

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „Св. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ОБЩА, ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА, РАЗВИТИЙНА И ЗДРАВНА
ПСИХОЛОГИЯ”

Розалина Евгениева Генева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СЛЕДРОДИЛНАТА ДЕПРЕСИЯ
ПРИ МАЙКИ И БАЩИ

АВТОРЕФЕРАТ

НА

ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА НАУЧНО ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН
„ДОКТОР“

София, 2020г.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Обща, експериментална, развитийна и здравна психология“ към Философски факултет на СУ „Св. Климент Охридски“ със заповед N РД 38-295/17.07.2020

Дисертацията съдържа

Обем: 147 страници

Литература: 75 заглавия

Таблицы: 57

Фигури: 11

Приложение: инструментариум

Състав на научното жури:

Проф. д.пс.н. Иринка Любенова Зиновиева

Проф. д.пс.н Соня Методиева Карабельова

Проф. д-р Радка Иванова Масалджиева

Доц. д-р Красимир Кръстев Иванов

Доц. д-р Павлина Петкова Петкова

Защитата на дисертационния труд ще се състои на: 23.10.2020г. в Ректората на СУ „Св. Климент Охридски“ на открито заседание на избраното научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в канцеларията на специалност „Психология“, в Ректората на СУ „Св. Климент Охридски“, както и на сайта на университета – www.uni-sofia.bg.

СЪДЪРЖАНИЕ

УВОД
ПЪРВА ГЛАВА: ТЕОРЕТИЧНИ ПОДХОДИ ЗА ПРОУЧВАНЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СЛЕДРОДИЛНАТА ДЕПРЕСИЯ ПРИ МАЙКИ И БАЦИ
1. Същност на феномена
2. Актуалност и значимост на проблема
3. Изследователски подходи за следродилната депресия
3.1. Следродилната депресия и възможна връзка с гонадните хормони
3.2. Промени в хипоталамо-хипофизо-надбъбречната ос по време на бременност и участието ѝ в следродилната депресия
3.3. Роля на стреса за развитието на следродилна депресия
3.4. Психосоциални променливи при следродилната депресия
3.5. Следродилната депресия и променливи при бебето
4. Времето на скрининг на следродилната депресия
4.1. „Бebешки блус“
4.2. Паническо разстройство след раждане
4.3. Обсесивно-компулсивно разстройство
4.4. Депресивно разстройство
4.5. Следродилна психоза
5. Хоризонтална следродилна депресия
ГЛАВА ВТОРА: ЕМПИРИЧНО ПРЕДСТАВЯНЕ НА ВРЪЗКАТА МЕЖДУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА РОДИТЕЛИТЕ И СЛЕДРОДИЛНАТА ДЕПРЕСИЯ
1. Обосновка на избора на инструментариум за верифициране на модела за изследване
2. Цел, хипотези и задачи на изследването
3. Метод
3.1. Инструментариум
3.2. Респонденти
4. Процедура
ГЛАВА ТРЕТА: РЕЗУЛТАТИ ОТ ЕМПИРИЧНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ
1. Качествено изследване
2. Изводи за качествено изследване
3. Количествено изследване
3.1. Структурна организация на използваните инструменти
3.2. Описателни характеристики и вариации в изследваните феномени
3.3. Взаимовръзки между изследваните феномени
ДИСКУСИЯ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА
ПРИЛОЖЕНИЕ

Много майки преживяват тъга и тревога през първите дни след раждането на новороденото. Обикновено това състояние отшумява спонтанно, но понякога продължава по-дълго време и депресивните симптоми се задълбочават.

Всяка 10-та майка страда от следродилна депресия, което се изразява в резки смени на настроението, плачливост, раздразнителност, висока тревога, меланхолия (JM Holden, R Sagovsky, JL Cox - BMJ, 1989).

Психичните заболявания наблюдавани в следродилния период са група нарушения, които засягат жените в детеродна възраст. Докато следродилната емоционална нестабилност е обикновено доброкачествено и самоограничаващо се състояние, то следродилната депресия и постпарталната психоза причиняват значителен стрес и дисфункция. Нелекуваните депресивни нарушения създават риск за повтарящо се заболяване при майките и са свързани с дългосрочни когнитивни, емоционални и поведенчески проблеми при децата (Journal of advanced nursing, 1993).

Следродилната депресия лишава майката от радостта на майчинството. Тя може да блокира положителните аспекти на преживяването за пълноценната роля на жена и майка и да повлияе деструктивно отношенията в семействата като окаже сериозни негативни последици върху привързаността, доверието и чувството за сигурност. Нещо повече - в контекста на следродилната депресия има вероятност да се увеличи предразположеността към психичен дистрес и различни разстройства в развитието на бебетата.

Така, както депресията от десетилетия насам е идентифицирана като един от най-централните проблеми в общественото здраве, то е време да се обърне внимание и на сериозността на следродилните депресивни състояния и цената, която се плаща за последиците от нея.

Въпреки разпространението и социалната значимост на това страдание, у нас до днес то остава встрани от научно изследователския интерес.

Настоящата научна разработка е насочена именно към проучване на факторите, които допринасят за възникване на оплакванията и увеличаване на симптомите след

раждане с цел обогатяване на научното познание по темата и принос към по-задълбоченото разбиране на следродилната депресия.

Основната задача на този труд е да акцентира проблема и да проучи връзките на следродилната депресия с други променливи. Успоредно с това целта е да се идентифицират и верифицират надеждни инструменти за диагностика, както и на терапевтични практики и подходи за минимизиране на рисковите фактори и/или за своевременно и ефективно овладяване на симптоматиката. Този набор от инструменти би бил предпоставка за успешната работа с проблематиката в консултантската практика и здравната грижа в страната .

Разглеждането и показването им като такива има потенциала да развие специализираната помощ, която да допринесе за повишаване здравния статус на родителите и децата.

Важен момент в превенцията и лечението на следродилните психични нарушения е да се повиши осведомеността на здравните специалисти, така че тези състояния да могат да бъдат рано идентифицирани и своевременно лекувани.

От съществено значение е и привличане вниманието на научната общност в областта, както и разпространяване на информация сред широката общественост за същността, рисковете и последствията от следродилната депресия с оглед преодоляване на стигмата към психичното страдание изобщо и в частност към следродилната депресия, която засяга млади хора в репродуктивна възраст.

За постигане на заложените цели настоящата разработка е организирана в три главни части.

Кратко описание на главите

В първата част на дисертационния труд акцентът е поставен върху теоретичните подходи за проучване на психологическите характеристики на следродилната депресия

Втора глава представя теоретичната рамка на изследването, където са описани целта, хипотезите и поставените задачи. В нея са представени обобщени данни за извадката от изследвани лица, както и използваните въпросници.

Последната част е разработка на две емпирични изследвания. Първото е качествено, базирано на полу-структурирано интервю. Последващото е количествено изследване, реализирано посредством адаптирани въпросници. Двете проучвания имат за задача да изследват психологически характеристики на следродилната депресия при майки и бащи.

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Концептуалната рамка на дисертационното изследване включва доминиращите идеи в съвременната психология за дефиниране на следродилната депресия и ефекта на феномена върху психосоциалния и здравен статус на родителите. Теоретичният и експериментален фокус е върху изясняване на взаимовръзките между психологическите характеристики и постпарталната депресия при майки и бащи. Водещ изследователски интерес е да се проследи наличието и природата на тези връзки от гледна точка по-задълбоченото познание по този значим феномен. В този смисъл, допускаме наличието на взаимовръзка между психологическите характеристики и следродилната депресия при родители. В съответствие с тази обща хипотеза се очакват корелационни връзки между изследваните феномени. Очакваме, че факторната структура на приложените за първи път въпросници за следродилна депресия ще бъде потвърдена частично и ще бъде опосредствана от социокултурния контекст. Въз основа на този интегративен подход към изследваните проблеми, са поставени целта, задачите и организацията на емпиричното изследване.

Същност на следродилната депресия

Тъгата и тъгуването са нормална и здравословна част от живота на всеки човек. Тъкмо по тази причина разпознаването и лечението на депресивните разстройства е трудна задача, когато процесът излезе от контрол.

Депресията е едно от най-честите психични разстройства, като според епидемиологични проучвания, направени в различни страни, годишната заболяемост от депресивно разстройство е около 10% (G. Dunn, P. Sham, D. Hand, 1993). Полът, възрастта и социалният статус играят важна роля в разпространението на депресивното разстройство (пак там). Сред болелите преобладават жените, докато честотата на депресия при мъжете е относително по-ниска. В същото време, обаче, депресивните епизоди при мъжете често се маскират от прекомерна употреба на алкохол, злоупотреба с наркотици или от по-социално приемливата склонност към работохолизъм (P. Bebbington, *Acta Psychiatrica*, 1987). В по-голямата част от изследваните страни честотата на депресивните разстройства е по-висока в млада възраст, когато изискванията към психиката са повече във връзка със сериозния житейски преход от детството към зрелостта и по отношение на новите социални роли (пак там).

Възникването на депресията се отдава на различни причини, като в съвременното разбиране за генезата на разстройството се отчита комплексното влияние на биологични (генетични, невромедиаторни), психологични и социални фактори (G. Dunn, P. Sham, D. Hand, 1993).

В изследванията, които изучават генезата на депресивните разстройства се разкрива картина, която говори за дълбоката връзка между ума, като психологично явление, мозъка, като биологична структура и средата – в смисъла на социален контекст (L. Grau, D. Padgett, 1988).

Високата честота на депресивните разстройства поставя въпроса кой и как трябва да разпознае онези състояния, които изискват лечение и намеса от страна на специалист. Очевидно е, че системата на публичното здравеопазване е в състояние да обхване една малка част от хората, които страдат от депресия и да предложи едва част от психично-

здравните услуги, необходими за възстановяването на личността. Освен това не всички хора, които имат депресивни симптоми, разпознават състоянието си като психично разстройство и малка част от тези, които имат симптоми на депресия, са склонни да се консултират със специалист.

Следродилната депресия е разстройство на настроението, което се проявява по всяко време през следродилния период и продължава най-малко 2 седмици. Характеризира се с преживяване на тъга или депресивен афект, загуба на интерес към обичайните дейности, промени в телесното тегло, разстройства на съня, психомоторна превъзбуда или отпадналост, умора и липса на енергия, преживяването на чувство на безсмислие или вина, намалена способност за концентрация, повтарящи се мисли за смърт или самоубийство или такива, свързани с нараняване на новороденото (Beck&Gable, 2001).

Времето около раждането на дете е свързано с дълбоки психологически и физически промени за жената. Това е период на криза, който изисква мобилизиране на ресурсите за справяне и адаптация към промените (Mercer,1981), което е предпоставка за позитивно разгръщане на майчинските способности (Flagler,1988). Повечето жени преминават успешно през този период, докато други преживяват трудности и депресивната симптоматика при тях варира.

Следродовият период е най-уязвимото време при жената за развитие на психично заболяване. Проучванията върху постпарталното психично заболяване показват, че то не се отличава от психичните разстройства, които се случват в други периоди от живота на една жена (ACOG, 2006). По време на следродовия период до 85% от жените изпитват някакъв вид смущение в настроението. Според Американската психиатрична асоциация повече от 400 000 деца се раждат всяка година от майки, които са депресирани (Norwitz,2009). Въпреки че за повечето жени симптомите на нарушения в настроението (емоционална нестабилност) са преходни и сравнително леки, 10-15% от жените изпитват по-сериозна и постоянна форма на депресия, а 0,1-0,2% от жените развиват постпартална психоза (Kendell, 1987).

Съществуват три форми на депресивно следродилно разстройство:

1. Следродилна емоционална нестабилност – възниква в ранния следродов период.

2. Лека или умерена следродилна депресия – проявява се в рамките на една година след раждането.
3. Следродилна психоза – рядко срещано състояние, но с изразена връзка от последващо развитие на биполарно разстройство.

Нефармакологичните стратегии за лечение на следродилна депресия са полезни за жени с леко до умерено тежки депресивни симптоми. Ефективни са индивидуалната или груповата психотерапия (когнитивно-поведенческа и междуличностна терапия) (Appleby, 1997; Dimidjian, 2009; O`Hara, 198; O`Hara, 2009). Фармакологичните стратегии са показани за умерени до тежки депресивни симптоми или когато състоянието на жената не се повлиява от нефармакологичното лечение.

Жените, които планират да кърмят, трябва да бъдат информирани, че всички психотропни медикаменти, включително и антидепресанти, се секретират в майчиното мляко, като концентрациите им варират в широки граници (Weissman, 2004).

Ефикасността на профилактичните нефармакологични интервенции е подценена, въпреки че проучване на Охара и сътр. показва нисък процент на следродилна депресия при групата жени, получили междуличностна терапия за лечение на депресия по време на бременност (O`Hara, 2000).

Следродилната депресия при мъжете за сега остава пренебрегната и е все още малко изследвана, но все пак съществуват основания да се предполага, че е реален проблем със значително разпространение (C. Ballard, R Davies, 1996).

За сега депресията при мъжете не е класифицирана като отделна диагноза „мъжка депресия“. Въпреки това някои симптоми са по-често срещани при мъжете, отколкото при жените, а преживяването и реагирането на депресия при мъжете може да е много различно от това при жените (пак там).

Едва половината от мъжете с депресия са правилно диагностицирани. Това до голяма степен се дължи на факта, че мъжете се фокусират върху физическите симптоми на депресията и именно тях споделят с лекар, ако изобщо потърсят помощ (M. Dudley, K. Roy, N. Kelk, D. Bernard, 2001).

Дж. Ф. Полсън и Ш. Безмор също така отчитат по-високи проценти на депресия при бащите през периода от третия до шестия месец след раждането, спрямо първото тримесечие (7.7%). Установена е също и връзка между бащината и майчината депресия. (JF Paulson, SD Bazemore, 2010).

Има данни, макар и ограничени, че бащината депресия след раждането на дете може да има подобни характеристики на майчината (пак там).

Британското общество за подкрепа на родителите (<https://www.careforthefamily.org.uk/>) определя следните симптоми на следродилната депресия при бащите:

- таткото прекарва с детето възможно най- малко време или изобщо избягва общуване с него;
- дразни се при всеки повод и провокира скандали;
- държи се ирационално: злоупотребява с алкохол, кара невнимателно, изневерява;
- затваря се в себе си, избягва приятелите, отказва се от предишните си увлечения;
- постоянно е изморен, недоспал, чувства се физически слаб.

Според заключенията на Дж. Ф. Полсън и Ш. Безмор (JF Paulson, SD Bazemore, 2010) е наложително да се положат повече усилия за подобряване на скрининга и сред очакващите дете млади бащи, тъй като ранната бащина депресия може да има значителни последствия върху емоционалното и поведенческо развитие на детето. Също така, наличието на депресия при единия родител, следва да обърне клиничното внимание и към неговия партньор. Друго тяхно обобщение е, че бъдещите изследвания в тази област трябва да се съсредоточат едновременно върху двамата родители. По този начин е възможно да се увеличи вероятността за ранно идентифициране на родителска депресия, да се подпомогне превенцията и лечението, както и да се установи какъв риск носи депресията при родителите за новородените и малките деца (пак там)

Днес е очевидно, че поради широкото разпространение на депресивните състояния и липсата на реалистична възможност проблемите, свързани с депресията да бъдат обхванати единствено от специализираните служби за психично-здраве, познаването на феноменологията и протичането на депресивните разстройства вече е задача не само на

професионалистите. Културата по въпросите на емоционалния живот изисква целенасочено усилие и инвестиция на време, но тя може да ни направи полезни както за нас самите, така и за нашите близки в момент, когато са нужни помощ и подкрепа.

Изследователски подходи за следродилната депресия

Афективните разстройства като клиничната или биполярната депресия са сред най-често срещаните невропсихични разстройства в световен мащаб. Всъщност депресивната симптоматика засяга приблизително 1 от 5 човека, като честотата ѝ на проявление при жените е 2–3 пъти по-висока, отколкото при мъжете. (Gutierrez-Lobos et al., 2002; Sloan and Kornstein, 2003). Според класациите на Световната здравна организация тя заема четвърто място сред водещите фактори за глобалната тежест на заболяванията и се явява главната причина за загуба на трудоспособност.

Независимо от това и въпреки факта, че депресията представлява очевидно бреме за обществото и е обект на непрекъснати научни изследвания, все още липсва пълно разбиране на нейната етиология, като общоприетото виждане е, че депресията настъпва в резултат на комбинация от нарушения в дейността на невротрансмитерите, хормонален дисбаланс, генетични и психосоциални фактори (Kalia, 2005; Nestler et al., 2002).

Промените в нивата и/или чувствителността на невротрансмитерите играят важна роля за депресията. Например, повечето антидепресанти са насочени към дадена част от моноаминните системи (SSRI: селективните инхибитори на обратното захващане на серотонина, SNRI: селективните инхибитори на обратното захващане на серотонин-норепинефрина; MOA: инхибитори на монооксидазата; TCA: трицикличните антидепресанти), като до момента са открити множество изменения в невротрансмитерните системи, както при страдащите от депресия пациенти, така и при моделите на депресия при някои животински видове (Shaffery et al., 2003).

Независимо от всички горепосочени съображения, в настоящия преглед ще обърнем основно внимание върху ролята на стреса, стресовите хормони и дистреса на нервната система в случаите на депресия с основен фокус върху пренатална и следродилна депресия.

Често се предполага, че хормоналните колебания играят роля в етиологията на женската депресия, особено по време на репродуктивните фази (Studd and Panay, 2009; Zonana and Gorman, 2005).

Въпреки това до момента не е докладвано за наличието на взаимовръзка между естрогена, прогестерона или свързаните с бременността хормони като пролактина и депресията (Zonana and Gorman, 2005). Отчасти това може да се дължи на факта, че много проучвания не винаги отчитат потенциалните случайни величини като възраст, брой раждания или кърмене. Например, кърменето може да измени откриваемите хормонални нива на кортизол или окситоцин (Tu et al., 2006; Uvnas-Moberg and Eriksson, 1996) и затова при измерване на плазмените нива на хормоните е важно да се определи времето, изминало от последното кърмене. Независимо от горепосоченото, фактът, че при жените рискът да развият афективни разстройства е най-висок в следродилния период и по време на прехода към менопауза (Freeman et al., 2004; Woods et al., 2008), свидетелства за участието на гонадните хормони в етиологията на депресия при жените.

Малко преди раждането нивата на естрогена се повишават до над 1000 пъти над нормалните им стойности и след това спадат драстично след раждането и изхвърлянето на плацентата (Pawluski et al., 2009a; Shaikh, 1971). Счита се, че този внезапен спад на нивата на естрадиол и прогестерон играе важна роля за родилната тъга – явление, което се наблюдава при 80% от жените скоро след раждането и което може да прерасне в следродилна депресия (Bloch et al., 2003; Douma et al., 2005; Hendrick et al., 1998). Тези данни предполагат, че ниските нива или резките спадове на естрадиола и/или прогестерона могат да предразположат уязвимите жени към депресия. В допълнение на това честотата и тежестта на депресията се увеличават по време на перименопауза и менструация, когато яйчниковите хормони могат да намалеят драстично и нивата им да се колебаят значително (Freeman et al., 2004; Kornstein et al., 2002; Schmidt and Rubinow, 2006; Woods et al., 2008).

Хипоталамо–хипофизо–надбъбречната оси хипоталамо-хипофизо-гонадната ос (HPG) си взаимодействат (Mastorakos et al., 2006; Viau, 2002). Съществуват значителни полови различия във взаимодействието между двете оси. При мъжете оста НРА потиска оста HPG, но при жените, поне в краткосрочен план, оста НРА повишава активността на

оста НРG, което предполага възможен механизъм за полови различия в уязвимостта към депресия (Viau, 2002).

Липсва добро разбиране на точните механизми и приноса на взаимодействието на осите НРА и НРG за депресията по време на бременност и в следродилния период. Въпреки това, с оглед на екстремните промени и в двете оси по време на бременност и след раждане, може да се допусне, че взаимодействието на двете системи играе роля в етиологията на депресията в този момент.

В обобщение, бременността и следродилния период представляват момент на повишена уязвимост към депресия, което може да се дължи на драстичните колебания в нивата на гонадните хормони и хормоните на надбъбречните жлези, а това заслужава специално внимание и разглеждане. Оттук следва, че са необходими повече изследвания за постигане на по-добро разбиране на причините и обуславящите фактори за депресията по време на бременност и в следродилния период.

Изследване на Перен и колеги (Perren et. Al 2005) определя психичното здраве на майката като личен ресурс, който улеснява справянето със стресиращи събития, както също и че депресивната симптоматика и стресът са с позитивна корелация.

Тери и сътр. също откриват връзка между нивата на стрес и депресивната симптоматика (Terry, Mayocchi и Hynes, 1996). Изследването им подкрепя схващането за акумулирания стрес и следродилната депресия. Не всички ситуации се възприемат като стресиращи от различните хора (Lazarus, 1966). Поддържа се тезата, че възприеманият стрес е също толкова важен, колкото и това, което се разглежда като действителен стрес (Mazure, 1995). Възприятието за нивата на стрес в следродилния период влияе върху психичния статус, което може да доведе до следродилна депресивна симптоматика или депресия.

Възможни източници на стрес в следродилния период включват: промяна в навиците за хранене и сън, телесни промени, липса на лично време, промени в кариерното развитие, начина на хранене на бебето, здравето на новороденото, както и темперамента му; начините на подкрепа и източниците на помощ. Майките с депресивни симптоми биха могли да бъдат по-чувствителни към ефектите на стреса. (Whiffen, 1988). Охара и сътр. установяват, че вариациите при депресивна симптоматика са толкова значими, колкото е и депресията.

Симптомите могат да бъдат достатъчно тревожни, за да доведат до последствия за майката и бебето, дори и да не са с клиничен статус (O'Hara, Rehm, & Campbell (1982).

Има поредица изследвания върху психосоциалните рискове, които биха могли да доведат до следродилна депресия, които сочат, че по-високи равнища на стрес в живота по време на бременността и след раждането са в тясно взаимодействие със следродилната депресия (O'Hara, 1995).

Психосоциални променливи, които се изследват са: стресови житейски фактори, партньор, връзка, социална подкрепа, женската гледна точка, психиатрична история, очаквания, самочувствие.

Нестабилни отношения с партньора по време на бременността, както и след раждането също биха могли да бъдат обвързани със следродилната депресия. (Gotlib et al., 2000).

Проучвания потвърждават също взаимовръзката между следродилната депресия и социалната подкрепа. Липса на подкрепа от съпруг или партньор също се свързва с негативни преживявания по време на раждането, стигма, предателство, безсилие, неочакван развой, физиологични промени.

Изключително висока предпоставка за следродилна депресия би могъл да бъде също стресът възникнал поради проблеми изобщо в отношенията между жената и нейния партньор (Campbell et al., 1987).

По отношение на риска от депресия, допускането е, че типът получена подкрепа е от също толкова голямо значение, колкото и пълната липса на такава (Campbell and O'Hara, 1986). Аризменди и сътр. откриват, че получаването на твърде интензивна подкрепа би могло да доведе до чувства за загуба на контрол и неадекватност, което от своя страна повишава риска за депресия (Arizmendi et al, 1987) .

Западното общество не оставя достатъчно време на една жена да се съвземе след бременността си и раждането, още по-малко да се нагоди към новата си роля на майка. От нея се очаква да влезе бързо в руслото на "нормалността". Кнопс прави допускането, че неосъзнаването на новата роля съвместно с физическия дискомфорт, недостатъчното време

за нагаждане, както и загубата на самочувствие биха могли да спомогнат за развиването на разстройства в настроението (Knops, 1993).

Очакванията към жените да се държат като майки влияе на това как една жена оценява това, което прави, а оттам и как вижда самата себе си. Нереалистичните очаквания могат да доведат до това една жена да изпитва чувства на провал и неадекватност (Kendall-Tackett, 1993).

Съществуват няколко променливи фактора, които се свързват с детето и представляват риск за следродилна депресия. Възприятието на майката по отношение на темперамента на детето може да окаже влияние на емоционалното ѝ състояние.

Ако едно дете има склонност към дълъг, интензивен плач и ако е непредсказуемо, тогава тя на първо място може да изпита чувство за липса на контрол върху ситуацията. Това тя бива изложена на по-голям риск от следродилна депресия (Kendall-Tackett, 1993).

Далтон и сътр. (Dalton et al,2001) откриват, че има силна вероятност бебетата, които са държали майките си будни през нощта, повръщали или пък плакали често да имат майки със следродилна депресия (Dalton et al,2001).

Изследвания на Кутрона и сътр. откриват директна взаимовръзка между темперамента на бебето и депресията. Майките, страдащи от депресия имат склонността да описват бебетата си като трудни и изискващи много внимание (Cutrona et al,2001).

К. Такет открива, че жените, чиито бебета са били болни, са изпитвали депресия, но обикновено не са били диагностицирани, тъй като се е смятало, че тяхното поведение е подходящо за положението им (Kendall-Tackett, 1993).

Майките, които трябва да поемат роля за кърменето вместо родителска роля поради здравето на бебето, са били по-уязвими към депресия (Dunnewold, 1997).

На лице е ясна връзка между кърмещите жени, отбиващи бебетата си и следродилната депресия. Неизвестно е дали тази връзка се дължи на хормонални промени, загуба на връзката при кърменето или комбинация от двете (Sichel, 1992) Изследователи смятат, че кърменето предлага известна защита срещу депресия, но тяхното проучване не изследва отбиването (Ingram, Woolridge, 2003). Методът на кърмене установява, че

кърмещите жени, които са имали следродилна депресия шест месеца след раждането, са по-предразположени към по-ниски нива на прогестерон, отколкото кърмещи жени, които нямат депресия. Проучването не сравнява нивата на прогестерон при кърмещи и жени, които не кърмят шест месеца след раждането, така че не е известно дали нивата на прогестерон се дължат на кърмене или не (пак там). Хендерсън и сътр. установяват, че депресираните жени са склонни да спрат кърменето и следователно се нуждаят от подкрепа, ако искат да продължат да кърмят бебетата си (Henderson, Evans, Straton, Hagan, 2003).

Изследователският интерес към следродилно разстройство на настроението датира от ок. 200 г. Първият документиран случай на психологически разстройства след раждане е през 1838г. от френския психиатър Джейн Ескуерол (Sebastian, 1998). През 1847, Макдоналд отличава психологически разстройства с ранно и късно начало, претърпяни от жени след раждането (Sebastian,1998). През 1859г. Марсе забелязва връзката между физическите промени през следродилния период и психологическите симптоми като объркване и делириум. Той обособява три вида трудности свързани със следродовия период: тези, които се наблюдават веднага след раждането и такива, които се проявяват 6 седмици след раждането (Sebastian,1998). За съжаление, през 1929 г. Стрекър и Ебау, двама известни психиатри, заявяват, че няма психоза, която би могла да бъде наречена „следродилна”, което забавя признаването на следродилното състояние в продължение на много години. В резултат на това са правени малко изследвания по темата за следродилната депресия до 80-те години на XX в. (Debofsy & Hamilton, 1995; Hamilton & Harberger, 1992; and Sebastian, 1998).

През 1994г. следродилната депресия е посочена като спецификатор, но не и като отделна диагноза (DMS IV). Има сериозен дебат дали следродилната депресия е отделна диагноза или е състояние на обща депресия в следродилния период (Riecher-Rossler & Fallahpour, 2003; and Whiffen, 1992). Жените, които имат история на депресия в миналото споделят, че следродилната депресия се преживява много по-различно и по-тежко от депресията, която са изпитвали преди (Dalton & Holton, 2001). Бек и сътр. идентифицират няколко общи теми, които са уникални за следродилната депресия. Те включват: загуба на самоличността, самота, натрапчиви мисли и чувство на несигурност (Beck et al, 1992 & 1993).

Пет разстройства на настроението се свързват със следродилната депресия. Те включват: „бебешки блус,” следродилно паническо разстройство, обсесивно-компулсивно разстройство, депресия, психози. Следва кратко описание на разстройствата, както следват:

4.1. „Бибешки блус” (потиснато следродилно настроение) се преживява от над 80% от родилките. Обикновено започва през първите няколко дни след раждането на новороденото, продължава от време на време за няколко дни и затихва от само себе си до 2 седмици след раждането. Симптомите включват: промени в настроението, плачливост, тъга, тревога, трудна концентрация, раздразнителност, безсъние, обща напрегнатост и емоционална отпадналост. Симптомите са преходни и саморегулиращи се (Adock, 1993; Beck, 1995a & 2001; Bennett & Indman, 2003; Dunnewold, 1997; Epperson, 1999; Evin & Theofrastous, 1997; Gruen, 1990; Kendall-Tackett, 1993; Kendrig & Sanford, 1997; and Ugarriza, 1995 & 2000).

4.2. Паническото разстройство след раждането е описано за първи път през 1988 г. от Мец, Сикел и Гоф. То възниква рано в следродилния период и се характеризира с панически атаки, които включват: остра тревожност, страх, учестено дишане, сърцебиене, замаяност, треперене и чувство на обреченост. Не са установени проценти на разпространение и не са установени дългосрочни ефекти върху майката или кърмачето (Beck, 1999b; Bennett & Indman, 2003; Dunnewold, 1997; Heron, O’Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Metz, Sichel, & Goff, 1988; and Sichel, 1992).

4.3. Obsесивно-компулсивното разстройство след раждането е описано за първи път от Сикел като поява на повтарящи се и постоянни мисли, идеи или изображения. Те са спонтанни и често смущаващи като съдържание. Жените, които преживяват това осъзнават сериозността на състоянието. Няма данни за ефекта на разпространение (Brandes, Soares, & Cohen, 2004; Beck, 1999a & 1999b; Bennett & Indman, 2003; Dunnewold, 1997; and Kendall-Tackett, 1993).

4.4. Депресивното разстройство и следродилната депресия са дефинирани (DMS IV, 1994 & 2000) като преживяване на 5 или повече от следните симптоми през по-голяма част от времето или почти всеки ден през първите 4 седмици от раждането: потиснатост, рязка загуба на интерес и удоволствие от заниманията, значителна промяна в теллото, безсъние или хиперсомния, умора или загуба на енергия; психомоторна възбуда или

отпадналост, чувство на безсмислие или прекомерна вина, намалена способност за концентрация, натрапчиви мисли за увреждане на бебето и повтарящи се мисли за смърт или самоубийство. Световната здравна организация (World Health Organization, 1992) използва същата дефиниция, удължена с до 6 седмици след раждането. Много здравни работници и психиатри считат, че периода на изява е до една година след раждането (Moses-Kolko & Roth, 2004).

4.5. Следродилната психоза е рядка: един или два случая на всеки 1000 раждания. Началото е внезапно и обикновено в рамките на първите седмици след раждането, въпреки че може да се появи и по-късно. Симптомите включват: загуба на връзка с реалността, абнормни мисловни процеси, илюзии и/или халюцинации, неспособност за разпознаване на реалността, превъзбуденост и безсъние. Състоянието е животозастрашаващо и изисква незабавна медицинска помощ (Beck et al, 1999).

ПОСТАНОВКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

Формулираната необходимост от проучване на връзката между психологическите характеристики и следродилната депресия при родители, се реализира посредством количествен и качествен метод на изследване, като количественото проучване е базирано на серия от въпросници, описани детайлно по-долу. Посредством използването успяхме да проследим връзката между изследваните психологически феномени и психичното състояние на родителите.

Формулирани са целите и задачите на научния труд като резултат от поставената тема и проучването на теоретичните и емпирични подходи на различни изследователи и учени. В съответствие с поставените задачи и целта на настоящото проучване са изведени и хипотезите.

Целта на настоящото изследване е да се проследи връзката между психологическите характеристики на родителите със следродилна депресия. Допълнителна цел на проучването е да адаптира за българския социокултурен контекст методика за изследване на следродилната депресия.

Главната хипотеза се основава на теоретичната рамка, според която се установяват различни форми на взаимодействие между изследваните конструктори на база на техните разнообразни форми на проявление. Главната хипотеза се основава на теоретичната рамка, според която се установява значителна закономерност между влиянието на психологическите характеристики при следродилната депресия.

Водещ изследователски интерес е да се проследи наличието и природата на тези връзки от гледна точка по-задълбоченото познание по този значим феномен. В този смисъл, допускаме наличието на взаимовръзка между психологическите характеристики и следродилната депресия при майки и бащи. В съответствие с тази обща хипотеза се очакват корелационни връзки между изследваните феномени. Очакваме, че факторната структура на приложените за първи път въпросници за следродилна депресия ще бъде потвърдена частично и ще бъде опосредствана от социокултурния контекст.

На базата на основната хипотеза са изградени подхипотези:

- Очакваме, че по-високите нива на възприета социална подкрепа от семейството и приятелите са основополагащи за по-рядкото преживяване на следродилна депресия
- Допускаме, че ще се прояви значителна взаимовръзка между преживяването на негативни афекти и следродилната депресия
- Очакваме, че ще се наблюдава връзка между преживяването на соматична тревожност и следродилна депресия
- Предполагаме, че равнището на тревожност и дистрес ще бъдат взаимно свързани с преживяването на следродилна депресия
- Очакваме известни различия между мъжете и жените в качествено изследване по отношение преживяването на тревога и дистрес.

За проверка на основната хипотеза и изведените подхипотези са поставени за решаване следните задачи:

- Да се провери факторната структура на въпросниците, които се прилагат за първи път в български социокултурен контекст.
- Да се установят нивата на възприета социална подкрепа от семейството и приятелите в контекста на следродилната депресия

- Да се изследват равнищата на преживени негативни афекти и соматична тревожност във връзка със следродилните преживявания на родителите
- Да се проследят нивата на тревожност и дистрес и тяхната взаимовръзка

Метод

Инструментариум

Полу-структурирано интервю

За целта на пилотното изследване е използван качествен метод под формата на полу-структурирано интервю. То е базирано на рамка от предварително замислени въпроси, от които изследователят може да излезе в хода на интервюто, в зависимост от отговорите, които дава изследваното лице и да зададе допълнителни въпроси, за да достигне до необходимата за целите на интервюто информация.

Методът на полуструктурираното интервю е избран с цел да измери степента на проява на симптоми на следродилна депресия при родители с деца на възраст до 36 месеца. Интервюто включва седем основни въпроса. В хода на интервюта са задавани и въпроси, свързани с начина на живот на респондентите след раждането на бебето, които се отнасят до преживяванията, емоциите, отношенията в семейството и приятелите и факторите, които са бариери или могат да повишат чувството за благополучие. Тези въпроси целят да извлекат информация за фактори, които могат да повлияят за появата на симптоми за следродилна депресия, тревожност и преживяване на негативни емоции. Тези допълнителни въпроси са включени в интервюто и за да бъдат установени какви са проблемите във взаимоотношенията на респондентите след раждането на бебето. Избраният метод има за цел и да установи доколко промяна във взаимодействията и в моделите на поведение повлияват благотворно или не върху чувството за благополучие.

Количествено изследване

За изследване на психологическите характеристики на пренаталната и следродилна депресия е използван набор от въпросници и скали, които са описани по-долу, както и

кратки интервюта. Изследването се състои в администриране на въпросниците на хора с различен социално-икономически статус и възраст, които са станали родители и са дали съгласието си да участват.

Използваните скали в методологията са общо 5 и са описани както следва:

- Скала за измерване на следродилния дистрес е първият инструмент за следродилен скрининг, който е специално разработен за оценка както на депресивни, така и на тревожни симптоми. Авторите посочват, че разработената от тях скала за измерване на следродилния дистрес обхваща по-широк спектър от симптоматика, увеличавайки възможностите за идентифициране на жени, които изпитват клинично значими нива на депресия, генерализирана тревожност, обесии и компулсии. Скалата за измерване на следродилния дистрес включва 36 айтема, които се оценяват от 1 до 5, като 1 е „много по-малко от обикновено“, а 5 е „значително повече от обикновено“ (M. Eberhard-Gran, A. Eskild, K Tambs, 2001).

- Скала за тревожност и дистрес - целта на скалата е да предостави по-кратък метод, който е съвместим с трифакторния метод на пълната версия на въпросника за идентифициране на настроения и тревожност (Watson & Clark, 1991a), състоящ се от 90 айтема. Скалата му за оценка е от 1 до 3 - 1 е „да“, а 3 е „не знам“. Въпросникът съдържа три емпирично получени скали: Позитивен афект, Соматична тревожност и Общ дистрес.

- Единбургска постнатална скала за депресия е разработена от Дж. Л. Кокс, Дж. М. Холанд и Р. Саговски скала, която стъпва на констатацията им, че за да бъде полезна като скрининг тест за следродилна депресия, съответната скала за самооценка трябва да бъде на достъпен за възприемане език, включително от жени, които не определят себе си като неразположени или нуждаещи се от медицинска помощ. В допълнение, трябва да е възможно най-лесна за попълване и да не изисква специализирани познания по психиатрия от здравния работник. Скалата включва 10 кратки твърдения, насочени към състоянието на майката през последните седем дни, като възможността за като възможността за оценка варира от 1 до 4 – 1 е „толкова, колкото и преди“, а 4 – „въобще не мога“. Всеки от отговорите носи съответен брой точки, а когато общият резултат е равен или по-голям от 12, има вероятност майката да страда от следродилна депресия. При съмнение за резултата,

методът може да бъде приложен повторно след две седмици. Важно е да се отбележи, че скалата не отменя необходимостта от извършването на внимателна клинична оценка, която да потвърди диагнозата (Procidano & Heller, 1983).

- Въпросник за възприета социална подкрепа е установен и широко използван в изследователската работа инструмент за количествено изследване на възприятието за получената социална подкрепа. Той се използва при възрастни и юноши. При разработването му той е разделен на две скали, чиито резултати се взимат поотделно и не се събират в общ резултат за възприета социална подкрепа. Първата скала измерва възприетата подкрепа от приятели и се състои от 20 айтема в оригиналната си версия, но след проведените тук анализи за надеждността на българската версия на инструмента, два от айтемите бяха премахнати. Така скалата остава с 18 айтема, които представляват твърдения за отношението на приятелите към респондента; той следва да оцени доколко е съгласен с тях като отбележи отговор „Да“, „Не“ или „Не знам“, където отговор „Не знам“ се кодира с 0 точки, а отговорите „Да“ и „Не“ с по 1, в зависимост от това дали айтемът е прав или реверсивен. Втората скала измерва възприетата подкрепа от семейството и също е съставена от 20 айтема в оригиналната си версия. В настоящото изследване надеждността на скалата се потвърждава като добра в оригиналната ѝ структура, затова скалата е оставена с 20 айтема. Те отново са твърдения относно отношението на семейството към респондента и се оценяват с „Да“, „Не“ или „Не знам“ (GD. Zimet, SS Powell, GK Farley, 1990).

- Въпросник за потиснато следродилно настроение /Maternity Blues–MB/ (Kennerley & Gath, 1989) представлява инструмент за количествено измерване на потиснатото настроение в седмиците непосредствено след раждането. Състои се от описания на следродилни настроения и явления, като респондентите отбелязват дали ги изпитват в деня на тестирането с отговор „Да“ или „Не“. Ако респондентът посочи, че изпитва определено настроение, следва да отговори и на допълнителен въпрос за промяната в съответното настроение, където възможните отговори са: „Много по-малко от обикновено“, „По-малко от обикновено“, „Няма разлика“, „Повече от обикновено“, „Значително повече от обикновено“. Тези отговори получават стойност от 0 до 2 точки, в

зависимост от степента на промяна в настроението, и са показател за сериозността на потиснатото следродилно настроение

В края на методиката са включени въпроси с демографски данни на изследваните лица, които се отнасят до техния пол, възраст, образование, семеен и материален статус, местоживеене и възраст на бебето.

Респонденти

Респонденти в качествено изследване

Полу-структурираното интервю е проведено в периода 2018 – 2019 година между 18 респондента – 9 двойки родители на деца не по-големи от 36-месечна възраст. Интервюто включва 7 отворени въпроса, като в хода на изследването са използвани допълнителни уточняващи въпроса с цел по-добро разбиране на преживяванията на участниците.

Респонденти в количественото изследване

В настоящото изследване участие взеха общо 145 души в периода 2018 – 2019г. Възрастта на изследваните лица е от 23 до 42 години. Възрастта на децата им варира от 0 до 36-месечна възраст. Голяма част от участниците са от София – 87 души, 23 анкетирани посочват, че са от областен град, 5 участници са от малък град, а 1 е от село. Голяма част от участници са завършили висше образование – 69 души, 35 анкетирани са завършили бакалавърска степен, 9 са със „средно“ образование, а 4 човека са придобили „докторска“ степен на образование. По-голяма част от респондентите са женени – 69 души, а 48 споделят, че живеят на семейни начала.

Значими резултати от емпиричното изследване

Качествено изследване

Резултатите от качествено изследване показват, че всички изследвани споделят някаква депресивна симптоматика с различна интензивност и продължителност. Най - честите оплаквания при изследваните жени и мъже са представени в таблица 1.

Табл. 1. Най-чести оплаквания при жени и мъже

Жени	Мъже
Потиснато настроение, тревога	Умора
Чувство на тъга	Безсилие или раздразнителност
Недоспиване	Изоляция от приятелите
Физическа умора	Чувство на безпомощност
Паника	Проблеми с концентрацията
Срам, вина и чувство за несправяне	Повишена употреба на алкохол
Самота, отегчение	Неувереност
Нервност, неудовлетвореност	Работохолизъм

Факторите, които са съществени за обяснение на следродилната депресия са предимно психологични, свързани с правилната нагласата и реалистичните очакванията на младите родители.

- Състоянието на партньора. Семейството е система, в която различните части си влияят. Състоянието на мъжете е функция на това на жените. Състоянието на жените е функция на отношението на обкръжението и степента на реализиране на очакванията за съпричастност и помощ от страна на съпруга и близките.
- Отношение към промените във връзката. Взаимоотношенията във всички двойки се променят в някаква степен. Там, където е имало конфликти, те са се изострили. Връзките, които не са били достатъчно устойчиви и зрели, респ. бременността не е била планирана, са се разпаднали. Там, където тези промени се приемат като временни и част от живота в новата реалност, се запазва близостта и сътрудничеството между партньорите.
- Очаквания. Когато е ясно категорично, че няма кой да помага или възниква някакъв сериозен здравословен проблем, семействата се консолидират, по-ефективно се справят и по-добре се чувстват.
- Мотивация. Начинът на живот, организацията на времето и социалната активност се детерминират от ценностите и потребностите на родителите. Мотивацията от

своя страна е обвързана с емоционалното им състояние. Когато родителите са неспокойни, тревожат се за бебето, чувстват се преуморени и пресиранни, те няма как да имат желание да се отделят от него, за да се забавляват и релаксират.

- Комуникация. Двойките, които умеят да разговарят за всичко и да решават проблемите и конфликтите по конструктивен начин успяват да запазят относително спокойна атмосфера вкъщи. Те също успяват ясно да заявят нуждите си от помощ (и към по-широкото обкръжение) без това да уязвява тяхната автономност.

Обществото не е склонно да приема като норма споделянето на такива оплаквания от бащите. Господстващият все още у нас социо-културен модел, в който мъжът, като „глава на семейството“ трябва да излъчва стабилност, увереност и сила предполага той да е опора и закрила за по-слабата си „половинка“. Възпитани в тези ценности мъжете смятат, че всяко оплакване се възприема като неспособност за справяне и малодушие.

Мъжете, по принцип, не само са по-малко склонни да споделят, да търсят помощ и разбиране, да признават съмнения и неувереност, но и се срамуват от такова поведение. Те по-често трупат притесненията вътре в себе си. Това особено се изостря след поява на бебето, което става фокус на цялото внимание и грижа, както и състоянието на майката, която обикновено е изтощена от раждането и кърменето, върху която пада по-голямата тежест от отглеждането на детето. Често бащите изпитват чувство за вина за страданията на майката, опитват се да ги компенсират по свой си начин, който често остава неразбран, защото е неадекватен или защото самата майка е в особено състояние. Същевременно, бащата знае, че здравето и благополучие на бебето е функция от майчиното здраве и благополучие, но той самият не знае как да допринесе затова по подходящ начин.

Резултати от количествено изследване

След провеждането на факторни анализи и проверка на вътрешната консистентност на въпросниците и скалите, резултатите от които са представени в таблица 2.

Таблица 2. Резултати от анализи за вътрешна консистентност на използваните скали в изследването ($N = 107$)

Скала	Коефициент α на Кронбах	Брой айтеми
Общ дистрес	0,833	6
Обсесивно-компулсивност	0,808	4
Следродилен дистрес	0,858	10
Следродилни негативни емоции	0,827	5
Следродилна тревожност	0,737	3
Следродилна депресия	0,848	10
Негативни афекти	0,885	9
Соматична тревожност	0,814	9
Тревожно-депресивен дистрес	0,862	9
Възприета социална подкрепа от приятели	0,873	18
Възприета социална подкрепа от семейство	0,926	20
Потиснато следродилно настроение	0,887	28

В заключение може да се каже, че използваните за първи път в българската социокултурна среда пет въпросника имат високи психометрични показатели и могат да се прилагат успешно. Така получените резултати дават основание да се смята, че са адаптирани за българската среда, тъй като тяхната външна валидност и надеждност са достатъчно добри.

Взаимовръзки между изследваните феномени

За проверка на хипотезите бяха направени редица корелационни и регресионни анализи, които да проучат връзките между социалната подкрепа и аспектите на следродилна депресия, както и група Т-тестове на Стюдънт, които да установят разлики в аспектите на следродилната депресия, според нивата на изпитваните негативни афекти, соматична тревожност и депресивно-тревожен дистрес в живота като цяло.

Връзки между възприетата социална подкрепа и аспектите на следродилната депресия

Първата серия от корелационни анализи проучва връзката между възприетата социална подкрепа от семейство и приятели и показателите, които са свързани със следродилната депресия, а именно: подскалата за общ дистрес и общата скала за следродилен дистрес от Краткия въпросник за следродилен дистрес, подскалата за

следродилни негативни емоции и общата скала за следродилна депресия от Единбургската скала за следродилна депресия и общия бал за потиснато следродилно настроение (вж. табл. 3).

Табл. 3. Резултати от корелационни анализи за връзката между възприетата социална подкрепа и маркерите за следродилна депресия ($N = 107$)

	Социална подкрепа от приятели	Социална подкрепа от семейство
Следродилен дистрес	-0,217*	-0,406**
Общ дистрес	-0,215*	-0,479**
Следродилни негативни емоции	-0,312**	-0,469**
Следродилна депресия	-0,303**	-0,438**
Потиснато следродилно настроение	-0,297**	-0,418**

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Таблица 3 показва резултати, които напълно отговарят на очакванията – всички 5 променливи, свързани със следродилната депресия, корелират значимо, отрицателно, със социалната подкрепа от семейство и приятели.

При социалната подкрепа от приятели корелациите са с близки коефициенти – слаби. Най-силна е корелацията със следродилните негативни емоции, последвана от тази със следродилната депресия и потиснатото следродилно настроение, а най-слаби са корелациите на променливата с общия и следродилен дистрес. На базата на сравненията не могат да се направят точни заключения кои двойки променливи са най-силно свързани, но с увереност може да се изкаже заключението, че възприетата социална подкрепа от приятели е негативно свързана със следродилната депресия, и то по всеки от използваните за измерването ѝ инструменти, в съгласие с резултатите и от предишни изследвания (Beck, 1996b; Meyers, 1992; O'Hara и Swain, 1996; Whiffen, 1988). Това означава, че първата хипотеза на представеното тук изследване може да се потвърди:

1. Хората с по-високи нива на възприета социална подкрепа от семейството изпитват по-рядко следродилна депресия.

По отношение на социалната подкрепа от семейството, таблица 3 демонстрира още по-високи корелации с всички променливи, отколкото при подкрепата от приятели. Корелациите отново са отрицателни, но тук са умерени, а не слаби. Най-силна е връзката с общия дистрес). Тази по-висока корелация обаче, може и да се дължи на това, че скалата за общ дистрес в крайна сметка адресира симптоми на дистрес от разнородно естество.

Следващата корелация е със скалата за следродилни негативни емоции, последвана от тази със следродилната депресия, потиснатото следродилно настроение и накрая от корелацията със следродилния дистрес. Разлика в корелационните коефициенти не може да се обозначи като значима, само при сравнение на абсолютните им стойности, но след като всяка една от скалите, измерваща феномени, свързани със следродилната депресия, корелира значимо с възприетата социална подкрепа, можем да подкрепим и втората хипотеза:

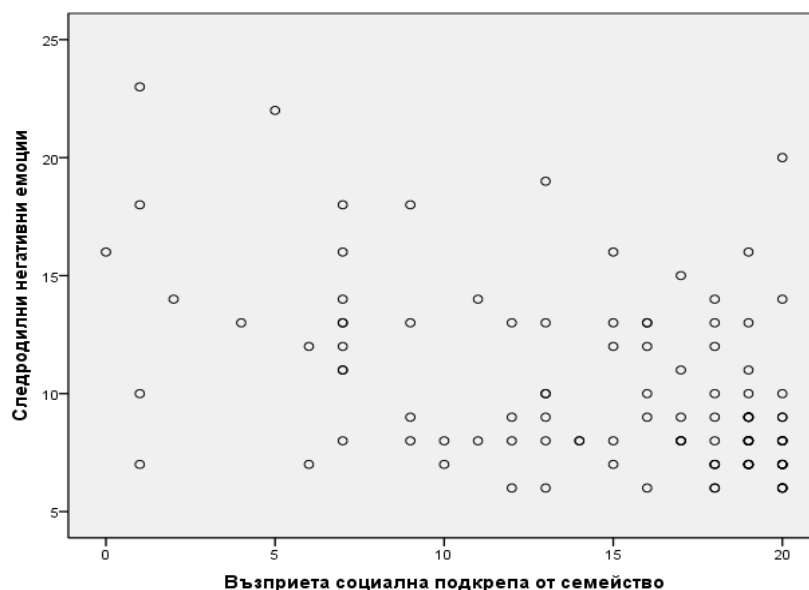
2. Хората с по-високи нива на възприета социална подкрепа от приятелите изпитват по-рядко следродилна депресия.

За да се провери моделът на съвместно действие на двата аспекта на социалната подкрепа и въздействието им върху следродилната депресия беше проведена серия от множествени регресионни анализи, чийто дизайн предполага конструирането на регресионно уравнение със зависима променлива една от петте скали, чрез които са измерени аспектите на следродилната депресия, а като независими променливи се включват възприетата социална подкрепа от приятели и семейство.

Първият регресионен анализ показва статистически незначимо влияние ($p < 0,05$) на социалната подкрепа от семейството върху нивото на следродилни негативни емоции ($\beta = -0,415$), но влиянието на социалната подкрепа от приятели се оказва незначим фактор, макар и корелацията му с променливата да е статистически значима. Данните за значимите ефекти на възприетата социална подкрепа от семейството върху следродилните негативни емоции могат да бъдат проследени ясно на таблица 4 и фигура 1, макар и да са оформени на клъстери, поради особеностите на скалите за отговори.

Табл. 4. Резултати от множествена регресия, изследваща влиянието на възприетата социална подкрепа върху следродилните негативни емоции ($N=107$)

Модел	Нестандартизирани коефициенти		Стандартизирани коефициенти	t	p	Прецизиран коефициент на дисперсия R^2	
	B	Стандартна грешка	Beta				
1	(Константа)	15,440	1,106		13,959	0,000	
	Подкрепа от приятели	-0,095	0,082	-0,113	-1,155	0,251	0,312
	Подкрепа от семейство	-0,275	0,065	-0,415	-4,232	0,000	0,469



Фиг. 1. Ефект на възприетата социална подкрепа от семейството върху следродилните негативни емоции

Фигура 1 показва, че с покачването на бала за възприета социална подкрепа от семейството, нивото на следродилни негативни емоции намалява, като има и немалко изключения от тази обща линия на резултатите – все пак влиянието на социалната подкрепа от семейството не е с висок коефициент.

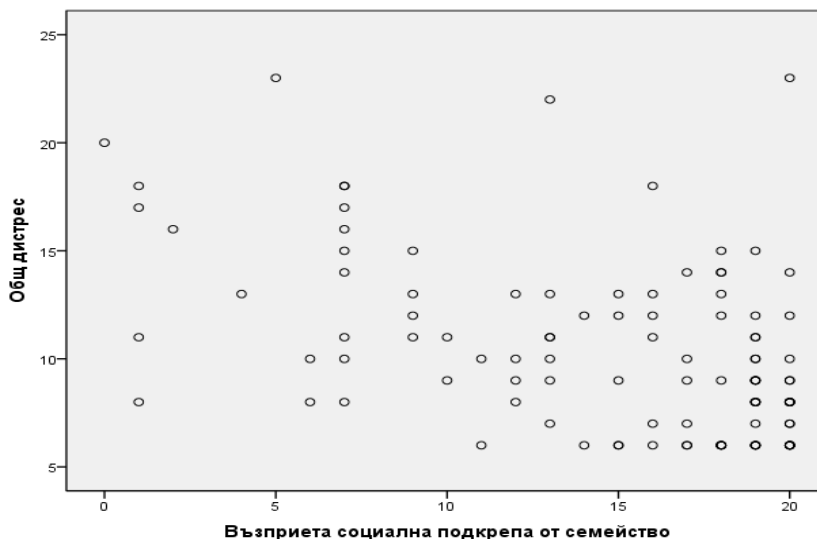
Следващите представени данни са от регресионния анализ на влиянието на социалната подкрепа върху баловете по скалата за общ дистрес.

Табл. 5. Резултати от множествена регресия, изследваща влиянието на възприетата социална подкрепа върху общия дистрес (N=107)

Модел	Нестандартизирани коефициенти		Стандартизиран и коефициенти	t	p	Прецизиран коефициент на дисперсия R ²	
	B	Стандартна грешка	Beta				
1	(Константа)	15,345	1,209		12,697	0,000	
	Подкрепа от приятели	0,017	0,090	0,019	0,190	0,850	0,215
	Подкрепа от семейство	-0,354	0,071	-0,488	-4,979	0,000	0,479

Таблица 5 показва, че има статистически незначимо влияние на социалната подкрепа от семейството върху нивото на общ дистрес ($\beta = -0,415$; $p < 0,01$), но влиянието на социалната подкрепа от приятели отново не е значим фактор, дори при статистически

значима корелация. На фигура 2 може да се наблюдава зависимостта между социалната подкрепа от семейството и общия дистрес на изследваните родители.



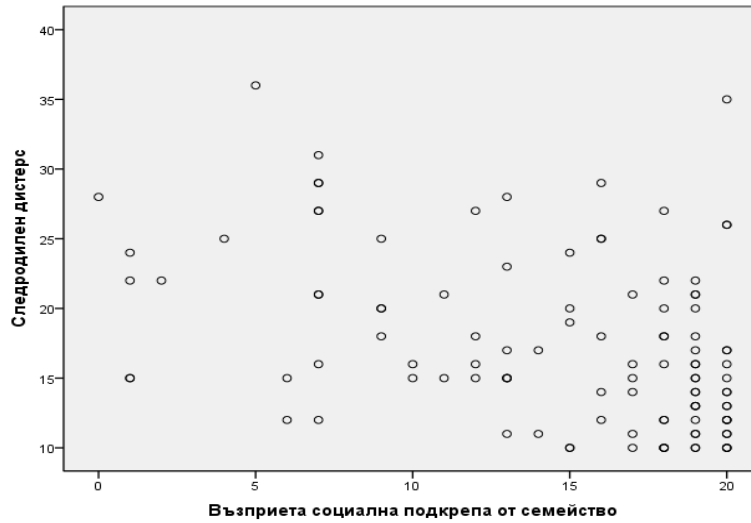
Фиг. 2. Ефект на възприетата социална подкрепа от семейството върху общия дистрес

Вижда се, че с покачването на възприетата социална подкрепа от семейството намалява изпитания общ дистрес при повечето изследвани лица. Аналогични са резултатите и при следродилния дистрес (вж. табл. 6).

Табл. 6. Резултати от множествена регресия, изследваща влиянието на възприетата социална подкрепа върху следродилния дистрес (N=107)

Модел	Нестандартизирани коефициенти		Стандартизиран и коефициенти	T	p	Прецизиран коефициент на дисперсия R ²	
	B	Стандартна грешка	Beta				
1	(Константа)	24,239	1,885		12,858	0,000	
	Подкрепа от приятели	-0,041	0,141	-0,030	-0,290	0,773	0,217
	Подкрепа от семейство	-0,425	0,111	-0,391	-3,835	0,000	0,406

Отново единствено възприетата социална подкрепа от семейството, не и от приятелите, се оказва значим предиктор на променливата, в случая, следродилния дистрес ($\beta = -0,391$; $p < 0,01$). Колкото по-висок резултат имат изследваните лица по скалата за възприета социална подкрепа от семейство, толкова по-нисък е резултатът им по скалата за следродилен дистрес (вж. фиг. 3).



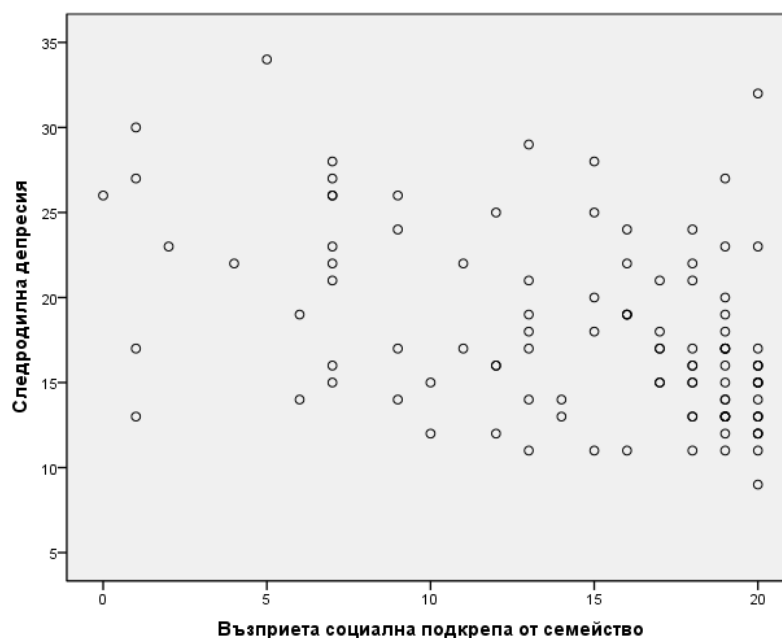
Фиг. 3. Резултати от множествена регресия изследваща влиянието на възприетата социална подкрепа върху следродилната депресия (N=107)

Таблица 7 показва значим ефект на подкрепата от семейство ($\beta = -0,381$; $p < 0,01$), но не и на подкрепата от приятели, където също беше открита значима корелация със следродилната депресия.

Табл. 7. Резултати от множествена регресия, изследваща влиянието на възприетата социална подкрепа върху следродилната депресия (N=107)

Модел	Нестандартизирани коефициенти		Стандартизиран и коефициенти	t	p	Прецизиран коефициент на дисперсия R ²	
	B	Стандартна грешка	Beta				
1	(Константа)	25,108	1,606		15,632	0,000	
	Подкрепа от приятели	-0,145	0,120	-0,120	-1,207	0,230	0,303
	Подкрепа от семейство	-0,361	0,095	-0,381	-3,818	0,000	0,438

Фигура 4 илюстрира ефекта на възприетата социална подкрепа от семейството върху баловите за следродилна депресия.



Фиг. 4. Резултати от множествена регресия изследваща влиянието на възприетата социална подкрепа върху следродилната депресия (N=107)

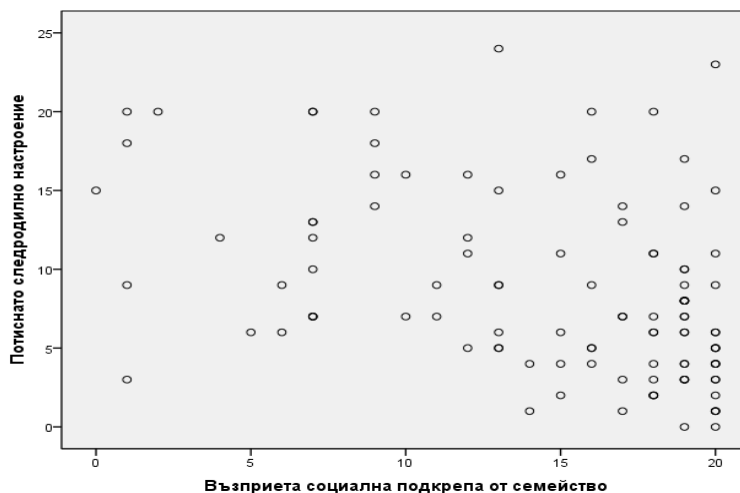
Фигура 4 отново демонстрира, че клъстерите от високи стойности за възприета социална подкрепа от семейството отговарят по-често на ниски стойности за следродилна депресия, с изключения.

Последната скала, свидетелстваща за наличието на следродилна депресивна симптоматика, е тази за потиснато следродилно настроение. При нея отново значим предиктор се оказва само възприетата социална подкрепа от семейство. Данните са представени в таблица 8.

Табл. 8. Резултати от множествена регресия, изследваща влиянието на възприетата социална подкрепа върху потиснатото следродилно настроение (N=107)

Модел	Нестандартизирани коефициенти		Стандартизиран и коефициенти	t	p	Прецизиран коефициент на дисперсия R ²	
	B	Стандартна грешка	Beta				
1	(Константа)	16,217	1,759		9,221	0,000	
	Подкрепа от приятели	-0,164	0,131	-0,126	-1,250	0,214	0,297
	Подкрепа от семейство	-0,367	0,103	-0,357	-3,548	0,001	0,418

Таблица 8 показва, че въпреки значимата корелация на потиснатото следродилно настроение със социалната подкрепа от приятели, този фактор не оказва значим ефект върху следродилното настроение. Ефектът на възприетата подкрепа от семейство обаче, е значим ($\beta = -0,357$; $p < 0,01$), а фигура 5 го илюстрира.



Фиг. 5. Ефект на възприетата социална подкрепа от семейството върху негативното следродилно настроение

В заключение може да се каже, че спрямо взаимовръзките между възприетата социална подкрепа от приятели и семейство и скалите, измерващи един или друг аспект на следродилната депресивна симптоматика, хипотези 1 и 2 получават подкрепа: колкото по-високи са нивата на възприета социална подкрепа, толкова по-ниски са баловете по скалите за следродилна депресия. По отношение на социалната подкрепа от семейство, регресионните анализи показаха, че тя е не просто свързана със следродилната депресия, а неин предиктор, спрямо всички използвани инструменти. Но това не беше така за социалната подкрепа от приятели. След като психометричните качества на скалата са добри, може да се заключи, че полученият резултат е достоверен и наистина подкрепата от приятели, или поне възприятието за нея, не оказват влияние върху симптомите на депресия след раждането. Това откритие отговаря на резултатите от предишни изследвания: Negron et al. (2013) посочват като главни потребности, споделени от майки след раждането им, инструменталната подкрепа от партньора и другите членове на семейството, които са ключови за емоционалното възстановяване, докато за подкрепата от приятели не се споделя

такава нужда; други автори също акцентират върху значението на подкрепата от семейството, особено от страна на партньора, като по-важно от това на останалите близки (O'Hara, 1986; Misri et al., 2000; Dennis & Ross, 2006). Подкрепата от приятели и следродилната депресия вероятно са свързани посредством трети променливи. Възможно е, например, родителите с възприятие за по-висока подкрепа от приятели да търсят такава от хората до себе си като цяло и да са избрали партньор, който им оказва повече помощ в различни аспекти на думата. Друг вариант е и тези хора да са отгледани от семейства, в които социалната подкрепа е висока ценност и така да получават сериозна подкрепа от семейството си, а да намират и такива приятели, макар и те да не са интегрален фактор за следродилното им състояние. А и обратната връзка е възможна – родителите, които се чувстват по-стабилно след раждането да виждат приятелите си като по-подкрепящи, докато родителите, страдащи от депресивни симптоми, да имат по-черногледо виждане около себе си и затова да оценяват получената подкрепа от приятелите си по-ниско.

Връзки между негативните афекти и аспектите на следродилната депресия

За да се проверят останалите три поставени хипотези, бяха изследвани различията по измерените маркери за следродилна депресия, според това дали изследваните лица имат висок или нисък бал по скалите на Въпросника за депресивно-тревожен дистрес. Тук са представени различията по скалите за следродилна депресия, като независимата променлива е балът за негативни афекти. Изследваните лица са разпределени в две приблизително равни групи: 57 ИЛ с нисък бал за негативни афекти ($\mu < 1$) и 50 ИЛ с висок бал за негативни афекти ($\mu \geq 1$); общата за извадката средна по променливата е $\mu = 1,39$. С помощта на данните от тези две групи изследвани родители, беше проведена серия от Т-тестове на Стюдънт за независими извадки.

Табл. 9. Резултати от Т-тестове за разлика между баловете на ИЛ с високи и ниски нива на негативни афекти по маркерите за следродилна депресия (N = 107)

	Т-стойност	Значимост (p)	Разлика в средните
Общ дистрес	5,453	0,000	3,919
Следродилен дистрес	5,976	0,000	6,256
Следродилни негативни емоции	4,684	0,000	3,171
Следродилна депресия	4,932	0,000	4,603
Потиснато следродилно настроение	4,731	0,000	4,947

Описателните статистики на двете групи показва, че по всяка една скала изследваните лица, които по принцип в живота си изпитват повече негативни афекти, отбелязват по-висока средна. Най-големи са разликите по скалата следродилен дистрес, последвани от тези по скалите за следродилна депресия и потиснато следродилно настроение, а най-малка е разликата при общия дистрес и следродилните негативни емоции. Тези резултати показват, че общите негативни афекти в живота на родителите са най-голям фактор за резултатите по скали, които измерват най-близките до следродилната депресия явления; колкото по-обща стават те (например, общ дистрес), толкова по-малка е разликата между групите. Това отговаря на цитираните автори, докладващи за по-честите депресивни преживявания преди раждането при жени с установена следродилна депресия (Horowitz & Goodman, 2004; Kumar & Robinson, 1984; Phillips & O'Hara, 1991; O'Hara, 1995).

Табл. 10. Описателни статистики на ИЛ с високи и ниски нива на негативни афекти по маркерите за следродилна депресия ($N = 107$)

	Бал Негативни афекти	Средна	Стандартно отклонение
Общ дистрес	≥ 1	12,48	4,496
	< 1	8,56	2,529
Следродилен дистрес	≥ 1	20,80	6,341
	< 1	14,54	4,080
Следродилни негативни емоции	≥ 1	11,82	4,173
	< 1	8,65	2,504
Следродилна депресия	≥ 1	20,34	5,520
	< 1	15,74	4,104
Потиснато следродилно настроение	≥ 1	11,28	6,446
	< 1	6,33	3,865

Според тези резултати, хипотеза 3 получава подкрепа: хората, които изпитват повече общи негативни афекти, са по-склонни да преживяват следродилна депресия.

Връзки между соматичната тревожност и аспектите на следродилната депресия

Аналогични анализи бяха проведени и спрямо соматичната тревожност, преживявана като цяло от изследваните родители. Те бяха разпределени в две групи: 52 ИЛ с висока соматична тревожност ($\mu \geq 1$) и 55 ИЛ с ниска соматична тревожност ($\mu < 1$), при средна за извадката $\mu = 1,21$. Чрез Т-тестове на Стюдънт за независими извадки бяха проучени разликите между двете групи по петте скали, индикиращи следродилна депресивна симптоматика:

Табл. 11. Резултати от Т-тестове за разлика между баловете на ИЛ с високи и ниски нива на соматична тревожност по маркерите за следродилна депресия (N = 107)

	Т-стойност	Значимост (p)	Разлика в средните
Общ дистрес	4,973	0,000	3,576
Следродилен дистрес	5,642	0,000	5,900
Следродилни негативни емоции	3,174	0,002	2,215
Следродилна депресия	3,787	0,000	3,698
Потиснатото следродилно настроение	4,632	0,000	4,769

Аналогично на резултатите при негативните афекти, виждаме статистически значима разлика между групите при всяка една променлива, индикираща следродилна депресия. Разликите в точки варират между малко повече от 2 при следродилните негативни емоции, през разлики между 3 и 4 точки при следродилната депресия и общия дистрес, до най-високите разлики от приблизително 5 и 6 точки респективно при потиснатото следродилно настроение и следродилния дистрес. Описателните статистики отново показват, че по-високите резултати по петте скали са при изследваните лица с по-висока соматична тревожност.

Табл. 12. Описателни статистики на ИЛ с високи и ниски нива на соматична тревожност по маркерите за следродилна депресия (N = 107)

	Бал Соматична тревожност	Средна	Стандартно отклонение
Общ дистрес	>= 1	12,23	4,431
	< 1	8,65	2,770
Следродилен дистрес	>= 1	20,50	6,182
	< 1	14,60	4,441
Следродилни негативни емоции	>= 1	11,27	4,145
	< 1	9,05	2,934
Следродилна депресия	>= 1	19,79	5,672
	< 1	16,09	4,292
Потиснатото следродилно настроение	>= 1	11,10	6,159
	< 1	6,33	4,265

Тук най-големите разлики не са при скалата за следродилна депресия, а при скали, които са по-свързани с цялостния дистрес, включващ и тревожни симптоми. Именно такава е и очакването, тъй като все пак независимият фактор е соматична тревожност.

Резултатите са в подкрепа на хипотеза 4: хората, които изпитват по-висока соматична тревожност, са по-склонни да преживяват следродилна депресия.

Връзки между депресивно-тревожния дистрес и аспектите на следродилната депресия

Последната хипотеза на изследването засяга връзката между следродилната депресия и тревожно-депресивния дистрес, изпитван през живота като цяло. За проверка на тази хипотеза извадката отново беше разделена на две групи: 44 ИЛ с ниски нива на депресивно-тревожен дистрес ($\mu < 1$) и 63 ИЛ с високи нива на депресивно-тревожен дистрес ($\mu \geq 1$), където средната на цялата извадка по тази скала е $\mu = 1,91$. Таблица 14 показва резултатите от проведените Т-тестове на Стюдънт за независими извадки, които проучват дали двете групи се различават в баловете си по петте скали в изследването, използвани за измерване на следродилна депресивна симптоматика.

Табл. 13. Резултати от Т-тестове за разлика между баловете на ИЛ с високи и ниски нива на депресивно-тревожен дистрес по маркерите за следродилна депресия (N = 107)

	Т-стойност	Значимост (p)	Разлика в средните
Общ дистрес	7,457	0,000	4,488
Следродилен дистрес	8,031	0,000	7,124
Следродилни негативни емоции	6,125	0,000	3,580
Следродилна депресия	7,291	0,000	5,908
Потиснатото следродилно настроение	7,119	0,000	6,229

Вижда се, че и депресивно-тревожния дистрес, както негативните афекти и соматичната тревожност, е фактор за симптомите на следродилна депресия. Всъщност, тук разликите в средните по петте скали, индикиращи следродилна депресия, са най-големи в сравнени с другите два фактора на Въпросника за депресивно-тревожен дистрес. Най-висока е разликата при следродилния дистрес, последвана от тази при потиснатото следродилно настроение и следродилната депресия, а най-малки са разликите отново по скалите, измерващи по-дифузни съвкупности от симптоматика като скалата за общ дистрес и за следродилни негативни емоции. Описателните статистики на двете групи показват какви точно са различията помежду им:

Табл. 14. Описателни статистики на ИЛ с високи и ниски нива на соматична тревожност по маркерите за следродилна депресия (N = 107)

	Бал Депресивно-тревожен дистрес	Средна	Стандартно отклонение
Общ дистрес	>= 1	12,24	4,149
	< 1	7,75	1,978
Следродилен дистрес	>= 1	20,40	5,975
	< 1	13,27	3,113
Следродилни негативни емоции	>= 1	11,60	3,929
	< 1	8,02	2,063
Следродилна депресия	>= 1	20,32	5,168
	< 1	14,41	3,201
Потиснато следродилно настроение	>= 1	11,21	5,787
	< 1	4,98	3,210

По всяка една скала, послужила за маркер на следродилната депресия, изследваните родители с висок депресивно-тревожен дистрес, преживяван като цяло, получават значимо по-високи балове. Този резултат подкрепя предишните открития за това, че депресивните симптоми и епизоди в живота са рисков фактор за отключване на следродилна депресия (Horowitz & Goodman, 2004; Kumar & Robinson, 1984; Phillips & O'Hara, 1991; O'Hara, 1995) и подкрепя хипотеза 5: които изпитват по-висок тревожно-депресивен дистрес, са по-склонни да преживяват следродилна депресия.

За проверка на хипотезите бяха направени редица корелационни и регресионни анализи, които да проучат връзките между социалната подкрепа и аспектите на следродилна депресия, както и група Т-тестове на Стюдънт, които да установят разлики в аспектите на следродилната депресия, според нивата на изпитваните негативни афекти, соматична тревожност и депресивно-тревожен дистрес в живота като цяло.

ОГРАНИЧЕНИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Ограничения: малко мъже; еднородна извадка откъм възраст на бебето; повече родители от различно местоживеене и семеен статус;

При интерпретацията на резултатите и извеждането на заключенията от настоящото изследване следва да се имат предвид някои ограничения, част от които могат да бъдат избегнати при моделиране на бъдещи изследвания по темата и в областта като цяло. Резултатите не могат да бъдат генерализирани за цялата популация, тъй като родителите, взели участие в изследването са предимно млади хора от столицата – приблизително 25% от изследваните лица живеят извън София, като сред тях броят участници от малки градове или села е минимален. Редно е да се проведе изследване с по-разнородна извадка, където всички възрастови групи и населени области на България са репрезентирани. Също така, всички пет инструмента за количественото проучване са нови за България – преди резултатите от тях да се зачетат като доверени, следва адаптацията им да се разгледа подробно и те да бъдат стандартизирани сред обширна извадка, репрезентираща представително популацията. Същото се отнася и до фактора семеен статус – нито един от изследваните родители не е самотен, а подкрепата от партньор е може би най-значимият фактор за развитието на следродилна депресивна симптоматика. Важно е в бъдещи изследвания да се включат и родители, които са разведени, отглеждайки децата си сами или в определена форма на споделено попечителство, както и родители, загубили партньора си.

Други особености на изследването, които могат да бъдат посочени като ограничения, са отново променливи, свързани с извадката. В нея са включени лица от двата пола, тъй като все пак следродилната депресия не е и няма защо да бъде изолирано явление само при майките. Броят на изследваните мъже обаче, е изключително ограничен – нужна е по-голяма група, която да позволи анализа на полови различия и генерирането на достоверни изводи. Важен фактор в изследването е също възрастта на бебетата, чиито родители са изследвани. В настоящата извадка са включени родители на деца от 0 до 36 месеца, но статистиката показва, че незначителен брой от тях са на възраст над една година. Предвид, че следродилната депресия е явление, силно зависимо от изминалия след раждането период, бъдещи изследвания по темата е разумно да проследят симптоматиката в няколко различни периода след раждането, и то при едни и същи изследвани лица.

НАУЧНА НОВОСТ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Резултатите от изследването, освен теоретично значение за по-задълбочено изучаване и разбиране за симптомите на следродилната депресия при родители имат приложение и в консултативната практика. Изводите могат да послужат при интегрирането на по-холистичен подход при консултирането на майки и бащи след раждането на дете, което може да допринесе за минимизиране на рисковите фактори и/или за своевременно и ефективно овладяване на симптоматиката. Друга насока за социалната практика е необходимостта от повишаване на квалификацията на консултантите за повишаване здравния статус на родителите и децата. Подобна превантивна стратегия може да доведе до успешна работа с проблематиката в консултантската практика и здравната грижа в страната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И БЪДЕЩИ НАСОКИ

Представеният труд се фокусира върху следродилната депресия при родители, която оказва съществено влияние върху живота на засегнатите семейства. От една страна тя е фактор за индивидуалното социално-психологично благополучие на всеки един в двойката и доброто им съвместно функциониране, а от друга се отразява върху развитието на децата и формирането на трайни личностови диспозиции у тях.

За разлика от следродилната емоционална нестабилност, която е често срещано състояние, отшумяваща с времето без особени мерки, следродилната депресия причинява значителен стрес и дисфункция. Както е известно, депресивната симптоматика, която не се посрещне с необходимата интервенция, създава риск, както за повтарящо се заболяване, така и за актуални и/или отсрочени проблеми в близкото обкръжение, което при следродилната депресия касае когнитивни, емоционални и поведенчески отклонения при децата.

Представеният в този труд литературен обзор показва, че първите сведения в Европа за научен интерес към това психично страдание при жените датират от преди близо двеста години и от тогава в света е натрупан богат емпиричен и теоретичен материал, който

показва , че това е реален здравен проблем със значително разпространение и социални последици. Следродилна депресия при мъжете до скоро остава пренебрегната в световен мащаб и все още е сравнително по-малко изучена. Но нейните съвременни изследователите представят съществени доказателства, че тя съществува и е в сериозна зависимост от състоянието на майката. В резултат на това вече се налага убеждението, че вниманието на специалистите и институциите по превенция и лечение на това психично страдание трябва да се насочи и към двамата родители.

У нас до момента следродилната депресия е получила изненадващо малко внимание. Наличната информация е с научно – популярен характер и може да се намери във форумите на дамски групи за самопомощ, „женски“ списания и ТВ предавания, сайтове за психологично консултиране.

Именно този дефицит от систематизирано и задълбочено проучване на този проблем в контекста на убеждението за неговата социално-психологична значимост е водещият мотив на настоящия труд.

Очевидно е, че ранната идентификация на факторите на следродилната депресия и правилната и навременна интервенция могат да спрат нейното възникване и/ или да минимизират негативните последици.

Изследванията за възникване и генезиса на това психично страдание са необходими за българската култура от гледна точка преодоляване на стигматизацията на психичната болест изобщо и в частност на наложения социокултурен модел за идеализиране на майчинството като източник предимно на положителни емоции. Респективно е важно да бъдат разработени адекватни практики за неговата диагностика, превенция и интервенция.

Във връзка с това най-належащо е стандартизирането на метод за скрийнинг и диагностика, достъпен за общопрактикуващите лекари, педиатрите и социалните работници в областта на детското и майчиното здравеопазване. Следваща стъпка е неговото имплементиране в здравната система чрез осигуряването на консултативни и терапевтични практики за намаляване на риска от развитие на следродилна депресия и свързаните с нея усложнения, както и намаляване на негативните последици от нея.

Ключов момент в превенцията на следродилните психични нарушения е на първо място да се повиши осведомеността на здравните специалисти, така че тези състояния да

могат да бъдат профилактирани или рано установени и своевременно лекувани. Усилията трябва да бъдат положени и по отношение информираността на бъдещите майки и татковци и обществото като цяло, за да бъдат хората по-чувствителни към симптоматиката и да се реагира своевременно и адекватно още при първите индикации.

Стремежът на дисертационния труд е да инициира сред научната общност интерес към проучването на всички аспекти на следродилната депресия у нас и идентифициране на добрите практики за диагностика, превенция и лечение.

Представените методи и установените закономерности от проведените изследвания могат да послужат за развитие в тези насоки, тъй като те имат реален функционален потенциал при прилагането им за промяна на здравните практики в адресирането на следродилната депресия в България.

СПРАВКА ЗА НАУЧНИТЕ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Дисертационният труд е базиран на био-психо-социалния подход, на който се основава психологията на здравето. В тази връзка са разгледани същността и изследователските подходи за след родилната депресия, като са интегрирани психосоциалните фактори, които допринасят и са свързани с появата и развитието на симптомите и подходите за справяне.
2. Реализираните качествено и количествено емпирични изследвания поставя началото на по- комплексно проучване върху факторите за след родилната депресия у нас като показват влиянието на дистреса и травматичните преживявания за нейното възникване и протичане. Представените резултати дават възможност за по- задълбочено разбиране на връзката между симптомите на след родилната депресия и стратегиите за справяне при родителите.
3. Оригинален принос е адаптирането за първи път в българския социокултурен контекст на инструментариум от въпросници и скали за изследване на връзката между психологическите характеристики и следродилната депресия при майки и бащи. Адаптираната методика може успешно да се използва в консултантската практика за подобряване на здравната грижа.
4. Оригинален принос на дисертационното изследване е разработването на въпросник за полу-структурирано интервю за родители за изследване на взаимовръзките между дистрес и травматични изживявания и развитието на симптомите на след родилната депресия, както и индукцията на симптоматиката между родителите.
5. Друг принос е представянето на терапевтични практики и подходи за минимизиране на рисковите фактори и/или за своевременно и ефективно овладяване на симптоматиката. Разглеждането и показването им като такива има потенциала да развие специализираната помощ, която да допринесе за повишаване здравния статус на родителите и децата.
6. Дисертационният труд има съществена информационна стойност, която да се използва за повишаване на здравната култура на различни целеви групи. На първо място за подобряване на осведомеността и подготовката на здравните специалисти

при среща с проблема, което е решаващ момент в превенцията и лечението на следродилните психични състояние, така че тези състояния да могат да бъдат рано идентифицирани и своевременно лекувани. На второ място, но не по значимост, е привличане вниманието на научната общност в областта за продължаващи изследвания, както и разпространяване на информация сред широката общественост за същността, рисковете и последствията от следродилната депресия с оглед преодоляване на стигмата към психичното страдание изобщо и в частност към следродилната депресия, която засяга млади хора в репродуктивна възраст.

7. Установените закономерности от проведените изследвания и методите за превенция, ранна диагностика и ефективна интервенция имат реален функционален потенциал за промяна на здравните практики в адресирането на следродилната депресия в България.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ПРОБЛЕМАИКАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

Geneva, R., Karabeliova, S. (2019). Psychological Dimensions as correlates of Parental Postnatal Depression. 33rd Annual Conference of the European Health Psychology society.

Geneva, R., Karabeliova, S. Psychological Aspects of Postnatal Depression Among Parents. *15th Days of Applied Psychology 2019*. Nis: University of Nis (in press)

Генева, Р. (2020). Симптоми на следродилна депресия при родители. *Клинична и консултативна психология*. София: ИК „Стено” (под печат).