

# Postpartum Depresyon

## Postpartum Depression: Review

Dr. Kamile MARAKOĞLU,<sup>a</sup>  
Dr. Saniye ÖZDEMİR,<sup>b</sup>  
Dr. Selma ÇİVİ<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Aile Hekimliği AD,  
Selçuk Üniversitesi  
Selçuklu Tıp Fakültesi,

<sup>c</sup>Aile Hekimliği AD,  
Selçuk Üniversitesi  
Meram Tıp Fakültesi, Konya  
<sup>b</sup>Kepsut Merkez Sağlık Ocağı,  
Balıkesir

Geliş Tarihi/Received: 01.10.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 22.11.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Kamile MARAKOĞLU  
Selçuk Üniversitesi  
Selçuklu Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği AD, Konya,  
TÜRKİYE/TURKEY  
kmarakoglu@yahoo.com

**ÖZET** Gebelik ve doğum sonrası, birçok insan için özel, hoş bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yenidoğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem olabilmektedir. Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle anneler postpartum dönemde, diğer yaşam dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşamaktadırlar. Postpartum dönemde gelişen psikiyatrik bozukluklar; annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere 3 tanışal kategori altında toplanmaktadır. Postpartum depresyon; doğum sonrası dönemde görülen tüm depresif bozukluklar için kullanılan bir kavramdır. Etiyolojisi konusunda çalışmalar arasında tam bir fikir birliği olmamakla birlikte, hormonal etmenler yanında psikososyal etmenlerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Postpartum dönemde görülen depresyon, sadece anne için değil bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçları olacağından özel bir yaklaşım gerekir. Postpartum depresyonda anne ve bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duyguları nedeniyle belirtilerini saklamaları, doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Bu sebeple erken tedavi girişimleri ve risk grubu olarak kabul edilen kadınların izlemleri önemlidir. Bu derlemede postpartum depresyonun tanımlanması, sıklığı, risk etmenleri, etiyolojisi, klinik özellikleri ve tedavisi konuları gözden geçirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon; postpartum, depresyon

**ABSTRACT** Although pregnancy and postpartum period are perceived as special and cheerful times by many people, it can also be risky for the mother, who has expectations about holding her baby in her arms, due to its potential for developing psychological disorders. In the postpartum period, parents have to provide care and safety for the baby, maintain good communication, understand their new roles, develop family susceptibility, and cope with their baby's problems. Therefore, mothers are more likely to experience emotional disturbances in the postpartum period compared with other times. Psychiatric disorders of the postpartum period include three diagnostic categories: maternity blues, postpartum depression and postpartum psychosis. Postpartum depression is a term used for all depressive disorders developing in the postpartum period. Even though there is no consensus on the etiology of the disorder, psychosocial factors are reported to play a key role as well as hormonal factors. Because depression during postpartum period has adverse outcomes not only for the mother but also for the family, a specific approach is needed. The emotional link between the mother and the baby falls off seriously. Blotting out the signs results in missing the diagnosis of postpartum depression, because many women have feelings of guilt due to having a depressive mood in a period of proposed being happy. Thus, early and efficient treatment interventions and follow-up visits of women in the risk group are important. In this review, the definition, incidence, risk factors, etiology, clinic features, and treatment of postpartum depression were reviewed.

**Key Words:** Depression; depression, postpartum

**G**ebelik ve doğum sonrası, birçok insan için özel hoş bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yenidoğan çocuğunu kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan ane için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olmaktadır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır.<sup>1</sup>

Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği, ilk kez 1858 yılında Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür.<sup>1</sup> Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir.<sup>2</sup> Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 kat daha fazla görülmekte olup, postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir.<sup>3,4</sup> Kadınlar özellikle doğumdan sonraki ilk 1 yıl psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadırlar.<sup>5-8</sup>

Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir.<sup>9</sup>

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; annelik hüznü (maternity blues), doğum sonrası (postpartum) depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca 3 grupta toplanmaktadır.<sup>2,9-12</sup>

Annelik hüznü; yeni annelerin %50-80 gibi önemli bir bölümünü etkileyen, en sık görülen, doğum sonrası karşılaşılabilen problemlerden biridir. Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3-5. günler arasında ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle; ağlama, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygudurumunda hızlı değişiklik, konsantrasyon güçlüğü, kayıp ve keder

duyguları görülür.<sup>2,10,13,14</sup> Etiyolojide birçok hormonal ve sosyodemografik etken araştırılmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir.<sup>15</sup> Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz. Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle 2 hafta içinde iyileşirler. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmediyse, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır.<sup>16,17</sup>

Postpartum psikoz, doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir.<sup>2,9,18</sup> Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile kendini gösteren sendromdur. Bazı anneler bu dönemde bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır.<sup>19</sup> Genellikle postpartum psikoz, doğumu takip eden 2-3 hafta içinde başlar ve 2-3 ay kadar sürer.<sup>2,9,18</sup> Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenememekten yakınırırlar. Ağlama, duygusal değişim dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygudurumunda artış veya şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık %50'sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25'inde ortaya çıkar.<sup>20</sup> Postpartum psikoz psikiyatrik acil tedavi gerektiren bir durumdur. Hastaneye yatırılarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermemesi sağlanmalıdır.<sup>21</sup>

## POSTPARTUM DEPRESYON

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) postpartum ve gebelik döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır.<sup>22</sup> Postpartum depresyon, DSM-IV'te "Duygudurum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında postpartum, 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>23</sup> ICD-10'da ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal

Bozukluklar” olarak bir bölüm ayrılmıştır.<sup>24</sup> Postpartum depresyonda belirtiler “annelik hüznü” tablosuna göre daha şiddetli olup hastada özkıyım düşünceleri olabilmektedir.<sup>13</sup>

Postpartum dönemde görülen depresyon, sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekle emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamazlar aynı zamanda kognitif güçlükler de yaşarlar.<sup>22</sup>

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır.<sup>9</sup> Bu sebeple birinci basamakta gebe ve lohusa izlemleri sırasında postpartum depresyon akılda bulundurulması gereken bir durumdur.<sup>3,25</sup>

## POSTPARTUM DEPRESYONUN GÖRÜLME SIKLIĞI

Postpartum depresyonun yaygınlığını saptamak için yapılan çalışmalarda, birbiri ile çelişen sonuçlar çıkmasının sebebi, yapılan çalışmaların bazılarının depresyonu tanısal değerlendirmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanmasından kaynaklanmaktadır.<sup>9,26,27</sup>

Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan birçok normal fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik, uyku bozukluğu gibi) depresyonda da görülen belirtiler ile aynı olduğu, bu nedenle yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir.<sup>9,26</sup>

Postpartum depresyonun görülme sıklığı, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem hacmi ve popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir.<sup>6,7,13,28-30</sup> Yapılan birçok çalışmada, postpartum depresyon prevalansı %6-16, postpartum depresyon insidansı %10-15 arasında bulunmuştur.<sup>26,28,31-34</sup>

DSM-IV'e göre depresyonun özellikle doğum sonu, ilk 4 hafta içinde başlaması durumunda annenin postpartum depresyon açısından değerlendirilebileceği belirtilmektedir.<sup>15</sup> Diğer bazı çalışmalarda başlangıç döneminin daha çok 6-12. haftalarda olmak üzere 1 yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmektedir.<sup>6,7,30</sup>

Gebelikte ağır düzeyde psikiyatrik hastalıkların görülme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, 1 yıl, hatta 2 yıl sürebildiği bildirilmektedir.<sup>9,18</sup> Depresyonun gebelik döneminde de doğum sonrası dönemdeki kadar yaygın olduğu, ancak bu iki dönemde farklı etiyolojik ve psikolojik etmenlerin rol oynayabileceği yönünde görüşler de vardır.<sup>26,32</sup>

Çeşitli araştırmalarda, gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların varlığının postpartum depresyonu öngörmede en güçlü belirleyicilerden biri olduğu vurgulanmaktadır.<sup>32,35</sup> Bazı çalışmalarda, postpartum ilk 6 haftada deprese olan kadınların yarısında, prepartum depresif semptomların ve annelik hüznünün olduğu bildirilmiştir.<sup>36,37</sup>

Postpartum depresyon, hafif ve orta şiddette olduğunda, anne yardım arayışı içinde bulunmadığında ve başlangıcı sinsi olabileceğinden dolayı gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış, gerektirecek kadar ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS) gibi çeşitli tanı araçları hekimlere ve sağlık hizmeti veren bireylere erken tanı yönünden yardımcı olabilir.<sup>36</sup>

## POSTPARTUM DEPRESYONUN RİSK ETMENLERİ

Postpartum depresyona yatkın anneleri; erken tanılamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir.<sup>28,33,38-40</sup>

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in postpartum depresyonun risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, postpartum depresyon ön göstergelerini araştıran 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda postpartum depresyonun en önemli risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir.<sup>41</sup> Postpartum depresyonun diğer risk faktörleri de Tablo 2'de belirtilmiştir.<sup>7,9,42</sup>

## POSTPARTUM DEPRESYONUN NEDENLERİ

Risk faktörleri tanımlanmış olan postpartum depresyonun nedeni, henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, biyolojik ve psikososyal faktörler ile açıklanmaktadır.<sup>7,22,36</sup>

**TABLO 1:** Postpartum depresyonun risk etmenleri.

Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı
Geçirilmiş depresyon öyküsü
Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler
Sosyal destek eksikliği
Stresli yaşam olayları
Annelik hüznü
Olumsuz evlilik ilişkileri
Düşük benlik saygısı
Bebeğin huysuzluğu
Annenin evlilikten memnuniyeti
Sosyoekonomik durum
Gebeliğin istenme durumu

**TABLO 2:** Postpartum depresyonun diğer risk etmenleri.

Ailede depresyon öyküsünün bulunması
Eğitim düzeyi
Doğum sayısı
Prematüre doğum
Şiddetli premenstrüel sendrom
Emzirmeme
Tiroid hastalıkları
Gebelik komplikasyonları
Erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi
Fiziksel yorgunluk

## Biyolojik Faktörler

Gebelik sürecince artış gösteren progesteron ve östrojenin doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiştir.<sup>9,13</sup>

Doğumdan hemen sonraki günlerde hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son 3 ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir.<sup>9,18</sup>

Prolaktin düzeyi doğum sonrası 1. haftanın sonuna kadar östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile postpartum depresyon arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir.<sup>9</sup>

Harris ve ark., tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile postpartum depresyon arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken, süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkılarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür.<sup>15</sup>

Geç başlangıçlı postpartum depresyon tiroid hastalıklarına bağlanmıştır. Tiroksin düzeyleri, doğumdan sonra tiroid stimulan hormon (TSH)'un azalmasıyla, giderek düşebilmektedir. Gebelik öncesindeki değerlerin altına inerek şekilde süren bu azalma, bazı olgularda belirtilerin gelişimine yol açabilir. Hipotiroidizm ve mikstodemde depresif belirtiler daha sık görülür. Kadınların bazılarında doğum sonrası dönemde hipotiroidizmin ortaya çıktığı, bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikorlarının ölçümüyle tanımlanabileceği bildirilmektedir.<sup>9,18</sup>

Serum folat düzeyindeki düşüklük (hipofolatem) depresif doğada psikiyatrik bozukluklara ne-

den olabilir. Gebelik dönemi hipofolatemi açısından riskli bir dönem olduğu için postpartum depresyonun hipofolatemi ile ilgili olabileceği yönünde görüşler vardır.<sup>43</sup>

### Psikososyal Faktörler

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına, karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir.<sup>9,21</sup>

Landy ve ark., kendi hayatlarını kendilerinden çok, dış etmenlerin kontrol ettiğini düşünen annelerin postpartum depresyon açısından daha yüksek risk taşıdıkları yönünde bulgular olduğunu bildirmektedirler.<sup>13</sup>

Psikoanalitik kuram, postpartum depresyondan bağımsız, kendineliğin kaybı üzerinde durmaktadır. Anne yalnızca alıcı rolünü kaybetmiş, besleyici rolünü üstlenmiştir. Gebeliğin sona ermesi, fetusla olan yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin ya da bir aile üyesinin kaybını hatırlatabilmektedir.<sup>9,18</sup>

Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yönelmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir.<sup>9,13</sup>

Ayrıca gebe kadınların kendi anneleri ile ilişkilerindeki ambivalans, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin önemine de dikkat çekilmektedir.<sup>9,12-14,39,44</sup>

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır.<sup>9,12</sup> Nicolson,

postpartum depresyonu açıklamada 2 model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model; postpartum depresyonu bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal model de doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve postpartum depresyonun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, gebelik ve doğumla vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alanın kaybı, entelektüel yetiler ve bellekte bir kayıp olduğu algısı, işin, mesleki statünün ya da mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, "bağımsız kadın" rolünden "geleneksel kadın" rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişikliklerin yaşandığına, bu durumun kişisel ilişkilerin niteliğinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir. Buna göre, postpartum depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir "yas" reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir.<sup>9,29</sup>

Aile öyküsünde postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar riskli olarak kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker.<sup>2</sup>

Doğumla birlikte kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve "ondan sonra hep mutlu yaşayacağı" şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir.<sup>9,13</sup>

## POSTPARTUM DEPRESYONUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Postpartum depresyon, doğumdan 2-3 hafta sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlar ancak, başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş

**TABLO 3:** Postpartum depresyonun semptom profili.

Kendini değersiz hissetme
Anksiyete ve hatta panik ataklar
Suçluluk
Bebekle ilgili endişeler
Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama
Hareket ve konuşmada yavaşlık
Ajitasyon veya hiperaktivite
Yeme (iştah) bozuklukları (çok az veya fazla yeme)
Uyku bozuklukları
Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma
Duygusal dengesizlik
Öfke hissi
Umutsuzluk ve yetersizlik hissi
Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler
Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma
Seksi de içeren aktivitelerde azalma

bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir.<sup>9,18</sup>

Postpartum depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen majör depresif epizoda benzemektedir (Tablo 3).<sup>22,23,36</sup>

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon bulguları olmakla birlikte, normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan çalışmada, bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon gücü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır.<sup>36,45</sup>

Postpartum depresyonun tekrarlama riski duygudurum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygudurum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır.<sup>9,18</sup>

## POSTPARTUM DEPRESYONUN TEDAVİSİ

Tedavideki birinci ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir ilke ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı koyulmaz ve etkin bir tedavi yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir.<sup>9,18</sup>

Postpartum tabloların erken tanısına yardımcı olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Postpartum ilk 2 haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar hekimi depresif semptomları daha fazla sorgulaması yönünde uyarıcı olmalıdır.<sup>31,36</sup>

Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülviziv tedavi (EKT)'den yararlanılabilmektedir.<sup>9,22</sup>

### Psikoterapötik Tedavi

Doğumla ilişkili duygudurum bozukluklarının tedavisinde, nonpuerperal psikiyatrik tabloların tedavisi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, postpartum psikiyatrik bozuklukların özgün bir psikososyal ve gelişimsel içeriği olduğu da unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda, psikoterapötik tedaviler (kognitif-davranışçı, psikodinamik ve interpersonal psikoterapi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık, postpartum depresyon tedavisinde etkisini kanıtlamıştır.<sup>22</sup> Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir.<sup>10</sup>

Postpartum depresyon tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan bir annenin, istirahat etmesi ve aile bireylerinin ona karşı desteği de çok önemlidir. Postpartum depresyon sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir.<sup>46</sup>

Postpartum depresyonda psikoterapötik yöntemleri kullanırken; hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özellikleri, yakın geçmişte karşılaştığı önemli toplumsal zorluklar, nesne yitimlerinin araştırılması ve bu olayların anne üzerindeki etkilerinin de iyi değerlendirilmesi gerekir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanlıgısını göstermeye çalışılmalıdır. Anneye yardımcı olabilmek için yakınlarını da görmek, onların da ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. Depresyondaki annenin için olumsuz tutum ve davranışları varsa bunlar gösterilmeye çalışılmalıdır.<sup>47,48</sup>

### Farmakolojik Tedavi

Postpartum depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif serotonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda trisiklik antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir.<sup>46,49</sup>

Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine çoğunlukla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır.<sup>49-51</sup> Eğer hasta 6-8 haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer 6 hafta sonunda yanıt yoksa hastanın

tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir.<sup>49</sup>

Bazı araştırmacılar postpartum depresyonda östrojenin de etkin bir tedavi olabileceğini belirtmişlerdir. Ancak bu konuda kontrollü araştırmalar mevcut değildir.<sup>9,22,36</sup>

### Elektrokonvülviz Tedavi (EKT)

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. EKT ise postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde, bebeğe herhangi 1 risk oluşturmadığından, tercih edilebilecek bir seçenektir.<sup>36</sup>

Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınmazsa EKT uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise, özellikle tabloya delüzyonel depresyon hakimse, daha erken dönemde ve daha sık EKT tedavisi uygulanmalıdır.<sup>52</sup>

## SONUÇ

Postpartum dönemde ebeveynler bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığı geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir. Birinci basamakta gebe ve lohusa izlemleri sırasında depresyon, akılda bulundurulması gereken bir durumdur. Postnatal dönemde depresyonun tanınması açısından hekimlere etkin depresyon taramaları yapmaları konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Kisa C. [Postpartum psychiatric disorders]. 3P Dergisi 2004;12(Ek 4):3-6.
2. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. [Postpartum psychiatric problems of mothers: review]. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007;17(2): 126-33.
3. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol 1995;173(2):639-45.
4. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, et al. [Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period]. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004;14(5): 252-7.
5. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2001;323 (7307):257-60.
6. Bashiri N, Spielvogel AM. Postpartum depression: a cross-cultural perspective. Prim Care Update Ob/Gyns 1999;6(3):82-7.
7. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: a review of postpartum screening. Prim Care Update Ob/Gyns 1997;4(6): 241-6.
8. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. [Postpartum depression]. Sted 2001;10(9): 333-4.
9. Gülseren L. [Postpartum depression: A Review]. Turk Psikiyatri Derg 1999;10(1):58-67.
10. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. CMAJ 1986;134(1):31-7.
11. Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders: a review. Compr Psychiatry 1989;30(1):109-12.
12. Unterman RR, Posner NA, Williams KN. Postpartum depressive disorders: changing trends. Birth 1990;17(3):131-7.
13. Landy S, Montgomery J, Walsh S. Postpartum depression: a clinical view. Matern Child Nurs J 1989;18(1):1-29.
14. Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: a review of current knowledge. Am J Psychiatry 1989;146(11):1413-22.
15. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, et al. The hormonal environment of post-natal depression. Br J Psychiatry 1989;154:660-7.
16. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2006;28(1): 3-8.
17. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2005;193(4): 1522-5.
18. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Volume 1. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p.1059-66.
19. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med 2002 ;347(3):194-9.
20. Noble RE. Depression in women. Metabolism 2005;54(5 Suppl 1):49-52.
21. Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. Arch Womens Ment Health 2000;3(1):7-14.
22. Dilbaz N, Enez A. [Women and psychiatry: postpartum mood disorders]. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007;3(47):32-40.
23. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. In: Köroğlu E, trans. eds. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
24. World Health Organization (1992). ICD-10 Mental and behavior disorders classification. In: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B, trans. eds. Ankara: Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Demeği Yayını; 1993. p.184-7.
25. Ekuklu G, Tokuç B, Eskioçak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. J Reprod Med 2004;49(11):908-14.
26. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. J Abnorm Psychol 1984;93(2):158-71.
27. Eltutan H, Öncüoğlu C. [Women special psychiatric disorders]. Depresyon Dergisi 1997;2: 74-80.
28. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. J Abnorm Psychol 1990;99(1):3-15.
29. Nicolson P. Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. J Adv Nurs 1990;15(6):689-95.
30. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population-based screening for postpartum depression. Obstet Gynecol 1999;93(5 Pt 1): 653-7.
31. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiatry 1984;144:35-47.
32. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol 1989;57(2):269-74.
33. Whiffen VE. Vulnerability of postpartum depression: a prospective multivariate study. J Abnorm Psychol 1988;97(4):467-74.
34. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. Br J Psychiatry 1997;171:65-8.
35. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Arch Gen Psychiatry 1986;43(6): 569-73.
36. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. [Postpartum blue and depression]. Mood Disorders Series 2000;1(2):64-71.
37. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.
38. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. J Affect Disor 1991;21(4): 245-55.
39. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. J Abnorm Psychol 1991;100(2):122-32.
40. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. J Pers Soc Psychol 1993;65(6):1243-58.
41. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nurs Res 1996;45(5): 297-303.
42. Josefsson A, Angeliö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. Obstet Gynecol 2002;99(2):223-8.
43. Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD, Lempriere T. Folate and post partum depression. J Affect Disord 1992;25(4):235-41.
44. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. Br J Psychiatry 1995;166(5):595-600.
45. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Postpartum depression and postpartum adaptation: overlapping constructs? J Affect Disord 1989;17(3):251-4.



46. Ekři A. Psychosocial Part of Children's Health and Disease: I Don't Ill. 1<sup>st</sup> ed. İstanbul: Nobel Medical Publishing; 1999. p.22-5.
47. Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: modifying interactive behaviours. *J Affect Disord* 2007;98(3):199-205.
48. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bo-usquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002;70(3):291-306.
49. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347(3):194-9.
50. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, et al. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26(4):353-60.
51. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1631-7.
52. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1990;35(1):89-95.