

***In vitro* fertilizasyon tekniği ile gebe kalan postpartum depresyon tanılı hastanın tedavi süreci: Bir olgu sunumu**

The treatment process of a patient with postpartum depression who conceived with *in vitro* fertilization technique: A case report

Mehmet Hamdi Örum, Aysun Kalenderoğlu

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

ÖZ

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında kişinin stres düzeyinin arttığı zorlu bir yaşam dönemidir. Çalışmaların büyük çoğunluğu postpartum depresyon belirti düzeylerinin yardımcı üreme teknikleri ile tedavi alan ve spontan gebe kalan kadınlarda benzer ya da ikinci grupta daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Durum böyleyken toplumda, sağlık personellerinde, hatta hastaların kendilerinde; infertilite tedavisi ile bebek sahibi olan kadınların depresyon şikâyetleri yaşamadığı yönünde bir algı bulunmaktadır. Bu olgu sunumunda, beşinci *in vitro* fertilizasyon tedavisiyle gebe kalan, gebelik sürecinde ve postpartum dönemde çeşitli psikiyatrik sorunlar yaşayan 36 yaşındaki hasta farklı açılardan tartışıldı.

Anahtar sözcükler: *In vitro* fertilizasyon; maternal bağlanma; postpartum depresyon; kadın.

ABSTRACT

The postpartum period is a challenging period of life in which the stress level of the individual is increased, besides the physiological changes in the mother. A great majority of studies reported that levels of postpartum depression symptoms were similar in women who received treatment with assisted reproduction techniques and in spontaneously pregnant women, or higher in the second group. While this is the case, there is a perception in society, health personnel, even in patients themselves that women who have babies via infertility treatment have no complaints of depression. In this case report, we discuss a 36-year-old patient from different angles, who conceived with the fifth *in vitro* fertilization treatment and had various psychiatric problems during the pregnancy and the postpartum period.

Keywords: *In vitro* fertilization; maternal attachment; postpartum depression; woman.

Gebelik süreci ve postpartum dönem, insanlar için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu sağlıklı bir şekilde kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda psikiyatrik bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem olmaktadır.^[1] Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir ve doğumdan sonraki ilk altı haftalık süreyi ifade etmektedir.^[2,3] Bu dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları kesin sınırları olmamakla birlikte annelik hüznü, postpartum psikoz ve postpartum

depresyon şeklinde görülmektedir.^[4] Depresyon doğum sonrası ilk bir yıl içinde başlamış ise “postpartum depresyon (PPD)” olarak tanımlanmaktadır.^[5] Postpartum depresyon, psikiyatrik tanı sistemlerinde [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5) International Classification of Diseases, 10th revision, ICD-10] gebelikte ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır. Postpartum depresyon, DSM-5’de “Duygu Durum Bozuklukları” içinde yer almaktadır. DSM-5’de PPD, “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” olarak postpartum dört

Geliş tarihi: 08 Ağustos 2017 **Kabul tarihi:** 13 Eylül 2017

İletişim adresi: Dr. Mehmet Hamdi Örum, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 02100 Adıyaman, Türkiye.
Tel: 0416 - 216 10 15 / 1572 e-posta: mhorum@hotmail.com

hafta içinde epizotun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır.^[6] ICD-10'da ise "F50-F59 Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak sınıflandırılmaktadır.^[7]

Yapılan çalışmalarda, PPD gelişmesine katkı sağlayan risk faktörleri arasında biyolojik ve psikososyal faktörlerin önemi üzerinde durulmaktadır. Bunun yanında PPD'nin genetik yatkınlık, hormonal değişiklikler ve yaşam olayları gibi birden fazla faktörün ortak etkisi sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir. Sık aralıklarla gebe kalma, ilk gebelik, infertilite nedeniyle tekrarlayan tedavi girişimleri ve doğumdan sonra işe erken başlamak zorunda kalmanın da risk faktörleri arasında sayılabileceği belirtilmektedir. Bebek sahibi olamayan çiftlerde, infertilite ile ilgili tedavi sürecinde, başarılı bir tedavi görmeleri durumunda gebelik döneminde ve postpartum süreçte depresif şikâyetler göz ardı edilebilir bir konudur. İnfertil kadın, bir bebeğe sahip olduktan sonra bu semptomları yaşıyor olmaktan ve bunu ifade etmekten çekinebilir ya da depresyon semptomlarını öğrendiğinde bunu inkâr edebilir. Bu durumdan şikâyet etmeleri halinde yargılanma ve dikkate alınmama endişesi taşırlar. Çevrenin yüksek beklentileri ile ya da kendiliğinden iyi ve mutlu görünmesi gerektiği yönündeki düşünceler, hastaların psikiyatrik bozukluklarının tanısının atlanmasına, gecikmesine neden olabilmektedir.^[8] Literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğunda gebelik ve doğum sonrası dönemde yardımcı üreme teknikleri ile tedavi alan ve spontan gebe kalan kadınların depresif belirti düzeylerinin benzer olduğu belirtilmiştir. Hatta Monti ve ark.,^[9] yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan annelerin postpartum depresif belirti düzeylerinin spontan gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu olgu sunumunda, *in vitro* fertilizasyon (İVF) tedavisi ile gebe kalan kadının postpartum dönemde ortaya çıkan depresif belirtileri ve istenen bir gebelik olmasına rağmen ortaya çıkan şikâyetlerin muhtemel psikososyal stres etkenleri tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında, 10 yıllık evli ve bir çocuk annesi olan hasta beş kardeşin üçüncüsü idi.

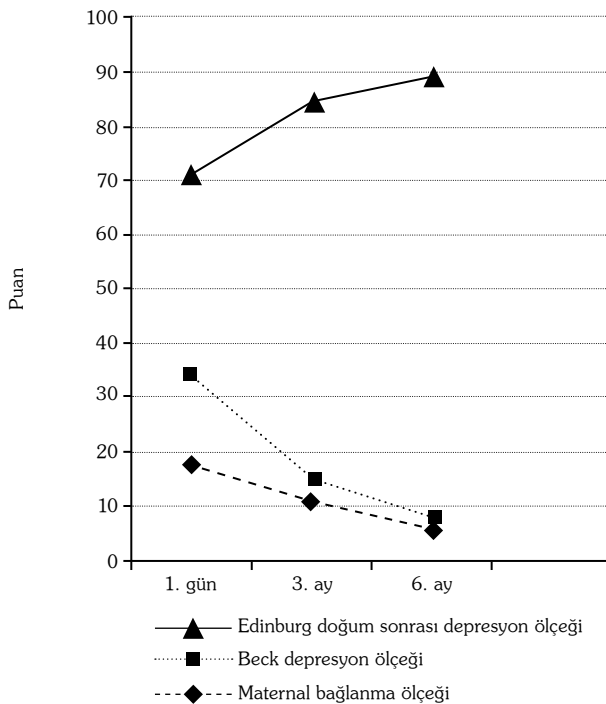
Öyküsünden doğum sonrası dönemde ortaya çıkan sıkıntı, huzursuzluk, uykusuzluk, çocuğunu görmek istememe, emzirmeyi reddetme gibi şikâyetleri olduğu başka bir merkezde başlanan ilaç tedavisine rağmen bu şikâyetlerin devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurduğu öğrenildi. Eşinin sağlık sorunları nedeniyle gebe kalamadığını belirten hasta 2007 yılına kadar dört kez İVF tedavisi gördüğünü tedavilerin başarısızlıkla sonuçlandığını bildirdi. Beşinci İVF tedavisinde gebe kalan hastada gebeliğin başlangıcından itibaren düşük yapma korkuları başlamış. Gebeliğin ikinci ayında iki fetüsten biri anne karnında öldüğünden dolayı, diğer fetüsün de düşeceğine dair korkuları olmuş. Üç aylık gebe iken tok karnına verdiği rutin kontrolde glukoz düzeyi 245 mg/dL (normal değer 75-110 mg/dL) çıkmış, takip eden dönemde yapılan kontrollerinde glukoz düzeyi normal sınırlarda çıkmasına rağmen hastada diyabetes mellitus (DM) hastası olabileceğine dair korkular başlamış. İlk defa bu dönemde uykusuzluk, huzursuzluk, sıkıntı şikâyetleri ortaya çıkmış, gebeliğinin yedinci ayına kadar DM olabileceği ile ilgili yoğun düşünceleri devam etmiş. Bu süreçten sonra DM hastası olabileceği yönündeki düşünceleri azalıp, tamamen kaybolurken uykusuzluk, huzursuzluk ve sıkıntı şikâyetleri devam etmiş. Psikiyatriye başvuran hastaya gebelikte ilaç kullanımı ile ilgili bilgi verilmiş ancak hasta ilaç kullanmak istememiş. Miadında sezaryen ile doğum yapan hasta üç gün hastanede yatmış bebeğine ilk sütü iki saat sonra vermiş ve 3-4 saat ara ile 3 gün emzirmeye devam etmiş, daha sonra kendini güçsüz hissettiği gerekçesi ile emzirmeyi ve çocuğu ile ilgilenmeyi reddetmiş. Bebeğe kız kardeşi bakmaya başlamış. Bu dönemde hastanın konuşmaları azalmış, odasından çıkmak istemiyormuş, uykusuzluk, huzursuzluk ve sıkıntı şikâyetleri bu arada devam ediyormuş. İstanbul'daki psikiyatrik başvurusunda sıkıntı şikâyetine yönelik olarak oral yoldan fluoksetin 20 mg ve bebeğine ilgisizliğine yönelik olarak olanzapin 2.5 mg/gün başlanmış ve birkaç gün sonra hasta ilimizdeki ebeveynlerinin yanına getirilmiş. Polikliniğimize yapılan başvuruda hasta, yukarıda bahsedilen mevcut şikâyetlerle yataklı tedavi birimimize yatırıldı.

Daha önceden kendisinde ve ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı öğrenildi. Premorbid olarak köyde yaşayan orta gelirli bir

ailenin kızı olarak dünyaya geldiği, çocukluk çağında bir sorun yaşamadığı, çevresindeki insanlarla yakın ilişkiler içinde ve dışa dönük bir insan olduğu öğrenildi. Evliliklerinin ilk dönemlerinde maddi sıkıntılar nedeniyle çocuk sahibi olmaya yönelik bir tedavi alamadığı, daha sonra gördüğü başarısız İVF tedavileri nedeniyle de çocuk sahibi olma açısından umutlarının çok azaldığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde; orta boylu, normal kilo görünümünde. Arteriyel tansiyonu 110/60 mmHg, nabız 65 atım/dk, ateş 36.6°C idi. Yapılan sistematik muayenesinde bir özellik saptanmadı. Tiroid lojunda patoloji yoktu. Nörolojik muayenesi olağan olarak değerlendirildi.

Ruhsal durum muayenesinde yaşı ile uyumlu görünümde, öz bakımı iyi, konuşurken göz teması kuruyordu. Bilinci açıktı ve görüşmeciyile yeterli düzeyde kooperasyonu vardı. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu tamdı. Dikkat ve bellek kusuru yoktu. Duygudurumu çökkün, duygulanımı labil idi. Konuşma hızı, şiddeti ve miktarı azalmıştı. Bebeğine başkasının bakması durumunu jest ve mimik olmadan fakat üzülüğünü gösterecek kelimelerle ifade ediyordu. Bebeğini çok sevdiğini ancak ona bakmaktan aciz olduğunu söylüyordu.



Şekil 1. Uygulanan ölçek puanlarının tedavi sürecindeki değişimi.

Algı muayenesinde özellik yoktu. Uykuya geçişte ve sürdürmekte zorluk tarifliyordu. İştah ve libidosu azalmıştı. Yargılaması bozulmuştu. Pasif doğada intihar düşüncelerinden bahsediyordu. Ailesinden alınan öyküye göre, son iki aydır bebeğine, evine ve eşine karşı sorumluluklarını yerine getirmesine engel olacak düzeyde bir işlev kaybı vardı.

Hasta PPD ön tanısı ile tetkik ve tedavi amacıyla yataklı tedavi birimine yatırıldı. Uygulanan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden 17 puan, Maternal Bağlanma Ölçeği'nden 71 puan, Beck Depresyon Ölçeği'nden 34 puan aldı (Şekil 1).

Yatış sırasında saptanan depresif semptomlar ve uyku bozukluğu için kullandığı olanzapin yan etki bildirilmediği için 2.5 mg/gün'e devam edildi ve depresif yakınmaları için tedavisine sedasyon özelliğinden de faydalanmak açısından sitalopram 20 mg/gün eklendi. Laboratuvar incelemelerinde anormal bir değer bulunmadı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi normaldi. Hastayla her gün düzenli psikiyatrik görüşmeler yapıldı, servis içerisinde yapılan aktivitelere katılması sağlandı. Yatışının birinci ayında sitalopram dozu 40 mg/gün'e çıkarıldı. Bebeğine bakım veren kişi ile telefon görüşmeleri yapması sağlandı. Yapılan görüşmelerde; tedavi başlangıcındaki çocuğuna bakım verme ile ilgili konulardaki umursamazlığının yatışın ilerleyen günlerinde azaldığı, bebeğinden bahsetmeye başladığı, fotoğraflarına gülümseyerek baktığı ve servis çalışanlarına da gösterdiği görüldü. Hasta, yatışının ilk günlerinde bebeğine karşı bir şey hissetmediğini, hatta kendi bebeği olmadığını düşündüğünü ama bunun geçtiğini, bebeğini özlediğini, bir an önce çıkıp onu görmek istediğini ifade etmeye başladı. Uykuları düzeldi, odasından çıkıp diğer hastaların yanına gitmeye, onlarla konuşmaya başladı. Şüphesizlik, korku şikâyetleri ve psikomotor ajitasyonu yoktu. Duygulanımı normal ve düşünce içeriği normal hale geldi. Duygudurumundaki hafif çökkünlük işlevselliğini bozmayacak şekilde devam ediyordu. Yargılaması normalleşmişti ve intihar düşünceleri yoktu. Hasta kısmi şifa halinde kendi isteği ile taburcu edildi ve ailesine teslim edildi. Ayda bir defa yapılan kontrollerde, depresif şikâyetlerinin giderek azaldığı, uykularının düzeldiği ve altı ayın sonunda tamamen remisyona girdiği, kalıntı belirti kalmadığı görüldü. Tedavinin üçüncü ve altıncı aylarında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği ve

Beck Depresyon Ölçeği hastaya yeniden uygulan-
dı (Şekil 1).

TARTIŞMA

Dünya'da PPD ile yapılan çalışmalar incelendiğinde literatürde PPD'nin görülme sıklığının %3-25 arasında değiştiği görülmektedir.^[10] Bu nedenle PPD hem anne hem de çocuk sağlığını ilgilendiren, morbidite ve mortalite riski yüksek olan bir halk sağlığı sorunudur.^[3] Postpartum depresyona yatkın anneleri erken tanımlamak ve tedavi etmek, uzun dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz durumların en düşük seviyeye indirilmesini sağlayacaktır. Geçirilmiş depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, düşük benlik saygısı, olumsuz evlilik ilişkileri, sosyoekonomik durum, istenmeyen gebelik, ailede depresyon öyküsü, doğum sayısı gibi risk faktörleri PPD gelişimini kolaylaştırmaktadır.^[2] Fakat tüm bu bahsedilen faktörler açısından risk taşımayan hastalarda da ağır postpartum süreçler yaşanabilmektedir.

İnfertilite nedeniyle tedavi gören ve çocuk sahibi olan kadınların gebelik öncesi, süreci ve sonrasında yaşayabilecekleri psikiyatrik bozukluklar hastanın hem kendisi hem de çevresi tarafından göz ardı edilebilmektedir. Postpartum süreçte yaşananların biyolojik faktörlerden bağımsız düşünülmesi aile çevresinde, uzun yıllar bebek özlemi yaşayan bir kadının doğum sonrasında istisnasız mutlu olacağı şeklinde yorumlanmaktadır. Hastaların kendileri de bazen, şikâyetlerini söylemeleri durumunda etraflarındaki insanlar tarafından umursanmayacaklarını düşünmektedir. Bu durum tedaviye hastalığın geç dönemlerinde başlanmasına, tedavi başarısının düşük olmasına, tedavi edilmemiş olgularda daha büyük sorunlarla karşılaşılmasına yol açmaktadır.^[8]

İnfertilite öyküsü olmayan kadınlarda, gebeliğin herhangi bir döneminde yaşanan psikiyatrik sorunlar ile postpartum depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. İnfertilite öyküsü olan kadınlar da, tedavi süreçlerinde yaşadıkları stresli yaşam olaylarına bağlı olarak depresyon ve diğer ruhsal bozukluklar açısından risk altında olabilirler. Bunun yanında infertilite tedavisi sonucunda bebek sahibi olan çiftlerin bebek bakımı ile ilgili kendilerinden yüksek beklentilerinin olması ve bunları karşılayamadıklarını görmeleri psikolojik durumlarını daha da kötüleştirebilmektedir.^[11]

Bizim olgumuz, on yıllık mutlu bir evliliği olan, sosyoekonomik düzeyi orta, sosyal desteği iyi düzeyde olan, öz geçmiş veya soy geçmişinde depresyon öyküsü olmayan bir kadındı. Hasta, evliliğinin ilk dönemlerinde istemelerine rağmen çocuk sahibi olamamış, maddi durumları o dönemde iyi olmadığı için tedavi alamamıştı. Evliliğinin üçüncü yılında ilk defa İVF yöntemiyle tedavi görmüş ama tedavi başarısız olmuştu. Takip eden süreçte bir yıllık aralıklarla üç defa daha aynı yöntemle çocuk sahibi olmak istemiş fakat hepsi olumsuz sonuçlanmıştı. Umutsuzluğa kapılan ve yeniden denemesini söyleyenlere artık vazgeçtiğini söyleyen hasta, bir süre sonra beşinci defa yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olmak istemiş ve gebe kalmıştı. Gebeliğinin ilk haftalarında kendini iyi hissederken, ilerleyen süreçlerde kaygıları artmış, uykuları bozulmaya başlamıştı. Gebelikle ilgili yapılan tüm incelemeler öncesinde endişeleri artıyor, normal çıkan değerlerine rağmen kendini rahat hissedemiyordu. Diyabetes mellitus hastası olmaktan korkuyordu. Doğum sonrası kısa bir süre çocuğu ile ilgilendikten sonra, çok yorgun olduğu, ilgilenemeyeceği gerekçesi ile çocuğunu kız kardeşine bırakmıştı. Birkaç hafta hiç çocuğunu görmek istememiş ve ondan bahsetmemişti. Kendisine bile bakacak durumu olmadığını söylemişti. Çocuğunu bırakarak ebeveynlerinin yanına gelmişti. Hastanemizde uygulanan bazı ölçeklerde depresyon puanlarının anlamlı yüksek çıktığı görüldü ve çocuğu ile bağlanma sorunu yaşıyor olabileceği düşünüldü. Tedavisinin altıncı ayında tekrarlanan ölçeklerde depresyon puanlarında düşüş, maternal bağlanma puanlarında yükseliş görüldü.

Literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğu PPD belirti düzeylerinin yardımcı üreme teknikleri ile tedavi alan ve spontan gebe kalan kadınlarda benzer olduğunu bildirmiştir.^[12-14] Hatta Monti ve ark.,^[9] yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan annelerin PPD belirti düzeylerinin spontan gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Durum böyleyken toplumda, sağlık personellerinde, hatta hastaların kendilerinde; infertilite tedavisi ile bebek sahibi olan kadınların depresyon şikâyetleri yaşamadığı yönünde bir algı bulunmaktadır. Biz bu olgu sunumunda, infertil hastaların tedavi süreçlerinde, başarılı bir tedavi sonrası oluşan gebeliklerinde ve postpartum dönemde psikiyatrik bozukluklar açısından, spontan gebe kalanlarla benzer risk altında olduğunu,

hastaların en kısa sürede tanı ve tedavi almasının ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek muhtemel daha kötü sonuçlardan bizi uzaklaştırabileceğini vurgulamaya çalıştık.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi 2004;12:3-6.
2. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye. Klinikleri J Med Sci 2009;29:206-14.
3. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007;17:126-33.
4. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in turkey: a systematic review and meta-analysis. Arch Psychiatr Nurs 2017;31:420-8.
5. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. J Turkish German Gynecol Assoc 2009;10:14-20.
6. Köroğlu E. DSM-5 tanı ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.
7. International Classification of Diseases, 10th revision edition (ICD-10). World Health Organizasyon; 2010
8. Seven M, Akyüz A. Postpartum depresyon. gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: İnfertilite. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10:7-11.
9. Monti F, Agostini F, Fagandini P, La Sala GB, Blickstein I. Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. Fertil Steril 2009;91:851-7.
10. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. Acta Psychiatr Scand 2004;110:338-46.
11. Gibson F, McMahon C. Parenting and child psychosocial development after infertility management. Int Congr Ser 2004;1266:351-8.
12. Akyuz A, Seven M, Devran A, Demiralp M. Infertility history: is it a risk factor for postpartum depression in Turkish women? J Perinat Neonatal Nurs 2010;24:137-45.
13. Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34:264-73.
14. Fisher JR, Hammarberg K, Baker HW. Assisted conception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties. Fertil Steril 2005;84:426-30.