

## DOĞUM SONRASI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Prof.Dr. Aslı SARANDÖL

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreçtir. Ancak, zaman zaman erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreç olabilmektedir <sup>(1,2)</sup>. Doğum sonrası erken dönemde birçok kadın ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bir kısmı hastaneye yatışı gerektirecek düzeye varabilen ağır psikiyatrik tablolar yaşayabilmektedir <sup>(3)</sup>.

Gebelik sonrası gelişen kişilik değişiklikleri, hafif düzeydeki depresif duygudurum, beden algısında değişiklikler, cinsel problemler, psikosomatik şikayetler, kilo artışı gibi sorunlar sıklıkla hekimler tarafından ihmal edilmektedir. Bu yakınmaların bir kısmı uzun süre devam etmekte ve kişinin yaşamını etkilemektedir. Doğum sonrası ruhsal bozuklukların özgün bir psikiyatrik bozukluk mu yoksa menoz, ergenlik dönemi gibi hem biyolojik hem psikolojik olarak yoğun değişimlerin yaşanmasının ardından gelişen işlevsel bozukluklar mı olduğu konusu tartışmalıdır. Doğum sonrası kadınların % 85 veya fazlası duygu durumu farklılıkları yaşamaktadır. Birçok kadın için belirtiler geçici olup, orta şiddettedir. Bazı hastalar ise kalıcı duygu durumu bozukluğu

yaşayabilmektedir. Bu dönemde yaşanan ruhsal bozukluklar anneyle beraber çocuk açısından da sorun oluşturabilmektedir. Günümüzde, özellikle annelerinde doğum sonrası depresyon (DSD) öyküsü olan bebeklerin bilişsel ve duygusal gelişimlerinin olumsuz etkilendiği kabul edilmektedir. Sinclair ve Murray tarafından okul çağındaki çocuklarda yapılan bir çalışmada, annelerinde DSD saptanmış çocukların daha fazla davranış bozukluğu gösterdikleri, yaratıcı oyunlar yerine basit fiziksel oyunları tercih ettiği tespit edilmiştir <sup>(4)</sup>.

### **Tarihçe:**

Doğum sonrası ruhsal bozukluklarına ilişkin fenomenolojinin uzun bir öyküsü vardır. Tıp tarihinin erken dönemlerinde Hipokrat zamanında ilk olarak “doğum sonrası akıl bozuklukları” şeklinde tanımlanmıştır. Yine Celsius ve Galen bu dönemdeki bozuklukları ayrı bir tanı grubu olarak tanımlamışlardır <sup>(5)</sup>. 1858’de Victor Louis Marcé (Fransa) doğum sonrası ruhsal bozuklukları tanımlayan önemli tıp adamları arasındadır. Gebelik boyunca olan anatomik ve fizyolojik değişikliklerin bu tablolardan sorumlu olabileceğini belirtmiştir. Kraepelin ve Bleuler bu bozuklukların gebelik ve doğum stresini izleyerek ortaya çıkan tipik sendromlar olduğuna inanmışlardır. 1960’lı yıllarda Pitt ilk olarak DSD’ un diğer depresif hastalıklardan ayrı, özel bir bozukluk olduğunu ileri sürerek bu durum için “atipik depresyon” terimini kullanmıştır. Doğum sonrası psikoz (DSP) dan farklı olarak daha hafif şiddette ve kısa sürdüğünü belirtmiştir <sup>(6)</sup>.

Yakın zamanda yapılan çalışmaların bir kısmında doğum sonrası dönemin kadınlar için psikiyatrik bozukluk gelişimi açısından en riskli dönem

olduğu ileri sürülürken, bu dönemde gelişen ruhsal bozuklukların diğer dönemlere göre anlamlı bir fark göstermediğini bildiren yayınlar da vardır <sup>(6)</sup>. Bu döneme ait bozukluklar DSM III-R' da ayrı bir tanı kategorisinde sınıflandırılmamıştır. Bir organik akıl hastalığı, psikotik duygudurum bozukluğu ya da herhangi bir başka psikotik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamayan doğum sonrası psikozlar “başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluklar (atipik psikoz)” başlığı altında incelenmiştir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) IV' de doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar için “doğum sonrası başlangıçlı” belirleyicisi kullanılmıştır. Bu belirleyici başlangıcı doğumdan sonraki 4 hafta içinde olmuşsa, major depresif bozukluk, iki uçlu bozukluk (I-II) ya da kısa psikotik bozukluğa uyarlanabilir <sup>(7)</sup>. Dünya Sağlık Örgütü ICD 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması'nda ise “fizyolojik bozukluklar ve fiziksel etkilerle bağlantılı davranış semptomları” ana başlığı altında “lohusalık bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar” olarak bölüm ayrılmıştır <sup>(8)</sup>.

### **Tanımlama:**

Doğum sonrası, ilk 2 haftada başlayan ve 1 yıla kadar sürebilen ruhsal şikayetlerin olabildiği bir dönemdir <sup>(6,9)</sup>. Bu dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar 3 grupta toplanabilir <sup>(1,10)</sup> ;

1. Annelik Hüznü (Doğum sonrası hüznü, maternity blues)
2. Doğum sonrası depresyon (Postpartum depresyon)
3. Doğum sonrası psikoz (Postpartum psikoz, lohusalık psikozu)

Bu hastalıkların sınırları çok net belirlenememiştir, her birinin ayrı bir klinik tablo ya da birbiri üzerine örtüşebilen karmaşık bir tablo olabileceği üzerinde durulmaktadır <sup>(6)</sup>.

## Etyoloji:

**a.Biyolojik Etmenler:** Doğum sonrası progesteron, östrojen, kortizol, prolaktin ve muhtemelen endorfinler gibi çeşitli hormonların düzeylerinde belirgin değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Gebelik döneminde yükselen östrojen ve progesteron düzeylerinin doğumdan sonra aniden düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişki net olarak gösterilmemiştir <sup>(2,11)</sup>.

Progesteron ve duygudurum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan elde edilen bulgular değişkenlik göstermektedir;

- Harris ve ark. 147 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada doğum sonrası emzirmeyen annelerde tükürük progesteronuyla depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken, emziren annelerde negatif bir ilişki tespit etmişlerdir. Bu çalışmada emziren depresif kadınlarda progesteron yetmezliği olabileceği üzerinde durulmuştur <sup>(12)</sup>.
- O' Hara ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada total plazma progesteron düzeyleri ve duygudurumu gebeliğin 2.trimesterinden doğum sonrası 9. haftaya kadar izlemiş, ancak aralarında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır <sup>(13)</sup>.
- Harris ve arkadaşlarının yaptıkları başka bir çalışmada 120 primipar kadını, doğum tarihinden 2 hafta öncesinden başlayarak doğum sonrası 35. güne kadar izlemiş ve günde iki kez tükürük örnekleri biriktirilmiştir. Doğum sonrası hüznü 5.günde en şiddetli bulgularını verirken, progesteron düzeyi de aynı gün en düşük düzeyde bulunmuştur. 35. ve 40.günlerde Major Depresif Bozukluk açısından değerlendirilme yapılmış ve sonuçta bu çalışmada depresif

duygudurum ile progesteron arasında doğrudan bir ilişki bulunamamıştır <sup>(14)</sup>.

Östrojen ile ilgili çalışmalarda, östrojenin merkezi sinir sisteminden dopaminin geçişini etkilediği gösterilmiş ve doğum sonrası ani düşüşün psikoz ataklarından sorumlu olabileceği ileri sürülmüştür <sup>(15)</sup>. Gebeliğin son 3 ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik bozukluklar arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmiştir <sup>(6)</sup>. Doğum sonrası olmayan depresyon ile hipotalamo-pitiüter- adrenal eksen arasındaki ilişki DSD ve hüzün arasında bulunamamıştır. Bu eksendeki patolojiyi incelemek üzere yapılan deksametazon süpresyon testi depresif olsun olmasın tüm doğum sonrası kadınlarda anormal bulunduğundan, bu dönemde ayırıcı tanı amacıyla kullanılamamaktadır <sup>(13)</sup>. Doğum sonrası tiroid işlev bozukluklarının depresif duygu durumu ile birlikte olduğu gösterilmiştir <sup>(12,16)</sup>. Birçok çalışmada tiroid otoantikörlerinin pozitifliği ile depresif duygudurum arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir <sup>(17)</sup>. Bununla birlikte Mallet ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada DSD' da bilişsel işlevlerdeki bozukluğun tiroid işlevleri ve antikörlardan bağımsız olarak ortaya çıktığını bulmuşlardır <sup>(18)</sup>.

Doğum sonrası duygudurum bozukluklarının fizyopatolojisinde prolaktin, triptofan,  $\beta$  endorfinler, oksitosin, folat eksikliği ve bazı nörotransmitterlerin de ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür <sup>(6,19)</sup>.

**b. Psikososyal Etmenler:** Doğum yapan her kadında biyokimyasal ve hormonal değişikliklerin olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların bir bölümünde gelişmesi, etyolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler ve sosyal destek sistemleri gibi etmenlerin de olabileceğini akla getirmektedir <sup>(20)</sup>.

DSD durumu, gebelik ve doğuma ilişkin çatışmalar içindeki kadının, kadınlık rolünün tüm sorumluluklarını kabul etmedeki yetersizliğine bağlanmıştır<sup>(21)</sup>. Ayrıca kadınların kendi anneleriyle ilişkilerindeki ambivalans (ikircikli duygular), yeterli özdeşimin yapılamamış olması, çocukluk dönemindeki ölüm veya boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde anne ve babayla olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin de önemine dikkat çekilmektedir<sup>(2,20,22,23)</sup>. Bunun yanında beden algısı, rol ve sosyal ilişkilerdeki değişikliklerin, bebeğin gereksinimlerinin anneye bağımlı olmasının, incinebilir kişilik yapısındaki kadınlarda önemli etkileri olabileceği üzerinde durulmuştur<sup>(24)</sup>.

### **Klinik Özellikler:**

**Annelik Hüznü:** Birçok anne doğumdan hemen sonra bazı duygusal değişiklikler gösterir. Genellikle erken başlayan bu depresif dönem kadınların %50-80'inde gözlenebilmektedir. Başlangıç belirtileri sık ağlama, gerginlik, hastane servisi ve hemşire bakımına öfke gösterme, yemekler konusunda şikayet şeklinde başlayabilir. Diğer sık rastlanan belirtiler; duygu durumu oynamaları, konsantrasyonda azalma, irritabilite, baş ağrısı, anksiyete ve uykusuzluktur<sup>(1,2,6)</sup>.

Belirtiler genellikle 3-5. günlerde ortaya çıkmaktadır, şiddetli ve yoğun olduğu dönem yaklaşık olarak 48 saat kadardır. İlaç tedavisi gerekmeksizin 7-10 günde kendiliğinden düzelir. İkinci haftada hüznün belirtilerinin halen devam etmesi DSD gelişiminin belirtisi olabilir.

Bu durumun döneme özgü olmayıp, fiziksel veya duygusal strese karşı gelişen bir cevap olduğu ileri sürülmüştür. Levy, bu amaçla operasyon sonrası disfori ve doğum sonrası hüznünü karşılaştırdığı bir çalışmada iki tablo arasında

kesişen noktalar bulmuş, ancak zaman konusunda farklılık tespit etmiştir. Postoperatif disfori düzeylerinin operasyondan hemen sonra en yükseğe çıktığını, doğum sonrası hüzün düzeylerinin ise günler sonra yükseldiğini belirtmiştir<sup>(25)</sup>.

Hüzün haliyle obstetrik güçlükler, sosyal etkenler ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bazı çalışmalar primipar olma ve premenstrual sendrom öyküsünün hüzün gelişiminde birincil kolaylaştırıcı değişkenler olduğunu göstermektedir<sup>(21)</sup>. Annelik hüznü gösterenlerin önemli bir kısmının doğumdan önceki dönemde de gerginlik yaşadıkları ve bu yüzden annelik hüznünün ayrı bir antite olmaktan çok “gebelik disforisi” adı altında diğer antepartum etkilerle birlikte ele alınması gereken bir alt grup olduğu görüşünde olan araştırmacılar da vardır<sup>(26)</sup>. Annelik hüznü DSD gelişimi açısından risk oluşturan bir tablodur.

Genellikle bu dönemde hastalar birinci basamakta görevli hekimlere ya da kadın-doğum uzmanlarına başvururlar, hasta ve ailesine durumun yeni doğum yapan annelerin çoğunda görülebileceği, düzeleceği, endişelenmemesi gerektiği belki hormonal değişkenlerle de ilişkili olabileceği anlatılmalıdır. Destekleyici görüşmeler yararlı olabilmektedir. Ancak 2 haftadan daha uzun süren durumlarda olası bir ciddi duygu durumu bozukluğu gelişmesi açısından dikkatli olunmalıdır. Psikiyatrik hastalık ve özellikle de doğum sonrası psikiyatrik bozukluk öyküsü olanların daha yakın takip edilmesi önerilmektedir<sup>(6)</sup>.

**Doğum Sonrası Depresyon:** DSD terimi yerine “puerperal nöroz”, “postpartum nevrotik depresyon”, “doğum sonrası major depresyon” gibi terimler kullanılabilir<sup>(27)</sup>. Annelik hüznü tablosuna göre belirtiler şiddetlidir. Özkıyım düşünceleri olabilir, daha geç ortaya çıkar ve daha ciddi bir durumdur

(28). Diğer psikiyatrik tablolara göre daha geç ortaya çıkması ve birçok kadının mutlu olmaları gereken bu dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları DSD tablosunun kolaylıkla gözden kaçmasına neden olmaktadır (20).

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilen birçok değişik (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik gibi) depresyonda da görülebilen belirtiler olduğundan, sadece belirtilere odaklanan araştırmalarda yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası ayrıntılı psikiyatrik muayene yapılmadan ya da sadece hastaya uygulanan kendini değerlendirme ölçeklerinden elde edilen bilgilere dayanarak yapılan araştırmalarda gereksiz yere depresyon tanısı konulabileceği veya ciddi hastalık tablosunun bile gözden kaçırılabilceği vurgulanmaktadır (2,6,29). Cox ve arkadaşları DSD için özgün bir ölçek olarak “Edinburgh Postpartum Depresyon” (EDS-Ö) ölçeğini geliştirmiştir (30). Ülkemizde de bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (31).

Yapılan birçok çalışmada DSD yaygınlığı %10-15 olarak tespit edilmiştir (30,32,33). Ülkemizde yapılan ilk çalışmada, Manisa il merkezinde DSD yaygınlığı EDS-DÖ 'ne göre kesme puanı 12 alındığında %19.8, 13 puan alındığında %14 olarak saptanmıştır (33).

**Risk Etmenleri:** Daha önce genel olarak doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar ile ilgili olarak verilen hormonal, sosyal destek ile ilgili risk etmenleri bu hastalar için de geçerlidir. DSD için risk etmenleri üzerinde en çok görüş birliğine varılmış olan geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsüdür. İki uçlu duygu durumu bozukluğu olan kadınlarda, yineleyici tip major depresif bozukluk öyküsü olanlara göre riskin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (32,33,34,35). Pek çok çalışmada, daha önceki doğumlarında annelik hüznü olan kadınların DSD için



yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir <sup>(5)</sup>. Çalışmalarda düşük doğum ağırlıklı bebeğin de DSD için önemli risk faktörü olduğu gözlenmiştir <sup>(36,37)</sup>. İnfertilite, düşük, küretaj gibi jinekolojik sorunlar DSD' a yatkınlığı arttırabilirken <sup>(38)</sup>, ilk doğumunu yapanlarda DSD riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir <sup>(6)</sup>. Bunun yanında evlilikte çatışmanın olması, yeterli eş desteğinin olmaması yine DSD riskinin arttıran etmenler arasındadır <sup>(39)</sup>.

**Klinik:** Başlangıç genellikle sinsidir. Sıklıkla doğumdan sonraki 2 - 3. haftadan sonra başlar, başlama süresi 1 hafta ile 2 yıl arasında değişebilir. Klinik olarak hafif-orta düzeyden şiddetli düzeyde major depresif bozukluğa kadar değişebilir. Doğum sonrası olmayan depresyondan farklı olarak 2 - 6 haftada kendiliğinden olarak gerileyebilir <sup>(39,40,41)</sup>, bazı rezidüel belirtiler ise 1 yıla kadar sürebilmektedir <sup>(40,41)</sup> Belirtiler özetle aşağıda sıralandığı şekildedir;

- Aşırı yorgunluk, enerji kaybı
- İlgi, istek kaybı, suçluluk düşünceleri
- Disforik duygu durumu
- İritabilite
- Anhedonia (zevk alamama hali)
- İştahsızlık, uykusuzluk
- Konsantrasyon güçlüğü
- Bellek zayıflığı
- Anksiyete, panik atağı
- Bebekle ilgili obsesyonel düşünceler (Yeterince ilgilenemediğini düşünme, şiddet uygulamayla ilgili saplantılar)
- İntihar (özkıym) ya da bebeği öldürme ilgili düşünceler <sup>(1,6,20)</sup>.

Doğum sonrası olmayan depresyondan farkları aşağıda sıralanmıştır:

- İntihar düşüncesinin daha az olması
- Akşamları şikayetlerin yoğunlaşması
- Hastalık süresinin daha kısa olması (6-8 hafta)
- Konfüzyon halinin daha fazla olması <sup>(6)</sup>

Yineleme riski özgeçmişinde duygu durumu bozukluğu olmayanlarda %50, duygu durumu bozukluğu veya DSD öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşan oranlardadır <sup>(27)</sup>.

**Tedavi:** DSD yaygın bir bozukluk olmasına rağmen halen ilaç ya da ilaç dışı tedavi yaklaşımları ile ilgili yeterli araştırma bulunmamaktadır. DSD' un doğum sonrası olmayan depresyondan farklı tedavi edildiğine ait yeterli veri bulunmamaktadır. Tedaviye yaklaşımda birinci ilke diğer organik sebeplerle ayırıcı tanının yapılıp yapılmadığını kontrol etmektir (Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi). Diğer önemle üzerinde durulması gereken nokta, anne ve bebek ilişkisi açısından da risk oluşturduğundan erken tanı koymak ve hızlı bir şekilde tedaviye başlamaktır <sup>(6)</sup>.

İlaç Dışı Tedaviler: Bu yaklaşımlar ile ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlayarak çatışmaların çözümlenmesidir <sup>(1)</sup>. İçgörü yaklaşımli psikoterapilerde tutarsız sonuçlar olmakla beraber, son yıllarda interpersonal terapinin orta ve ağır şiddetli depresif tablolarda etkili olduğu yönünde bulgular mevcuttur <sup>(6,42)</sup>. Bu terapi yönteminde doğumla birlikte kadının rolündeki değişiklik, eşi ile ilgili sorunlar, sosyal destek ile ilgili sorunlar, bebek ile iletişim konuları üzerinde odaklanılmaktadır <sup>(42)</sup>. Bilişsel davranışçı tedavilerin de DSD' da etkili olduğu yönünde bulgular mevcuttur. Appleby ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada

doğum sonrası ilk 8 haftada gelişen major/minor depresyonda fluoksetin ve bilişsel davranışçı tedavi karşılaştırılmış ve her iki yöntemin de etkili olduğu tespit edilmiştir <sup>(43)</sup>. Bu yöntemle çalışırken de benzer şekilde bebeğin istekleriyle baş etme, sosyal destek ve sosyal rollerdeki değişiklikler üzerinde durulmaktadır <sup>(6)</sup>.

**İlaç Tedavileri:** Günümüze kadar DSD ile ilgili ilaç çalışmaları az sayıdadır. Bu çalışmaların büyük bir kısmı açık uçlu çalışmalardır. Yeni çalışmaların bir kısmı çift kör yapılmıştır. Yapılan araştırmalarda, antidepresan dozun diğer depresif bozukluklardan farklı olmadığı ve iyi tolere edildiği tespit edilmiştir <sup>(6)</sup>. Yeni doğum yapan bir hastaya antidepresan tedavi uygun görüldüğünde, öncelikle anne ve babayla tedavinin fayda ve zararları üzerinde ayrıntılı bir şekilde konuşulmalıdır. Tüm psikiyatrik ilaçların süte geçebileceği konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Anne sütüne geçişle ilgili çok çeşitli bulgular olduğunu, bu konuda herhangi bir ilacın üstünlüğünün henüz saptanmadığı belirtilmelidir <sup>(44)</sup>. Özellikle geçmişte depresyon öyküsü olan hastalarda daha önce fayda gördüğü ilacın seçilmesinin uygun olacağı kabul edilmektedir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) yan etkilerinin daha az olması nedeniyle tercih edilecek ilk kuşak antidepresan olabilir <sup>(45, 46)</sup>. Trisiklik antidepresanlar anne sütüne geçmelerine karşın konsantrasyonları değişkenlik göstermektedir. Çoğunlukla bebekte toksik etki oluşturmaz <sup>(27)</sup>. TSA ve SSGİ ile anne sütüne geçişe bağlı yeni doğanda ciddi bulgu oldukça nadir olmakla beraber, beyin gelişimi ve nörotransmitter sisteminde bu eser miktardaki ilacın etkisinin olup olmadığı tam olarak anlaşılammıştır. Öncelikle tedavide önerilen, hastanın yakınmalarını düzenleyen en düşük etkili dozdur. Tedaviye başlanmasının ardından, 10 haftadan küçük bebeklerin kanında ilaç seviyesi takibi önerilmekte,

daha büyük bebeklerde ise davranış sorunları dikkati çekerse serum takibi önerilmektedir <sup>(44)</sup>.

**Doğum Sonrası Psikoz:** Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar arasında en şiddetli formdur. DSP yaygınlığı ilk yapılan çalışmalarda %0.1-0.2 bulunmuşken, son yıllarda yapılan çalışmalarda bu oran %0.2-0.7 arasında değişmektedir <sup>(6,47,48)</sup>. Sıklıkla doğumu takip eden birkaç hafta içinde ortaya çıkmakla birlikte, en fazla doğum sonrası 3.aydan sonra görülmekte ve hastaneye yatışı gerekli kılmaktadır. Başlangıç zamanı için doğum sonrası 2 hafta ile 1 yıl arasında değişen süre kabul edilmektedir <sup>(48,49)</sup>. İlk doğumda görülme olasılığı 1/500 iken, DSP öyküsü olan hastada daha sonraki doğumlarda yineleme riskinin 1/3 gibi yüksek bir oran olduğu bildirilmektedir <sup>(50,51)</sup>.

DSP için bir kısım araştırmacı, diğer psikotik bozukluklardan farklı bir klinik tablo olduğunu ileri sürerken, bazı araştırmacılar doğum stresine bağlı duygu durumu veya diğer psikiyatrik bozukluk (şizoaffektif bozukluk, şizofreni gibi) epizodu şeklinde ortaya çıktığını bildirmişlerdir <sup>(52)</sup>. Klinik özellikleri halen çok net bir şekilde tanımlanmış olmamakla birlikte, sıklıkla doğumdan sonraki ilk 2 haftada konfüzyon, uykusuzluk gibi belirtilerle aniden başlar. İlk belirtiler genellikle irritabilite, uykusuzluk, yorgunluk halidir, hızla varsanılar ve sanrıların olduğu deliryum tablosu açığa çıkabilir. Sanrısız düşünceler genellikle bebek ile ilgili olup, kusurlu ya da ölü olduğu ile ilişkili olabilir. Bununla beraber hasta yeni doğan bebeğin bazı güçleri olduğuna inanabilir (şeytan, tanrı olduğu düşünebilir), “kendini, bebeğini öldür” diyen sesler duyabilir. Doğum sonrası olmayan psikotik bozukluklarla karşılaştırıldığında konfüzyon, psikotik semptomlar ve Schnederian ilk sıra belirtilerine daha fazla rastlanır <sup>(5,53)</sup>.

Klinik tabloda değişkenlik tipiktir. Derin bir depresif tabloyu takip eden, bir kaç gün ya da bir kaç hafta devam edebilen manik belirtiler veya renkli psikotik belirtiler ile kendini gösterebilir. Bu nedenle klinik görünüm için “mercurial”(civalı, bir türlü yerinde durmayan) terimi kullanılmaktadır. (3,49,54). Birçok çalışmanın sonuçları hastaneye yatan DSP olgularının %75-80' inin duygu durumu bozukluğu olduğu, hatta bunların da %60'ını depresif bozuklukların oluşturduğu şeklindedir (55,56,57, 58). Son çalışmalarda, bu oranların daha da yüksek olduğu ve hatta DSP olgularının tamamının depresyon ağırlıklı duygu durumu bozukluğu olduğu iddia edilmektedir (56). Bazı doğu ülkelerinde yapılmış çalışmalarda DSP olgularında % 44-75.5 oranında şizofreni tespit edilmiştir (58). Ülkemizde yapılmış bir retrospektif çalışmada da DSP olgularının daha sonraki takiplerinde % 42.1 oranında şizofreni tanısı aldığı tespit edilmiştir (51).

DSP için risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır:

- Geçmişte psikiyatrik bozukluk, özellikle duygu durumu bozukluğu geçirmiş olmak (60)
- Ailede psikiyatrik bozukluk, özellikle doğum sonrası bozukluk öyküsü olması (49)
- DSD öyküsü bulunması
- Primipar olma
- Sezeryanla doğum yapma
- Sosyal desteğin az olması (60)

DSP olgularında tedavi edilmediği takdirde sık yineleyen epizodlar, işlevsellikte bozulma, morbidite ve mortalite riski söz konusudur. İlk 1 yılda

intihar riski genel popülasyona göre 17 kat fazladır <sup>(61)</sup>. DSP öyküsü olanlarda %4 oranında infantisit görülmektedir <sup>(6)</sup>.

**Tedavi:** Tedaviye başlamadan önce diğer tıbbi durumlarla (ensefalit, otoimmün bozukluklar, endokrin bozukluklar, elektrolit bozuklukları gibi) ayırıcı tanı yapılmalıdır. Ciddi bir tablo olmasına rağmen sistematik tedavi ile ilgili az veri bulunmaktadır. Duygu durumu bozukluğundan ayırıcı tanı yapmak güç olduğu için benzer şekilde tedavi yaklaşımıyla lityum kullanılması önerilmektedir. Diğer duygu durumu dengeleyicileri ile ilgili veriler azdır ve hangisinin uygun olacağı ile ilgili kesin veri yoktur <sup>(6)</sup>. Antipsikotiklere yanıt veren olgularda tedavi azaltılmadan en az 6 ay süre devam etmelidir. Daha öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalarda takip 6-12 ay devam etmelidir. Yapılan bir çalışmada antipsikotiğe yanıt vermeyen 2 olguda sublingual 17  $\beta$  östrodiolü iyi yanıt alındığı bildirilmiştir <sup>(62)</sup>. Tedavi kesildiğinde psikotik belirtilerde yinelenme görülmüştür. Östrojen tedavisinin antipsikotik tedaviye göre daha hızlı etki göstermesi üstün bir taraf olarak gösterilmiştir. Emzirme dönemi tedavi sırasında zorlayıcı bir etmen olmaktadır. Gerek duygu durumu düzenleyicileri, gerekse antipsikotiklerin süte büyük oranda geçmesi tedavi seçiminde güçlük yaratmaktadır. Bu nedenle tedavi sırasında bebeğin anne sütü dışında bir yöntemle beslenmesi önerilmektedir. Belirtilerin şiddetli olduğu olgularda; psikotik özellikli depresif bozukluk, homisid ve intihar düşüncelerinin yoğun olduğu olgularda elektrokonvülsif tedavi güvenilir bir yöntem olarak kullanılabilir, ancak bu yöntemle ilgili kontrollü çalışmalar yetersizdir <sup>(50)</sup>. DSP tedavisinde özellikle dikkat edilmesi gereken durum infantisit riski nedeniyle anne-bebeğin sıkı gözlem altında tutulmasıdır.

**Sonuç:**

Doğum sonrası psikiyatrik bozuklukların oldukça yaygın olması ve anne-bebek - aile üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken ruh sağlığı sorunlarıdır. Kadın-doğum uzmanlarının ve birinci basamakta hizmet veren hekimlerin bu konuda hassas davranmaları; ebe ve hemşire gibi yardımcı sağlık personelinin hastalık belirtileri ve ciddiyeti konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Özellikle risk grubu olarak kabul edilen kadınların gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemde yakından izlenmeleri önemlidir. Toplumun bilgilendirilmesi hastaların hekime erken başvurmalarını ve erken tanı konmasını sağlayabilir. Ayrıca anne adaylarının eğitilerek biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden karşılaşacakları değişikliklere hazırlanmaları, sosyal desteğin harekete geçirilmesi önleyici yaklaşımlar arasında sayılabilir

## **Kaynaklar:**

- 1. Robinson GE, Stewart DE:** Postpartum psychiatric disorders. Can Med Assoc J 134: 31-37, 1986.
- 2. Landy S, Montgomery J, Walsh S:** Postpartum depression: a clinical view. Matern Child Nurs J 18: 1-27, 1989.
- 3. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C:** Epidemiology of puerperal psychosis. Br J Psychiatry 150: 662-673, 1987.
- 4. Sinclair D, Murray L:** Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teachers' reports. Br J Psychiatry 172: 58-63, 1998.
- 5. Gitlin MJ, Pasnau RD:** Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: a review of current knowledge. Am J Psychiatry 146: 1413-1422, 1989.
- 6. Nonacs R, Cohen LS:** Postpartum psychiatric syndromes. In Sadock BJ, Sadock VA (eds): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Vol I), 7<sup>th</sup> Edition, Baltimore 1276-1283, 2000.
- 7. Amerikan Psikiyatri Birliđi:** Mental Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El kitabı, 4.baskı, Amerikan Psikiyatri Birliđi, Washington DC,1994' te çeviren Körođlu E, Hekimler Yayın Birliđi, Ankara,1994.
- 8. Dünya Sağlık Örgütü:** ICD 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. (Çuhadarođlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluđ B. Çev. Eds) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneđi Yayını, Ankara, 1993.
- 9. Öncülođlu HE, Öncülođlu C:** Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar (II). Depresyon Dergisi 3: 74-80, 1997.
- 10. Harding JJ:** Postpartum psychiatric disorders: A review. Compr Psychiatry 30: 109-112, 1989.



- 11. O'Brien S, Pitt B:** Hormonal theories and therapy for postnatal depression. In Cox J, Holden J (eds): Perinatal Psychiatry, Glasgow 103-111, 1994.
- 12. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, Riad-Fahmy D:** The hormonal environment of postnatal depression. Br J Psychiatry 154: 660-667, 1989.
- 13.O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ:** Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 48: 801-806, 1991.
- 14. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D:** Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. Br Med Journal 308: 949-953, 1994.
- 15. Harris B:** Biological and hormonal aspects of postpartum depressive mood: working towards strategies for prophylaxis and treatment . Br J Psychiatry 164: 288-292, 1994.
- 16. Pop VJ, DeRooy HA, Vader HL, Van der Heide D, Van Son MM, Komproe IH, Essed GG, De Geus CA:** Postpartum thyroid dysfunction in an unselected population. N Eng J Med 324: 1815-1816, 1991.
- 17. Pop VJ, DeRooy HA, Vader HL, Van der Heide D, Van Son MM, Komproe IH:** Microsomal antibodies during gestation in relation to postpartum thyroid dysfunction and depression. Acta Endocrinol 129(1): 26-30, 1993.
- 18. Mallet P, Andrew M, Hunter C, Smith J, Richards C, Othman S, Lazarus J, Harris B:** Cognitive function, thyroid status and postpartum depression. Acta Psychiatr Scand 91:243-246, 1995.
- 19. Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD, Lemperiere T:** Folates and postpartum depression. J Affect Disord 25:235-242, 1992.

- 20. Unterman RR, Posner NA, Williams KN** : Postpartum depressive disorders: changing trends. *Birth* 17: 131-137, 1990.
- 21. Kırpınar İ, Özer H**: Postpartum psikiyatrik bozukluklar (I). *Psychomed* 1(2): 55-59, 1995.
- 22. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH**: Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 100: 122-132, 1991.
- 23. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P**: Childbirth: Life events or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 166: 595-600, 1995.
- 24. Boyce P**: Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In Cox J, Holden J (eds): *Perinatal Psychiatry*, Glasgow 83-103, 1994.
- 25. Levy V**: The maternity blues in postpartum and post-operative women. *Br J Psychiatry* 151: 368-372, 1987.
- 26. Saks BR, Frank JB, Lowe TL, Berman W, Naftolin F, Cohen DJ**: Depressed mood during pregnancy and the puerperium: clinical recognition and implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 142(6): 728-731, 1985.
- 27. Gülseren L**: Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 10 (1): 58-67, 1999.
- 28. McIntosh J**: Postpartum depression: Women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *J Adv Nurs* 18: 178-184, 1993.
- 29. Nicolson P**: Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. *J Adv Nurs* 15:689-695, 1990.

- 30. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R:** Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782-786, 1987.
- 31. Engindeniz N:** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenirlik çalışması, İzmir (Yayımlanmamış uzmanlık tezi), 1996.
- 32. Kumar R, Robson KM:** A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 144: 35-47, 1984.
- 33. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ:** Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 11(3): 204-211, 2000.
- 34. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E:** Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 169(1): 36-41, 1996.
- 35. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD:** Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 39(8): 620-624, 1994.
- 36. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M:** Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 160: 777-780, 1992.
- 37. Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K:** Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 46(4): 391-394, 1999.
- 38. Gard PR, Handley L, Parsons AD, Waldron G:** A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiatry* 148: 567-575, 1986.

- 39. Onozawa K, Glover V, Adams D, Modi N, Kumar RC:** Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *J Affective Disord* 63: 201-207, 2001.
- 40. Cooper PJ, Murray L:** Postnatal depression. *Br Med J* 316:1884-1886, 1998.
- 41. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A:** Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 152: 799-806, 1988.
- 42. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A:** Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 57: 1039-1045, 2000.
- 43. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B:** A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *Br Med J* 314: 932-936, 1997.
- 44. Wisner KL, Perel JM, Findling RL:** Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 153: 1132-1137, 1996.
- 45. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN:** Citalopram and breast-feeding: serum concentration and side effects in the infant. *Biol Psychiatry* 47: 164-165, 2000.
- 46. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, Findling RL, Moses Kolko EL:** Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol* 26(4): 353-60, . 2006 .
- 47. Kumar R:** Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatr Epidemiol* 29: 250-264, 1994.

- 48. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Franchis AF, Keelan C:** Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 38: 829-833, 1981.
- 49. Meltzer ES, Kumar R:** Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. *Br J Psychiatry* 147: 647-654, 1985.
- 50. Davidson J, Robertson E:** A follow-up study of postpartum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatr Scand* 71: 451-457, 1985.
- 51. Dean C, Williams RJ, Brockington IF:** Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? a family study. *Psychol Med* 19: 637-647, 1989.
- 52. Kırpınar İ, Coşkun İ, Çayköylü A, Anaç Ş, Özer H:** First-case postpartum psychoses in Eastern Turkey: a clinical case and follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 100: 199-204, 1999.
- 53. Wisner KL, Peindi K, Harusa BH:** Symptomatology of affective and psychotic illness related to childbearing. *J Affect Disord* 30: 77-87, 1994.
- 54. Brockington IF:** Maternity blues and postpartum euphoria. *Br J Psychiatry* 151: 368-372, 1987.
- 55. Platz C, Kendell RE:** A matched-control follow-up and family study of "puerperal psychoses". *Br J Psychiatry* 153: 90-94, 1988.
- 56. Benvenuti P, Cabras PL, Servi P, Rosetti S, Marchetti G, Pazzagli A:** Puerperal psychoses: a clinical case study with follow-up. *J Affect Disord* 26: 25-30, 1992.

- 57. Schopf J, Bryois C, Jonquiere M, Le PK:** On the nosology of severe psychiatric postpartum disorders: results of a catamnestic investigation. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 234: 54-63, 1984.
- 58. Schopf J, Rust B:** Follow-up and family study of postpartum psychoses. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 244: 101-111, 1994.
- 59. Agrawal P, Bhatia MS, Malik SC:** Postpartum psychosis: a study of indoor cases in a general hospital psychiatric clinic. *Acta Psychiatr Scand* 81: 571-575, 1990.
- 60. Terp IM, Engholm G, Møller H, Mortensen PB:** A follow-up study of postpartum psychoses: prognosis and risk factors for readmission. *Acta Psychiatr Scand* 100: 40-46, 1999.
- 61. Stuart S, O'Hara NW, Blehar HC:** Mental disorders associated with childbearing: report of the biennial meeting of Marcé Society. *Psychopharmacol Bull* 34: 333-338, 1998.
- 62. Ahokas A, Aito M:** Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology* 147: 108-110, 1999.