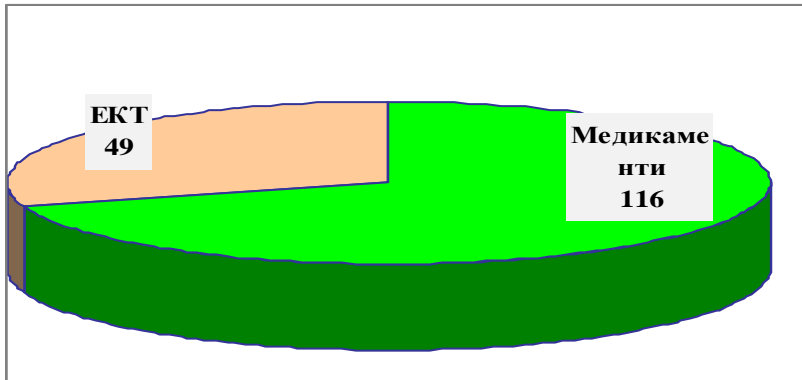


Фиг.28 Процентното разпределение на родилките според приложената терапия и възрастта.

Като обобщение резултатите от приложеното лечение на жените с психични разстройства в периода на антенаталния и пуерпералния период, се свързват с по-добра прогноза за хода на психичното разстройство и се ръководи от степента и тежестта на заболяването. Установи се, че приблизително всяка втора жена с психично разстройство, бременност и раждане се нуждае от терапия с медикаменти или ЕКТ. При липсата на лечение или неадекватно лечение и поведение се повишава риска, както за живота на жената, така и за живота на плода или детето.

От прилаганите методи електроконвулсивната терапия се понася добре и има доказана ефективност. При жените с бременност (80%) в настоящата извадка се доказва високата ефективност на отговора към прилагането на ЕКТ, като се достига високо ниво на статистическа значимост $p<0,05$. Това е доказателство, че прилагането на ЕКТ има своите предимства, като предпочитан метод на лечение при бременност и практически всяка 3-а бременна жена на възраст между 17 и 25 г. не се повлиява от медикаментозно лечение ($p=0.033$). Фармакологичните стратегии са прилагани при състояния, които изискват незабавна намеса, с оглед предотвратяване на последиците от психичното разстройство, както за бременността, така и за процеса на раждането. Индикациите за приложението на терапия, било медикаментозна или ЕКТ, са строго дефинирани - умерени до тежки депресии, психотично депресивни състояния, висок

суициден риск, ступорни и субступорни симптоми, дезорганизираност с психотични възбуди, висок риск от агресия и автоагресия, както и съпътстваща коморбидност. Двата метода на лечение са прилагани само и единствено в стационарни условия (виж фиг.29)



Фиг. 29. Разпределението на приложените основни терапевтични методи

VI. Обсъждане

1. Проучване върху клинично-социалните констелации на бременни и родилки с психични разстройства

Изследвани са 165 пациентки в рамките на 16 години. Всички те са лекувани в клиниката и проследени, като периода на проследяване обхваща 12 до 24 месеца. От тях 98 са били с бременност, а 67 в послеродов период. Преобладава младата възраст, което прави проследяваната група рискова и важна за оценка на предикторите, последващия ход, протичането и прогнозата. В напречен срез преобладава Афективната патология, като с БАР са 49,1% , с РДР- 20% от жените. Изследването е насочено към определяне влиянието на рисковите и протективни фактори, включващи някои важни социо-демографски и клинични характеристики. Поставена е цел и да се сравни тяхната значимост за психичните разстройства в периода на бременност и след раждане. Рисковите фактори се характеризират с вариабилност и

случайност и присъствуват през целия живот на човека, като имат своя строга индивидуалност. Като повлияващи патогенезата и клиниката, бременността и раждането са повече отключващ фактор, отколкото етиологичен.

Голяма част от изследванията в областта на репродуктивната психиатрия идентифицират част от рисковите фактори, свързани с психичните разстройства, в зависимост от това дали са настъпили рано или късно в житейския цикъл на жената (Boyce et al, 1991).

В България през 50-те години на миналия век екип на проф.д-р Л.Иванова (1959) прави проучване на психично болни жени в послеродовия и лактационен период и условията за възникване на психичните разстройства.

Социо-демографските характеристики са общо взето типични за популацията от бременни и родилки (Brockington IF et al,1982; Kendell R,et al.1987; Lusskin S.2001; McCauley-Elsom K, Kulkarni J.2007).

От получените резултати в настоящата извадка прави впечатление, че процентът на пациентките с бременност и послеродов период в клиниката не е голям - 165 за времето на проследяване от 1996 до 2012 г. Независимо от този факт в последните 10 години, броят на жените с психични разстройства които забременяват, се е увеличил почти два пъти, в сравнение с предишните години.

Тенденцията жени с психични заболявания да забременяват и раждат, се наблюдава и в световен мащаб (Brandon AR et al, 2008; Di Florio A et al, 2012).

Изследваните социо-демографските фактори, клинични характеристики и терапевтичните подходи, показаха известни различия в двете групи наблюдавани жени и дадоха по-обхватна информация за влиянието им върху психичните разстройства в този период. Тежестта на психопатологията в извадката е умерена до тежка, като това не е изненадващо, тъй като при пациентките се е наложила хоспитализация. Установи се, че тежестта на общата психопатология в извадката до голяма степен се асоциира с някои от социодемографските характеристики, като например възрастта. Описаните фактори, като образование, социален и семеен статус, брой раждания, имат своето значение, но поради тяхната променливост, не може да се отчете значима корелация. От анализа на някои клинично-биологични характеристики се потвърди, че фамилната обремененост и предхождаща анамнеза за психично заболяване значимо корелира с разглеждания период.

Подобни резултати, свързани с наличието на фактори като фамилна обремененост, предхождащата анамнеза за психично заболяване, брой на раждания и

коморбидност, които представляват потенциален риск асоцииран с периода на бременност и раждане, съобщават Warner и сътрудници (1996).

Емпиричните данни не са достатъчни, но резултатите показват, че при жени с диагностицирани психични заболявания, честотата на рецидивите е 54,4% по-голям ($p < 0,05$) при последващи раждания, а епизодите са с по-дълга продължителност (Videbech P, Gouliaev G, 1995).

Жените, които отключават психично разстройство при първата си бременност са с по-висок риск за последващи рецидиви, които могат да са свързани и /или с нова последваща бременност. Една или две на хиляда жени имат последващ рецидив на психичното си заболяване при следваща бременност (Blackmore E et al, 2013).

1.1. Социо-демографски характеристики и взаимодействието им в периода на бременност и след раждане върху психичната болест

От изследваните социо-демографски фактори, възрастта се оказва значима предпоставка, която дава своето отражение върху психичното разстройство. Честотата на ражданията при жените е най- голяма между 18 и 35 години и именно затова асоциираността с фактора възраст е най-честа. Противно на очакванията, че по-възрастните майки са по-рискови за износване на плода, от гледна точка на общото й здраве, при психичните разстройства, се оказва, че жените с ранна бременност са по-уязвими за отключване на психична болест. Вероятността за тази връзка произтича и от липсата на достатъчно знания и възможности, загуба на позиции, свобода на избор, полагане на друг вид грижи и не на последно място липсата на здрава връзка между партньорите.

Пациентките във възраст от 17 до 35 години са преобладаващи (N130), като само една пета са на възраст между 39-45 години. Средната възраст на пациентките е 25 години и в двете изследвани субгрупи. Прави впечатление, че психичните разстройства в младата възраст и периода на бременност са по-чести, спрямо послеродовия период. Жените с бременност и психично разстройство във възрастовата група 17 до 25 години са 53,9% и са преобладаващата част от извадката.

Получените резултати са напълно обясними, тъй като честотата на ражданията е по-голяма в млада възраст, но и риска от поява на психично разстройство е по-голям. Превес имат диагнозите Афективното разстройство, Рекурентното депресивно разстройство и Шизоафективното разстройство. Връзката между младата възраст и наличието на тези разстройства се установява и в групата на бременните, и в групата

на жените след раждане. Най-голям е процентът на Афективните разстройства в извадката, както при бременните (48,3%), така и при родилките (55.6%). Процентът на жените в тази възрастова група, които имат РДР е три пъти по-малък (14,6%) за бременни и (13,9%) за родилките.

Получените от нас резултати за честотата на психичните разстройства в млада възраст съвпадат с публикуваните резултати в литературата. Във всички направени изследвания се потвърждава връзката между възрастта и психичното разстройство, като 10,7% от психичните разстройства се появяват именно в младата възраст (Catherine D, 2004).

С напредване на възрастта това съотношение се изменя. При жените във възрастта от 31-45 години само 21,2% са с психични разстройства, като най-често е Рекурентното депресивно разстройство (34,3%).

От получените литературни данни се потвърждава, че по-възрастните жени имат повече психологични предимства (наличие на по-изявена издържливост), клиничната изява на голяма част от симптомите е по-слаба, като интензивност (Rumans S, Seeman M, 2006).

Поставяйки акцент върху второто и трето десетилетие, възрастовият фактор не е самостоятелен, а е свързан и с резултата от честота на раждания (Luskin S, 2001). Съществена разлика между получените данни от нашата извадка и повечето литературни данни по отношение на броя на ражданията, възрастта и сумарното разглеждане на заболяванията няма, като значението на този фактор и за двете групи може да се отчете като еднакво рисков - броя на ражданията се асоциира с честотата на рецидив на заболяването (Riley D, 1995).

Съотношението между възникналите във връзка с този период психични разстройства и поредния брой на раждания показва, че е по-голяма вероятност за отключване или рецидив на психичното разстройство има при първораждащите. По отношение на броя раждания процентът на жените с първо раждане е най-голям (73,3%) и почти три пъти по-малко са жените с второ раждане (26,1%). Резултатите са доказателство, че по-голяма е честота на психични разстройства при първа бременност. Първата бременност се оказва и рисков фактор за жените, които имат предхождаща анамнеза за психично разстройство. При 46,1% от проследените жени с предхождащо заболяване, бременността има роля на отключващ фактор за рецидив, като съотношението между двете групи - родилки и бременни е почти еднакво. Три пъти по-голям е рискът да отключат психично разстройство първескините (жени с

първо раждане), спрямо жените с второ раждане. Анализът на резултатите, по отношение на родилките показва, че рискови за поява на психоза са 68,7% от жените след първо раждане. Потвърди се хипотезата, че при жените с второ раждане, по-голям е процентът на влошаване на психичното разстройство след раждане, сравнен с периода на бременност им, т.е при жените с психични разстройства поредната бременност води до рецидив на психичното разстройство. По същия механизъм, всяка следваща бременност носи по-висок риск от влошаване на психичното заболяване .

Обобщавайки резултатите за поредността на ражданията, при проследените жени се потвърждава хипотезата, че един от рисковите фактори, който може да е свързан с психичното разстройство е възникването му по време на първа бременност или раждане. Психичното разстройство, появило се в периода на бременност или след раждане е високорисков фактор за повторната му поява, както при нова бременност, така и извън контекста на бременност или раждане (Tabbane K et al , 1999).

Психо-социалните фактори включват липсата на партньор, семейство и социална подкрепа, ниво на социо-икономическа независимост (трудова заетост). Психичното разстройство засяга не само боледуващата жена, но и цялото семейство. Резултати от проведени изследвания в периода 1980-2004 г. показват, че психосоциалните фактори дават отражение на стила на живот и се асоциират с висок риск за психични проблеми през бременността и послеродовия период (Heamen M et al, 2004). Липсата на работа, по-ниското образование, липсата на подкрепа и семейство корелират с увеличаване на риска за отключване или рецидив на симптомите на психично разстройство през бременността и след раждането.

В много от проведените изследвания за оценка на психосоциално функциониране, липсата на семейство и партньор се прогнозира като висок риск за рецидив по време перинаталния и постпарталиния период (Santvana S et al, 2005). Наличието на подкрепа, независимо дали са омъжени или имат съжителство е изключително важно, не само за хода на психичното заболяване, но и за клиничните изяви и качеството на ремисиите. От проследените пациентки 111(67,3%) са омъжени, а 54(32,7%) нямат подкрепата на партньор. Неадекватна семейна подкрепа и липса на партньор при жените с бременност (36,7%) е по-честа в сравнение с жените родилки (26,9%). Потвърди се, че броят на неомъжените бременни е два пъти по-голям от броя на жените в послеродовия период. Установи се, че при неомъжените жени голяма част от бременностите са нежелани и неочаквани. Липсата на партньор води до по-изразени трудности при преживяване на пристъпите на боледуване и по-трудно възстановяване.

В периода на катамнезно проследяване, появата и рецидива на психичната болест при някои от бременните и родилките оказва негативно влияние върху връзката им с партньора и съпруга. Наличието на семейство не оказва влияние върху възникването на психичното разстройство, но вероятно има много по-голямо значение за последващия ход, терапевтично повлияване и прогноза. При около една четвърт от омъжените и с партньор жени настъпи промяна на семейния статус и загуба на подкрепа.

Степента на образование и трудова заетост може да даде отражение върху протичането на психичните разстройства, в контекста на бременността. Стремещът да се опишат тези фактори произлиза от необходимостта да се знае как те се отразяват върху психичната болест, начина на забременяване, протичането на бременността и раждането. Наличието на нисък социо-икономичен статус и затрудненото финансово състояние може да окажат неблагоприятен ефект върху протичането и прогнозата на психичното заболяване (Warner et al, 1996).

Резултатите от тази извадка демонстрират, че по-високо образованите жени, които имат икономическа независимост, са по-голям процент спрямо тези, които са с по-ниско образование. Процентът на образованите жени вероятно е по-голям в тази извадка, поради статута на лечебното заведение в което се лекуват. Жените с по-високо образование са над 50% , като само около 10-15% са с основно или без образование. Това което е характерно е, че жените с висше образование са и работещи жени, с икономическа независимост и са повече от тези, които нямат работа и са с ниско образование. Нивото на образование оказва съществено влияние, както върху решението за забременяване, така и върху психичната болест. Получените резултати показват, че образователен статус е повече патопластичен фактор и няма отношение към възникването на психичното разстройство, но дава отражение върху решението на жените с психично разстройство да имат деца. Анализа на образователния статус в нашата извадка потвърждава, че все повече образовани жени с психично заболяване забременяват, износват и раждат.

От проследените 165 жени около 57% са работещи, а 43% са неработещи. Наличието на предхождаща трудова заетост не показва статистически значима връзка. По-скоро възможността за трудова заетост може да бъде последица от боледуване, отколкото условие за психично разстройство. Социо-икономическия статус има определено влияние върху протичането, хода и прогнозата на психичните разстройства

по време на бременност и раждане. Жените, които имат постоянна трудова заетост по-лесно се справят с боледуването си, в сравнение с жените без трудова заетост. Наличието на постоянна работа и финансова независимост дават отражение на цялостното функциониране, на възможността тези жени да се грижат за децата и семейството си. При неработещите жени липсва икономическата и финансова независимост и при тях се наблюдаваха определени трудности, свързани с обгрижването и лечението им, както по време на периода на наблюдение, така и в дългосрочен план. Липсата на работа и финансова несигурност са преципитиращи рисков фактор, който влияе на жените с психично заболяване по време на бременност и след раждането. Нивото на социо-икономическо развитие може да се отрази върху способността на жените да се справят със своето заболяване и едновременно с това да отглеждат децата си (Bouse et al, 1991).

1.2 Биологични фактори

От биологичните рискови фактори за психичните разстройства в периода на бременност и раждане, от значение са фамилната обремененост, предишна история за психично разстройство, прилаганото лечение, прекъсване на кърменето (Abel K, 2002).

1.2.1 Фамилна обремененост и предхождаща анамнеза за психично заболяване.

Жените с фамилна обремененост с психични заболявания в извадката са повече от половината (52,7%). Сравнявайки наследствеността по пряка и косвена линия се установи, че превес има фамилната обремененост по първа линия, особено при афективните разстройства. При психотичните разстройства има значение наследствеността и по втора и трета линия, както при бременните, така и при жените в послеродовия период. Данните относно фамилната обремененост на възникналите в пуерпериума психични разстройства са доста противоречиви.

Някои автори разглеждат недиференцирано наследствената обремененост при всички психози в пуерпериума, без оглед на нозологичната им принадлежност, а други отдават по-конкретно значение на понятието наследственост (Jones I, Cantwell R, 2010).

Разпределението на фамилната обремененост приблизително повтаря разпределението по диагнози в изследваната група. От направените наблюдения заслужава обсъждане групата на биполарните афективни разстройства, където процентът (49,4%) на унаследяемост е по-голям, спрямо психотично-афективните (9,2%). При жените с депресивни разстройства наследствената обремененост (49,8%) е

също значителна. Фамилната обремененост и късната възраст са рискови фактори за психичното разстройство по време на бременност, но не и по време на послеродовия период, като статистически значимото ниво на корелация е **p=0,006**. Това е един от малкото фактори, който има статистическа значимост при разграничаването на двете условни групи.

Сравнявайки наследствеността свързана с първа, втора и трета линия се установи, че при биполярните разстройства тя е по първа линия, а при послеродовите депресии и шизофренната болест наследствеността по първа, втора и трета линия са еднакво застъпени.

Фамилните изследвания показват значително увеличаване на афективните разстройства, специално биполярните разстройства, сред родственици първа степен на биполярни болни в сравнение с общата популация. Униполярните имат по-малко родственици с биполярните и повече с рекурентните депресии (Carter D et al, 2005).

Разглеждайки наследствеността при жени с шизофрено разстройство се установи при всички пациентки, че имат поне един болен родственик по първа и втора линия. Фамилната история за наличие на шизофренна болест е рисков фактор, но той е относително свързан и с наличието на други рискове - като мястото и сезона на раждане, късна възраст на майката (Jablensky A, Kalaydjieva LV, 2003).

Обстоятелството, че жената боледува от психично разстройство не я лишава от правото да бъде майка. Епизоди на предхождащо психично разстройство има при 46,1% от наблюдаваните жени и вероятността от нов рецидив по време на бременност и след раждане при тях се оказва много по-голяма, отколкото във всеки друг момент от техния живот. При анализа от нашата извадка, половината от жените нямат предхождаща психатрична история, т.е бременността в 60% и послеродовия период в 48% от случаите се свързва с начало на психичното разстройство. Има връзка обаче между възрастта, предходната история за психично разстройство и наличието на бременност или раждане. Именно във възрастният диапазон на жените между 30-45 години се намери корелация между сравнените показатели, като коефициента на значимата връзка е **p=0,0498** и това е напълно обяснимо. Потвърждава се отново, че бременността и раждането не са етиология, а отключващ фактор. Всяка следваща бременност или раждане се оказва рисков период и за двете субгрупи наблюдавани пациентки. Жените с бременност в сравнение със субгрупата на родилките имат по-малко предхождащи епизоди на боледуване.

Проследявайки анамнезата за предхождащо психично разстройство се установи, че при преобладаващия процент от жените е налице поставена диагноза афективно разстройство - от тях 49,1% са с биполарно афективно разстройство, 20,0% са с голямо депресивно в рамките на РДР и практически само при 20,6% е поставена диагноза шизофрения.

Фамилната обремененост и анамнезата за предхождащо психично заболяване, като биологични предиктори, както и наличието на рискови психосоциални фактори в изследваната група играят съществена роля в периодите на бременност и след раждане. Получените резултати са в подкрепа на досега направените изводи в областта на репродуктивната психиатрия за ролята на социо-демографските и биологични фактори (Robertson E et al, 2005).

1.2.2 Телесна коморбидност

Бременността е период, през който жената претърпява и общотелесни промени във всички органи и системи - ендокринна, хормонална, съдова, имунна. Нормално протичащата бременност е състояние на физиологична адаптация и синхронизация между метаболизма на бременната жена и този на бързорастящия плод (Robertson E et al, 2003). Коморбидността с телесни заболявания оказва голямо влияние върху клиничната симптоматика, изхода, прогнозата и лечението на психичните разстройства особено при афективната коморбидност. Значимостта на съществуващата коморбидност се определя предимно от обстоятелството, че телесните заболявания дават сериозен отражение върху психичното разстройство и могат да повлияят негативно хода, прогнозата и терапевтичното поведение. Бременността е период в който се повишава нивото на прогестерона, естрогена и кортизола, а по време на раждане тези нива намаляват.

При повече от половината (52,1%) от изследваните жени бе установена телесна коморбидност. Най-честите телесни заболявания са ендокринните (заболявания на щитовидната жлеза, диабет), съдовите (артериална хипертония), метаболитните, кръвните и колагенозите. Най-застъпената патология, като процентно съотношение е тиреоидната (тиреоидит на Хашимото и базедова болест) при около 40% от пациентките, а другата по-голяма група е на жените с диабет-тип 2 (33%). От колагенозите най-често е съчетанието с лупус еритематодес (2%).

Настъпилите промени водят до имунен дефицит, повишаване агрегацията на тромбоцитите, нарушение на глюкозния толеранс, хормоналните нива на тироксина се

променят, повишава се кръвотока, ускорява се мозъчната дегенерация (Warner R et al., 1996).

2. Нозологична и клинична характеристика на психичните разстройства по време на бременности и раждане

От проведеното катамнезно проследяване за период от 12 до 24 месеца след наблюдавания епизод се установи, че преобладаващата част от пациентките с психични разстройства са от афективни спектър и само при 1/5 от случаите имат диагноза шизофрения-параноидна форма, като нейното протичане е с пристъпен характер.

Оказа се, че 3 от 4 жени от наблюдаваната група по време на бременност и раждане имат психотични симптоми, независимо от различната диагностична принадлежност на тези симптоми.

Процентът на жените (35%), при които началото на психичното разстройство е по време на бременността, с картината на остро полиморфно разстройство, на по-късен етап се оформя като афективно или шизоафективно разстройство. Освен с някои социо-демографски фактори (възраст), наблюдаваните клинични симптоми показват определена специфичност и тежест, свързани с наличието на бременност или раждане и предоставят по-голяма информация за по-нататъшния облик на психичните разстройства. Може да се отбележи, че тежестта на изява на някои синдромокомплекси корелира значимо с възрастта и периода на бременност или раждане, като се открива значима статистическа достоверност.

2.1 Биполярно афективно разстройство

От анализа на протичането и клиничната характеристика на боледуване се установи, че от всички 165 проследени жени 81 (49,1%) имат биполярно афективно разстройство. От получените резултати се вижда, че при 23 (43.4%) от тях биполярното афективно разстройство се проявява в периода на бременност, а при останалите 58 (55.6%) в послеродовия период. Появата на симптоми на биполярно афективно разстройство при жените в извадката е най-честа във втория и третия триместър от бременността (N40) и в първите две седмици след раждането (N15).

Повече от една трета от жените, развили картината на мания или хипомания след раждане, са имали симптоми в последното тримесечие на бременността (53,7%). В напречен срез по време на анализирания период се наблюдава, че при около една трета от клиничните случаи има психотични симптоми в рамките на афективното

разстройство, като по равно са разпределени депресивно-психотичните и манийно-психотичните състояния..

При 84% от пациентките се наблюдаваха добре изразени манийни симптоми, като водещи са намалената нужда от сън, субективно повишено функциониране, повишено настроение, повишено либидо, наплив на мисли, свръхразговорливост, отвлекаемост, възбуда, разрушителност, агресия, речев наплив. Търсейки връзката между тежестта на симптома и неговата изява, в отделните възрастови групи се установи, че общо при 77,9% от жените има сигурни данни за симптоми на мания, като в младата възраст до 25 години, манийният синдромокомплекс е с изразена тежест. Асоциираността му е не само с младата възраст, но и с периода на бременност или раждане, което се потвърждава от установеното ниво на значимост $p=0,019$ в тази извадка. При оценката на интензивността на психотично-манийните симптоми, доминиращи са експанзивните налудности и халюцинации, настроение, конгруентно на психотичната продукция, налудности за отношение, за повишени възможности и с грандиозен характер. Значимо ниво на корелация се установи между тежестта на изява на манийно психотичните симптоми и послеродовия период $p=0,035$, което е доказателство, че жените в този период са предразположени към определено по-тежка клинична изява на Биполярното афективно разстройство. Резултатите са потвърждение на досега известните в литературата данни за по-голямата честота на психотично манийни епизоди в периодите след раждане (Vignera AC et al, 2007).

Честотата на епизодите на депресия в рамките на Биполярното афективно разстройство не бе особено застъпена в тази извадка (16,7%), но клиничната картина се характеризира предимно с непроменлива потиснатост, особено силно изразена сутрин, депресивно настроение, патологична виновност, снижена самооценка, притъпени възприятия.

Следродовия период се оказва по-рисков за жените с предхождаща анамнеза за Биполярно афективно разстройство. От проследените през първите 3-6 месеца след раждането 33 жени (53,2%), при приблизително при 20% се наблюдава рецидив на заболяването, като най-честата причина е прекъсване на поддържаща терапия. При малка част от тях е имало продроми още в периода на бременността и най-вече в края на третото тримесечие. Голям брой проучвания, посочват, че значителна част от жените със съществуващо биполярно разстройство развиват релапс по време на бременност. Изследване на 81 жени с БАР показва, че общият риск от поява на нов епизод по време на бременност е 71%(Vignera AC et al, 2002)

При жените с прояви на Биполярно афективно разстройство по време на бременността (45,4%) се отчете зачестяване на фазите на мания след раждането (53,6%). От катамнезното проследяване в период от 12 до 24 месеца, манийните епизоди рецидивират в рамките на 6 месеца след раждането. Периодите след раждане са рискови за отключване на нов епизод при жените, които са имали предхождаща анамнеза за БАР, като по-рядко са депресивните влошавания. От регистрираните епизоди на биполярното афективно разстройство след този период, манийните и психотично манийните състояния имат склонност да рецидивират по-често. По литературни данни са отчетени високи нива на повтаряемост на афективните епизоди за бременни жени, като е намерена асоциираност с всяка следваща бременност, а също така и с прекратяване на поддържащата тимостабилизиращата терапия (Sharma V, 2012).

Голяма част от бременните и раждащите жени, имат продроми на афективно разстройство, които често не могат да бъдат идентифицирани и представляват висок риск за отключване на психично разстройство. Част от симптомите се интерпретират като стрес. Жените, които имат анамнеза за афективно разстройство, свързано или не с раждане или след раждане, са изложени на повишен риск от рецидив след раждане.

От пациентките в настоящото изследване при които е поставена диагноза БАР, при повече от 50% типа на протичане е БАР тип I. В потвърждение на получените резултати от извадката са данните от направено през 2004 година в САЩ скриниране на десет хиляди родили жени. За оценка на биполярното афективно разстройство са изследвани 1212. Резултатите показват, че 14% са били със симптоми на афективно разстройство - 30% от тях по време на бременност, 40% след раждането и само 30% са имали прояви на депресия преди раждането. От тях 980 са имали БАР тип I, а 232 БАР тип II. Получените резултати в това изследване сочат, че БАР имат 49,1%, като процента на жените които имат БАР тип I е по-голяма при бременните - 45,9%, а при жените след раждане процента на БАР-II е по-голям (53,7%) (Yonkers K et al, 2004).

При жените с предхождаща анамнеза за БАР вероятността от нов епизод в периода на бременност или раждане се увеличава с 50%, като по-често са епизодите на депресия в послеродовия период в рамките на първия месец след раждането. Въпреки по-често наблюдаваните депресивни епизоди след раждане се оказва, че асоциираността на тези периоди е по-голяма с биполярното афективно разстройство, а непосредствено след раждането асоциираността е по-голяма с депресивното разстройство (Di Florio A, Forty L et al, 2012).

2.2 Шизоафективно разстройство, остри психози и шизофрения

Остро настъпилите полиморфни психотични състояния са често срещана клинична картина в периодите на бременност или след раждане, като синдромокомпекса включва дезорганизирано поведение, нарушено чувство за реалност, емоционална лабилност и неовладимост, инкохерентно мислене и реч, конфузно социално поведение до обърканост.

Независимо, че честотата на изява на изброените симптоми в изследваната извадка не е голяма, резултатите при оценката на тяхната интензивност потвърди асоциираност с периодите на бременност и раждане. Симптомите на остро полиморфно психотично разстройство в първите две седмици след раждане развиват 10,4% от жените, като в процеса на проследяване се оформя по-често като Шизоафективно разстройство и много малка част в Шизофрено разстройство (3,4%). Интензивността на клиничната изява на симптомите на дезорганизираност определено корелира с периода на бременност и раждане, като коефициента на значимост за групата на бременните е $p=0.020$, а за групата на родилките е $p=0.038$. По-изразеното ниво на значима свързаност между симптомите на остро настъпили психотични състояния и бременност е доказателство, че това е период с много интензивна психопатология, което от своя страна води до нарастване степента на нежелани ефекти или усложнения при протичането на бременността и на самото раждане.

Раждането е период на висок риск за развитие на остри психотични разстройства. Честотата на психозите в постпарталния период се оценява на 1 до 2 на хиляда раждания. Рискът от прояви на остра психоза е около 25% през първия месец (Rohde A, 1993). Краткосрочната прогноза като цяло е добра, но рискът от повторна поява на психично разстройство и извън контекста на репродукция е висок, като най-често се развиват афективни или шизоафективни разстройства (Tabbane K et al, 1999).

Наличието на психотични симптоми може да даде отражение върху връзка между майката и плода, като липса на привързаност и грижа, трудности в родителските задължения и нездравословните навици – напр. прекомерно пушене. В допълнение са посочени и рискови фактори с променлива величина, като късната възраст на жените, предишна история на заболяването, проблемна връзка с родител или партньор, безработица, история за физическа, емоционална или сексуална злоупотреба (Matevosyan NR, 2010).

От проследените в извадката 165 жени, една пета са с диагностицирано шизофрено разстройство, като се среща предимно параноидна и кататонна форма. Симптомите в клиничната картина на шизофренното разстройство на жените в пуерпериума съответствуват на тези описани в литературните анализи.

При повече от половината от жените с диагноза шизофрено разстройство се наблюдават предимно параноидно-халюцинаторни симптоми. Най-застъпени са симптомите на променени възприятия, наличие на слухови халюцинации, магично мислене, налудности за въздействие и контрол, разкъсан мисловен процес, обърканост, враждебна раздразнителност и конфузно поведение. Параноидната симптоматика в някои от случаите е придружена и от афективна компонента, като при малка част от проследените пациентки афективните симптоми са начална проява на психозата.

При кататонните симптоми наблюдавани при едва 3 от пациентките, кататонната възбуда е водеща в клиничната картина, с прояви на неспокойствие, свръхактивност до тежка възбуда, агресия и разрушителност. И трите пациентки са на възраст от 17 и 25 години. При шест от жените се наблюдаваха неблагоприятни въздействащи фактори от страна на самата бременност и раждане. Усложненията при раждането, като инфекции, фебрилитет, сепсис, хиперемезис гравидарум и нарушение в кръвосъсирването, представляват благоприятна почва за по-бурно протичане на психозата.

В някои клинични проучвания е описана особена форма на шизофрения в пуерпериума: остро и внезапно настъпваща двигателна възбуда с кататонни черти, преходни промени на мускулния тонус, инкохерентно мислене и сетивни измами, които преминават в тежък негативистичен ступор (Castle DJ et al, 2000).

Сравнявайки клиниката на това заболяване в периода на бременност и лактация се намират известни различия. Най-често срещаният симптом в послеродовия период е параноидната налудност, докато по време на бременност се наблюдава депресивната налудност (1,5 пъти повече) и около 2 пъти повече халюцинации. Хебефренни, прости и парафренни форми не са наблюдавани. Разлика има и по отношение на нарушенията в яснотата на съзнанието и кататонните феномени. От анализа на получените данни и намерените в литературата, съществува известна аналогия, но няма напълно съвпадение. В повечето описани в литературата синдроми се намира известна специфичност в протичането на пуерпералните психози, като това става в няколко типични стадия: продромален стадий, картината на психотична обърканост, инкохерентност, халюцинаторно-параноидна фаза. Наличието на психотични

симптоми, като например отхвърляне на бременността може да доведе до лошо антенатално обгрижване или до нарушаване способността на жената да разпознае и осъзнае симптомите на бременността (Castle DJ, 2000). Независимо от съществуването на типични шизофренни симптоми във времето може да се стигне и до картината на афективно разстройство (Chaudron LH, Pies RW, 2003).

В публикуван анализ на Американската психиатрична асоциация се докладва, че около 30% от жените в пренаталния период могат да развият симптоми от шизофрениния кръг. Част от епидемиологични изследвания отбелязват възможността от нарастване на шизофренината кохорта при млади жени, чиито майки са имали психотични симптоми по време на своята бременност и раждане (Poulton R et al, 2000). При анализа на фамилната обремененост с шизофренично разстройство в извадката се установи, че 17,2% от жените имат обремененост по първа линия, като една пета от тях имат майки с шизофренично разстройство.

Възстановяването от психотичен пристъп, свързан с бременността и раждането е значително по-труден процес и доказателство за това са резултатите, които дават жените с Шизофренично разстройство, оценени със скалата за качество на функционирането (GAF). Средната стойност, до която стига оценката им за качеството на функциониране и възстановяване в периодите на ремисия не надвишава 70-80. Персистирането на симптомите води да умерени затруднения във функционирането и адаптацията.

2.3 Депресивно разстройство

Депресията е най-честата клинична картина, която се асоциира с периодите на бременности и раждане. При жените с предхождаща история за прекарани депресивни епизоди, рискът за връщане на болестта е по-висок. Когато това съвпада с желанието да заченат, или установяват че са бременни, нивото на риска се увеличава, защото трябва да се вземат решения, свързани с протичането и изхода на износването на плода. Бременността не предпазва от депресия и бебето не е защитено от майчината депресия. Това е свързано с биологичния и биохимичния механизъм на депресивното разстройство, който повлиява имунитета, води до коронарни инциденти, диабет, остеопороза, дълготрайни негативни промени (Freman MP, 2009).

От проследените 165 жени, 20% са с диагностицирано голямо депресивно разстройство в рамките на рекурентна депресия. От жените, в извадката се установи, че 13% от тях са имали най-малко един епизод на депресия по-рано. Жените, които

развиват психично разстройства след раждане, особено през първите три месеца имат по-голям риск да развият Голяма депресия (19,4%) или влошаване на депресивните симптоми. Към важните рискови фактори се включват не само наличието на предишни депресивни епизоди, но и фамилната обремененост. При 24,25% от жените с депресия има фамилна обремененост. При търсене на значима връзка между факторите наследственост и възраст в послеродовия период се откри критично ниво на значимост $p=0,006$ с късната възраст. В тази възрастова група една втора от жените имат обремененост с депресия. Фамилната обремененост при родилките в късна възраст е рисков фактор за отключване или рецидив на депресивно разстройство.

При направената клинична оценка на депресивните епизоди, клинично значими се оказаха симптомите на напрежение и безпокойство, раздразнителност, загуба на себеувереност, нервно напрежение и чувствителност към шум, тревожно предчувствие, загуба на способност за справяне, намален апетит и лош сън. Към това се добавя много често загуба на удоволствени преживявания, депресивни налудности за вина, суицидни мисли и действия. Клиничната картина на депресивното разстройство при жените в извадката се характеризира с няколко специфични синдромокомплекса. Оказа се, че симптомите на изразено напрежение и безпокойство се асоциират по-често с младата възраст и периода на бременност при статистически значима корелация и ниво на значимост $p=0,041$. Наличието на тежко изразена психотично депресивна симптоматика при жените в послеродовия период се асоциира с младата възраст при значимо ниво на корелация $p= 0,038$. Симптомите на тревожност и нервно напрежение, снижено телесно функциониране, безсъние, умора, намален тонус и енергия са с клинична значимост и свързаност с периода на бременност и след раждане. При жените с ранна бременност, степента на изява на тревожността е с по-голяма и е свързана с хода на бременността и предстоящото раждане, докато симптомите на тревожност в послеродовия период са по-изявени по тежест при жените в късна възраст, като тя е продуцирана от мисли за здравето и грижата за детето. Най-честата причина за хоспитализация на тези жени са депресивно-виновностиви преживявания, стигащи до налудност, както и рискът от себеувреждане (автоагресия, суицид)

Предхождащите епизоди на депресия или епизоди на перинатална депресия, правят риска за повторение по-вероятен особено, когато е свързан със следващи бременности (BoyerD, 1990; Eberhard-Gran M et al, 2002).

Проследявайки появата на депресивните симптоми от проследените бременни жени (N20) – при 8 депресията се отключва в третия триместър, а при останалите 12 в първия и втория триместър. Симптомите на депресия при родилките (N13) настъпват в първите две седмици до третия месец от раждането при 10 от жените, а след шестия месец от раждането при 3.

Все още остава спорен въпроса около това, дали рискът за депресия е по-висок при жените в постпарталния период, отколкото при другите жени от сравнима възрастова група. Част от методологичните изследвания показват, че вероятно има повишен риск за това, поради различни промени през първите постнатални месеци (Lancaster CA et al, 2010).

Резултатите показват, че първите 6 месеца след раждането са високо рискови за жени, имащи анамнеза за голямо депресивно разстройство преди раждането. В около 1/3 от наблюдаваните случаи има промяна в клиничната картина и в диагнозата на по-късен етап, като най-често то е предиктор за биполярно афективно разстройство. И от нашето катамнезно проследяване се оказва, че от 33 жени с клинична изява на депресивно разстройство в периода на бременност и след раждане при една трета заболяването придоби биполярен ход тип II, с преобладаване на депресивни епизоди и наличие на хипоманийни.

В изводите от литературните анализи се потвърждава факта, че появата на депресия съвпадаща с периодите на бременност, може да бъде мощен и специфичен предиктор за появата на биполярност (Sharma V et al, 2003).

Резултатите от мета-анализи установяват, че с 25% е по-висока е вероятността да са по-често срещани симптомите на депресия в антенаталния период - първият и третият триместър (Evens J et al, 2001). Депресията по време на бременност и раждане е диагноза, която се употребява за всички депресивни разстройства, случващи се или по това време, или съществуващи преди. Тежестта и ходът на боледуване се повлияват от различни ситуации, свързани с липсата на подкрепа и партньор, липсата на знания и умения за грижа, както по време на бременност, така и след раждането.

Оценявайки качеството на периодите на възстановяване и функциониране при пациентките с депресивно разстройство се установи, че при повече от 50% качеството на възстановяване, оценено с GAF е в рамките на пълноценна ремисия, като средната оценка е около 90. Това означава от леко нарушение на функционирането, до добро във всички области, социална ефективност, общо удовлетворение от живота. Съществуването на подкрепа от страна на партньор е особено значим протективен

фактор за жените с депресия и тя се доказва при 67,3% от проследените жени. Тежестта, хода на боледуване и ремисиите са много по-благоприятни, отколкото при жените без партньор. Получените резултати в настоящото проучване потвърждават и хипотезата, че добрия икономически и социален статус има стойност на протектиращ фактор. Работа и финансово независимост, както и семейна подкрепа имат 57,4% от изследваните жени с бременност и след раждане.

И в двата периода на проследяване съществена разлика в симптоматологията не се откри, но в послеродовия период честотата и тежестта на депресивните симптоми е два пъти по-голяма в сравнение с перинаталния период. Постпарталния период е по-рисков и поради настъпващите невроендокринните промени и поради потенциалното въздействие на кърменето. Съвкупността от тези фактори повлиява процеса на планиране на лечението и оказва значими дългосрочните последици върху последващо семейно планиране.

3. Проучване на протичане и прогноза на психичните разстройства

3.1 Характеристики на хода и протичането в зависимост от периода на възникване

Протичането на психичните разстройства, възникнали в перинаталния и послеродов период има характерни особености, като се наблюдава предимно фазов ход на заболяванията.

Бременността, като отключващ фактор има значение за хода на протичане и качеството на ремисиите. От наблюдаваните 165 жени при 124 заболяването има фазово или периодичен ход. Острото начало и фазовия ход на протичане са предиктори за по-добра прогноза на психичната болест. От диагностицираните афективни разстройства редуване на епизоди на мания и депресия има при една трета от жените. Хронично ремитиращ ход на болестта се наблюдава само при една десета от жените с диагноза-Биполарно афективно разстройство тип II. Шизофренното разстройство е с пристъпно прогредиентен или непрекъснато прогредиентен ход, като

най-честата клинична изява е хроничната халюциноза. Тези жени имат не особено добро възстановяване, което се отчита с персистирането на някои от симптомите, без достигане на пълноценна ремисия и добро функциониране между психотичните рецидиви. При една десета от жените (10,8%) с картината на остро настъпили психотично афективни симптоми, заболяването придобива фазов ход. При 20% от жените има рекурентно протичащи депресии. От получените резултати в извадката за хода на психичните разстройства, появили се или рецидивирали по време на бременност или послеродов период е видно, че процентът на психичните разстройства с фазов и рекурентен ход е най-голям. По-малък е процентът на жените, при които има хронично ремитиращ ход и непълноценно възстановяване

Намерените резултати се доближават приблизително до описаните в литературата данни (Krener P et al, 1989).

Рискът от нов епизод по време на бременност или след раждане при жени с биполарно разстройство е почти 60% , а при жени с рекурентна депресия е 30% . От проследените жени, които са имали епизоди само на депресия, само 5% са отключили по-късно хипомания или мания, като при тях има масивна фамилна обремененост с афективни разстройства.

При 1:1000 от психозите по време на постпарталния период има период на пълноценно възстановяване (DiFlorio A, Forty L et al, 2012). Установено е, че част от рецидивите на болестта и влошаванията налагат в повечето случаи необходимост от хоспитализация. Наличието на чести хоспитализации може да даде също отражение върху хода на заболяването (Blackmore E et al, 2013).

Друг важен фактор, който оказва влияние върху протичането на заболяването е предхождаща история за психично разстройство. Резултатите показваха, че при жените, които нямат анамнеза за предишен епизод, изходът на заболяването е по-благоприятен, а при жените с предхождаща история, които имат повече епизоди на влошаване след наблюдавания епизод, особено при нова бременност или раждане, изходът е по-неблагоприятен. Ходът на заболяването и периодите на възстановяване от психозите в антенаталния и постнатален период са тясно свързани с качеството на живот и функциониране. Комбинацията от всички рискови и протективни фактори - генетични, биохимични, хормонални, социо-демографски, психологични и фактори на средата, оказват значимо влияние върху качеството на възстановяване от болестта (Kowalenko N et al, 2000).

Поставянето на точна диагноза, провеждане на правилно лечение и намеса по време на бременността и непосредствено след раждането, както на психично боледуващи жени, така и на жени с рискови фактори, е важен предиктор за хода на заболяването и качеството на възстановяване и функциониране (McCauley-Elsom K, 2007).

Анализирайки факторите, които дават отражение върху изхода и прогнозата на психичното разстройство се потвърди и хипотезата, че съдействието и придържането към терапията се отразява благоприятно. По отношение на придържането към лечението повече от 50% от боледуващите жени имат поддържаща терапия и това се отразява върху качеството им на живот, продължителността на ремисиите, хода на протичане и прогнозата (Mc Neil TF, 1998)

3.2 Отношение към ремисията и функционирането извън пристъп

За периодите на възстановяване от пристъпа на болестта и функционирането се базираме на известните в клиничната практика определения за ремисия. Различни и провокиращи са позициите за границата между пълната и частична ремисия, поради прояви на остатъчни симптоми след лечението и не пълно възстановяване на преморбидното психосоциално функциониране. Частичната ремисия се дефинира, като период от време с известно подобрене на симптомите, но не достатъчно, за да се постигне пълна ремисия, както и с персистирането на някои остатъчни симптоми. Ремисията се концептуализира, като връщане към състояние на нормално функциониране и минимална симптоматика, което продължава поне 3 седмици. Няма общ консенсус относно продължителността на времето, през което пациентът трябва да остане в ремисия, но според повечето експерти този период се очаква да продължи между 4 и 6 месеца (Miller WH et al, 1992).

Проследявайки поотделно интензивността на проява на симптомите и тяхното пълно отзвучаване в периодите на възстановяване се откри, че само при един от анализиранияте симптомокомплекси има статистически значима връзка с бременността и раждането. Оказва се, че колкото по интензивно проявени са симптомите на тревожност, толкова по-добра е прогнозата за възстановяване. Това важи, като за субгрупата на бременните $p = 0,047$, така и за родилките $p = 0,022$. Полученият резултат потвърждава досега известните литературни данни за ролята на тревожността в периода на бременност и раждане. Степента на тревожност (психична или соматична), като доминираща в клиничната картина, има своята свързаност с

качеството на възстановяване. Бързото овладяване и отзвучаване води до по-добро качество на възстановяване от тревожността (Misri S , 2007).

Освен връзката между интензивността на симптомите по време на боледуване и тяхната липса или наличие извън пристъп, за определяне качеството на възстановяване и ремисия на всички пациентки бе приложена Скалата за глобално функционирането (GAF) (Startup M et al, 2002). При хипотетичен континуум здраве-болест се оцени функционирането им в психологичен, социален и професионален план. Обобщено резултатите от оценката на глобално функциониране показаха, че 67 % от жените имат пълноценно възстановяване в периодите на ремисия и само 12% са с непълноценно възстановяване от болестта.

Един от факторите, който има тясна връзка с качеството на възстановяване и функциониране се оказва възрастта. Младата възраст е предилекция за по-трудно възстановяване и справяне с психичната болест. Жените във възрастта от 20 до 25 години нямат капацитет за пълноценно функциониране, което се потвърди от резултатите в извадката. Установи се критично ниво на значимост $p < 0.001$. Очевидно уменията за компенсирание по време на ремисия нарастват с възрастта. По-ранната бременност и раждане са по-рискови.

Съществуването на психично разстройство по време на бременност или раждане не дава отражение върху качеството на възстановяване, като този факт се потвърди и от липсата на статистическо ниво на значимост $p = 0.793$, но все пак в много малка степен възстановяването при жените с психични разстройство в послеродовия период е по-пълноценно. Оценката за глобалното функциониране се влияе от диагностичната принадлежност, което се потвърди с помоща на приложения непараметричен метод за сравняване на повече от две независими групи. Намерената зависимост показва, че жените с Афективни разстройства имат най-високо функциониране при $p=0,0001$ в периодите на ремисия и това е факт, който не е изненадващ.

Фактори, които дават отражение върху качеството на възстановяване в периода на ремисия са предишната история за психично разстройство, наличие на подкрепа от семейство или партньор и брой раждания. Бременните и родилките с предхождащо психично разстройство дават относително добри резултати по GAF (средно 90), т.е имат пълноценно възстановяване. Жените, които вече са боледували се възстановяват много по адекватно и това се доказва от намереното ниво на значимост за сравняваните категории $p= 0,013$. Връзката между броя раждания и наличието на

психично разстройство дава отражение върху качеството на функциониране извън пристъп. При първораждащите, относително по-трудно се достигат пълноценни ремисии, спрямо качеството на възстановяване при жените, които имат две и повече раждания. Намереното ниво на значимост $p=0.015$, свързано с броя на ражданията, психичната болест и качеството на функциониране потвърди хипотезата, че когато психичното разстройство се появява по време на първата бременности и раждане, жените имат по-малък капацитет на справяне и по трудно се постига пълноценна ремисия.

4. Фокусиране на терапевтичните интервенции

Резултатите от проведеното лечение показват, че приблизително всяка втора жена с психично разстройство, бременност и раждане се нуждае от терапия с медикаменти или ЕКТ. Приложението на медикаменти и ЕКТ се налага, не толкова поради терапевтична резистентност, колкото поради наличието на интензивна, екстремно изразена психопатология и относително по-голяма безопасност, която е необходима за майката и плода. Не съществуват готови решения за лечение на психичното разстройство по време на бременност.

Основните методи за овладяване на психопатологичната продукция при наблюдаваните жени са два: терапия с медикаменти - при 116 и терапия с ЕКТ при 49. Най-много комбинирано лечение се налага в най-младата възрастова група от 17 до 25 години (63%), като се установява гранично ниво на значимост $p=0,067$ и това е изводимо от интензивността на психопатологията и терапевтичната повлияност. Назначаването на медикаментозната терапия, както и на Електроконвулсивна терапия е направено с информираното съгласие на пациентките или техни близки или законни представители, когато това е невъзможно. Задължително са направени скринингови лабораторни изследвания, АГ-консултация, консултация с интернист за експертно мнение относно актуалния соматичен статус, а при необходимост са правени допълнителни изследвания и консултации с други специалисти. Анестезиологът, даващ анестезията, предварително се запознава с всички направени изследвания, като допълнително при жените в напреднала бременност се прилага премедикация, с оглед намаляване риска от преждеверемно раждане. Провеждането на ЕКТ процедурите се извършваше от интердисциплинарен екип, като курса на провеждане е с честота 2-3 пъти седмично и продължителността се определя от степента на подобрение и

наличието на странични ефекти. Бременните жени са лекувани в различни стадии на бременността, като повече от 50% са били в края на втория и през третия триместър, а останалите в първия триместър. В субгрупата на родилките прилагането на ЕКТ се е наложило предимно в периода на седмица от раждането (N14) при $SD=1,3$, при останалите след първия месец от раждането (N13).

Фармакологичните стратегии са показани в случаите, в които се налага овладяване на тежките или умерено тежки симптоми на психозата и се прилагат с цел намаляване на риска от влошаване на състоянието, както на майката, така и на детето, като се преценява съотношението риск-полза. Прилагането на медикаментозна терапия може да се комбинира с друг вид терапии.

Електроконвулсивната терапия е доказано бърз, безопасен и ефективен метод при лечението на психични разстройства по време на бременност и след раждане, особено когато медикаментозната терапия не дава резултати. Решението за терапевтичния подход не е еднозначно, но в него главна роля има решението на самите пациенти, като се отчита на първо място безопасността и ефективността на приложения подход.

4.1 Лечение с електроконвулсивна терапия

Високата ефективност на лечението с ЕКТ е една възможност да се улесни задачата на клинициста - психиатър, когато е труден избора на терапевтичен подход, поради наличната бременност или раждане и интензивността на психопатологичната симптоматика. Симптоми, като изразен суициден риск, агресия, отказ от храна, тежка и изтощителна психомоторна възбуда, несъмнено представляват по-висок риск и заплаха за живота и здравето на жената и плода и са важни индикации за прилагане на ЕКТ. При жените с бременност (80%) в настоящата извадка се доказва високата ефективност на отговора към прилагането на ЕКТ, като се достига високо ниво на статистическа значимост $p<0,05$. Това е доказателство, че прилагането на ЕКТ има своите предимства, като предпочитан метод на лечение при бременност.

От направените анализи, относно прилагането на ЕКТ, в изследваната извадка се намери значима разлика по отношение ефективността на метода в отделните възрастови групи. Разглеждайки групата на бременните се вижда, че ранната възраст налага много повече прилагането на ЕКТ – практически всяка 3-а бременна жена на възраст между 17 и 25 г. не се повлиява от медикаментозно лечение ($p=0.033$).

Жените с бременност и остро настъпила и манифестно разгърнала се психотична симптоматика, се повлияват много по-бързо от терапия с ЕКТ, отколкото с

медикаменти. Потвърди се хипотезата, че прилагането на електроконвулсивната терапия по време на бременност намалява риска от усложнено протичане и има своята значима ефективност за пълноценното възстановяване. При всички жени бе спазена стандартната процедура за провеждане на ЕКТ, като преди започване на курса, по време на самите процедури и в края на курса, бе мониторирано състоянието на майката и плода (УЗД на плода, сърдечни тонове и движения, предлежание на плацентата).

Ефикасността от прилагането на ЕКТ се потвърди в субгрупата на пациентките в послеродовия период с депресивна симптоматика и смесените депресивно-психотични картини. При родилките най-младата пациентка (20 г) бе с картината на тежък депресивен ступор, а най-възрастната (38 г) с тежко изразени депресивни симптоми и висок суициден риск. Значимостта на ЕКТ терапията се измерва в това, че за кратък период от време се овладява психичното разстройство - рисково за майката и плода и се намалява риска от патологично протичане на бременността и раждането.

Резултатите от проведено през 2013 година ретроспективни наблюдения относно ефекта на ЕКТ върху бременни показват, че при средно извършени ЕКТ процедури $-9,8 \pm 4,5$, Глобалната оценка за подобрене (CGI-I) се променя със средно $2,6 \pm 0,7$ (Bulut M et al, 2013).

Оценката на лечебния ефект от прилагането на ЕКТ е изградена върху обективно наблюдение и клиничен опит. Безопасността на лечението с ЕКТ води до минимализиране на всички страничните ефекти. ЕКТ е алтернатива и резерв в лечението, предлага се по-добра ефективност и сигурност. От проследените 22 жени, при които е проведено ЕКТ по време на бременност 22 деца са родени с нормално тегло и ръст. Периода на наблюдение на децата след раждането обхваща 12 до 24 месеца, като не се установиха отклонения в развитието на новородените. Наблюдаваните резултати от лечението с ЕКТ в тази извадка съвпадат с резултатите и утвърдените в световната практика правила за лечението на психични разстройства по време на бременност (Anderson EL, Reti IM, 2009).

4.2 Лечение с медикаменти

Медикаментозната терапия е приложена върху 116 пациентки, като от тях две трети са бременни, а останалите родилки. В зависимост от наличната клинична картина, състоянието на жената и плода и след оценка на риска, са прилагани както конвенционални, така и атипични невролептици с клинично доказан профил на действие, адекватност на дозите и степен на безопасност. От антидепресантите бяха

прилагани предимно трицикличните антидепресанти, SSRI's и SNRI's. Лечението бе съобразено и оценено, според тяхната фармакологична характеристика, безопасен профил на действие, както и от експозицията им в плода (Goldberg HL, NissimR, 1994). Продължителността на лечение е различна и се определи от тежестта на симптомите, като в острата фаза, то е с продължителност от 2 до 4 седмици, а след постигане на подобрене, лечението е продължено още 6 до 12 месеца. Поддържащото лечение се мониторира до термина на раждане, при почти ежемесечен контрол в амбулаторни условия, както на дозите на медикаментите, така и на ефекта от прилагането им. Едновременно с това се осъществяваше контрол и мониториране на бременността от АГ специалист.

Регистрирани са телесни симптоми, като най-чести усложнения при новородените, са свързани с дихателна недостатъчност, сърдечно-съдова слабост, "абстиненция на новороденото". По литературни данни, рисковете от фармакотерапията са свързани с тератогенеза (до 8-ма ГС), перинатални усложнения, поведенческа тератогенеза и спонтанен аборт. Нито едно от тези усложнения не бе регистрирано при бременните жени и при новородените в тази извадка. В проучванията до момента не се демонстрира дифинитивна връзка между прилагането на психофармак и конгенитални аномалии. Основният извод при прилагането на лечение на психични разстройства в периода на бременност и след раждане е, че няма решение, лишено от риск (Lamberg L, 2005).

При повече от 50 % от пациентките с бременност, продължили лечението с медикаменти, раждането се осъществи чрез Секцио Цезарее, като не се регистрираха усложнения по време на родоразрешението и след раждането. От 97 бременни проследени по време на раждане, пет родиха деца, чието телесно тегло бе до 3000 гр. и ръст 50-52см, а при 2 от жените новородените бяха с телесно тегло под нормалното (2000- 2300 гр). При останали новородени не се регистрираха странични ефекти и нежелани явления.

При проспективни контролирани изследвания и отделни казуси е установено, че употребата на психотропни медикаменти по време на бременност може да доведе до нежелани и странични ефекти върху плода, като конгенитални аномалии (2-4%), перинатални усложнения (1-2%) и невро-психични промени(3-4%) (Austin VM, Mitchell BP, 1998). Въпреки получените резултати, в последните години все по-малък е процента на конгениталните малформации в популацията на жените с психични

разстройства, които приемат медикаменти по време на бременност (Einarson TR et al, 2005).

Бременността и раждането са свързани в голяма степен с психичното и телесно здраве на жената и са условие, което корелира значимо с възникването и протичането на психични разстройства. Ранното разпознаване и лечение на психичните разстройства е жизнено важно. Наличието на доказани маркери може да осигури основа на клиницистите да обучават и лекуват жените, засегнати или разпознати като рискови, както и да научат повече за превенцията на следващи епизоди или рецидив на психична болест в периодите на бременност и раждане. Потенциално вредните ефекти на психичната болест по време на бременност и след раждане върху благополучието на жената и развитието на детето ѝ, изискват индивидуален подход и оценка. Лечението в тази популация налага обсъждане на множество проблеми и внимателна оценка на ползата и риска. Сътрудничеството между пациент и лекар трябва да бъде насърчавано да продължи по време на бременността и през послеродовия период. Лечебните планове трябва да включват не само пациентите и лекарите, но също така партньорите (където е приложимо и възможно), акушер-гинеколозите, неонаталозите и други институции, които оказват грижа на тези жени. Психичните разстройства по време на бременност и раждане са процес, който търпи динамика, както в биологичен смисъл (ход и прогноза), така и в психосоциален. Жените в детеродна възраст, които страдат от психично заболяване са потенциални майки. Все по-голям е броят на жените с психични заболявания, които забременяват. Предхождащата анамнеза за прекарани вече епизоди на боледуване е потенциален рисков фактор свързан, както с риска от влошаване на симптомите на болестта, така с необходимостта от прекратяване приема на медикаменти. Индентифицирането на всички рискови фактори за рецидив на психичното заболяване по време на бременност и след раждане, дава възможност за индивидуализиране на оценката на риска и създаване условия за намаляване на този риск. Жените с история за психично заболяване, които забременяват имат необходимост от конкретни съвети, помощ и подкрепа.

VII Изводи

От проведеното проучване върху жени с психози по време на бременност и раждане, социо-демографските фактори, биологичните маркери, клиничната картина, хода на боледуване, качеството на възстановяване и терапевтичната интервенция могат да се направят следните изводи:

1. Младата възраст, като начало на психично разстройство е рисков фактор, който изисква проследяване. Повече от половината от жените са на възраст до 30 години.

2. Разпределението по диагностични категории показва, че водеща е афективната патология, като половината от жените имат Биполарно афективно разстройство, една пета Голямо депресивно разстройство и средно между 10 и 20% са с Шизоафективно разстройство и Шизофренно разстройство.

3. От изследваните социо-демографски характеристики, като семеен статус, образование, трудова заетост, резултатите потвърдиха тяхната роля, като рискови фактори повлияващи развитието на психичните разстройства по време на бременност и

раждане. От анализът на всички социо-демографски показатели, не се откриват значими различия в семеиния статус, трудовата ангажираност и образователния статус. Семейният статус и трудовата заетост са динамични и променливи във времето.

4. Телесната коморбидност е висока за тази извадка, като при половината от проследените пациентки (52,1%) водеща е тиреоидната патология, диабета, желязодефицитната анемия, колагенозите – факт, който от клинична гледна точка влиза в противоречие с младата възраст.

5. Наличието на клинични маркери, като фамилна обремененост и предхождаща анамнеза за психично заболяване, прекратяване приема на медикаменти са значими рискови фактори. Фамилната обремененост и предхождащата анамнеза за психично заболяване са мощна предиспозиция за психозите по време на бременност и раждане. Наличието на фамилна обремененост в комбинация с късна възраст и бременност е рисков фактор за проява на психично разстройство. Това е факт, който статистически значимо отграничава двете групи.

6. Повече от половината жени (53,9%) нямат предходна психиатрична история. При жените с предхождаща психиатрична анамнеза, бременността и раждането в късна възраст са рискови фактори за рецидив.

7. От анализа на рисковите периоди, свързани с отключването или влошаването на психичното разстройство по време на бременност и след раждане се установи, че най-рискови са първия и третия триместър на бременността и цялата година след раждането.

8. В напречен срез най-изразените по тежест клинични симптоми, независимо от диагностичната принадлежност на психичното разстройство, в периода след раждане са депресивно психотичните симптоми, симптоми на мания, манийно психотични симптоми и по време на бременност симптоми на нервно и мускулно напрежение, симптомите на остро полиморфно разстройство

9. Оценката на глобалното функциониране в ремисия показва, че по-ранните бременности и раждания са по-рискови. Жените с по-късно начало на заболяване имат по-добро функциониране. Очевидно уменията за компенсиране по време на ремисия нарастват с възрастта.

10. Ходът на психичните заболявания е клинична характеристика, която зависи не само от диагностичната принадлежност. Наличието на психично разстройство по време на бременност и раждане е прогностичен белег за фазово протичане и по-пълноценно функциониране. Повече от половината от жените с психично разстройство

по време на бременност и след раждане достигат изцяло критериите за клинична ремисия.

11. Тежестта на заболяването определя лечението на психичните разстройства при жени в период на бременност и след раждане. Закъснялата терапия води до големи трудности в овладяването на психичното разстройство и увеличава риска от рецидив. Най-много комбинирано лечение се налага в най-младата възрастова група. Това отразява интензивността на психопатологията и терапевтичното повлияване в този възрастов диапазон. Практически всяка 3-а бременна жена на възраст между 17 и 25 г. не се повлиява само от медикаментозно лечение и се прилага комбинирана терапия - медикаментозна и ЕКТ . Целта е да се намали риска от въздействие върху плода и в същото време да се ограничи рискът от нелекуваното психично разстройство

VIII Приноси

Приносите от настоящата работа могат да бъдат отнесени към няколко направления: научно –теоритични, потвърдителни и научно приложни.

Приноси с научно- теоритичен характер:

1. За първи път се провежда натуралистично проучване на значителен брой хоспитализирани жени с тежки психични разстройства по време на бременност и след раждане.
2. Очертан е проблемът за патопластично влияние на бременността и раждането върху протичането на психичното разстройство и клиничната изява на болестта.
3. Описани са както връзките, така и различията между двата периода - бременност и раждане, чрез някои клинично-социални параметри при жени с психични заболявания.
4. Индентифицирани са рисковите фактори, оказващи влияние върху психичната болест в периода на бременност и след раждане.
5. Очертани са важни корелации между редица клинични и социодемографски фактори, влияещи върху клиничната картина, хода,

прогнозата и лечението по време като на бременност, така и в послеродовия период.

Приноси с потвърдителен характер:

1. Потвърждава се значението на голям брой социодемографски фактори, като възраст, образование, семеен статус, социален статус, които могат да бъдат, както рискови, така и протективни за жените с психоза, бременност и раждане.
2. Потвърждава се високият риск от поява или рецидив на психичното разстройство по време на бременност и след раждане, който е свързан с наличието на биологични предиктори, като фамилна обремененост, предишна анамнеза за психично заболяване, телесна коморбидност.
3. Потвърждава се принадлежността и степента на тежест на определени симптомни групи, специфично свързани с периода на бременността и раждането, като симптомите на мания, психотично афективната симптоматика и остро настъпилите симптоми на дезорганизираност и обърканост.
4. Потвърждава се връзката между някои клинични и социални фактори оказващи влияние върху функционирането и качеството на живот на жени с психични разстройства, бременност и раждане.
5. Потвърждава се жизненоважното значение на навременните и адекватни методи на лечение, като фактор за намаляване риска от усложнения свързани, както с психичното и физическо здраве на жените, така и с развитето на плода и детето.

Приноси с научно-приложен характер

1. Изработване на програма за ранна интервенция и психообучение, което да осигури текущо наблюдение, помощ и информираност на жените с психично разстройство, които имат информирано решение за забременяване с оглед контрол на психичната болест по време на бременност и след раждане и контрол на медикаментозното лечение
2. Изработване на програми с индивидуален характер за превенция на последващи епизоди, както и обучителен наръчник, предоставящ

информация на жените с психични разстройства, които искат да забременеят.

SUMMARY

Perinatal psychotic disorders are very serious social and mental problems, which can disturb the quality of life. In 70% of the women the psychotic disorder starts during the puerperium and 8-10% show only one episode during the first two weeks or 2-3 months after delivery. These phenomena are connected with purely biological factors, but also to psychosocial reasons. We respect the role of the changed hormone levels in this period, genetic component, the previous history of psychotic disorder, age, social and family status. The significance of this problem requires safety measures and protection of the women during this so important period of their life to minimize the risk of these disorders.

The purpose of the present study is to evaluate pregnancy and delivery not only as a psychosis inducing factor, but as a factor modifying the clinical picture as well and the role of some sociodemographic factors and their contribution to these psychiatric disorders.

The clinical contingent of the study includes 165 patients with psychotic disorders during the pregnancy and or during the puerperium, hospitalized in Psychiatric clinic "Alexandrovska" University Hospital - Sofia, for the period 1996-2012. The design of the study is naturalistic as retrospectively are estimated to the moment of pregnancy and delivery, family history, anamnesis of psychotic disorders, family status.

The diagnosis is put on the diagnostic criterion of DSM-IV-TR, ICD-10, MINI - diagnostic interview for the presence of psychotic symptoms. The applied treatment is according to the clinical judgment and depends on the intensity and character of psychopathology.

The statistical pocket SPSS 13.01 was used to manage the data, and we applied the following methods: descriptive analysis ;variability analysis ;graphic analysis

Clinical parameters which are analyzed are: sociodemographic factors, biologic factors (personal and family history of psychiatric disorder); psychopathology; therapeutic answer. The instrumentation of the study includes: A Patient card, A Minimal – International – Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), SCAN- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – version No. 2, A Syndromologic Description - Item Group Checklist (IGC), Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Criteria for inclusion:

1. Diagnoses according to ICD-10 – Schizophrenic Disorder, Affective Disorder, Major Depressive Episode, Schizoaffective Disorder.
2. The presence of a pregnancy or a puerperal period

Results

During the study period 165 women at the age from 17 to 45 years old – pregnant and young mothers - are followed by catamnesis. The period of the catamnesic study comprises 16 years.

From the discovered psychopathology four basic diagnostic units were defined according to ICD-10

1. Affective disorders (F 31) – 81 (49,1%)
2. Schizophrenic disorder (F20.0) – 34 (20,6%)
3. Recurrent depression (F33) - 33 (20%)
4. Schizoaffective disorder (F25) – 17 (10,3%)

From the result it was found out that the average age of the patients is $25,5 \pm 6,4$ years as for two thirds of them it is a first child-birth. Women who are married and have a partner as well as the women with an education at a higher level (secondary or higher) are prevailing. In 52,1% of the women examined it was found somatic comorbidity. Almost half of the examined people have a family history of mental disorders. Comparing the heredity by direct and indirect line it was discovered that the family history first line is dominating especially in affective disorders. In psychotic disorders it is important also the heredity by second and by third line both in pregnant women and in those in the postpartal period. There are episodes of a previous mental disorder in 46,1% of the observed women and the probability of a new relapse during the pregnancy and after the birth turned out to be much bigger for them than in any other moment in their lives. In the analysis of our extraction half of the women don't have previous psychiatric history, hence pregnancy in 60% and the postpartal period in 48% of the cases is related to the beginning of the mental disorder. 85,7% of the women with a Bipolar Affective Disorder have mainly manic episodes and the rest of them have depressive

episodes. In 20.6% are present psychotic affective symptoms and in 19,9% are present only psychotic symptoms with the characteristic of first rank symptoms (hallucinations and delusions). The obtained results show that in women in the postpartal period more often is find out the existence of psychotic – manic symptoms and also it is present in all of the age groups as the level of significance is $p=0,035$. The severity of the expression of the manic symptoms is associated to the young age at level of significance estimateded at $p=0,019$. A significant level of correlation is determined as refers to the severity of the manifestation of the manic psychotic symptoms and the postpartal period - $p=0,035$ which proves that the women in this period are predisposed to a more severe clinical manic manifestation. The intensity of the clinical expression of symptoms in acute psychosis definitely correlates with the period of pregnancy and childbirth as the significance coefficient (ratio) for the group of pregnant women is $p=0.020$ and for the women after childbirth it is $p=0.038$. A higher expression of the significant connection between the symptoms in acute psychotic conditions and pregnancy is a proof that this is a period of very intense psychopathology which on the other hand leads to an increase of the level of side effects or complications in the course of a pregnancy and the childbirth process itself. One of the factors which is tightly connected to the quality of restoration and functioning turns out to be age. Young age – from 20 to 25years old is a predilection for a harder recovery process and dealing with the mental disease. The existence of this result was confirmed by the determined level of significance $p < 0.001$ between the patients' age and their GAF evaluation in the periods of illness and in remisson. Earlier pregnancy an childbirth hide a higher risk. The women with affective disorders have the best level functioning in the remisson periods $p=0,0001$. Women who have already suffered recover much more adequately and this is proved by the level significance for the categories compared $p=0,013$.

The main methods applied to deal with the psychopathologic production are two – mostly medicamental in 116 of the patients and ECT in 49. The therapy applied is entirely clinically précised as it is defined by the characteristics intensity and duration of the clinical symptoms and decreasing the risk of the consequences both for the woman and for the fetus. Analysing the group of the pregnant women in early age it is noticed that the application of ECT is much more needed – practically every 3-rd pregnant woman at the age from 17 to 25 years old doesn't respond to medication ($p=0.033$). Pregnancy and childbirth are related to a higher extent with the mental and physical health of the woman and they are a condition which correlates significantly with the rising and the course of the mental disorders. Early detection and treatment of mental disorders is essential. Identification of all risk factors for a relapse of

the mental illness during pregnancy and after childbirth gives the possibility of individualizing the risk assessment and creating conditions for decreasing that risk. Women with a history of a mental disease who get pregnant need concrete advise, help and support.

IX. БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Жабленски АЛ. Шизофрения-нозологично единство и културово многообразие. София, Изд."Медицина и физкултура"(1986)
2. Иванова Л. Към въпроса за състоянието на висшата нервна дейност в лактационния период. Изд.Наука и изкуство(1953-54); Научни трудове на НИПИ, София
3. Иванова Л. Психози в послеродовия и лактационния период. ДИ-Медицина и физкултура (1959)
4. Миланов К, Миланова В. Биологична психиатрия, т.І. Шизофрения и антипсихотици. София, Изд."Бойко Стаменов" (2003)
5. Миланова В. Афективни разстройства: взаимодействие на генетични и психосоциални фактори. Психосоматична медицина (2006); 14(1): 137-158
6. Миланова В. Генетика на психичните разстройства.Учебник по психиатрия за студенти и специализиращи лекари. Изд.Медицина и физкултура (2013);129-165
7. Танчев О, Михайлов Н. Електроконвулсивна терапия по време на напреднала бременност. Неврология, психиатрия и неврохирургия (1988); XXVII; 2:5-9
8. Abel K. Psychiatric illness and its management in pregnancy and the puerperium. Contemp Clin Gynecol Obstet (2002); 2: 59-71
9. Ahokas A, Aito M Role of estradiol in puerperal psychosis. Psychopharmacology (Berl) (1999); 147: 108-110.

10. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K et al. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *Journal Clinical of Psychiatry* (2001); 62: 332-336
11. Ahokas A, Aito M, Turtiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* (2000); 101: 167-170
12. Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor; *Obstetrics&Gynecology* (2009); 113(6): 1248-58
13. Alfonso DD, De AK, Horowitz JA, et al. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal Psychosomatic Res* (2000); 49: 207-216
14. Altemus M, Neeb CC, Davis A, Occhiogrosso M, Nguyen T, Bleiberg KL. Phenotypic differences between pregnancy-onset and postpartum-onset major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* (2012); 73(12):1485-91
15. Altshuler LL, Cohen L, Sruba MP, Burt VK, Gitlen M&MintzJ. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines. *American Journal of Psychiatry* (2001); 153: 592-606
16. American Psychiatric Association .*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC (2000); American Psychiatric Press
17. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia(Revision)* (2007) ; American Psychiatric Association Practice Guidelines.
18. Anderson EA. Puerperal psychoses, Summary of proceedings-Section of psychiatry. *BMJ* (1950) ; 4673:276
19. Anderson GD. Pregnancy-induced changes in pharmacokinetics: a mechanistic-based approach. *Clin Pharmacokinet* (2005); 44: 989-1008
20. Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med* (2009); 71: 235-242
21. Appleby L. A comparison of clinical response to electroconvulsive therapy in puerperal and non-puerperal psychoses. *Journal of Affective disorders* (1999); 54: 255-260

22. Appleby L, Koren G, Sharp D. Depression in pregnant and postnatal women: An evidence-based approach to treatment in primary care. *BJ of General Practice* (1997)
23. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* (1998); 173: 209-211
24. Appleby L, Warner R, Whitton A, et al. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counseling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* (1997); 314: 932-936
25. Attia E, Downey J, Oberman M. Postpartum psychosis. In: Miller LJ, ed. *Postpartum Mood Disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Press (1999); 99-117
26. Austin MP, Mitchell PB. Psychotropic medication in pregnant women: treatment dilemmas. *MJA* (1998); 169: 428-431
27. Austin MP. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. *Aust Fam Physician* (2003); 32: 119-26
28. Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry* (1994); 164: 782
29. Ballard CG, Davis R. Postnatal depression in fathers. *Int Rev Psychiatry* (1996); 8: 65-71
30. Barkla J, McGrath J. Reproductive, preconceptional and antenatal needs of women with schizophrenia. In Castle DJ, McGrath J, Kulkarni J eds. *Women and Schizophrenia* (2000); Cambridge, Cambridge University Press: 68-78
31. Barnett B, Morgan M. Postpartum psychiatric disorder: Who should be admitted and to which hospital? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (1996); 146: 287-293
32. Barnett B, Flower C. *Caring for the family's future*. Sydney (1995); Norman Swan Medical Communications
33. Bhatia SC, Baldwin SA, Bhatia SK. Electroconvulsive therapy during the third trimester of pregnancy. *J ECT* (1999); 15: 270-274
34. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gyn* (2004); 103(4): 698-709

35. Berardi D, Leggieri G, Bertti CG et al. Depression in primary care: a nationwide epidemiological survey. *Fam Pract* (2002); 19: 397-400
36. Bergant AM, Heim K, Ulmer H et al. Early postnatal depressive mood: associate with obstetric and psychosocial factors. *Journal Psychosom Res* (1999);46(4):391-394
37. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengel KM, Steegers EA, Kushner SA. Prevention of Postpartum Psychosis and Mania in Women at High Risk; *American Journal of Psychiatry* (Mar-2012); 101: 452-458
38. Bergink V, Kushner SA, Pop V et al. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. *Br J Psychiatry* (2011) ;198 :264-268
39. Bilsza JL, Meyer D, Buist AE. Bipolar affective disorder in postnatal period: investigating the role of sleep. *Bipolar Disorders* (2010); 12(5):568-78
40. Birnbaum HG, Leong SA, Greenberg PE. The economics of women and Depression: an employer's perspective. *Journal Affect Disorder* (2003); 74:15-22
41. Blach-Olien P. The effects of prenatal programs on postpartum emotional well-being. *Social Behaviour and Personalite* (1993); 21(3):164-179
42. Blackmore ER, Jones I, Doshi M, Haque S, Holder R, Brockington I, Craddock N. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *British J Psychiatry* (2006);188:32-36
43. Blackmore E, Rubinow D, O'Connor T, Liu X, Tang W, Craddock N, Jones I. Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disorders* (2013); 5: 13-17
44. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* (2003); 44:234-246
45. Boath E, Cox J. The cost-effectiveness of two alternative strategies for the treatment of postnatal depression. *Australasian Marse Society Bi-annual Scientific Meeting* (1999);17-18
46. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risk of untreated during pregnancy. *Can J Psychiatry* (2004); 49(11):726-735

47. Boyce PM, Stubbs JM. The importance of postnatal depression. *Medical Journal of Australia* (1994); 161:471-472
48. Boyce P, Parker G, Barnett B et al. Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal of Psychiatry* (1991); 159:106-114
49. Boyd RC, Pearson JL, Blehar MC. Prevention and treatment of depression in pregnancy and the postpartum period: summary of a maternal depression roundtable: a US perspective. *Arch Women Ment Health* (2002); 4: 79-82
50. Boyer D. Prediction of postpartum depression. *Clinical Issues in Perinatal and Women,s Health Nursing* (1990); 1(3):359-368
51. Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, Stringer CA. Prenatal depression in Women hospitalized for obstetric risk. *Jouranal Clinical Psychiatry* (2008); 69:635-643
52. Briggs GG, Freeman RR, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 6-th ed Philadellphia (2002); Lippincott Williams&Wilkins
53. Briscoe M. Identification of emotional problems in postpartum women by health visitors. *BMJ* (1986); 292:1245-1247
54. Brockington IF, Winokur G, Dean C. *Puerperal psychosis. Motherhood and Mental Illness*. London. Akademic Press (1982); 37-69
55. Brockington IF. *Motherhood and mental Health*. Oxford University Press (links 1&2), (1996)
56. Buista A, Westly D, Hill C. Antenatal prevention of postnatal depression. *Archives of Women,s Mental Health* (1999);1(4):167-174
57. Bulut M, Bez Y, Kaya MC, Copoglu US, Bulbul F, Savas HA. Electroconvulsive Therapy for Mood Disorders in Pregnancy. *Journal of ECT* (2013); 2: 45-55
58. Burt VK, Suri R, Altshuler LL, Stowe ZN, Hendrick V, Montean E. The use of psychotropic medications during brest-feeding. *Am J Psychiatry* (2001);158:1001-1009
59. Busko M. Study finds in 7 new mothers depressed before, during and after pregnancy. *Am J Psychiatry* (2007);164:1457-1458, 1515-1520

60. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorder in pregnancy. *British Columbia Medical Journal* (2005); 47(2):96-99
61. Castle DJ. Women and schizophrenia: an epidemiological perspective. In: Castle DJ, McGrath J, Kulkarni J, eds. *Women and Schizophrenia*. Cambridge:Cambridge University Press (2000);19-34
62. Catherine Dennison. Teenage pregnancy: an overview of the research evidence. Health Development Agency(NHS) (2004); 11
63. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *Journal Clinical Psychiatry* (2003); 64:1284-1292
64. Chernomas WM, Clarke DE, Chisholm FA. Perspective of women with schizophrenia. *Psychiatr Serv* (2000); 51:1517-1521
65. Chaudron LH, Klein MH, Remington P, Palta M, Allen C, Essex MJ. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosis Obstet. Gynecology* (2001); 22:103-112
66. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *Journal Clinical Psychiatry* (2003);64:1284-1292
67. Chrousos GP, Torpy DJ, Gold PW. Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: clinical implications. *Ann Intern Med* (1998); 129: 229-40
68. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment *JAMA* (2006); 295:499-507
69. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risk. *Journal Clinical Psychiatry* (1998);S9(2):18-28
70. Cooper PJ, Campbell EA, Day A et al. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry* (1988); 152:799-806
71. Coyle N, Jones I, Robertson E et al. Variation at the serotonin transporter gene influences susceptibility to bipolar affective puerperal psychosis. *Lancet* (2000);356:1490-1491
72. Cox JL. Perinatal mental disorder: a cultural approach. *Int Rev Psychiatry* (1996); 8:9-16

73. Cox JL, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression .Development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* (1987);150: 782-6
74. Cox JL, Chapman G, Murray D et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord* (1996); 39: 185-9
75. Cox JL, Murray D, Chapman C. A controlled study of the onset duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal Psychiatry* (1993);163:27
76. Craig M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk? *Journal Roy Soc Sci Med* (2004);97:57-61
77. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry* (1994);35:73-112
78. Dassa D, Sham PC, van Os J et al. Relation ship of birth season to clinical features, family history, and obstetric complication in schizophrenia.*Psychiatry Res* (1996); 64:11-17
79. Davies A, McIvor RJ, Kumar C. Impact of childbirth on a series of schizophrenic mothers: a comment on the possible influence of estrogen on schizophrenia.*Schisoph Res* (1995); 16:25-31
80. Dennis CE, Stewart DE. Treatment of postpartum depression: a critical review of biological interventions. *J Clin Psychiatry* (2004); 65:1242-1249
81. De Lisi L, Bass N, Boccio A et al. Age of onset in familial schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* (1994); 51:334-335
82. De Paulo JR. Genetics of bipolar disorder: where do we stand? *Am. J Psychiatry* (2004); 161:595-597
83. Dickson RA, Hogg L. Pregnancy of a patient treated with Clozapine. *Psychiatr Serv* (1998); 49:1081-1083
84. Dickson R. Olanzapine and pregnancy. *Can J Psychiatry* (1998);43:196-197
85. Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, Jones I .
Perinatal Episode Across the Mood disorder Spectrum. *Archives of General Psychiatry* (2012);1-8

86. Doyle K, Heron J, Berrisford G, Whitmore J, Jones L, Wainscott G, Oyeboode F. The management of bipolar disorder in the perinatal period and risk factors for postpartum relapse. *Eur Psychiatry*(2012) Nov; 27(8): 563-9
87. Doucet S, Dennis CL, Blackmore ER. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *JOGNN* (2009); 38(3):269-79
88. Dowlatsahi D, Paykel ES. Life events and social stress in puerperal psychoses: absence of effect. *Psychological Medicine* (1990); 20: 655-662
89. Earis MF. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* (Nov 2010); 126(5) :1032-9
90. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S and Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2001); 104:243-249
91. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non –postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatry Scand* (2002); 106:426-433
92. Edlund MJ, Craig TJ. Antipsychotic drug use and birth defects an epidemiologic reassessment. *Compr Psychiatry* (1984); 25: 32-39
93. Einarson TR, Einarson A. Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a metaanalysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* (2005); 14: 823-827
94. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* (2001); 323(7307): 257-260
95. Ferrill MJ, Kehoe WA, Jacisin J. ECT during pregnancy. *Convulsive Therapy* (1992); 8(3): 186-200
96. Fink M. Is ECT usage decreasing? *Convulsive Therapy* (1987); 3: 171-3
97. Focht A, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *J ECT* (2012); 28: 31-33

98. Forray A, Ostroff MF. The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. *J ECT* (2007); 23: 188-193
99. Franzblau N, Witt K. Normal and abnormal puerperium. *Am J Obstet. Gynecol* (2009); 123:188-198
100. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, Keck PE. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry* (Apr 2002); 63(4): 284-7
101. Freeman MP. Managing depression during pregnancy. *J Clin Psychiatry* (Sep-2009); 70(9):e35
102. Gentile S. Clinical utilization of Atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. *The Annals of Pharmacotherapy* (2004); Vol .38; (7):1265-1271
103. Glaze R, Chapman G, Murray D. Recurrence of puerperal psychosis during late pregnancy. *British Journal of Psychiatry* (1991); 159: 567-569
104. Glover V, Kammerer M. The biology and pathophysiology of peripartum psychiatric disorders. *Primary Psychiatry* (2004); 11(3):37-41
105. Goldberg HL, Nissim R. Psychotropic drug in pregnancy and lactation. *International Journal of Psychiatry in medicine* (1990); 24: 129-149
106. Goodman SH, Brumley HE. Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. *Dev Psychol* (1990);26:31-39
107. Gopfert M, Webster J, Seeman MV. Prenatal disorder: Distressed parents and their families. Cambridge Press(1996)
108. Gordon RE, Gordon KK. Social factors in prevention of postpartum emotional problems. *Obstetrics and Gynecology* (1960);15: 433-438
109. Granger AC, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. *Journal Psychosom. Obstet . Gyn* (2001); 22: 49-55
110. Green J, Murray D. The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. *Perinatal psychiatry* (1994)

111. Greenfield D, Klock SC . Transition to parenthood among in vitro fertilization patients at 2 and 9 months . *Fertil Steril* (2001); 76: 626-627
112. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* (1989); 57: 269-74
113. Gurel SA, Gurel HG. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol* (2000); 91: 21-24
114. Hagen EH. The functions of postpartum depression. *Evol Hum Behav* (1999); 20: 325-359
115. Harris B. Biological and hormonal aspects of postpartum depression mood. *British Journal of Psychiatry* (1994); 164: 288-292
116. Harris B, Othman S, Davies JA et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *BMJ* (1992); 305(6846):152-156
117. Harvey I, McGrath G. Psychiatric morbidity in spouses of woman admitted to a mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry* (1988); 152: 506-510
118. Hendrick V. Treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* (2003); 327:1003-1004
119. Heron J, O'Connor TG, Evans J et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* (2004); 80(1): 65-73
120. Hilsenroth M, Ackerman S, Blagys M, Baumann B et al. Reliability and validity of DSM IV Axis V. *Am J Psychiatry* (2000); 157: 1858-1863
121. Heamen M, Gupton A, Gregory D. Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *MCN Am J Matern Child Nurs* (2004); 29:111-116
122. Holcomb WL, Stone LS, Lustman PJ et al. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. *Obstet Gynecol* (1996); 88: 1021-5
123. Holsboer F. Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy. *J Affect Disord* (2001); 62: 77-91

124. Hostetter A, Stowe ZN, Strader JR et al. Dose of selective serotonin uptake inhibitors across pregnancy: clinical implications. *Depress Anxiety* (2000);11: 51-57
125. Howard LM, Gross C, Leese M et al. Medical outcome of pregnancy in women with psychotic disorders and their infants in the first year after birth. *Br J Psychiatry* (2003);182: 63-67
126. Howard LM, Kumar R, Thornicroft G. Psychosocial characteristic and need of mother with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* (2001);178: 427-432
127. Huber TJ, Borsutzky M, Schneider U, Emrich HM. Psychotic disorders and gonadal function: evidence supporting the oestrogen hypothesis. *Acta Psychiatr Scand*(2004); 109: 269-274.
128. Jablensky A, Kalaydjieva LV. Genetic Epidemiology of Schizophrenia: phenotypes, risk factors and reproductive behavior. *Am J Psychiatry* (2003); 160:425-429
129. Jacobson SJ, Jones K, Johnson K, Ceolin L, Kaur P, Sahu P, Dounehfeld AE, RiederM, Santelli R, Smyth J, Pastuszak A, Einarson T, Koren G. Prospective multicentre study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester. *The Lancet* (1992);339:530-533
130. Jasper JD, Goel R, Einarson A et al. Effects of framing on teratogenic risk perception in pregnant women. *Lancet* (2001); 358: 1237-8
131. Jennings KD, Ross R, Popper S et al. Thoughts of harming infants in depressed and non depressed mothers. *Journal Affect Disorder* (1999); 54: 21-28
132. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol.Scand* (2001); 80(3):251-255
133. Jones I, Cantwell R. The classification of perinatal mood disorders – suggestions for DSM-V and ICD 11. *Arch Womens Ment Health* (2010);volumen 13 : pp.33-36.
134. Kar SK, Saxena S, Trivedi JK. Electroconvulsive treatment in catatonia of cerebrovasulo-coagulopathy:a case report. *Journal of ECT* (Mar 2013);29 (1): 8-9
135. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y, Lox JL. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorder* (1999); 3: 317-326

136. Kendell R. Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *Journal of Psychosomatic Research* (1985); 29: 3-11
137. Kendell R, Chalmers J, Platz C. Epidemiology of Puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry* (1987); 150 : 662-673
138. Kitamura T, Takauma F, Tada K, Yoshida K, Nakano H. Postnatal depression, social support, and child abuse. *World Psychiatry* (Jun 2004); 3:100-101
139. Klinger G, Stahl B, Fusar-Poli P, Merlob P. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatr Endocrinol Rev* (2013);10:308-317
140. Knopps G. Post partum mood disorders, a startling contrast to the joy of birth. *Postgrad.Med* (1993); 93: 103-116
141. Kowalenko N, Barnett B, Fowler C, Matthey S. The perinatal period-early intervention for mental health. *The Australian Early Intervention* (2000);vol. 4: 8-11
142. Könnecke R, Häfner H, Maurer K et al. Main risk factors for schizophrenia: increased familial loading and pre- and perinatal complications antagonize the protective effect of oestrogen in women. *Schizophr Res* (2000); 44: 81-93
143. Krener P, Simmons MK, Hansen RL, Treat JN. Effect of pregnancy on psychosis: life circumstances and psychiatric symptoms. *Int J Psychiatry Med* (1989);19(1): 65-84
144. Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of Affective Disorders* (1995); 33: 11-22
145. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorder in child-bearing women. *Br J Psychiatry* (1984); 144: 35-47
146. Lamberg L. Risk and benefits key to psychotropic use during pregnancy and postpartum period. *JAMA* (2005); 294:1604-1608
147. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynecology* (2010); 202(1): 5-14

148. Levy Y, Austin MP, Halliday G. Use of ultra-brief pulse electroconvulsive therapy to treat severe postnatal mood disorder. *Australas Psychiatry*(2012 Oct); 20(5): 429-32
149. Lou HC, Hansen D, Nordenfort M et al. Prenatal stressors of human life affect foetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology* (1994); 36: 826-832
150. Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatric illness: The impact on partners. *British Journal of Psychiatry* (1993); 163: 210-216
151. Lusskin S. The epidemiology of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* (2001); 3(suppl 2): 21981
152. Marks M, Wieck A, Checkley S, Kumar R. Contribution of psychological and social factors to psychotic and nonpsychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J Affect Disord* (1992); 24: 253-263
153. Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, et al. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* (2001); 72: 61-70
154. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health* (2003); 12(4): 373-80
155. Matevosyan NR. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Archives of Gynecology & Obstetrics* (Oct.2010)
156. McCauley-Elsom K, Kulkarni J. Managing psychosis in pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry* (2007); 47: 289-292
157. Mc Neil TF. A prospective study of postpartum psychosis in a high risk group: relationship to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatry Scand* (1998); 78: 35-43
158. Meakin CJ, Brockington IF, Linch S, Jones SR. Dopamine supersensitivity and hormonal status in puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*(1995); 166(1): 73-79
159. Mercier R. Postpartum depression more likely women with unintended pregnancy. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology* (2013); 5: 78-82
160. Miller WH, Bloom JD, Resnick MP. Prenatal care for pregnant chronic mentally ill patients. *Hosp Community Psychiatry* (1992); 43: 942-943

161. Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hosp Community Psychiatry* (1990); 41: 1233-1237
162. Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hosp Community Psychiatry* (1994); 45: 444-50
163. Misri S, Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorder. *Can.Journal Psychiatry* (Aug 2007); 52/8/: 489-98
164. Misri S, Sivertz K. Tricyclic drugs in pregnancy and lactation: a preliminary report. *Int J Psychiatry Med* (1991); 21:157-71
165. Morse C, Buist A, Durkin S. First time parenthood: influences on pre and postnatal adjustment in fathers and mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* (2000); 21:109-120
166. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard J, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* (2011); 364:332-339
167. Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum Depression and Child Development*. Guildford Press (1997), London
168. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* (1990); 8: 99-107
169. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S & Hauth J. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*(2006); 277-285
170. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *Journal Clinical Psychiatry* (2002); 63/Suppl.7/: 24-30
171. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum psychiatric syndromes. In: Sadock B, Sadock V eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins (2000);1276-1283
172. Nosarti C, Reichenberg A, Murray RM, Cnattingius S, Lambe MP, Yin L, Maccabe J, Rifkin L, Hultman CM . Preterm Birth and Psychiatric disorders in Young Adult Life preterm Birth and Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry* (Jun 2012); 610-617
173. Nguyen HN, Lalonde P. Clozapin and pregnancy. *Encephale* (2003); 29(2):119-124

174. Oates MR, Cox JL, Neema S et al. Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry* (2004);184(Suppl 46): s10-16
175. Oberlander TF, Warburton W, Misri S et al. Effects of timing and duration of gestational exposure to serotonin reuptake inhibitors: population-based study. *Br J Psychiatry* (2008);192: 338-343
176. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology* (Dec 2009); 65(12): 1258-69
177. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry* (1991); 48: 801-806
178. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* (1986);43-56
179. O'Hara MW, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a metaanalysis. *Int Rev Psychiatry*(1996); 8:37-54
180. Olbrich HM, Martin P. Drug treatment of schizophrenic psychoses in puerperium. *Nervenarzt* (1994); 65: 482-485
181. Patton SW, Misri S, Corral MR et al. Antipsychotic medication during pregnancy and lactation in women with schizophrenia: evaluating the risk. *Can Journal of Psychiatry* (2002); 7: 959-965
182. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression; A meta-analysis. *JAMA* (2010); 303:1961-1969
183. Paykel ES. Depression in women. *British Journal of Psychiatry* (1991); 158:/suppl.10/22:29
184. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J et al. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* (1980); 136: 339-346
185. Paykel ES, Asberg M, Gudeney A et al. Classification of postpartum disorders in ICD-10 and DSM-IV. *Marée Newsletter* (2000); 9: 5-6
186. Piccinelli M, Gomez Homen F. Gender differences in the epidemiology of Affective disorders and Schizophrenia. Geneva: World Health Organization (1997)

187. Pinkofsky HB, Fitzgerald MJ, Reeves RR. Psychotropic treatment during pregnancy. *American Journal of Psychiatry* (1997); 154: 718-719
188. Pinkofsky HB. Psychosis during pregnancy: treatment considerations. *Ann Clin Psychiatry* (1997); 9(3): 175-179
189. Platz C, Kendell RE. A matched-control follow-up and family study of 'puerperal psychoses'. *British Journal of Psychiatry*, 153, 90-94, 1988
190. Poulton R, Caspi A, Moffitt T, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's Self-Reported Psychotic symptoms and adult Schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* (2000); 57:1053-1058
191. Rahe K. The use of electroconvulsive therapy in special patient populations. *Can J Psychiatry* (2001); 46: 710-719
192. Raudzus J, Misri S. Managing Unipolar Depression in Pregnancy. *Curr Opin Psychiatry* (2009); 22(1):13-18
193. Reulbach U, Bleich S, Knörr J, Burger P, Fasching PA et al. Pre-, Peri and Postpartal Depression; *Fortschr Neurol Psychiatry* (Oct.2009)
194. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand Suppl* (2003); 418: 51-56
195. Robertson E, Celasun N, Stewart DE. Risk factors for postpartum depression. In: Stewart DE, Robertson E, Dennis CL et al. Postpartum depression; literature review of risk factors and interventions. Report for Toronto Public Health, Toronto: University Health Network and Toronto Public Health (2003); 9-70
196. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal(post-partum) psychosis. *British Journal of Psychiatry* (2005); 186: 258-259
197. Rohde A, Marneros A. Zur prognose der wochenbettpsychosen: Verlauf und Ausgang nach durchschnittlich 26 Jahren. *Nervenarzt*(1993);64: 175-180
198. Rosa F. Spina bifida in infants of women treated with carbamazepine during pregnancy. *New England Journal of Medicine* (1991); 324: 674-677

199. Russell JA, Douglas AJ, Ingram CD. Brain preparation for maternity-adaptive changes in behavioral and neuroendocrine systems during pregnancy and lactation: an overview. *Brain Res* (2001); 133: 1-38
200. Rumans SE, Seeman MV. *Women's Mental Health-A life-Cycle Approach*. Lippincott Williams & Wilkins (2006)
201. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk for emergency cesarian section. *Acta Obstet Gynecol Scand* (1998);77: 542-547
202. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician* (2005); 51:1087-1093
203. Saatcioglu O, Tomruc N. The use of electroconvulsive therapy in pregnancy: a review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2011; vol 48-1:6-10
204. Salamero M, Marcos T, Gutierrez F et al. Factorial study of the BDI in pregnant women. *Psychol Med* (1994); 24: 1031-5
205. Santvana S, Shamsah S, Firuza P, Rajesh P. Psychiatric disorders associated with pregnancy. *J Obstet Gynecol India* (2005); 55: 218-227
206. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Assessment and treatment of bipolar II postpartum depression: a review. *Journal Affect Disord* (2010); 125(1-3):18-26
207. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* (Nov 2009); 166(11):1217-21
208. Sharma V. Treatment of postpartum psychosis: challenges and opportunities. *Curr Drug Saf* (Jan 2008); 3(1): 76-81
209. Seeman MV, Fitzgerald P. Women and schizophrenia clinical aspects. In Castle D, McGrath J, Kulkarni J eds. *Women and Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press (2000); 95-110
210. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, et al. Socioenvironmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health* (1999); 29: 57-72

211. Semple D, Smyth R. Reproductive psychiatry and sexuality. Oxford Handbook Psychiatry (3-d edition) (2013); 470-471
212. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Gen Pract (2003); 53(493): 614-619
213. Sharma V, Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. Bipolar disorder (2003); 5: 98-105
214. Sharma V, Burt VK, Ritchie H. Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis and treatment. American Journal of Psychiatry (2009); 166(11): 1217-1227
215. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry (1998); 59 (Suppl 20):22-33; quiz 34-57
216. Simon GE, Cunningham ML, Davis RL. Outcomes of prenatal antidepressant exposure. Am J Psychiatry (2002); 159: 2055-2061
217. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Womens Health (2006); 15: 352-368
218. Spinelli MG. Antepartum and Postpartum Depression. Journal of Gender-Specific Medicine (1998); 1(2): 33-36
219. Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. American Journal Psychiatry (Sep 2004); 161(9): 1548-57
220. Stamp GE, Williams AS, Crowther CA. Predicting postnatal depression among pregnant women. Birth: Issues in Perinatal Care & Education (1995); 23/4/: 218-223
221. Startup M, Jackson M, Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Clin Psychol (2002); 41(4): 417-422
222. Stewart DE. Antidepressant drug during pregnancy and lactation. International Clin Psychopharmacol (2000); 15/Suppl3/: 19-24

223. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperim. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* (2000);14:73-87
224. Sunder KR, Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM. Postpartum depression –reccurrence versus discontinuation syndrome.Observations from a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* (2004);65: 1266-1268
225. Tabbane K, Charfi F, Dellagi L, Guizani L, Boukadida L. Acute postpartum psychoses. *Encephale* (1999 Nov); 25(3): 12-7
226. Terp IM, Mortensen PB. Postpartum psychoses: clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition .*Br J Psychiatry* (1998); 172: 521-526
227. Thoppil J, Riutcel TL, Nalesnik SW. Early intervention for perinatal depression. *Am J Obstet Gynecol* (2005); 192: 1446-1448
228. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety* (2013); 10(22):1002
229. Vallance P. Drug and the fetus. *British Medical Journal* (1996Apr); 312: 1053-4
230. Van WaesA, Van deValdeE. Safety evaluation of Haloperidol in the treatment of hyperemesis gravidarum. *Journal of Cliical Pharmacology* (1969); 9: 224-237
- 231.Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psych* (2008);65:805-815
232. Videbeck P, Gouliaev G. First admission with puerperal psychosis; 7-14 years of follow-up. *Acta Psychiatr Scand* (1995); 91:167-173
- 233.Vignera AC, Tondo L, Koukopolos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of Mood disorders in 2,252 Pregnancies and postpartum periods.*Am J Psychatry* (Jul 2011); 182/10/: 210-214
234. Vignera AC, Cohen LS, Bonffard S et al. Reproductive decision by women with bipolar disorder after pre-pregnancy psychiatric consultation. *American Journal of Psychiatry* (2002); 159/12: 2102-4

235. Vignera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy : weighing the risk and benefits. *Can J Psychiatry* (2002 Jun); 47(5) : 426-36
236. Vignera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *American Journal of Psychiatry* (2007); 164/12:1817-24
237. Walker R, Swartz CM. Electroconvulsive therapy during high-risk pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry* (1994);16: 348-353
238. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* (1996); 28: 42-49
239. Watson J, Elliott S, Rugg A & Brough D. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* (1984); 144: 453-462
240. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* (1995); 269: 799-801
241. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar depression. *JAMA* (1996); 276: 293-9
242. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry*. (Jun 2004); 161(6): 1066-78
243. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* (2012); 11: 16-21
244. Whiffen VE. Is postpartum depression a distinctive diagnosis? *Clin Psychol Rev* (1992); 12: 485-508
245. Wichman CL. Atypical antipsychotic use in pregnancy: a retrospective review. *Arch Womens Ment Health* (Feb 2009); 1: 53-57
246. Wieck A. Endocrine aspects of postnatal mental disorders. *Baillieres Clin Obstet Gynecol* (1989); 3(4): 857-877
247. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE et al. SCAN-Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* (1990); 47(6): 589-593

248. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T. Tricyclics vs SSRI's for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* (1999); 1: 189-191
249. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord* (1994); 30:77-87
250. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N England Journal Medicine* (2002); 347: 194-199
251. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM et al. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *Journal Clinical Psychopharmacol* (2006); 26: 359-60
252. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression: clinical trial. *Hosp Community Psychiatry* (1994); 45/12/: 1191-1196
253. Wolffe AP, Matzke MA. Epigenetics: regulation through repression. *Science* (1999); 286(5439): 481-486
254. Wolfson E. Depression and the mature woman: a multi-cultural perspective. *Annual Spring Forum-GAWH*(1997); 5-55
255. World Health Organization. International classification of diseases. Geneva(Switzerland): The WHOrganization (2002)
256. Wu J, Viguera A, Riley L et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol* (2002); 187: 864-7
257. Yellowlees PM, Page T. Safe use of electroconvulsive therapy in pregnancy. *Med J Aust* (1990); 153: 679-680
258. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *American Journal Psychiatry* (2004);161: 608-620
259. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetrics&Gynecology* (2011);117(4):961-77
260. Yoshida K, Kumar R. Breast feeding and psychotropic drugs. *International Review of Psychiatry* (1996); 8: 117-124
261. Zelkowitz P, Milet TH. The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *J Nerv Ment Dis* (2001); 189: 575-582

Таблицы - 44

Фигури - 29

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СКААН

(Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)

Скали за клиничен анализ в невропсихиатрията World Health Organization

РАЗДЕЛ 26 СИНДРОМЕН ОПИС

СИНДРОМЕН ОПИС(ITEM GROUP CHECKLIST)

Синдромния опис(IGC) - предоставя един прост начин на регистриране на информацията, получена само от документация и/или от информатори, но не непременно от самото изследвано лице. Симптомните групи (Item Groups) не са ,строго погледнати, диагностични синдроми.Синдромния опис включва 40 групи въпроси,отнасящи се до разстройства в разделите F2(психози), F3(афективни разстройства) и F40-42(невротични разстройства) на МКБ10.Сведенията от документацията или информатора се използват за нанасяне на оценки в самия сегашен психиатричен статус(PSE- Present State Examination).

Показания за използване на Синдромния списък:

- 1.Когато интервюирания дава информация за сегашното състояние
- 2.Когато интервюто с изследвания е невъзможно.Изборът на периода се определя от клиничната преценка за това ,кой най-адекватно отразява историята на заболяването за целите на диагнозата

3.Максимално използване на информацията от клиничната документация за приложение в изследователски проекти.

Адекватността на оценките в синдромния опис е:

- ❖ **0** -Добра информация
- ❖ **1** -Задоволителна информация
- ❖ **2** -Значителна предпазливост при интерпретацията на оценките
- ❖ **3** -Малко доверие към наличната информация

КЛИНИЧНА АНАМНЕЗА

Фамилна анамнеза

Възраст/навършени години/ в която е разпознато за първи път

Възраст/навършени години/ на наблюдавания епизод

Брой на минали епизоди на клинично значима симптоматика

СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ДАННИ

-възраст

-семеино положение

-брой живородени деца

-образование

- трудова заетост

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРПИЯ КЪМ МОМЕНТА НА ПРОСЛЕДЯВАНЕ

Оценка на медикаментозното лечение:

0-не приема медикаменти

1-приема медикаменти ,но вероятно без промяна в симптомите

2- приема медикаменти които променят наличието и тежестта на симптомите

Оценка на настъпилото общо подобрене от приложеното медикаментозно лечение към момента на изследване:

0 -няма забележим ефект

1- умерено подобрене

2-съществено подобрене

Източниците на информация използвани за попълване на Синдромния опис могат да бъдат : самото изследвано лице(1) : изследванот лице и други

източници(2), само по документация(3) , само информатор(4) , документация и информатор(5)

СИМПТОМНИ ГРУПИ И СЪСТАВЯЩИТЕ ГИ СИМПТОМИ

IG1. Нервно напрежение -източник на информация(2-3)

- удовлетвореност от грижите
- безпокойство
- нервно напрежение
- раздразнителност
- тревожно предчувствие
- загуба на себеувереност
- социална изолация
- късно заспиване
- нощни кошмари

IG 2 Мускулно напрежение (2-3)

IG 3 Вегетативна тревожност и паника-(1)

- тахикардия
- задушаване
- замайване,прилошаване
- трудно преглъщане
- обилно изпотяване
- треперене на ръцете или краката
- студени и топли вълни
- чувство на нереалност
- страх от смърт или умирање
- страх от задушаване
- персистираща тревожност(2-3)
- пристъпи на паника

IG 4 Агорафобия(1)

IG 5 Социална фобия(1)

IG 6 Специфични фобии(1)

IG 7 Натрапливости и натрапливи действия(2-3)

IG 8 Деперсонализация и дереализация(1-3)

IG 9 Субективно снижено функциониране(2-3)

- загуба на концентрация
- трудно му е да мисли ясно
- загуба на интереси
- субективна забавеност
- загуба на енергия
- загуба на способност да се справя

IG 10 Снизени телесни функции-(2-3)

- намален апетит
- загуба на тегло
- загуба на либидо
- лош сън
- ранно събуждане

IG 11 Особени черти на депресивно настроение(1-3)

- чувство ,че няма чувства
- непроменлива потиснатост
- утринна потиснатост
- вгълбен в мисли за нещастие
- патологична виновност
- виновностови идеи за отношение
- снижена самооценка
- притъпени възприятия

IG 12 Депресивно настроение (2-3)

- депресивно настроение
- съзливост
- загуба на удоволствени преживявания
- загуба на надежда за бъдещето
- суицидни мисли или действия
- чувство на отегченост
- поведенческа депресия

IG 13 Депресивни налудности и халюцинации (1-3)

- настроение конгруентно със слухови халюцинации
- халюцинации свързани със загуба на близък
- Налудности за отношение : депресивни
- Налудности за бедствие: депресивни

- Хипохондрични налудности: депресивни

IG 14 Налудности за собственото тяло (1-3)

- дисморфофобия
- други хипохондрични налудности
- налудности отнасящи се до външния вид
- налудности за деперсонализация

IG 15 Повишено субективно функциониране (2-3)

- преувеличена самооценка
- действия основани на повишено настроение
- намалена нужда от сън
- повишено либидо

IG 16 Ускорено субективно темпо (2-3)

- наплив на мисли
- свръхразговорливост
- отвлекаемост
- свръхактивност
- летеж на мисълта

IG 17 Експанзивно настроение (1-3)

- приповдигнато настроение
- поведенческа приповдигнатост

IG 18 Експанзивни налудности и халюцинации(1-3)

- настроение конгруентно на слуховите халюцинации
- налудности за отношение : експанзивни
- налудности за повишени възможности
- налудности за грандиозен идентитет

IG 19 Свръхактивност (1-2)

- отвлекаемост
- неспокойствие
- възбуда
- разрушителност ,агресивност
- речев наплив

IG 20 Променени възприятия (1-3)

- променени възприятия
- ярки възприятия

- променени възприятия за време
- други абнормни възприятия

IG 21 Неспецифични слухови халюцинации(1-3)

IG 22 Неспецифични зрителни халюцинации(1-3)

IG 23 Неспецифични психотични симптоми (2-3)

IG 24 Неафективни слухови халюцинации (3-5)

- коментар на мисли/действия
- халюцинации във второ и трето лице
- конгруентност с настроението

IG 25 Преживяване на разстроено протичане на мисленето (1-3)

- озвучаване на мисълта
- ехо на мисълта
- влагане на мисли
- предаване на мисли
- коментар на мисли
- блокаж на мисли
- отнемане на мисли

IG 26 Налудности за въздействие и контрол (1-3)

IG 27 Нелепи налудности и интерпретации(1-3)

IG 28 Разни налудности (1-3)

IG 29 Налудности за отношение(1-3)

IG 30 Налудности за преследване(1-3)

IG 31 Емоционална неовладимост(1-2)

- враждечност и раздразнителност
- обърканост
- лабилност на емоциите
- емоционални изблици

IG 32 Инкохерентна реч(1-2)

IG 33 Разстройства на речта (1-2)

- прекалено високо говорене
- прекалено тих глас
- мърморене
- обстоятелственост
- персеверации

- предъвкване
- педантична или резоньорска реч

IG 34 Конфузно социално поведение(1-2)

- странна външност
- конфузно поведение
- нелепо поведение
- непочтителност
- хистрионно поведение

IG 35 Изравнен и несъответен афект(1-2)

IG 36 Бедна реч(1-2)

IG 37 Невербална комуникация(1-2)

- негативистична поза
- намалена употреба на жестове
- намалена лицева изразност
- монотонна реч
- неамалена употреба на очен контакт
- невербална комуникация
- неспособност да поддържа разговор
- не дава обратна връзка при разговор

IG 38 Запуснатост (1-2)

- занемарено облекло
- занемарени здравни грижи
- занемарена лична хигиена
- пренебрегване на ежедневни опасности

IG 39 Двигателна забавеност(1-2)

IG 40 Кататонно поведение (1-2)

- негативизъм
- амбитендентност
- хватателен рефлекс
- ехопрактика
- въсърна гъркавост
- пасивна съпротива
- застивания
- автоматична подчиняемост

се използва оценъчна скала IV

За всяка симптомна група се дава една обща оценка, основана на броя от съставлящите я симптоми, които са били налице през периода, и на тежестта на дистреса или нарушеното функциониране/инвалидизация/ свързани с тях. Критерийте за оценка на резултатите от IGC са дадени в Оценъчна скала IV на SCAN :

0 - Липсва, под прага на симптомната група

1 - ВЕРОЯТНО НАЛИЧНА-най-малко два симптома, трябва определено да надвишават праговото ниво , плюс наличие на умерено нарушение на ежедневните дейности и/или умерен или тежък дистрес в резултат на симптомите

2 - ОПРЕДЕЛЕНО НАЛИЧНА- най-малко три симптома надвишаващи праговото ниво, които да водят до тежка степен на дистрес и/или тежко нарушение на функционирането.

8- несигурност дали симптомната група е налице

9- информацията е непълно или документацията е незадоволителна.

Наличието на тези критерии се използва по-свободно по клинични съображения, при съмнение се дава по-ниската оценка.

За оформяне на всеки критерии посочен в оценъчната скала ,всеки тип симптом, който е бил налице се оценява поотделно с :

- **0** – когато липсва- няма данни да е налице
- **1** –когато е налице ,но в лека степен
- **2** – когато е налице в умерена степен
- **3** – когато е налице в тежка степен

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

M.I.N.I.

КРАТКО МЕЖДУНАРОДНО НЕВРОПСИХИАТРИЧНО ИНТЕРВЮ

Bulgarian Translation, Version 5.0.0

DSM-IV

САЩ: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

ФРАНЦИЯ: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

© Авторски права 1992-2006 Sheehan DV & Lecrubier Y

Всички права запазени. Никакви части от този документ не могат да бъдат възпроизведени или копирани в каквато и да е форма или по какъвто и да е начин, било то електронен или механичен, включително чрез фотокопиране или друга система за съхраняване или обработване на информация, без писменото съгласие на д-р Sheehan или д-р Lecrubier. Изследователите или лекарите работещи в организации с идеална цел или обществени такива (включително университети, болници с идеална цел и правителствени институции) могат да правят копия на въпросника M.I.N.I. за техни лични клинични и изследователски цели.

ОТКАЗ ОТ ОТГОВОРНОСТ

Нашата цел е да помогнем с по-голяма ефикасност и точност в оценката и проследяването на пациенти. Преди предприемането на действия по казито и да е събрани и обработени чрез тази програма данни, те трябва да бъдат разгледани и интерпретирани от лицензиран лекар.

Тази програма не е създадена с цел и не е предназначена да заменя пълната медицинска и психиатрична оценка от квалифициран лекар-психиатър. Тя е предназначена единствено за улесняване събирането на точни данни и обработването на симптоми, открити от обучен персонал.

M.I.N.I. 5.0.0 (1 юли 2006 г.)

M.I.N.I. 5.0.0 - Bulgaria/Bulgarian - Version of 15 Jan 09 - Mapl Research Institute.
ID4842 / M.I.N.I._AUS_0_1a-BG.doc

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Global Assessment of Functioning

American Psychiatric Association, 1987

Оценете психологичното, социално и професионално функциониране. Изберете оценката , която най-добре описва ситуацията през по-голямата част от изминалия месец. Не отчитайте нарушенията във функционирането, дължащи се на физически фактори или фактори, свързани с обкръжението. Когато е уместно, посочвайте междинни оценки(като 45, 68, 72).

91-100= Високо функциониране при широк спектър от дейности, житейските проблеми изглежда никога не излизат извън контрол, търсен е от другите поради многобройните си позитивни качества. Няма симптоми.

81-90= Отсъствие на симптоми или минимални симптоми (като слаба тревожност преди изпит), добро функциониране във всички области, заинтересован и въввлечен в широк кръг от дейности. Социално ефективен, като цяло удовлетворен от живота, не повече от ежедневните проблеми или тревоги (напр. случаен спор с членове на семейството).

71-80= Ако са налице симптоми, те са преходни и представляват очаквани реакции към психосоциални стресори(трудности в концентрацията след семеен спор); не повече от незначително нарушение в социалното, професионално или училищно функциониране(като временен неуспех в училищната работа).

61-70= Някои слабо изразени симптоми(като потиснато настроение и слабо безсъние) ИЛИ някои затруднения в социалното, професионално или училищно функциониране(напр. случайно бягане от училище,или кражба в домакинството)

51-60= Средни по тежест симптоми (например емоционална изравненост и обстоятелствена реч, редки панически атаки) ИЛИ умерено тежки затруднения в социалното, професионално или училищно функциониране(като малко приятели, конфликти с връстници или колеги)

41-50= Сериозни симптоми(идеи за самоубийство, тежки натрапливи ритуали, чести кражби в магазините) ИЛИ всяко сериозно нарушение в социалното, професионално или училищно функциониране(няма приятели, не е способен да се задържи на работното място).

31-40= Известно нарушение в тестването на реалността или комуникацията(речта на моменти е нелогична, неясна или неуместна) ИЛИ изразено нарушение в няколко области, като работа или училище, семейни отношения, съждения, мислене или настроение(напр. депресивният избягва приятелите си, пренебрегва семейството и е неспособен да работи; детето често ударя по-малки деца, предизвикателно е у дома и не се справя в училище).

21-30= Поведението е значително повлияно от налудности или халюцинации, ИЛИ сериозно нарушение на комуникацията и способността за съждения(понякога е непоследователен, държи се по грубо неадекватен начин, погълнат е от мисли за самоубийство) ИЛИ невъзможност да функционира в почти всички области(напр. остава в леглото цял ден,без работа, дом или приятели).

11-20= Съществува опасност да нарани себе си или другите(напр. суицидни опити без ясно очакване за смърт; често проявява насилие; майчина възбуда) ИЛИ понякога не успява да поддържа минимална лична хигиена(напр. изцапан с изпражнения) ИЛИ грубо нарушение на комуникацията(напр. до голяма степен несвързана реч или мълчание).

1-10= Постоянна опасност от сериозно нараняване на себе си или другите(напр. повтарящо се насилие) ИЛИ постоянна неспособност да поддържа минимална лична хигиена ИЛИ сериозни суицидни опити с ясно очакване на смърт.

0 Недостатъчна информация