

# Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları

## POSTPARTUM PSYCHIATRIC PROBLEMS OF MOTHERS: REVIEW

Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU,<sup>a</sup> Dr. Ahmet Gürhan POÇAN,<sup>a</sup> Dr. İbrahim BAŞHAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Aile Hekimliği AD, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Seyhan, ADANA

### Özet

Doğum sonrası dönem plasentanın doğumundan bir saat sonra başlar ve altı hafta kadar sürer. Bu dönemdeki kontrollerde hastanın tıbbi komplikasyonlar, emzirme, doğum sonrası depresyon, cinsel yaşam ve kontrasepsiyon açısından değerlendirilmesi annenin ve bebeğin sağlığı için önemlidir. Bu dönemde görülebilecek psikiyatrik rahatsızlıklar annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olarak sıralanmaktadır. Annelik hüznü hormonal değişikliklerle tetiklenen ve uykusuzluk, beslenme eksikliği ve yeni anne olmanın getirdiği stresle artan fizyolojik bir fenomen olarak değerlendirilir. Doğum sonrası psikoz genellikle doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde manik, huzursuz davranışlarla kendini gösterir. Doğum sonrası depresyon ciddi sonuçlar doğurabileceği için erken tanı ve tarama önemlidir. Rutin taramada Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği kullanılabilir. Tedavide kognitif yaklaşım ve ilaçlar etkilidir. Pek çok ilaç güvenli bulunmakla birlikte bebekte uzun dönemdeki potansiyel etkileri nedeniyle en düşük etkili doz kullanılmalıdır. Doğum sonrası psikoz intihar riskinin yüksek olduğu ciddi bir tablodur, tanı koyulduğunda psikiyatri uzmanına sevk edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon; doğum sonrası depresyon; psikotik bozukluklar

**Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17:126-133**

### Abstract

The postpartum period begins one hour after delivery of the placenta and generally lasts six weeks. Oversight of four general categories (i.e., medical complications, breastfeeding, postpartum depression, and sexuality and contraception) is vital to a mother's healthy recovery and her baby's healthy start. Psychiatric disturbances in the postpartum period are blues, postpartum depression and postpartum psychosis. The blues is considered a physiologic phenomenon triggered by hormonal changes and augmented by sleep deprivation, nutritional deficiencies and stress of new motherhood. Postpartum psychosis usually presents in the first two weeks postpartum as manic, restless behavior. Early recognition and screening for postpartum depression is important because of its' potentially serious consequences. Edinburgh postnatal depression scale can be used for routine screening. Management of postpartum depression may include cognitive and antidepressant therapy. Many drugs are found to be safe and effective but the minimum effective dose must be used for the potentially long term effects on the baby. Postpartum psychosis is a serious illness that is accompanied by suicidal ideation and the patient must be referred to the psychiatrists.

**Key Words:** Depression; postpartum depression; psychotic disorders

**S**ağlık kavramı çok yönlüdür ve kişiye özeldir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hasta olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma olarak tanımlamaktadır. Kadınlar için en önemli sağlık problemlerinden birisi de ruh sağlığı ile ilgili olanlardır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda kadınların erkeklerden daha çok yaşamalarına rağmen daha fazla akut ve kronik

hastalık bulgusu gösterdikleri, sağlık hizmetlerini daha çok kullandıkları gözlenmiştir. Bu nedenle de kadın sağlığı ayrı bir alan olarak ele alınmaya başlamıştır.

Gebelik ve doğum olayı önemli biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir. Kendell ve ark.nın çalışmasında, kadınlarda doğum sonrası dönemde psikiyatri kliniklerine yatışların belirgin olarak arttığı gösterilmiştir. Bir diğer çalışma da kadınların psikiyatri kliniklerine yatışlarının %12.5'a varan oranlarda doğum sonrası dönemde olduğunu ortaya koymuştur.<sup>1,2</sup>

Doğum sonrası dönem, plasentanın doğumdan sonra ayrılmasını takiben bir saat sonra başlayan

Geliş Tarihi/Received: 10.10.2006 Kabul Tarihi/Accepted: 13.12.2006

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Ahmet Gürhan POÇAN  
Başkent Üniversitesi  
Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Aile Hekimliği AD, Seyhan, ADANA  
agpocan@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

ve genellikle altı haftaya kadar süren dönemdir. Doğum sonrası kontrollerde hasta değerlendirmesi sadece biyolojik parametreler ile sınırlı kalmamalı, anne sosyal ve psikolojik yönden de değerlendirilmelidir. Hekimler bu dönemde yapılan vizitlerde öncelikle tıbbi komplikasyonlar, emzirme, doğum sonrası depresyon, cinsel yaşam ve kontrasepsiyon konularında anneleri dikkatle sorgulamalı ve gereken önerilerde bulunmalıdır.<sup>3</sup>

Bu derlemenin amacı doğum sonrası değerlendirmelerde kadınların psikiyatrik sorunlarına da dikkat çekmektir çünkü doğum sonrası psikiyatrik sorunların erken tanısı ve tedavisi mümkündür, böylece ailelere daha konforlu bir doğum sonrası dönemi yaşatılabilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) doğum ile duygudurum bozuklukları arasında özgün bir bağlantı olduğuna ve gebelik ya da doğum ile tetiklenen psikiyatrik bozuklukların kendine özgü çeşitli özellikleri olduğuna dikkat çekmektedir. Peripartum dönemde kadınların %80'inden fazlasında duygudurum dalgalanmaları olabilmekte birlikte bunların sadece %10-20'si DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre affektif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamaktadır.<sup>1,4,5</sup>

Doğum sonrası depresyon morbidite ve mortalite riski yüksek olan bir bozukluktur. Anneyi, bebeği, anne-bebek ilişkisini ve tüm aileyi olumsuz yönde etkileyebilir. Bebeğin duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bütün bu nedenler son yıllarda doğum sonrası depresyon konusunda çok sayıda klinik ve epidemiyolojik araştırmanın yapılmasında etkili olmuştur. Erken ve etkin tedavi girişimleri ve bunların yanında, risk grubu olarak kabul edilecek olan kadınların hem gebelik dönemi boyunca hem de doğumdan sonra yakından izlenmeleri önemlidir.<sup>6-8</sup>

Gebelik döneminde ve doğum sonrası dönemde intihar düşünceleri ve girişimleri genel popülasyondaki kadınlardan daha düşük olmakla birlikte intihara bağlı ölümlerin %20 kadarının doğum sonrası döneme ait olduğu gösterilmiştir. Kendine zarar verme düşüncesi intihar düşüncelerinden daha yaygındır, gebelikte ve doğum sonrası dönemde %5-14 oranında görülür. Doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda intihar riski yüksektir ve bu popülasyondaki ikinci ölüm nedenidir.<sup>8</sup>

Doğum sonrası psikolojik bozukluklar annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olarak sıralanmaktadır.<sup>1,6</sup>

### Annelik Hüznü

Annelik hüznü yeni annelerin önemli bir bölümünü etkileyen ve en sık görülen doğum sonrası komplikasyonlardan biridir. Belirtiler, doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde oluşur ve kaybolur. İlk 3-5 günde pik yapar.

**Görülme sıklığı:** %15-84 arasındadır. Annelik hüznü genellikle hormonal değişikliklerin tetiklediği (belirtilerin başlaması östrojen ve progesteron düzeylerinin düşüşü ile eş zamanlıdır) ve uykusuzluk, beslenme problemleri ve yeni anne olmanın getirdiği stres nedeniyle şiddeti artan fizyolojik bir fenomen olarak değerlendirilir.<sup>1,3</sup> Kolay ağlama, depresyon, anksiyete, letarji ile karakterize, geçici ve kısa süreli bir durumdur. Doğum sonrası 3-4 üncü günlerde başlar, çoğunlukla destek ve güven verme ile ilaç olmaksızın iyileşir.<sup>9</sup>

**En sık görülen belirtiler:** Ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, yorgunluk, depresif duygu durumu, duygusal dengesizlik, uyku bozuklukları, anksiyete, irritabilite, konfüzyon ve kognitif bozukluklardır. Belirtiler hafif düzeyde olduğundan tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilir. Empati, açıklama ve destek gerektirir. Gerçek bir duygulanım bozukluğundan çok doğumun bir komplikasyonu olarak kabul edilebilir fakat geçici bir tablo olmakla birlikte bu olguların %20'sinin doğumdan sonraki birinci yılda major depresyon geliştirebileceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle hastaların izlenmesi önemlidir.<sup>1,6,7</sup>

### Doğum Sonrası Depresyon

Genellikle doğum sonrası ilk 2-3 haftalarda karamsarlık, anhedoni, yetersiz hissetme gibi tipik depresif belirtilerle ortaya çıkar.<sup>9</sup>

**Görülme sıklığı:** Doğum sonrası genel popülasyondaki kadınların %10-22'sini ve ergen

annelerin %26'ya varan oranını etkiler.<sup>10-14</sup> Genel popülasyonda depresyon taramasında Hamilton ve Beck Depresyon ölçekleri gibi farklı psikometrik ölçekler kullanılmaktadır. Ancak doğum sonrası depresyon tanısında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği etkili ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir.<sup>3,15-22</sup> On soruluk kısa ve kolay uygulanabilir bir testtir. Cox ve ark. doğum sonu depresyonu ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesinden hareketle Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)'ni geliştirmişler ve geçerlilik çalışmasını yapmışlardır.<sup>10,20,23</sup>

Ölçeğin, farklı kültürlerde kullanılarak, geçerlilik çalışmaları yapılmış olup, doğum yapan bütün kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilirliği bildirilmektedir.<sup>12,17</sup> Ölçeğin ülkemizde de geçerlilik güvenilirlik çalışması Engindeniz ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>24</sup> Fakat unutulmalıdır ki bu psikometrik değerlendirme araçları tanı koymaktan çok riskli gruplarda tarama yapmak veya belirti şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır, tanı DSM kriterleri<sup>25</sup> ile koyulmaktadır.

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişiklik (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik gibi) depresyonda da görülen belirtiler olduğu için sıklıkla karıştırılır. Geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda doğum sonrası depresyon riski %25 daha fazladır. Bir kez doğum sonrası depresyon geçiren kadının tekrar doğum yaptığında depresyon geçirme riski %30-100 oranındadır.<sup>3</sup>

### Risk Faktörleri

**1. Biyolojik faktörler:** Doğum sonrası depresyon riskini arttıran obstetrik nedenler istenmeyen ya da planlanmamış gebelik, gebeliğe bağlı hipertansiyon, acil sezaryen, hastaneden erken taburcu olmak şeklinde sıralanabilir.<sup>13,26</sup>

Emzirmenin doğum sonrası depresyon için risk faktörü olup olmadığı konusundaki bulgular çelişkilidir. Artmış prolaktinin iritabilite, depresyon ve libido azalması ile ilişkili olduğu ve emziren kadınlarda bu hormonal ortamın doğum sonrası depresyon belirtilerine yol açabileceği öne sürülmüştür.<sup>27</sup> Ancak başka bir çalışmada emzirme ile

prolaktin ve östrojen düzeyleri ve duygudurum arasında bir ilişki bulunamamıştır.<sup>28</sup> Hannah ve ark. doğumdan sonraki ilk 6 hafta içindeki depresyonların biberonla besleme ve sezaryen ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.<sup>29</sup>

Başka bir çalışmada emziren annelerde doğum sonrası depresyon oranı daha düşük bulunmuş, anne sütünün yaygın olduğu toplumlarda doğum sonrası depresyon dokuzuncu ayda pik yaparken mamayla beslenmenin yaygın olduğu toplumlarda üçüncü ayda pik yaptığı gösterilmiştir.<sup>15</sup>

Sigara içme oranı depresyonlu hastalarda normal popülasyona göre daha yüksektir, çalışmalarda sigaranın doğum sonrası depresyon için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Mc Coy ve ark.nın çalışmasında mamayla beslenmenin ve sigara içmenin doğum sonrası depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.<sup>15</sup> Doğum sonrası depresyonu olan adolesan olgularda ayrıca alkol ve madde kullanım oranı yüksek bulunmuştur.<sup>13</sup>

**2. Psikososyal faktörler:** Düşük sosyoekonomik düzey, daha önce depresyon geçirmiş olmak, premenstruel disforik bozukluk, doğumda anestezi kullanılması, adolesan yaşta doğum, evli olmamak, sosyal destek azlığı, bebekte beslenme problemlerinin olması doğum sonrası depresyon için risk faktörleridir.<sup>15,26,30,31</sup>

Adolesan gebelerde oranın %50'lere vardığı gösterilmiştir.<sup>32</sup> Sosyal izolasyon, anneliğe hazır olmama, kilo ve beden görünümü ile ilgili kaygılar adolesanlardaki depresyonu etkileyen faktörlerdir.<sup>32,33</sup>

Sosyoekonomik faktörlere ilişkin ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduya yaşama, göç etme, bebeğinde önemli sağlık sorunu olması, daha önce psikiyatrik bir bozukluğu olması, eşinde psikiyatrik bozukluk olması, eşiyile ve eşinin ailesiyle ilişkisinin iyi olmaması da depresyon ortaya çıkışıyla ilişkili etmenler olarak saptanmıştır.<sup>31,32</sup> Çalışan annelerde risk daha yüksek bulunmuştur.<sup>7</sup>

### Nedenleri:

Doğum sonrası depresyonun etyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte doğumdan hemen

sonraki hormon değişiklikleri sorumlu tutulmaktadır. Doğum sonrası dönemde östrojendeki ani ve hızlı düşüşün yatkın kadınlarda depresyonu tetiklediği varsayılmaktadır. Doğumdan sonraki 5 gün içinde progesteron ve östrojen normal düzeylerine geri dönmektedir.<sup>33</sup> Sichel ve ark.nın çalışmasında doğum sonrası dönemde östrojen düzeyindeki ani düşmeyle depresyonun ilişkili olabileceği ve rekürren doğum sonrası depresyon tedavisinde profilaktik östrojen uygulamasının etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>34</sup> Williams ve Casper'ın çalışmasında ise doğum sonrası depresyonu olan kadınların ortalama gonadal hormon seviyelerinde, depresyon geliştirmeyen kadınlara kıyasla fark bulunmamıştır.<sup>28</sup> Bir çalışmada kortizol düzeyleri doğum sonrası depresif sendromlarla ilişkili bulunmuşsa da bu bulgu diğer çalışmalarda teyid edilmemiştir.<sup>35-37</sup>

Hipotalamik-pituiter-adrenal eksen doğum sonrası dönemde hiperaktif olduğundan ölçümlerin yorumlanması güç olabilir ancak bu eksenin annelik davranışlarında önemli rol oynaması muhtemeldir.<sup>1</sup>

Biyolojik depresyonlarda  $\alpha_2$  adrenoseptör bağlanma bölgeleri ve onların duyarlılığı araştırıcıların ilgisini çekmiştir. Farelerde antidepressanlarla tedavi bazı beyin bölgelerinde  $\alpha_2$  adrenoseptörlerin sensitivitesini azaltır. Kadınlarda bu bölgelerde bağlanma kapasitesi östrojen ve progesterondan etkilenir. Bu bölgelerdeki bağlanma, menopozdan önce menopozdan sonraya göre daha fazladır. Hormonların seviyelerindeki düşmeye uygun olarak platelet  $\alpha$  adrenoseptör bağlanma kapasitesinde doğumdan sonra düşme gösterilmiştir. Annelik hüznü yaşayan olgularda 7-10. günler arasında annelik hüznü olmayan hastalardan ve normal adet gören kadınlardan anlamlı bir şekilde yüksek  $\alpha_2$  adrenoseptör kapasitesi görülmüştür. Bu bilgi annelik hüznüne, dirençli bir  $\alpha_2$  adrenoseptör kapasitesi artışının eşlik ettiğini düşündürmüştür.<sup>38</sup>

Doğum sonrası depresyonun nedenleri arasında folat eksikliği üzerinde de durulmaktadır. Folat yetmezliği özgül olarak merkezi monoamin metabolizmasını etkiler.<sup>39</sup> Eksikliğinde genel olarak depresif belirtiler sık görülür. Eksiklik şiddetlendikçe depresif belirtilerin arttığı gözlenmiştir. Ayrıca

majör depresif bozukluk tanısı alan hastaların %15-35 kadarında folat eksikliği bildirilmiştir.<sup>40</sup> Folat eksikliği ile hastaların psikiyatri kliniğine yatışları arasında da ilişki bulunmuştur.<sup>41</sup> Roullion ve ark.nın çalışmasında annelik hüznü ve doğum sonrası depresyon ile folat yetmezliği ilişkili bulunmuştur.<sup>42</sup>

Halen tartışılmakla birlikte bazı araştırmacılar doğum sonrasında geçici tiroid disfonksiyonunun doğum sonrası depresyon ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedirler. Hipotiroidizm ve tiroidite sık rastlanmaktadır. Doğumdan sonra daha hızlı endorfin geri çekilmesi olan kadınların duygudurum değişikliklerine daha yatkın olduğđ düşünölmüştür.<sup>1,33</sup>

Doğum sonrası duygudurum bozukluklarında biyolojik komponent lehine diğer bir bulgu aile öyküsü çalışmalarından elde edilmiştir. Doğum sonrası duygudurum bozukluğu görölen kadınların birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluklarının yaşam boyu prevalansı genel nüfustan çok daha yüksektir. Bu da bu bozukluklarda olası kalıtsal ya da ailesel etkenlere işaret eder.<sup>43</sup>

Serum lipid düzeyleri ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki son yıllarda üzerinde çok çalışılan bir konu haline gelmiştir. Farklı populasyonlarda düşük serum kolesterolü ile depresif belirtiler arasında bir ilişki bulunmuştur. Düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasında iyi tanımlanmış bir ilişki vardır. Bu kanıtlanmış ilişkilerin özellikle azalmış merkezi sinir sistemi (MSS) serotonin aktivitesi ile düşük veya düşürölmüş kolesterol düzeyleri arasındaki ilişki yoluyla gerçekteştiği bulunmuştur. Gebelik esnasında özellikle son üç aydaki serum kolesterol düzeylerinde yaklaşık %50'ye varan artışlar olmaktadır. Doğum sonrasında yüksek serum kolesterol değerleri bir düşme süreci içerisine girer ve bu değerlerin normal seviyelerine dönmeleri doğum sonrası 20. haftaya kadar uzayabilir. Bu bağlamda doğum sonrası dönemde hormonal etkileşimlere bağlı olarak serum kolesterol düzeyinin ani düşüşü depresyonun ortaya çıkışı ile ilişkili olabilir.<sup>44</sup>

İnsülin düzeylerinin gebelik döneminde giderek arttığı ve üçüncü trimesterde iki katına çıkabileceği gösterilmiştir. Doğumdan önce en yüksek değerlere ulaşır ve daha sonra gebelik öncesi de-

ğerlere döner. Doğum sonrası dönemdeki düşüş doğum öncesi yükseldiği hızdan daha ani ve daha hızlıdır. Son çalışmalarda insülinin beyindeki serotoninini etkilediği gösterilmiştir. İnsülin bu yolla duyudurum bozukluklarını indükleyebilir. Bu hipotezin geçerliliği kesin olarak kanıtlanırsa doğum sonrası dönemde karbonhidrattan zengin bir beslenme diyetiyle insülin sekresyonu uyarılarak doğum sonrası depresyon önlenebilir.<sup>12,45</sup>

Doğum yapan kadınların tümünde endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına rağmen psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi sosyal stres, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerin de etkili olduğunu gösterir. Doğum sonrası depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı (önceki yaşam tarzının ve vücut imajının kaybı duygusu, cinsel çekicilikte azalma, mesleki kayıp vb.) bir reaksiyon olarak değerlendirilebilir.

Doğum sonrası depresyon global bir sorun olmakla birlikte doğu toplumlarında etyolojinin tamamen biyolojik nedenlere bağlı olmadığı, bu nedenle batı toplumlarındaki tedavi modellerinden çok fazla yararlanılamayabileceği savunulmaktadır. Türkiye, Çin, Hindistan ve Afrika ülkelerinde erkek çocuklar kız çocuklarından üstün tutuldukları için özellikle gelişmemiş bölgelerde kız çocuk doğurmanın bile depresyon nedeni olabileceği düşünülmektedir.<sup>12,46</sup>

### Klinik Özellikler

Başlangıç genellikle sinsidir. Belirtiler tipik olarak doğumdan sonraki ilk 6 haftada ortaya çıkar. Doğum sonrası depresyon geçiren kadınların %60'ında bunun ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır. Depresyon insidansında artış sıklıkla doğumdan sonraki ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir.<sup>1</sup>

Olguların çoğunda depresyon atağı doğumdan sonraki 3-6. ayda kendiliğinden iyileşebilir. Doğum sonrası depresyonun belirtileri yaşamın diğer dönemlerinde görülen majör depresif atağa benzer. Ancak zamanlaması ve en azından anne-bebek ikilisi ve sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesi nedeniyle özellik taşır. Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasın-

daki örtüşme ve annelerin mutlu olmaları gerekirken depresif duygular taşıdıkları için suçluluk duymaları nedeniyle belirtileri saklamaları bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir.<sup>1,3</sup>

**Belirtileri:** Doğum sonrası depresyonun başlıca belirtileri değişken duygu durumu, aşırı yorgunluk, enerji kaybı, bebeğimi yeterince sevemiyorum endişesi, bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla ilgili endişeler, ya bebeğe şiddet uygularsam takıntısı, intihar düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, psikomotor hareketlilikte artma, anksiyete, panik atak, iştah değişiklikleri, kilo kaybı ya da aşırı kilo alma, uyku bozuklukları, bebeğe karşı anksiyete, bebeğe yeterli ilgi ve şefkati gösterememe, ilgilenmek istememe ve bebeği öldürmek istemeye ilgili düşünceler, suçluluk düşünceleri, ilgi istek kaybı, sosyal izolasyon, yetersizlik hissi şeklinde sıralanabilir. Major depresyona ilişkin tanı kriterleri<sup>25</sup> DSM-VI'de tanımlanmıştır.

Belirtilerin yoğunluğu günden güne değişebilir. Özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde sinsili olan başlangıç dönemi kolaylıkla gözden kaçabilir. Doğum sonrası depresyonu normal involüsyonel fenomenlerden (kilo kaybı, uykusuzluk vb.) ya da doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte doğum sonrası depresyonda aileye karşı sevgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular daha ön plandadır. Bu olgularda doğum sonrası depresyon uzun süre devam edip sonunda hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir.<sup>1</sup>

Doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebeklerinde infantil kolik oranı daha yüksek bulunmuştur, bu nedenle erken tanı ve tedavi hem annenin hem de bebeğin sağlığına olumlu katkılar yapacaktır.<sup>47</sup>

**Korunma:** Doğum sonrası depresyondan korunmada eşlere önemli görev düşer. Annenin çocuğuyla birlikte yaşamaya başladığı bu hassas dönemde kadına gerçekten yardımcı olacak tek kişi eşi olabilir. Çocuğuyla ve eşiyle ilgilenen babalar, annenin bu gerilimlerini hafifletebilir, depresyonu daha çabuk atlatmasına yardımcı olur.

Doğum sonrası dönemde ruhsal sıkıntılar yaşayan anneler doktora başvurduklarında öncelikle hastayı rahatlatmak önem taşır, bu şekilde en azından hastaların yakınmalarını gizlemeleri önlenabilir, annelere doğum sonrası depresyon sıklığı konusunda bilgiler verilmeli, bu nedenle yardıma ihtiyaç duyan kadınların sayısının çok fazla olduğu ve doğum sonrası ilk günlerde bebeği tam anlamıyla benimseyememelerinin ya da bebeğin bakımı konusunda yetersiz hissetmelerinin normal olduğu, annelik becerilerinin zaman içerisinde kazanılacağı anlatılmalıdır. İlk zamanlarda bebekle ilgilenmenin büyük enerji gerektirdiği bu nedenle eşlerinin ve ailelerinin yardım etmesine izin vermeleri, özel zevkleri için kendilerine zaman ayırmaları yönünde önerilerde bulunulabilir.<sup>47</sup>

### Tedavi

Doğum sonrası depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirminin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek bir stres kaynağı olacaktır.<sup>1</sup> Doğum sonrası depresyonda etkili tedaviler bireysel psikoterapi ve grup terapisi, ev ziyaretleri ve selektif serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). Bazı tamamlayıcı ve alternatif tedaviler de ümit vericidir. İlaç tedavisine karar verilirken hastalığın şiddeti, önerilen tedaviler, olası yan etkiler ve riskler ve hastalığın tedavi edilmemesinin yol açabileceği riskler hastaya ve aileye anlatılarak onayları alınmalıdır.<sup>10,48</sup>

Egzersiz de olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir.<sup>49</sup>

Tedavide aile desteği ve geniş anlamda sosyal destek de önemli bir faktördür, özellikle ilk doğumunu yapmış annelerin bu konuda bilinçlendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir.<sup>50</sup> Bireysel, evlilik, aile ve grup psikoterapileri başlıca anneliğe geçiş üzerine odaklanmalı evlilik ilişkisi, sosyokültürel beklentiler ve sosyal destek ağı da ihmal edilmemelidir. Eşlerin tedavi planına katılmaları desteklenmelidir. İnterpersonal psikoterapinin özellikle uygun olduğu düşünülmektedir. Doğum sonrası depresyon geçiren kadınların eşlerinde de depresyon oranları yüksek bulunmuş ve eşler için

bireysel terapi ve evlilik terapisinin tedavide yararlı olabileceği kaydedilmiştir.<sup>1</sup>

Amitriptilin, nortriptilin, dezipramin, klomipramin, doksepin, dothiepin, fluoksetin, sertralin ve bupropionla yapılan bir çalışmada bebeklerde amitriptilin, nortriptilin, dezipramin, klomipramin, dothiepin ve sertralin düzeyleri ölçülebilir düzeylerde bulunmamıştır ve yan etki bildirilmemiştir ancak fluoksetin veya doksepinle tedavi edilen annelerin bebeklerinde bazı yan etkiler görülmüştür. On haftadan daha büyük bebekler trisiklik antidepresanlar yönünden daha az risk altında bulunmuştur ve birikme riski gösterilmemiştir.<sup>51</sup> Fluoksetin, sertralin, paroksetin, fluvoksamin ve sitalopramla yapılan başka bir çalışmada bebeklerde herhangi bir ciddi yan etkiye rastlanmamıştır.<sup>52</sup>

SSRI grubu ilaçların anne sütü yoluyla bebeğe geçen miktarları annenin serum konsantrasyonu ile korelasyon gösterir, eser düzeydeki antidepresanların bebek üzerine uzun dönem etkileri bilinmemektedir bu nedenle etkili olan en düşük doz kullanılmalı ve bebeğin ilacın emilim döneminde emzirmesinden kaçınılmalıdır.<sup>44,53</sup>

### Doğum Sonrası Psikoz

Doğum sonrasında rastlanan en ciddi psikiyatrik bozukluktur. Görülme sıklığı sadece %0,1-2 olmakla birlikte tanı koyulduğunda en kısa sürede psikiyatri uzmanına sevk edilmesi gerekir. Gebelik öncesine göre sıklığı 20 kat daha fazladır.<sup>3</sup> Tanı DSM-IV<sup>25</sup> kriterleri ile koyulmaktadır.

Gençlerde, ilk doğumunu yapanlarda, daha önce ruhsal hastalık geçirenlerde daha sık rastlanır. Hastaların çoğunda perinatal tıbbi komplikasyonlar vardır. Bu hastaların ailelerinde duygudurum bozukluğu öyküsüne sık rastlandığı bildirilmiştir. Doğum sonrası depresyondan farklı olarak etyolojisinde biyolojik faktörlerin daha ön planda olduğu bir psikiyatrik bozukluktur. Bipolar bozukluk dönemi veya bir çeşit varyasyonu olarak kabul edilir. Doğumdan sonraki ilk üç günde ortaya çıkar, hızlı duygudurum dalgalanmaları ve psikotik belirtiler gözlenir. İşitsel varsanılar ve kötülük görme sanrılarına sık rastlanır. Bazen bebeğe karşı obsesyonlar görülür. İntihar riski nedeniyle hızlı ve

etkili tedavi edilmelidir. Sıklıkla hastaneye yatış gerekir. Uygun tedaviyle hastaların %95'i 2-3 ayda iyileşir.<sup>3,33</sup>

### KAYNAKLAR

1. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum hüznün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000;2:64-71.
2. Dufy CL, Postpartum depression: Identifying women at risk. *Genesis* 1983;11-21.
3. Blenning C, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. *American Family Physician* 2005;72:2491-6.
4. Carothers AD, Murray L. Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: Application to postnatal depression in a community sample. *Psychol Med* 1990;20:695-702.
5. Bromet EJ, Dunn LO, Connell MM, et al. Long term reliability of diagnosing lifetime major depression in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:435-40.
6. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10:58-67.
7. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, et al. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14:252-7.
8. Lindahl V, Pearson JI, Colpe L. Prevalance of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2005;8:77-87. Epub 2005 May 11.
9. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar, Depresif bozuklukların sınıflandırılması. 1. baskı, Ankara: Görsel Sanatlar Yayınevi; 2003. p.50.
10. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *J Am Med Womens Assoc* 2004;59:181-91.
11. Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:264-73.
12. Goldbort N. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006;31:121-6.
13. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996;168:607-11.
14. Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, Anderson GM. Maternal fluoksetin treatment in the postpartum period: effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics* 2003;112:e425.
15. McCoy SJ, Beal MJ, Shipman SB. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106:193-8.
16. Adouard F, Glangeaud - Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005;8:89-95. Epub 2005 May 11.
17. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord* 2004;78:163-9.
18. Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:833-9.
19. Bagedahl-Strindlund M, Monsen Borjesson K. Postnatal depression: A hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:272-5.
20. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract* 2001;50:470.
21. Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom AJ. Survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health* 2006;6:211.
22. Boyd RC, Le H.N, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2006;8:141-53.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, et al. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
24. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği türkçe formu geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1 Kitabı*. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1997. s.51-2.
25. Köroğlu E, Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviri, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1996. s 419-21
26. Wewerinke A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:294-8.
27. Koppelman MSC, Parry BL, Hamilton JA, et al. Effect of bromocriptine on affect and libido in hyperprolactinemia. *Am J Psychiatry* 1987;8:1037-41.
28. Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. *Women's health: Hormones, emotions and behaviour*. In: Casper RC, ed. 1<sup>st</sup> ed. London: Cambridge University Press, 1998 p.14-35.
29. Hannah P, Adams D, Lee A, et al. Links between early doğum sonrası mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992; 160:777-80.
30. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:3-8.
31. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C Ü Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;26:55-9.
32. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11:204-21.
33. Akdeniz F, Gönül AS Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2004;2:70-4.
34. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, et al. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biol Psychiatry* 1995;38:814-8.
35. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA et al. Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1992;48:801-6.

36. Smith R, Cubis J, Binsmead M, et al. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *J Psychosom res* 1990;34:53-69.
37. Gard PR, Handley SL, Parsons AD, et al. A multivariate investigation of doğum sonrası mood disturbance. *Br J Psychiatry* 1986;148:567-75.
38. Kocabaşoğlu N, Balcıoğlu İ, Şen C. Puerperal (doğum sonrası) psikoz. *Perinatoloji Dergisi* 1995;3:67-9.
39. Bottiglieri T. Folate, vitamin B<sub>12</sub> and neuropsychiatric disorders. *Nutr Rew* 1996;54:382-90.
40. Alpert JE, Fava M. Nutrition and depression: The role of folate. *Nutr Rew* 1997;53:145-9.
41. Fidaner H, Duygudurum bozuklukları ve folatlar, Duygudurum Dizisi 2001;6:272-6.
42. Roullion F, Thalassinos M, Miller HD, et al. Folates and postpartum depression *J Affect Disord* 1992;25: 235-41.
43. Steiner M, Yonkers K. Depression in women. London: Martin Dunitz Ltd; 1998. p.26-47.
44. Selvi Y, İnci R, Kıran ÜK, Ağargün MY, Özer ÖA, Eryonucu B, Postpartum depresyon ve serum kolesterolü. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:48-50.
45. Chen TH, Lan TH, Yang CY, Juang KD. Postpartum mood disorders may be related to a decreased insulin level after delivery. *Med Hypotheses* 2006;66:820-3.
46. Adewuya A, Fatoye F, Ola B, Ijaodola O, Ibigbami S. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women *Journal of Psychiatric Practice* 2005;11:3538.
47. Akman I, Kuscu K, Ozdemir N, et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child* 2006;91:417-9. Epub 2006 Feb 1.
48. Gierdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *J Am board Fam Pract* 2003;16:372-82.
49. Wilkinson J, Phillips S, Jackson J, Walker K. 'Mad for Fitness': An exercise group to combat a high incidence of postnatal depression *J Fam Health Care* 2003;13:44-8.
50. Tammentie T, Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Tarkka MT. Family dynamics of postnatally depressed mothers- discrepancy between expectations and reality. *J Clin Nurs* 2004;13:65-74.
51. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast feeding *Am J Psychiatry* 1996;153:1132-7.
52. Mirsi S, Kostaras X. Benefits and risks to mother and infant of drug treatment for postnatal depression. *Drug Saf* 2002;25:903-11.
53. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN. Citalopram and breast feeding: serum concentration and side effects in the infant. *Biol Psychiatry* 2000;47:164-5.