

**Списък и резюмета**  
**на научните публикации и участия в научни форуми**  
**на д-р Райна Нончева Мандова, д.м**

**1. Дисертационен труд**

Мандова, Р.“ Проспективно, лонгитудинално проучване на произхода, спецификата и значението на резидуалните депресивни симптоми ( с фокус подпрагови симптоми) при рекурентна и биполярна депресия“ Дисертация за присъждане на научна и образователна степен „доктор“ Варна, 2013 г, 157 стр.

Автореферат на дисертация за присъждане на научна и образователна степен „Доктор“, Варна, 2014 г, 60 стр.

**ПРИНОСИ С ОРИГИНАЛЕН ХАРАКТЕР**

1. За първи път е проведено проспективно, лонгитудинално проучване с проследяване за 6 месеца на динамиката на РДР и БАР след индексен депресивен епизод.

2. Разработена е методология на проучването и на тази основа е конструиран специфичен изследователски подход с оценъчни и самооценъчни клинични и психологични инструменти.

3. Разработен е по-детайлно проблема за подпраговите симптоми при РДР и БАР и са получени собствени данни за спецификата и значението на ППС в протичането на ремисията и възстановяването след епизод на депресия.

4. Проследена е еволюцията на подпраговите и надпраговите симптоми в сравнителен план при РДР и БАР депресия.

5. Очертани са важни различия в протичането на рекурентната и биполярната депресия, както и факторите, допринасящи за това, което спомага за развитието на въпроса за краткосрочната и средносрочната прогноза при тези разстройства.

6. За първи път в психиатрични проучвания у нас се използва петфакторния модел на личността (NEO-PIR), с помощта на който се откриват корелации между личностовите черти и резидуалната подпрагова депресия и се очертава личностния профил на пациентите с рекурентна и биполярна депресия.

7. Относно произхода на резидуалните подпрагови симптоми, анализа на данните показва, че тревожността и анхедонията имат двойна детерминираност, като тревожността корелира в по-голяма степен с определени личностови черти, отколкото анхедонията.

### **ПРИНОСИ С ПОТВЪРДИТЕЛЕН И НАУЧНО–ПРИЛОЖЕН ХАРАКТЕР.**

1. Доказана е ролята на резидуалните ППС за релапсите и рецидивите при РДР и БАР депресия. Това показва важността на диагностицирането и лечението на подпраговите резидуални симптоми.

2. Описани са и са приложени клинични методи за регистриране и оценка на ППС, което би могло да намери приложение в обичайната клинична практика.

3. Тъй като данните показват, че психологичните фактори имат определено значение за произхода и спецификата на резидуалните подпрагови симптоми, това определя и важността на психологичната терапия в комплексното лечение на афективните разстройствата.

4. Нашите данни потвърждават, че личностният невротизъм има важна роля в персистирането на тревожните симптоми в ремисия при рекурентна депресия и по-малко при биполярна депресия, а екстраверсията се свързва с по-пълноценни ремисии и по-малко резидуални симптоми. Това отчасти обяснява и по-затегнатия ход на протичане на рекурентните депресии, с по-трудно постигане на пълноценна ремисия.

5. Тъй като рекурентните подпрагови симптоми водят до повече релапси и рецидиви, а от там и до по-висока цена за обществото и пациентите, в здравната политика по отношение на психичните разстройства трябва да бъдат предприети съответните действия - обучителни, организационни и финансови за справяне с проблема.

## 2. Монографии и учебници

2.Учебник по Психиатрия за мед. сестри и акушерки,2015, МУ-Варна,Глава 6, стр 87-105, Афективни разстройства. БАР. Сестринска Диагноза, П.Маринов, **Р.Мандова**

Клинична картина, протичане, диагноза и диференциална диагноза на биполярното разстройство. Обсъдени са накратко използваните методи за лечение. Представена е ролята на медицинската сестра в обгрижването на пациенти с БАР. Представени са клинични случаи, в които е разгледано мястото на медицинската сестра и екипа по отношение на пациенти с риск от агресивни действия и суицидни идеи и намерения.

3.Psychopathology. Theory, Perspectives and Future Approaches, 2013, Nova publishers, Chapter 7, Subthreshold symptoms in affective disorders, G.Popov, **R.Mandova**

### ABSTRACT

Subthreshold symptoms (STS) in affective disorders are observed primarily during the prodromal phase and in the relapse and recovery phases where they are known as residual symptoms. They are of high medical, psychological and socio-economic significance because they tangibly increase the risk of becoming a recurrent and chronic disease and in this way they increase manifold the cost of affective disorders and related suffering.

The study elicits the points of similarity and differentiation between the STS and the subsyndromal symptoms (SSS) as well as their role in forming a syndromologic diagnosis. It gives the basic guidelines for STS and SSS clinical identification. It also discusses their significance in prompting a relapse, recurrence and chronicity of affective disorders.

It analyzes the theory of complex non-linear dynamic systems and justifies the claim that STS represents an element of these systems and possesses their basic characteristics. The study also defines the so-called “dosed instability” and justifies its critical significance of STS for the health or the disease.

4.Учебник по психиатрия за лекари, 2018, МУ-Варна, под печат, Биполярно афективно разстройство.**Мандова Р.**, Тодорова К

Разстройствата на настроението не са нещо ново за човечеството. Описания на тези разстройства са открити още в древногръцките и персийски записки. Тези ранни писания не само описват промените в настроението, но и проследяват хода им лонгитудинално. Те описват индивиди, които в определени етапи от живота си „са много тъжни и потиснати” и то без видима причина, а в други моменти, същите тези хора стават „ изключително „ приказливи и самоуверени”. През последните години непрекъзснато расте интересът към биполярното афективно разстройство. Причината за това са не само нарасналите възможности за медикаментозно лечение,но и развитието на концепцията за нефармакологични интервенции и грижи за пациентите. Целите на екипите, ангажирани в лечението на пациентите с биполярно разстройство са ранна диагностика на разстройството, прилагането на оптимални фармакологични и психологични грижи, които включват лечение на епизодите и превенция на бъдещи епизоди.

5.Границите на афективността, **Мандова Р** МУ-Варна, Стено, Варна, 2018, 135 стр

В последните десетилетия на 20-ти век има тенденция да се надценява диагностицирането на ендогенната депресия и респ. на рекурентното депресивно разстройство,то в следващите години диагнозата БАР набира голяма експанзия. Някой от най-известните изследователи в тази област като Akiskal,Angst,Goodwin,Jamison,Ghaemi смятат,че до 40% от всички психиатрични пациенти страдат от разстройство попадащо в биполярния спектър. Немалко са и тези,които твърдят,че подобни оценки са хипердиагностика,а специално Paris (2009) описва поддръжниците на такива становища като „биполярни империалисти”.

Всъщност от всички развития по темата има и важни практически ползи. Знаещите професионалисти имат доста по-големи възможности да изберат правилната и, особено,личностово центрираната диагноза. Освен това,тъй като истината за правилността на диагнозата на афективното разстройство лежи в неговото протичане,вече има доста надеждни маркери за диагнозата и в „напречен срез”,което увеличава възможностите за по-ранна диагноза и за

някаква прогностична оценка. Търсенето на симптоми от обратната полярност при депресивни пациенти се оказва от критично важно значение за лечението и оцеляването на пациента. Проблемът за подпратовата психопатология може да е дискуссионен по отношение на нормалността, но той е от изключително значение за боледуващите от афективни разстройства, защото означава, че болестта персистира, макар и да не е манифестна и това изисква агресивно лечение. Могат да се набележат още редица ползи за практиката, някои от които са обсъдени в клиничните случаи, които са представени в монографията.

### 3. Научни публикации в български и чуждестранни периодични издания и сборници

6. Психиатрия, бр.3-4, 2012, Разграничение между биполарна и униполарна депресия, Р. Мандова

#### Въведение

---

Това е кратък преглед на проучванията, които сравняват униполарна и биполарна депресия с акцент върху протичането, симптоматиката, невробиологията и психосоциалната литература. Те се разглеждат, като пораждаат въпроса: данните потвърждават ли диагностицирането на униполарна и биполарна депресия като едно и също заболяване или като различни?

7. Неврология и психиатрия, бр 2/2012, стр 45, Клинична оценка и идентификация на подпратови симптоми при афективни разстройства, Г. Попов, Р. Мандова

**Резюме:** Подпратовите симптоми (ППС) при афективните разстройства се наблюдават преди всичко в продромалната фаза и във фазата на ремисия и възстановяване, където са известни като резидуални симптоми. Те са с висока медико-психологична и социално-икономическа значимост за системата на психичноздравните грижи, защото значимо повишават риска от рецидиви и хронифициране на болестта и по този начин многократно повишават цената на афективните разстройства и страданието, свързано с тях. Настоящото проучване поставя концептуалните и методологичните рамки на голям изследователски проект относно подпратовите и резидуалните симптоми при рекурентно депресивно разстройство и биполарно афективно разстройство. Изяснява се общото и различното между ППС и субсиндромалните симптоми (ССС), както и тяхната роля във формирането на синдромологичната диагноза. Дават се основните насоки за клиничната идентификация на ППС и СССР. Обсъжда се тяхното значение за възникването на релапс, рецидив и хронифициране на афективните разстройства. Разглежда се и съвременното състояние на проблема за лечението на ППС и СССР.

**Ключови думи:** подпратови симптоми, субсиндромални симптоми, афективни разстройства

## 8. Неврология и Психиатрия, бр 3/2013, стр 55, Терапевтичен мениджмънт на рекурентни подпрагови симптоми при ГДР, Г. Попов, Р. Мандова

Настоящият текст представлява развитие на проучването „Клинична идентификация и оценка на подпрагови симптоми при афективни разстройства“, публикувано в бр. 2/2012 г. на сп. „Неврология и психиатрия“, като сегашната тема се ограничава до терапевтичния подход спрямо подпраговите и праговите резидуални симптоми на рекурентното. Справянето с резидуалните депресивни симптоми представлява значима проблематика по две основни причини. Първо, резидуалните симптоми в ремисия са по-скоро правило, отколкото изключение и водят до релапси, рецидиви и хронифициране на болестта. Второ, липсват клинични проучвания и консенсусни становища относно терапевтичния подход спрямо резидуалните симптоми – прагови и особено подпрагови. В статията се очертават в критична светлина съвременните представи за природата на резидуалните симптоми и произтичащите от това терапевтични стратегии за справяне.

**Ключови думи:** рекурентно депресивно разстройство, резидуални прагови и подпрагови симптоми, терапия

## 9. Мединфо, бр 7/2013, стр 38, Какво се случва с пациентите след депресивен епизод? Р. Мандова, Г. Попов

Преди повече от един век Емил Крепелин разделя психозите на „dementia praecox“ и маниакално-депресивна болест (МДБ), като използва лонгитудиналната прогресия и неблагоприятната прогноза на шизофренията като концепция за разграничаването ѝ от протичащата с пристъпи и последващи ремисии МДБ.

## 10. Мединфо, бр 12/2014, Анхедония и депресия, Г. Попов, Р. Мандова

Анхедонията е един от класическите симптоми в психопатологията и заема основно място в клиничната картина на депресията, но в същото време е значително проучван (в сравнение например с депресивното настроение и тревожността), от което възникват редица диагностични, диференциално-диагностични и терапевтични проблеми. В статията се разглеждат от съвременна гледна точка и в критична светлина основните измерения на темата за анхедонията, включително и практически насоки.

Анхедония е старогръцка дума и буквално означава „без удоволствие“. В психологията и психиатрията е въведена за първи път от Рибо през 1896 г., който я дефинира като „невъзможност за преживяване на удоволствие“. Според него удоволствието не е съставен елемент на различни усещания, а е по-скоро комплексно състояние, изразяващо склонност. По начало различната концептуализация на удоволствието има не само теоретични, но и практически приложения при анхедонията.

През XIX-ти век анхедонията е описана при меланхолия, неврастения и деменция прекокс. Идентифицирани са и няколко допълнителни варианта (Kampbell, 2009): анхедония при субекти, преживели „ерозия на духа“ след остра психотравма или каскада от болезнени събития; анхедония като личностна черта, рефлектираща на амигдала при субекти, чийто живот още от детството е депримиран, безрадостен и социално изолиран; анхедония при лоботомия; анхедония от субстанции (програмирани и т.н.), поради потискане на амигдалата; физическа анхедония, свързана с намалено или липсващо удоволствие от храната, водата (или напитките) и др.

Е. Крепелин свързва анхедонията с „деменция прекокс“ и я описва като „невъзможност на пациентите да изпитват истинска радост от живота, безразличие към социални взаимодействия и загуба на удоволствие от семейство, работа, приятели“. Е. Bleuler отбелязва безразличието на някои шизофреници към техните приятели, както и към живота изобщо, като дефинира анхедонията като базисен белег на тяхното разстройство, който представлява „външен сигнал на тяхното патологично отклонение“. В текста ще се спрем на това, как съвременната феноменологична психопатология разграничава емоционалната притъпеност от анхедонията при шизофренията.

След Крепелин и Блейлер, интересът към анхедонията спада и в своята популярна и фундаментална книга „Обща психопатология“ К. Ясперс не отделя специално място на анхедонията и разглежда загубата на удоволствие като част от апатията.

11. Medicart, 2012, Clinical identification and evaluation of subthreshold symptoms in affective disorders, G. Popov, **R. Mandova**

**Summary:** The subthreshold symptoms (STS) in affective disorders are primarily observed in the prodromal phase and in the relapse and recovery phase where they have been known as residual symptoms. They are of high medical, psychological and socio-economic importance to the psychiatric care system because they tangibly increase the risk of relapse and disease chronicity and, thereby, increase manifold the price of affective disorders and related suffering.

This study frames the concept and methodology of a large research project on subthreshold and residual symptoms in recurrent depressive disorder and bipolar affective disorder.

The study elicits the points of similarity and differentiation between the STS and the subsyndromal symptoms (SSS), as well as their role in forming a syndromologic diagnosis. It gives the basic guidelines for STS and SSS clinical identification. It also discusses their significance in prompting a relapse, recurrence and chronicity of affective disorders. The contemporary condition of the problem for STS and SSS treatment has been addressed, too.

**Keywords:** *subthreshold symptoms, subsyndromal symptoms, affective disorders*

12. Folia Medica, 56,1-2014, p.37, Personality structure and symptoms evolution in affective disorders, **R. Mandova**, I. Alexandrov

**Background:** The difference in the personality structure in patients with affective disorders is not well studied. The interactions among multiple personality traits, influencing the development of mood disorders have been confounded in clinical samples. The personality structure and its influence at symptom evolution in depressive episodes and in remission, especially concerning anxiety symptoms and anhedonia is not well followed.

**Methods:** 85 individuals who represented the full range of personality variation in a sample of adult patients were selected for follow-up by structured and semi-structured psychiatric interviews. The "Big Five" personality testing was performed, evaluating the personality profiles in the five main dimensions. The evolution of depressive symptoms, with special focus of anxiety and anhedonia was followed by HDRS and IDS-C30 clinical scales.

**Results:** There are differences in premorbid personality traits in patients with bipolar and recurrent depression. The main differences are found between patients with MDD and BPD regarding the anxiety symptoms in a depression episode. In patients with recurrent depression in remission, the residual symptoms are more often connected with manifestations of mental and somatic anxiety.

13.GP News, бр.3/2015, Биполярна депресия, С.Димитрова, **Р.Мандова**

В литературата са описани различни модели, които се опитват да обяснят причината за остатъчните симптоми след депресивен епизод. Моделът на „уязвимост” предполага, че предварително съществуващи личностни черти са рисков фактор за развитието на депресия и те могат да персистерат след възстановяването. За разлика от това, моделът „белег” предполага, че депресивните епизоди могат да предизвикват трайни промени в личността. Това подсказва, че при някои пациенти, наличието на „остатъчни симптоми” може да представлява връщане към личностните характеристики на изходно ниво. Алтернативно, остатъчните симптоми могат да представят основния болестен процес, т. е. първоначалното заболяване продължава в по-лека форма.

14.Psychiatry and Clinical Psychopharmacology ISSN: 2475-0573 (Print) 2475-0581 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/tbcp21>, 05.2017, Insight in Bipolar Disorder Patients: The Schrodinger’s Cat **Rayna Mandova**, MD, PhD, Department of Psychiatry and Medical Psychology Medical University, Varna, Bulgaria, Acibadem City Clinic, Varna, Bulgaria

#### ABSTRACT

There are several ways of defining and conceptualizing insight. Clinical concept of insight refers to awareness of a mental disorder and its consequences, awareness of need for treatment, awareness of symptoms and attribution of the symptoms to the disorder. Numerous conceptual models have attempted to explain insight: as a symptom, as a defense, as psychological (misattribution) or neuropsychological phenomenon, or from a sociocultural perspective. Neurobiologically, insight has been associated with frontal lobes and other cortical structures implicated in the highest mental functions. Several instruments exist for assessing insight. Clinical correlates of insight are many but always consistent: severity of illness, psychotic symptoms, depressive symptoms, treatment adherence, quality of life, functioning, violence, and personal qualities such as conformism. In the past ten years there have been more than 200 studies of people” who do not think they are ill”. Most of these studies are involving patients with psychotic disorders. This is a serious issue since these people do not take their medications or participate in programs that could help them, have



higher rates of involuntary commitments, have more contacts with the criminal justice system through misdemeanors and disorderly conducts, and finally have a lower quality of life. Awareness is one of the top two predictors of which patients will take their medication the other being a social support system, friends and loved ones, who respect the patient's point of view and work with them without anger or blame. According to studies, awareness of the signs and symptoms of illness is fully present in about a quarter of patients, moderately or intermittently present in another quarter, and missing in half of patients. Denial of illness does not in itself indicate bad judgment. If you are not ill, then taking medications which have side effects and might harm you is not bad judgment but just common sense. Research has shown that insight into a person's illness is not necessarily associated with the symptoms getting better. Insight in bipolar patients is still not sufficiently studied, especially how insight is fluctuating in different phases of the illness. While in depressive phase patients easily admit their suffering and are motivated to take treatment, in hypomanic or manic states insight is questionable or missing. In conclusion; in recent years, there has been a surge of research into the conceptualization and assessment of insight, as well as its relationships with prognosis, compliance, neuropsychological impairment and severity of psychopathology in psychotic disorders, but there is not enough scientific data about the insight in bipolar disorder. However, these studies have yielded inconsistent results. Different dimensions of insight are probably related to different aspects of outcome, and this needs to be reflected in the individual treatment planning phase. Although important advances have been made in this area, many questions remain unanswered, and these need to be addressed in future research.

15.Смесен афективен епизод.Нови диагностични насоки. **Мандова Р.**, Психиатрия, бр 1, 2014, стр.3-10

---

#### **Резюме**

*Понятието „смесени афективни епизоди“ е предложено за пръв път от Kraepelin и Weygandt през 1899 г. и оттогава е получавало разнообразни дефиниции в различните диагностични класификации. Депресивни епизоди с придружаващи хипоманични или манични симптоми се срещат често според Akiskal & Benazzi, 2003; Zimmermann et al, 2007. Клиничните изследвания показват, че по време на депресия нерядко се явяват слабо изразени манични симптоми, които често се пропускат. Тежестта на депресивните симптоми е сходна, когато в депресивния епизод има манични симптоми и когато няма такива, но при такива пациенти ходът на заболяването е по-неблагоприятен, според Akiskal et al. 2005.*

---

**Резюме:**

Във всичките си форми стигматизирането представлява „инструмент“ за създаване на предразсъдъчна враждебност към „различните хора“; те са маргинализирани, поставяни на социална дистанция и застрашени от реални дискриминационни поведения. Във всичките си форми стигматизирането представлява „инструмент“ за създаване на предразсъдъчна враждебност към „различните хора“; те са маргинализирани, поставяни на социална дистанция и застрашени от реални дискриминационни поведения.

Доколкото пациентите с психиатрични заболявания имат основание да се възприемат като стигматизирани и изолирани, да се опитват да запазят в тайна от познатите и колегите си разстройството, от което страдат, да очакват критичност и отхвърляне от страна на околните.

**Цел:** Да се установи отношението на случайно подбрани здрави доброволци към определени психиатрични диагнози чрез използването на свободни асоциации, свързани с определени психиатрични диагнози

**Ключови думи:** стигма, психична болест, социално мнение

**Б**иполарният спектър, на чийто два противоположни полюса стоят съответно биполарното афективно разстройство (БАР), тип I и рекурентното депресивно разстройство (РДР), а между тях прелива широка гама от клинично нееднородни (междинни) афективни състояния, които са въщност правилото (като честота), а не изключението на афективната патология, представлява сериозно предизвикателство както от диагностична, така и от терапевтична гледна точка. Всеки конкретен случай повдига широк кръг от въпроси, не всички от които имат непосредствен отговор, особено в сетинга на ежедневната консултация, но се нуждаят от мъдър подход и ефективен мениджмънт. Ще представим един подобен случай.

18.Разграничаване на подпраговата биполарност от гранично личностово разстройство., **Мандова Р.**, Психиатрия, бр 2, 2014, стр.15-21

---

#### **Резюме**

*Личностовите разстройства са диагнози, които се поставят при голям процент от пациентите. Това обаче не е валидно за България.*

*Какви са причините, довели до това, не е много ясно. Със сигурност не е различната честота на личностовите разстройства. По-скоро се дължи на фактори, свързани с по-ниската подготовка на психиатрите в България в тази област на диагностиката, обществените нагласи, които отхвърлят „различните“, и страхът от стигматизация на не-болните и нелечимите в класическия смисъл на думата хора, липсата на система за достъп до различни парчета от необходимата ни информация за поставянето на диагнозата, ниското ниво на работа на социалните служби, които иначе биха представлявали важен и надежден източник на информация, огромният процент хора, заети в сивата част от икономиката, което възпрепятства оценката на причини, свързани с напускането и смяната на работното място, липсата на електронно медицинско досие на пациента и т.н.*

*Едно предизвикателство, с което лекарите и изследователите често се срещат, е да се определи дали афективна нестабилност на индивида е израз на биполарно разстройство, гранично личностово разстройство (ГЛР) или и двете.*

---

19. Удоволствие и депресия. Предизвикателството на анхедонията. ., **Мандова Р.**, Психиатрия, бр 2, 2014, стр.22-21

---

#### **Резюме**

*Анхедонията е състояние, при което капацитетът да изпитваме удоволствие е напълно или частично загубен. Въпреки че анхедонията е характеристика на голямото депресивно разстройство и е упомената във всички диагностични ръководници - МКБ-10 и DSM-IV, до момента не е обект на голям интерес и респективно проучвания. В миналото анхедонията е играла важна роля в теориите, свързани с психопатологията на разстройствата. В тази статия ние разглеждаме анхедонията, като започваме от историческата концепция за удоволствието, което има теоретично и практическо приложение в анализите на анхедонията. Анхедонията може да бъде симптом в много от психиатричните разстройства, но преди това по-важният въпрос е дали анхедонията може да бъде личностова черта? Основните методи, чрез които може да бъде оценявана анхедонията и хедонистичния капацитет, са представени в текста. Невроналната система, която е отговорна за удоволствието е изключително добре проучена при хора. Ще направим кратък преглед на невробиологията на анхедонията, която е свързана с дефицитите в хедонистичния капацитет. Към момента все още няма специфичен медикамент, който да възстановява удоволствените преживявания при пациенти с депресия.*

**Ключови думи:** анхедония, депресия, хедонистичен капацитет

---

20. Клиничен случай на коморбидна биполярна пациентка с дилема между смесени черти и ултрабързо циклиране., **Мандова Р.**, Психиатрия, бр 2, 2014, стр.28-32

---

### Резюме

*Биполярната болест има клинични варианти в напречен (като смесените състояния) и надлъжен (като ултрабързото циклиране) срез, които са предизвикателство спрямо диагностичното мислене и терапевтичното поведение. Освен това биполярността често се съпътства с друго психично разстройство, като например злоупотребата с психоактивни вещества (ПАВ). Когато всичко това се съчетае помежду си при един пациент, се получава сложен комплекс, чието решаване изисква съответно комплексен подход. Ще се опитаме да представим една подобна сложна картина.*

---

21.Мания, хипомания, циклотимия и хипертимия-къде свършват границите на меката афективност ., **Мандова Р.**, Психиатрия, бр 3, 2014, стр.3-17

### Мания

Класическата еуфорична мания не може да се сгрещи: повишеното настроение е придружено от грандомания, психомоторна възбуда, прилив на идеи, разсеяност и намалена нужда от сън. Манийният пациент е остроумен, поведението му е експанзивно, шеговито и драматично. Пациентът повдига настроението на клинициста, но може да бъде и дразнещ. Въпреки че този режим на емоционална комуникация е много характерен за манията Akiskal, 1998, в контраст с шизофренията, той не е специално упоменат в диагностичните насоки на МКБ-10 и DSM-5. Може би се смята за ненадежден, тъй като манийното настроение е променливо. Избухването в сълзи е често срещана проява, но не е непременно трайна. Също така, при много пациенти приповдигнатото настроение е толкова прекомерно, че се изпитва като интензивна нервност. Освен това, ако срещне противодействие, пациентът може да стане изключително враждебен. По този начин нестабилността и раздразнителната враждебност са толкова характеристики на маниакалното настроение, колкото и въодушевлението, и са включени като такива ръководства както в МКБ-10, така и в DSM-5.

22. Търсене на идеалния стабилизатор на настроението., **Мандова Р.**, Психиатрия, бр 3, 2014, стр.18-23

---

### **Резюме**

*След въвеждането на нови медикаменти и разширяването на границите на фармакологичното лечение на биполярното разстройство понятия като „стабилизатор на настроението“ стават все по-размити. Това е термин, който се използва за медикаменти от групата на антиепилептичните средства, някои антипсихотици, като остава не дотам добре дефинирано какво се влага в това понятие и кои медикаменти се причисляват към него. Първоначално понятието стабилизатори на настроението се е използвало за лечения, които повлияват поне един аспект от биполярното разстройство – мания, депресия, честотата на циклиране, подпразговите симптоми, без да влошават другите симптоми на заболяването. (1). Тази дефиниция се фокусира на все още некристализираната идея, че идеалният стабилизатор на настроението ще повлиява всички аспекти на разстройството. (2).*

---

23. Клиничен случай на пациентка с депресия., **Мандова Р.**, Психиатрия, бр 3, 2014, стр 24-28

## **Диагностични предизвикателства на смесените епизоди**

Смесените епизоди на депресия са често обгърнати от мистична тайнственост. Не само поради неясните и противоречиви препоръки за поставяне на диагноза смесен епизод, а и поради често неаргументираното и интуитивно поставяне на горната диагноза от клиницистите. Както опитните терапевти развиват „граесох gefuhl“, същото се получава и по отношение на смесеността на афективния епизод – „mixed gefuhl“.

Все пак ние се нуждаем от ясни и аргументирани насоки за поставяне на диагнозата епизод със смесени черти.

24. Смесената депресия и антидепресантите, Г.Попов, Р.Мандова, Неврология и психиатрия, Medcart, бр.8, 2018

Един от пациентите с голям депресивен епизод преживяват и субсиндромални хипо/манийни симптоми. Това състояние е кодирано с помощта на т.нар. спецификатор за смесени черти в DSM-5 като нова нозологична единица, с име „смесена депресия“ (също и „депресия със смесени черти“ или „депресивни смесени състояния“). Въпреки че смесената депресия присъства като явление в цялата нова история на психиатрията, нейната диагностика и лечение не са достатъчно добре разработени. Това е проблем за клиничната практика, защото например прогнозата на депресията с подпрагова хипомания е много по-лоша, отколкото чистата униполярна депресия или дори биполярната депресия без смесени черти. Освен това класическото антидепресивно лечение може да влоши смесената депресия. Целта на този текст е да очертае накратко основни насоки за диагностицирането и лечението на смесените депресии.

**Ключови думи:** депресия, смесена, униполярна, биполярна, диагностика, лечение

25. Феноменология на меланхолията, Попов Г., Мандова Р., Medinfo бр 4, 2018

Терминът „меланхолия“ произхожда от Хипократовата традиция и се употребява до края на 19 век за обозначаване най-общо на депресивния синдром. Крепелин ограничава употребата му само до депресиите при възрастните пациенти, а Фройд го рedefинира като болестно копие на нормалната скръб. DSM-III възкресява меланхолията, като ѝ дава допълнителни значения по отношение качеството на депресивното настроение, в противоположност на скръбта и тъгата. В следващите редакции на DSM обаче тази тенденция се размива и употребата на термина меланхолия отново се редуцира.

Феноменологичната психопатология предлага подходи ориентирани към качеството на преживяванията за решаване на диагностичните проблеми в областта на депресията. Много проблеми произтичат от идентифицирането на депресивното настроение като водещ симптом на депресията. В съществуващия модел на депресията не се приема съществуването на качествени различия в емоционалните промени при различните емоционални състояния.

26. Сложността на "смесената" депресия: обща клинична презентация, **Мандова Р.** GP News, бр 6, 2018

Повечето клиницисти използват критериите за диагностика и класификация на *диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства, пето издание (DSM-5 и МКБ -10)* и съзнават предимствата им по отношение на унифицирането на диагностиката и респективно на лечението. От друга страна, системите за диагностична класификация, не винаги могат да възприемат клиничните нюанси на състоянието на пациента и потенциалните последици за лечението. Представянето на симптомите може не винаги да е подходящо за една диагностична категория, а симптомите "излизане от състоянието" може да имат клинично значение. Например, някои пациенти, които отговарят на пълните критерии за тежко депресивно разстройство могат да проявяват и подпрагови манийни симптоми, като повишена енергия или намалена нужда от сън. В настоящите условия на изследване и според настоящите *критерии на DSM-5* тези пациенти с подпрагова биполяризация са класифицирани като MDD със "смесени" черти.

Всъщност клиничното присъствие на "смесена" депресия изобщо не е рядко. В програмата за системна терапия на биполярно разстройство (STEP-BD) на Националния институт по психично здраве (NIMH) по-голямата част от пациентите с биполярна депресия също са имали съпътстващи манийни симптоми.<sup>6</sup> Въпреки това, те не са имали достатъчно манийни симптоми, за да отговарят на критериите на *DSM-IV* за мания. Въпреки че "смесени" депресивни пациенти като тези не отговарят на критериите за мания, те имат по-сложна психопатология и по-високи изисквания към лечението

27. Терапевтично поведение при смесени афективни състояния **Мандова Р.** Под печат, Българско списание за психиатрия, бр2,2018

В немалък процент от пациентите с голям депресивен епизод се откриват повече или по-малко субсиндромални манийни/хипоманийни симптоми. Към момента съществува значително противоречие между двете големи диагностични класификации- МКБ- 10 и DSM-5 по отношение на критериите за диагностика на смесените състояния. Друга неяснота е терапевтичното овладяване на тези епизоди или клинични състояния-няма терапевтични

препоръки, няма регистрирани медикаменти, няма и резултати от големи проучвания, които да дават насоки за лечение. Всички тези фактори объркват и затрудняват разпознаването, диагнозата и лечението на пациентите, които имат голям депресивен епизод със смесени характеристики. В допълнение, малкото клинични проучвания на психотропни медикаменти, проведени при пациенти със смесени епизоди са провеждани при пациенти, които покриват едновременно критериите за депресивен епизод и маниен/хипоманиен епизод. Тази група пациенти е подбирана според критериите на МКБ- 10 или DSM- IV, и отговарят на диагностичната категория “смесен епизод”, където се изисква разгърнат депресивен и маниен епизод едновременно.

28. Идентификация на смесените афективни състояния, **Мандова Р.**, под печат, Българско списание за психиатрия, бр2,2018

#### Резюме

В една част от пациентите с голям депресивен епизод се откриват повече или по-малко субсиндромални манийни/хипоманийни симптоми. Наличието на такива симптоми може да има важно прогностично значение не само за диагнозата, но и за лечението на тези пациенти. В МКБ- 10 тези субсиндромални състояния не са залегнали, но новият наръчник DSM-5 ги кодира със спецификатор „ смесени черти“ , който се отнася за епизоди, покриващи критериите за ГДЕ и при които се откриват някои манийни/хипоманийни симптоми, непокриващи диагностичния праг за разгърнат епизод от обратната полярност. Същият спецификатор може да бъде приложен при пациенти с надпрагов(разгърнат) маниен или хипоманиен епизод, при които се откриват единични депресивни симптоми. Този спецификатор се прилага в растящия процент от пациенти, които принадлежат към фенотипа, характеризиращ смесицата от манийни и депресивни симптоми, едновременно или последователно проявени, при един и същ пациент в рамките на един епизод.



#### 4. УЧАСТИЯ В НАУЧНИ КОНФЕРЕНЦИИ И ФОРУМИ С ДОКЛАДИ, ПРЕЗЕНТАЦИИ И ПОСТЕРИ:

1. 16th International Conference for Philosophy, Psychiatry, Psychology- доклад, презентация
2. XXV Годишна конференция на БПА,2017- доклад, презентация, резюме
3. XXII Годишна конференция на БПА,2014- доклад, презентация, резюме
4. XXI Годишна конференция на БПА-2013, доклад, презентация, *резюме*
5. XX Годишна Конференция на БПА, 2012- доклад, презентация, резюме
6. Fifth Mediterranean Advanced Course of Psychopharmacotherapeutics- Athens,2014-постер, доклад, награда за най-добър постер
7. Postgraduate school in CNS, Istanbul, 2014
8. Evidence Based Medicine in Bipolar Disorder, Copenhagen, 2014
9. 2<sup>nd</sup> Annual Psychiatry Symposium of Turkey, Bosna-Herzegovina, Bulgaria, Istanbul, 2014
10. Psychiatry and clinical pharmacology- Antalya, 2017, Доклад, презентация, абстракт
11. EPA, 2016, Madrid, poster session
12. Symposium in psychopharmacology- 2017, St. Petersburg, poster session
13. Варненски зимни дни- 2014, доклад, презентация
14. Варненски зимни дни- 2015, доклад, презентация
15. Варненски зимни дни-2013, доклад, презентация

## **5. СЕРТИФИКАТИ И СЛЕДДИПЛОМНИ ОБУЧЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛНОСТТА**

- Когнитивно-поведенческа терапия- Личен опит, Специализирани умения
- Когнитивно-поведенческа терапия- Специализирани умения
- Сексология
- Основен курс- Хипноза
- Краткосрочна проблем-центрирана психотерапия