

Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar

Common Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum Period

Özkan Özdamar *, Onat Yılmaz **, Hacer Hicran Beyca ***, Murat Muhcu ****

* Gölcük Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

** Kasımpaşa Asker Hastanesi, Psikiyatri Servisi

*** Bezmi Alem Vakıf Gurebba Üniversitesi, Aile Hekimliği A.D.

**** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

ÖZET

Psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı, kadınların doğurganlık çağında diğer yaşam dönemlerine oranla kısmen artmaktadır. Gebelik ve postpartum döneminde ruhsal hastalık görülme sıklığında artıştan çok, hastalığın alevlenmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Buna göre, gebelik ve postpartum dönem pek çok kadın için anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönem olabilmektedir. Gebelik sürecinde bedendeki fizyolojik değişiklikler, cinsel ilgideki değişiklikler ve doğumla ilgili anksiyete, duygudurum değişikliğine katkı sağlayabilir. Bunun yanında gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri hekimlerce genellikle gebelik ile ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve sıklıkla daha az teşhis edilebilmekte ve buna bağlı olarak da tedavileri aksamaktadır. Daha önceden hastalık öyküsü bulunan kadınların hamilelik ya da postpartum döneminde bu hastalıkların alevlenme riski bulunmaktadır. Ayrıca bu dönemlerde bazı psikiyatrik bozuklukların tedavileri değişebilmekte veya ilaç dozlarında değişikliğe gidilmesi gerekliliği ortaya çıkabilmektedir. Bu dönemdeki psikiyatrik hastalıklarla ilgili çalışmaların çoğunun son yıllarda gerçekleşmesinden dolayı klinisyenlerin bu dönemdeki bireylere yaklaşımına yönelik bilgi oldukça sınırlıdır. Tedavisi ihmal edilen bu ruhsal bozuklukların anne-çocuk ilişkisinin ciddi olarak bozulması ile sonuçlandığı göz önüne alındığında, bu konuya duyarlılık ile yaklaşılmasının gerektiği açıktır. Bu derlemede gebelik ve postpartum dönemde sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar konusunda makaleler gözden geçirilerek, bu hastalıkların tanısı, müdahale yöntemleri ve tedavi konularında klinisyenlere önerilerde bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: gebelik, postpartum, depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, psikoz

ABSTRACT

Psychiatric disorders are common at women during particularly their reproductive years, when compared to other life periods. It is believed that, pregnancy and postpartum period is not associated with increased incidence of any mental disorder, but the severity of the disorder. Accordingly, pregnancy and postpartum periods may be a time of increased susceptibility to psychiatric disorders such as anxiety disorder, depression, eating disorder and psychosis. Physiological changes in the body during pregnancy, changes in sexual interest and birth-related anxiety might contribute to mood changes. Besides, somatic complaints, depression and anxiety symptoms seen in pregnancy are frequently linked to pregnancy-related hormonal and physical changes and can be less commonly diagnosed by physicians, consequently therapies are being delayed. During the pregnancy or postpartum periods of women with a prior history of disease, there is an increased risk of exacerbation of these diseases. Additionally during these periods, the treatment of certain psychiatric disorders may change or the necessity of amendment in drug doses may arise. Because studies about the psychiatric disorders in this period have been done in recent years, clinicians have limited data about approaching to the individuals in this period. Given that the neglected therapy of these disorders results in severe impairment of the mother-baby relationship, it is clear that the issue should be approached with sensitivity. In this review, articles about common psychiatric disorders during pregnancy and postpartum period have been reviewed and suggestions to clinicians about identifying, interventions and treatments of these disorders are being made.

Key words: pregnancy, postpartum, depression, anxiety, eating disorders, psychosis

İletişim Bilgileri:

Sorumlu Yazar: Dr. Özkan ÖZDAMAR

Yazışma Adresi: Gölcük Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Gölcük, Kocaeli

Tel: +90 262 414 66 01-7710 **Gsm:** +90 532 476 67 44

E-mail: ozkan_ozdamar@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: 13.03.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 19/06/2014

GİRİŞ

Gebelik ve doğum her kadın için doğal yaşam döngüsünün bir parçasıdır. Ancak gebeliğin mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu düşüncesi artık terkedilmiştir. Kadın bu süreç boyunca oldukça yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Anne adayları, hamileliğin ilk dönemlerinde, mide bulantısı, memelerde gerginlik gibi gebeliğin ilk belirtileri tarafından tetiklenebilen duygusal değişkenlikteki artışın farkına varabilmektedirler. Zaman içerisinde bedendeki fizyolojik değişiklikler, cinsel ilgideki değişiklikler ve doğumla ilgili anksiyete, duygudurum değişikliğine katkı sağlayabilir. Hamileliğin son dönemlerinde doğum ve bebek bakımı hazırlıkları içerisindeki anne adayında sosyal içe çekilme, yüksek anksiyete gözlenebilmektedir (1). Anne adayı yaşadığı bu yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel stres etkenleri ile etkili bir şekilde baş edemezse gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi olaylar anne için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşıyabilmektedir (2). Gebelik döneminde görülen ruhsal bozukluklar, iş gücü kaybı, anne-çocuk ilişkisinin olumsuz etkilenmesi ve hatta intihara varan sonuçlara neden olabilmekte ve bu durum, giderek artan önemde toplumsal sorunlara yol açmaktadır. Gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri hekimlerce genellikle gebelikle ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve sıklıkla daha az teşhis edilebilmekte ve buna bağlı olarak da tedavileri aksamaktadır. Fetus açısından mutlu ve huzurlu bir dönem olarak geçirilmesi gereken gebelik dönemi; annenin uyku ve iştah bozukluklarıyla geçirdiği, buna bağlı olarak da fetusun hem bedensel hem de ruhsal gelişiminin kötü etkilendiği, gebenin annelik rolüne iyi hazırlanamadığı, yaşam kalitesinin düştüğü ve aile içi çatışmaların olduğu bir dönem olmaktadır. Tedavisi ihmal edilen bu ruhsal bozuklukların anne-çocuk ilişkisinin ciddi olarak bozulması ile sonuçlandığı göz önüne alındığında, bu konuya duyarlılık ile yaklaşılmasının gerektiği görülmektedir. Diğer taraftan psikiyatrik hastalıkların, 18-45 yaşları arasındaki reproduktif dönemdeki kadınlarda daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir. Buna göre, gebelik ve annelik dönemi pek çok kadın için anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir

dönem olabilmektedir (2). Daha önceden hastalık öyküsü bulunan kadınların hamilelik ya da postpartum döneminde bu hastalıkların alevlenme riski bulunmaktadır. Bu bilgiler ışığında, hamilelik planı olan çiftlerle gerçekleştirilecek görüşmelerde; hamilelik sırasında ilaç tedavisini sürdürmenin riskleri, herhangi bir ilacın kullanılmadığı gebeliklerde doğumsal defektlerin ortaya çıkma riskleri, hamilelik sırasında uygulanabilecek diğer tedavi alternatifleri, relaps önleyici yaklaşımlar gibi konuların ele alınmasında anlamlı yarar bulunmaktadır.

Kronik ruhsal hastalığı bulunan kadınlarla çalışan klinisyenlerin, kontrasepsiyon yöntemlerinin yetersiz kullanımı ve korunmasız cinsel etkinlik sıklığındaki artış konularında daha dikkatli davranmalarında yarar bulunmaktadır. Atipik anstipsikotiklerin daha yaygın olarak kullanılmaları ile birlikte, tipik antipsikotiklere oranla prolaktin düzeylerinin daha düşük seyretmesi, planlanmamış gebeliklerin önlenmesi açısından kontrasepsiyonun önemini arttırmıştır (3). Bu derlemenin amacı, gebelik ve postpartum dönemde sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar konusunda literatür bilgilerinin gözden geçirilerek, bu hastalıkların tanısı, müdahale yöntemleri ve tedavi konularında klinisyenlere önerilerde bulunmaktır.

Gebelik ve Depresyon

Yakın gelecekte en fazla iş gücü kaybına neden olan hastalık olarak tanımlanan depresyon ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalara göre, hastalığın hamilelik döneminde görülme sıklığı % 7,4 ile 12,7 arasında değişmektedir (4, 5). Majör depresyonda karşılaşılan uyku ve iştah bozukluğu, kilo artışı, sinirlilik, enerji ve istek kaybı gibi pek çok klinik bulgu ve belirtilere gebelik döneminde de rastlanmaktadır. Bu benzer semptomlar nedeni ile depresyon tanısı gebelikte atanabilmektedir (6). Klinisyenlerin, ayırıcı tanının daha nitelikli yapılabilmesi için fiziksel belirtilerin yanı sıra, depresyonda görülen değersizlik ve karamsarlık düşünceleri, anhedoni gibi bilişsel değişiklikleri de göz önünde bulundurmalarında yarar bulunmaktadır. Gebelerde ve postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon varlığını tarama amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlar arasında, birinci basamak sağlık merkezlerinde kullanılan Hasta Sağlığı Ölçeği-9 (7), antenatal dönemde de

uygulanabilen Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (8), daha çok ruh sağlığı profesyonellerince uygulanan Beck Depresyon Envanteri sayılabilir. Bu ölçekler dışında hastaya doğrudan; “Son iki haftadır kendinizi tükenmiş, çaresiz, karamsar hissettiğiniz oldu mu?” veya “Son iki haftadır bir şeyler yapmaktan çok az keyif aldığınız oldu mu?” gibi doğrudan soruların da yöneltmesinde yarar bulunmaktadır. Depresyon gelişimini önleyici bir yaklaşım henüz geliştirilemediğinden dolayı, hamilelik döneminde erken tanı ve tedavinin en iyi yaklaşım olacağı değerlendirilmektedir (9).

Gebelik döneminde depresyon görülme oranı;önceden depresyon öyküsünün olması, özellikle de daha önceki gebeliğe ait depresyon öyküsünün varlığıve yarıda bırakılan tedavinin varlığı ile artmaktadır. Düşük yapma, ölü doğum öyküsü, yetersiz sosyal destek, istenmeyen gebelik halleri, uyumsuz evlilik, ailede depresyon öyküsü, doğacak çocuk hakkındaki endişe, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı (alkol ve sigara dahil), hamilelik öncesinde 2 ya da daha fazla kronik hastalık öyküsünün bulunması gibi durumlarda ise risk giderek çoğalmaktadır (10, 11). Gebelikte depresyon; yorgunluk, irritabilite, nevroitik skalalarda yükselme ve bazen de gebeliğin inkârı tarzında ortaya çıkabilmekte ve son trimesterdeki depresyon, postnatal bir depresyon şeklinde devam edebilmektedir (12).

Gebelik döneminde ortaya çıkan depresyonun proinflatuar sitokinlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (13). Serotonin taşıyıcı genlerdeki ve monoamin ile ilişkili genlerdeki genetik polimorfizmlerin postnatal depresyon ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Hamilelik döneminde ortaya çıkan depresif belirtilerin glukokortikoid reseptör hassasiyeti ile doğrudan ilişkili olduğu ve glukokortikoid reseptörlerinin eş-şaperon genlerinin periferik ekspresyonunun, hamilelik döneminde ortaya çıkan depresyon için biyomarker olabileceği bildirilmektedir (14). Gebelikte medikal tedavi endikasyonu olan depresyon söz konusu ise antidepresanların kesilmesiyle oluşacak depresyonun, anneye ve fetusa vereceği zarar ile gebelikte antidepresan kullanımının riski arasındaki kâr-zarar oranı dikkatle değerlendirilmelidir. Gebelik döneminde belirtilerin tanınmaması ya da ilaç yan etkilerinin göze alınamaması nedeniyle tedavi

edilmeyen depresyon; iştahsızlık, artmış kalp atımı, karın ve baş ağrıları, cinsel işlev bozukluğu gibi hamilelik döneminde görülen semptomların daha şiddetli hissedilmesine, intihar düşüncelerininve fetusa zarar verme düşüncelerinin ortaya çıkmasına, postpartum dönemde artmış depresyon riski gibi pek çok olumsuzluklara neden olabilmektedir. Gebelikte depresyon; preterm eylem, preeklampsi, gestasyonel diyabet ve düşük doğum ağırlığı açısından predispozan faktördür. Ayrıca annedeki tedavi edilmemiş depresyon, yenidoğanın kan kortizol düzeyinin yüksek seyretmesine, böylelikle bebeğin mental ve davranışsal gelişiminin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (2, 15).

Postpartum Depresyon

Doğumdan sonraki ilk 12 hafta içinde ortaya çıkan postpartum depresyon, ortalama %13 oranında bir prevalansa sahiptir (16). Sıklıkla altıncı hafta civarında gözlenen hastalığın belirtileri arasında, disfori, duygusal labilite, uykusuzluk, konfüzyon, suçluluk ve intihar düşünceleri sayılabilir. Anne yaşı, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, kişisel ve ailesel depresyon öyküsünün varlığı, düşük sosyal destek, düşük ya da gebelik sonlandırma öyküsünün varlığı gibi etmenlerin yanı sıra (17), çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanısının varlığı postpartum depresyon gelişiminde risk etmenleri arasında sayılmaktadır (18). Tanı konan kişilere tedavi yaklaşımı planlanırken annenin emzirme durumu, ilaçların olası yan etkileri, psikoterapi yöntemlerinin ve somatik tedavi yöntemlerinin uygulanabilirliği gibi konuların göz önünde bulundurulmasında yarar bulunmaktadır.

Bununla birlikte, prenatal dönemden başlayarak gerçekleştirilecek olan muayenelerde ve takiplerde tarama yaparak hastalığı önlemek, en uygun yöntemdir. Lohusalık hüznü (Postpartum blues). Yeni doğum yapmış kadınlarda %80'lere varan oranda ortaya çıkabilen, doğumdan sonraki ilk 10 gün içinde gözlenen, irritabilite, anksiyete, uyku bozuklukları, labil duygulanım ile karakterize bir durumdur. Ortalama iki hafta içinde kendiliğinden geçen ve herhangi bir tedavi gerektirmeyen bir durum olması itibariyle, mevcut semptomların süresi uzadığında akla depresyon olasılığının getirilmesinde yarar bulunmaktadır (19).

Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, huzursuzluk, ölecekmiş hissi, düşünmek istenmeyen bir durumun akıldan çıkarılamaması ile seyreden ve terleme, dispne,uykusuzluk, titreme gibi fizyolojik değişikliklerin eşlik ettiği bir bozukluktur (20). Gebelikte görülen ve anksiyete semptomlarınaoldukça benzer olan fizyolojik değişimler nedeniyle anksiyete bozuklukları gebe kadında teşhis edilemeyebilir. Başlangıç yaşı tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesidir. Bu nedenle, anksiyete bozukluğu tanısı bulunan çok sayıda kadın, hastalıklarının seyri boyunca gebeliği tecrübe etmektedir (21). Buna rağmen gebelikte anksiyete bozukluğu ile ilgili araştırma sayısı çok sınırlıdır. Perinatal dönemde anksiyete bozukluklarının sıklığı, araştırma sonuçlarına göre %9 ve %30 arasında değişiklik göstermektedir (22, 23). Hiç hamile kalmamış kadınların, hamilelik dönemi yaşayan kadınlara oranla panik bulgularını daha şiddetli geçirdiklerini saptayan çalışmalar mevcuttur. Ayrıca, hamilelik döneminde rastlanan panik bulgularının, psikososyal etkenlerin yanı sıra, hormonal sistemdeki değişikliklere bağlı olarak biyolojik etkenlerle de ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (24). Hamilelik öncesi dönemde panik bozukluğu tanısı bulunan kadınların panik bulgularında anlamlı azalma ortaya çıktığı (25), bununla birlikte, hamilelik öncesi dönemde gebede ya da gebenin ailesinde panik bozukluğu öyküsünün varlığının postpartum dönem depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (26).

Anksiyete ve doğum arasındaki ilişkiyi anlamak önemlidir. Çünkü gebelikte endişeyi ve üzüntüyü tetikleyebilen anksiyete, doğum sırasında da etkili olmayan uterus kasılmaları gibi komplikasyonlara katkıda bulunmaktadır (27). Gebelikte panik bozukluğunun varlığı, preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı (SGA) bebek ile ilişkilendirilmiştir (28). Yine, gebelik döneminde anksiyete tanısının, çocukta sekiz aylıkken düşük mental ve motor gelişime, 6-9 yaşları arasında azalmış gri cevher yoğunluğuna ve 27 aylıkken huzursuz mizaç ve dikkat dağınıklığına neden olduğu öne sürülmektedir (29). Bununla birlikte, Littleton ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir meta-analizin sonuçlarına göre, gebelikte panik bozukluğunun varlığının hamilelik sonucunu etkilemediği, öte yandan hamilelik döneminde gözlenen anksiyete semp-

tomlarının, sosyal destek düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (30).

Gebelik ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)

OKB tanısı bulunan ve gebe olmayan hastaların önemli bir kısmında başlangıcın postpartum dönem olduğu ya da hastalığın bu dönemde alevlendiği belirtilmektedir (31). Hem gebelikte hem de postpartum dönemde kötüleşmekte olan OKB'nin başlangıcı ilk çocuğun doğumundan sonra daha sıktır (32).Gebelik döneminde başlayan OKB'de; sıklıkla bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları mevcutken, doğum sonrası gelişen OKB'de ise çocuğuna zarar geleceği düşünceleri ve fobik kaçınmanın daha çok görüldüğü belirtilmektedir (33).

Gebelik ve Yeme Bozuklukları

Ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan yeme bozuklukları, gebe kadınlarda tahmin edilenden daha sık görülmektedir (34). Yeme bozukluklarında temel sorunun, şişmanlamaktan aşırı şekilde korkmanın yanı sıra, dış görünümün ve kilo almanın doğrudan kendilik değeri ile ilişkili olduğu inancını taşıma olduğu düşünüldüğünde, gebe kadının hamilelik süresince kilo alması bu tip hastalar için çok daha önemlidir. Turton ve arkadaşlarına göre; gebe kadınlarda yeme bozukluğu prevalansı yaklaşık %4.9'dur (35). Başta aşırı yeme bozukluğu olmak üzere, yeme bozuklukları gebelikte nisbi olarak sıktır ve yaklaşık her yirmi kadından birinde gözükmektedir. Gebelikte bulimia nervosa semptomlarında remisyonlar izlenirken, aşırı yeme bozukluğuna yatkınlığın arttığı öne sürülmektedir (36). Gebelik sırasında yeme bozukluğu belirtilerinin şiddetinin azaldığı yönünde sonuçlar veren çalışmaların yanı sıra (37), yeme bozukluğu varlığının, abortus, düşük Apgar puanları, hiperemezis, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek riski gibi anne ve fetus üzerinde pek çok olumsuz etki ile ilişkili olduğunu belirten yayınlar da bulunmaktadır (38). Knoph ve arkadaşları (39), postpartum periyotta yeme bozukluklarının seyri üzerine yaptıkları geniş ölçekli toplum tabanlı çalışmada, gebelik öncesi yeme bozukluğu bulunan kadınların önemli bir oranında yeme bozukluklarının devam ettiğini göstermişlerdir. Yeme bozukluklarının saptanmasına özgü bir test geliştirilemediğinden dolayı, gebe kadınların takiplerinde, hamilelik

öncesi dönemde yeme bozukluğu öyküsünün varlığı öğrenildiğinde, ikinci trimesterde birbirini izleyen vizitlerde kilo artışının olmayışı ve hiperemesis gravidarum varlığı gözlemlendiğinde, klinisyenin yeme bozukluğu açısından gebeyi değerlendirmesinde yarar bulunmaktadır. Bunun dışında, gebeye “yeme şeklinden mutlumuşun? Son zamanlarda aldığın kilolarla ilgili ne düşünüyorsun?” gibi basit sorular yöneltmenin de uygun olduğu düşünülmektedir (40).

Gebelik ve Psikoz

Şizofreni tanısı olan kadınlarda, sağlıklı topluma oranla daha fazla sıklıkta yüksek riskli cinsel davranış, korunmasız cinsel ilişki, istem dışı cinsel ilişki ve bunların sonucunda planlanmamış gebeliklere rastlanmaktadır. Tedavi seçeneklerindeki güncel değişikliklerle birlikte şizofreni tanısı bulunan kadınların yaklaşık %60'ı gebe kalabilmektedir. Bu anlamda, şizofreni tanılı kadınların konsepsiyon öncesi dönemden itibaren, bazı durumlarda hastanın ailesini de sürece dahil edecek biçimde, tedavi ekibi tarafından gebelik ve cinsellik hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmelerinde anlamlı yarar bulunmaktadır. Psikoz atağının ilk kez gebelik döneminde görülme ihtimali oldukça nadirdir. Psikoz tanısı olan kadınlarda, gebeliktenüks oranları artmaktadır (2). Psikotik semptomlar gebelikte sırasıyla bipolar bozukluk, psikotik depresyon ve şizofreni şeklinde görülmektedir (41). Bazı yazarlar ise gebelik döneminde psikotik belirtilerde bir düzelmeyi bildirmişlerdir (42, 43). Postpartum dönemde ise, bütün doğumların yaklaşık %0,1 'inde annede psikotik atak ortaya çıkmaktadır. Bu dönemdeki psikozun en güçlü risk etmeni, daha önceden bipolar bozukluk ya da postpartum psikoz tanısının bulunmasıdır. Psikoz veya postpartum psikoz öyküsü bulunan kadınların doğumdan hemen sonra, emzirme ile oluşacak yan etkileri de göz önünde bulundurarak profilaktik tedaviye başlamalarını öneren çalışmalar bulunmaktadır (44).

Gebelik ve Bipolar Bozukluk

Gebeliğin bipolar bozukluk üzerine etkisi belirsizdir. Bir grup araştırmacı gebeliğin bipolar bozukluk tanısı olan kadınlardakoruyucu etkisinden söz ederken, bazı araştırmacılar ise gebeliğin duygudurum bozukluklarına karşı-

koruyucu olmadığını ve manik ya da depresif atağın daha çok postpartum dönemde ortaya çıktığını bildirmişlerdir (45, 46). Bipolar bozukluk tanısı bulunan kadınlarda, postpartum dönemde ilk 3-6 ay içinde %70 olasılıkla hastalığın yeniden ortaya çıkma olasılığının olduğu öne sürülmektedir (47). Doğum ile birlikte üreme hormonu düzeylerindeki ani değişikliklerin oluşmasının ve yenidoğanın bakımının annede yarattığı stresin ve uyku düzensizliğinin de hastalığın postpartum dönemde ortaya çıkmasını tetiklediği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, primipar olmak, ailede bipolar bozukluk tanısının varlığı ve psikososyal stresörler de hastalık riskini arttırmaktadır (48). İlaç uyumunun bozulması, hem gebe kadınlarda hem de gebe olmayan kadınlarda hastalığın alevlenmesine neden olmaktadır. Bu yüzden, ilaç tedavisinin sürdürülmesinin fetüse ve emziren annelerde bebeğe olası etkileri ile ilaç kullanmayan gebelerde manik ya da depresif atağın fetüse ve yenidoğan bebeğe etkileri, hem gebe hem de sağlık personeli tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Gebelik ve Psikiyatrik Hastalıkların Tedavisi

Planlanmayan gebelikler, ruhsal bozukluk tedavisi gören kadınların gebeliklerinin farkına varmaları ile birlikte kısa süre içinde tedavilerini sonlandırmalarına yol açmaktadır. Kullanılan ilaçların fetüs ve gebe üzerindeki olası etkileri nedeniyle gebenin kendisi ya da sağlık personeli tarafından sonlandırılması, mevcut hastalığın alevlenmesine yol açarak gebelik sırasında ya da gebelik sonrasında ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Gebeliğin planlanmamış olması da, yetersiz sosyal destek, partner şiddetine olası maruziyet gibi etmenlerden dolayı, kendi başına hem anne hem de bebek açısından gebeliğin seyrinde kötü prognoza neden olmaktadır. Gebelik döneminde ilaç tercihi planlanırken, ilacın fetüs ve anne üzerindeki etkileriyle birlikte, gebelik nedeniyle oluşan metabolik değişikliklere bağlı ilaçların farmakokinetiği üzerindeki farklılıklar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (49). Dolayısıyla psikiyatrik hastalığı bulunan bir gebenin tedavisini sürdürme ya da tedavisinin başlanması kararı verilirken, çeşitli tıp dallarının ve tedavi ekibinin yanı sıra hastanın aile bireyleri ile birlikte uygulanacak yaklaşımın belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Farmakoterapötik yaklaşımın

dışında etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış psikoterapötik yaklaşımların da göz önünde bulundurulması, tedavi ekibine ve hasta ailesine yapılacak seçimde kolaylık sağlayacaktır. İlaç tedavisine yeterli yanıt alınmayan veya ciddi hastalık tablosu bulunan gebelerde elektrokonzulziv tedavi, etkin ve yan etkisi az bir tedavi seçeneği olarak önemini korumaktadır.

KAYNAKLAR

1. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 2006; 16(1): 14–20.
2. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BCMJ* 2005; 47(3): 96-9.
3. Hendrick V. General Considerations in Treating Psychiatric Disorders During Pregnancy and Following Delivery, in *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum*, 1st ed. Humana Press, Totowa, New Jersey, 2006, p.1-12.
4. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1): 5-14.
5. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol* 2004;103(4): 698–709.
6. Klein M, Essex M. Pregnant or depressed? The effects of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression* 1995;2(6):308-14.
7. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD patient health questionnaire obstetrics-gynecology study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(3):759–69.
8. Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Post-Natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990;157: 288-90.
9. Dossett EC. Perinatal Depression. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008; 35(3): 419-34.
10. O'Hara MW. Postpartum depression: Causes and Consequences. New York, NY: Springer-Verlag. 1995;168-94.
11. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Kayon WJ. Depressive disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010;116(5): 1064–70.
12. Sungur MZ. Kadında psikiyatrik problemler[Psychiatric problems in women]. *Nöroloji Nöroşürüji Psikiyatri Dergisi*. 1986; 2(1): 11-14.
13. Haeri S, Baker MA, Ruano R. Do pregnant women with depression have a pro-inflammatory profile? *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39(5): 948-52.
14. Engineer N, Darwin L, Nishigandh D, Ngianga-Bakwin K, Smith SC, Grammatopoulos DK. Association of glucocorticoid and type 1 corticotropin-releasing hormone receptors gene variants and risk for depression during pregnancy and post-partum. *J Psychiatric Res* 2013;47(9):1166-73.
15. Lundy BL, Jones NA, Field T, Nearing G, Davalos M, Pietro PA, et al. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behav Dev* 1999;22(1): 119-29.
16. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(1): 37-54.
17. Milgrom J, Gemmill AW, Bilstza JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108(1-2): 147-57.
18. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Compr Psychiatry* 2007; 48(4): 343-7.
19. Toohey J. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2012;55(3): 788-97.
20. Cunningham FG, Gant FN, Leveno KJ, Gilstrap CL, Hauth JC, Wenstrom K. Neurologic and psychiatric disorders. In: Cunningham FG, Gant FN, Leveno KJ, Gilstrap CL, Hauth JC, Wenstrom K, eds. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw Hill, 2010, pp.1420-32.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. DSM-IV. Washington, DC; 1994, pp.429.
22. Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(7); 420-4.
23. Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Sarı S, Büyüköz D. Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32(2): 213-5.
24. Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Rütther E. Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *Eur Psychiatry* 2006; 21(7): 495-500.
25. Guler O, Koken NG, Emul M, Ozbulut O, Geci-

- ci O, Uguz F, et al. Course of panic disorder during the early postpartum period: a prospective analysis. *Compr Psychiatry* 2008;49(1): 30-4.
26. Rambelli C, Montagnani MS, Oppo A, Banti S, Borri C, Cortopassi C, et al. Panic disorder as a risk factor for post-partum depression. Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PND-ReScU) study. *J Affect Disord* 2010;122(1-2):139-43.
27. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki[The relationship between the pregnant women's social support they received from their families and the problem solving skills]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4(2): 98-105.
28. Chen HY, Lin CH, Lee HC. Pregnancy outcomes among women with panic disorder - Do panic attacks during pregnancy matter? *J Affect Disord* 2010; 120(1-3): 258-62.
29. Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry* 2013; 54(3): 217-28.
30. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(5): 424-32.
31. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143(3):317-22.
32. Yüksel N. Psikofarmakoloji. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara: 1998:348-71.
33. Buttolph ML, Holland AD. Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. *Obsessive-compulsive disorder: theory and management*, 2nd ed. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1990,pp.89-95.
34. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev* 2013;21(4):340-4.
35. Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *Int J Eat Disord* 1999; 26(4): 448-52.
36. Watson HJ, Von Holle A, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgensen L, Magnus P, et al. Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychol Med*. 2013;43(8):1723-34.
37. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al. Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating disordered women. *Int J Eat Disord* 2000;27(2):140-9.
38. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia and motherhood: Reproduction pattern and mothering behaviour of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77(5): 611-7.
39. Knoph C, Von Holle A, Zerwas S, Torgensen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord* 2013;46(4):355-68.
40. Mitchell-Gielegheem A, Mittelstaedt ME, Bulik CM. Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. *Birth* 2002;29(3):182-91.
41. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75(1):35-43.
42. Lier L, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Psychiatric illness in relation to childbirth and pregnancy: diagnostic profiles, psychosocial and perinatal aspects. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1989;43(6):535-42.
43. McNeil TF, Malmquist-Larsson A. Women with non-organic psychosis: mental disturbance during pregnancy. *Acta Psychiatr Scand*. 1984;70(2):140-8.
44. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JSP, Koorengel KM, Steegers EAP, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *Am J Psychiatry* 2012;169(6): 609-15.
45. Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, Robertson C. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000;61(1-2):31-9.
46. Freeman MP, Wosnitzer-Smith K, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GF, Wright R, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J. Clin Psychiatry* 2002;63(4): 284-7.
47. Rhode A, Marneros A. Bipolar disorders during pregnancy, postpartum, and in menopause. In: Marneros A and Angst J, eds. *Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-Depressive Insanity*. 1st ed. London: Kluwer Academic Publishers, 2000,pp.127-37.
48. Kruger S, Braunig P. Clinical issues in bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Clin Appr Bipol Disord* 2002;1(2):65-71.
49. Çetin M. Gebelikte psikotrop ilaç kullanımı: Bir güncelleme[Psychotropic drug use in pregnancy: An update]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2011;2(21):161-73.