

# Gebelikte Depresyon

## Depression in Pregnancy: Review

Dr. Kamile MARAKOĞLU,<sup>a</sup>  
Dr. M. Şule ŞAHSIVAR<sup>a</sup>

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

Geliş Tarihi/Received: 05.01.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 19.03.2007

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

**ÖZET** Gebelik, üretken çağdaki kadınların birçoğunun deneyimlediği ve genellikle anne için mutluluk verici bir dönemdir. Ancak son yıllarda gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesi kabul görmemektedir. Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen ve sık görülebilen bir ruhsal bozukluktur. Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bildirilmektedir. Jinekolojik öyküde, kürtaj sıklığı, düşük ve hamileliğe ilişkin ikilemler, daha önce depresyon öyküsü, ailesinde depresyon öyküsü, genç anne ve çok çocuklu olma, istenmeyen gebelik, sosyal desteğin yeterli olmaması, evlilik sorunlarının ve eşlik eden tıbbi bir rahatsızlığın olması gebelikte depresyon için risk faktörleri arasındadır. Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını, maternal ve fetal morbidite ve mortalite ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Gebelik depresyonunun erken tanısı ve tedavisi anne ve bebek açısından çok önem taşımaktadır. Hekim tanı koyar koymaz kar-zarar oranını değerlendirerek tedavi verip vermeyeceğine karar vermek durumundadır. Biz bu derlememizde gebelikte depresyonun tanımlanması ve tedavisi, getireceği perinatal riskler ve tekrarlamasındaki risk etkenlerinin belirlenmesi konularını gözden geçirmeyi amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik; depresyon

**ABSTRACT** Pregnancy is usually a satisfactory period that is experienced by most women in reproductive age. But the thought of “pregnancy is a protective and comfortable period for women” is not accepted in recent years. Depression in pregnancy is a mood disorder that affects maternal and fetal health and is encountered frequently. Studies report the prevalence of depression and depressive symptoms in pregnancy as 5-51%. The risk factors for depression in pregnancy are abortion frequency in gynecological history, feeling ambivalence regarding abortion and pregnancy, personal and family history of depression, being young and multiparous, unwanted pregnancy, deficiency of social support, and having marital and concomitant medical problems. Depression constitutes an important health problem for individuals and the society because of its high prevalence, chronicity, relapsing nature, and its contribution to loss of workforce, maternal and fetal morbidity and mortality and the risk of suicide. Early diagnosis and treatment of depression in pregnancy is critical for the mother and the baby. The decision for treatment should be made by evaluating the risks and benefits. In this review, we aimed to discuss the definition and treatment, potential perinatal risks and risk factors related to recurrence of depression during pregnancy.

**Key Words:** Pregnancy; depression

**Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:525-532**

**K**adınların hormonal durumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişki Hipokrat döneminden bu yana dikkati çekmiştir. 19. yüzyıldan bu yana menstruasyon ile davranış değişiklikleri arasındaki ilişki de-

neysel ve klinik olarak araştırılmaktadır. Menarş, hamilelik, doğum ve menapoz bir kadının yaşantısındaki en önemli dönemlerdir.<sup>1</sup>

Gebelik, üretken çağdaki kadınlar arasında yaygın görülen bir durumdur ve genellikle anne için bir mutluluk dönemi olarak algılanır. Hamilelik kadın için doğal bir yaşam olayıdır. Hamilelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleme, yüklenme de yaratabilir.<sup>1</sup>

Gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da "kendini iyi hissetme" dönemi olduğu düşüncesi son yıllarda kabul görmemektedir. Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur.<sup>2</sup>

## DEPRESYON

Depresyon terimi duygu durumunu (mood), bir belirtiyi, bir sendromu veya bozukluğu gösterebilir. Depresyon normal ve nörotik kişilerde olan hafif mizaç bozukluğundan huzursuzluk, motor retardasyon, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi belirtilerle ve kendini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve girişimi gibi

öznel belirtilerle karakterize olan, şiddetli bir hastalığa kadar uzanabilen geniş bir yelpazeyi içerir. Depresyon; bilişsel, duygusal ve güdül alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır. DSM IV'e göre depresyon, 2 haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte Tablo 1'de belirtilen semptomlardan 5'inin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az 1'inin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ve artık zevk alamama durumu olarak tanımlanmaktadır (Tablo 1).<sup>3,4</sup>

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etkenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir.<sup>3</sup>

Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen bir hastalık olarak bilinmektedir. Bu konuda hem psikolojik hem de biyo-

**TABLO 1: DSM IV majör depresyon tanı kriterleri.**

<p>A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan 5'inin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az 1'inin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.</p> <p>(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder.) ya da başkalarının gözlemesi (örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.</p> <p>(2) hemen hergün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)</p> <p>(3) perhizli değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.</p> <p>(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.</p> <p>(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir).</p> <p>(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.</p> <p>(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanırsal olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)</p> <p>(8) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.</p> <p>B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p> <p>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p> <p>D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedav için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.</p>
--

lojik açıklamalar yapılmış olsa da hormonal hipotezler daha çok ilgi çekmektedir.<sup>5</sup>

## GEBELİKTE DEPRESYON SIKLIĞI

Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bulunmuştur.<sup>1,6-12</sup> Kurki ve ark. gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve ark. 20% olarak bulmuşlardır.<sup>6,8</sup> Türkiye’de bu konuda yapılmış yeterince çalışma olmaması ile birlikte Cebeci ve ark.nın gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon semptom görülme prevalansı %12 bulunmuştur.<sup>13</sup> McKee ve ark.nın düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon” prevalansı %51 olarak bulunmuştur.<sup>14</sup> Chen ve ark., “Centre for Epidemiological Studies-Depression skalasına göre gebelikte depresif semptom görülme sıklığını araştırmışlar; 1. trimesterde %8, 2. trimesterde %10 ve 3. trimesterde %2 olarak bulmuşlardır.<sup>10</sup>

## GEBELİKTE DEPRESYON İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Jinekolojik öyküde, kürtaj sıklığı, düşük ve hamileliğe ilişkin ikilemler duygular gebelikte depresyon için risk faktörü olmaktadır.<sup>1</sup> Düşük yapanların bir sonraki gebeliklerinde depresyon görülme riski artmaktadır. Daha önce depresyon geçirmiş olanlarda, ailesinde depresyon öyküsü olanlarda, genç annelerde, çok çocuklu olanlarda, istenmeyen gebeliklerde, sosyal desteği yeterli olmayanlarda ve evlilik sorunları olanlarda gebeliklerinde depresyon görülme sıklığı artmaktadır.<sup>6,15</sup> Halen antidepresan tedavisi alanların gebe kaldıkları zaman tedavilerini erken kesmek zorunda kalmaları da gebelikte depresyonun alevlenmesi ya da yinelenmesi açısından riske neden olmaktadır. Gelişmiş toplumlarda bile planlanmamış gebelik oranı %50’ye yakındır. Çoğu gebe kadın “bebek mi yoksa ilaç mı?” sorusuna ilacı kesme ile yanıt vermektedir. Bu durumda gebelik sırasında depresyonda alevlenme ya da yinelenme riski doğmaktadır. Özellikle de tedavi kesildikten sonraki ilk 8 hafta alevlenme görülmesi açısından en riskli dönemdir.<sup>15</sup>

Bu konuda yapılan ileriye dönük çalışmalar, daha önceki yaşamlarında psikotik tablo geçirmiş olan hastaların %58’inin, hamilelik ve/veya postpartum dönemde ciddi ruhsal bozukluklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu olguların birçoğunda kişiler arası iletişim bozukluğu, istenmeyen gebelik ve evlilikle ilgili sorunlar daha sıktır. Hamilelik ve postpartum dönem, latent olan ruhsal bozukluğu açığa çıkarabilen bir dönemdir. Hamilelikte ortaya çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Gebelikte hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan hamile kadınlarda, bu tür komplikasyonları olmayan hamile kadınlara göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır.<sup>1</sup> Tablo 2’de gebelikte depresyon gelişmesi ile ilgili risk faktörlerinin özeti görülmektedir.<sup>16</sup>

Daha önceden mevcut ya da yeni ortaya çıkan her tür majör psikiyatrik bozukluğun, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı saptanmıştır.<sup>1</sup>

## GEBELİKTE DEPRESYONA AİT SEMPTOMLAR

Gebelerdeki depresyon semptomlarının gebeliğin kendisine ait nedenlerle mi yoksa altta yatan predispozan faktörlere bağlı olarak mı ortaya çıktığı konusu tartışmalıdır. Birinci trimesterde bu semptomlar, uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak gö-

**TABLO 2:** Gebelikte depresyon gelişmesi ile ilgili risk faktörlerinin özeti.

Biyolojik Faktörler
Duygudurum ve anksiyete bozuklukları öyküsü
Postpartum depresyon öyküsü
Premenstrual disforik bozukluk öyküsü
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü
Psikososyal Faktörler
Çocukluk çağı suistimal öyküsü
Küçük yaş
Planlanmamış gebelik
Gebelik hakkında kararsızlık veya olumsuz düşüncelerin bulunması
Dul anne olma
Çocuk sayısının fazla olması
Ev içinde şiddet veya evlilik çatışmaları
Düşük eğitim düzeyi ve işsizlik
Madde bağımlılığı ve sigara içme

rülebilir. Benzer şekilde 3. trimesterde de anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. 2. trimesterde ise bu semptomlar daha az görülmektedir. Yapılan çalışmalarda depresif semptomların gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar görüldüğü saptanmıştır. Perinatal depresyon semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik gösterebilmektedir.<sup>17-23</sup>

## GEBELİK DEPRESYONUN SONUÇLARI

Ruhsal bozukluğu olup tedavi almayan kadınlarda maternal morbidite ve mortalite hızı (intihar girişimleri dahil olmak üzere) artmaktadır.<sup>13,15,17-22,24,25</sup> Ruhsal hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonun müdahale edilmediği takdirde çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere yol açabileceği bulunmuştur.<sup>5,26-30</sup> Gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomların fetus üzerinde olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), gebelikteki depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasındadır. Gebelikte depresyonla ilişkili bulunan diğer durumlar şunlardır: Spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter rezistansı, düşük Apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma.<sup>5,12,27,30-33</sup>

Depresyon, ayrıca sezeryan veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağrılı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda, ruhsal hastalığın annenin hareketlilik durumunu, prenatal bakım sağlamlasını ve sağlıklı davranışlarını önleme kabiliyetini etkilediği gösterilmiştir. Depresyonda olan kadınlar sigara içmeye, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya daha yat-

kın olabilmekte ve bu durumlar da gebeliğin olumsuz yönde sonuçlanmasına katkıda bulunabilmektedir.<sup>6,32</sup>

Gebelikteki depresyonla ilgili olan en önemli sorunlardan birisi intihar düşüncesine veya girişimine yönlendirecek kadar kendi kendine zarar verebilme ihtimali taşımasıdır.<sup>34</sup> Gebelikte depresyon, %50-%62 oranında postpartum depresif atak geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır.<sup>19</sup> Psikiyatrik nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırıldığı olgular az değildir. "National Depressive and Manic Depressive Association"nın gebelikteki depresyon hakkındaki görüşleri gebelik sırasında depresif olup tedavi almayan gebelerin %15'inin intihara girişiminde bulunduğu, %50-%62'sinin de postpartum periyotta depresif durumlarının devam ettiği şeklindedir.<sup>32</sup>

## DEPRESYONUN GEBENİN DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Depresyonun, sağlıksız davranışlara yol açarak obstetrik sonuçları olumsuz etkileyebileceği, bunun yanında sağlıksız yaşam tarzına ve davranışlara sahip gebelerde de depresyon ortaya çıkabileceği belirtilmektedir.<sup>22</sup> Ruhsal hastalıklar, karar verme becerisini etkileyebilecek bilişsel tahribatlara yol açabilirler; bu durum antenatal olarak dikkat eksikliği ve uyuşturucu madde kullanımı ile ilişkili olabilmektedir. Zuckerman ve ark. gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında önemli düzeyde bir ilişki saptadılar.<sup>35</sup> Depresif semptomları olan gebelerin, hekimlerinin tavsiyelerine uyabilmeleri daha zor olmaktadır. Bu hastalar beslenme problemi yaşarlar, karar vermeleri zorlaşır ve uykusuzluktan şikayet ederler. Depresyonda olan gebelerin sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal olarak içe kapanma ve gelecekte ebeveyn olabileme kaygısı ile ilgili problemleri olabilmektedir. Gebelikleri hakkında aşırı tasaları olabilir ve obstetrik muayene, rutin ultrason kontrollerini ihmal edebilirler. İştahları azaldığı için gebelik boyunca normalden daha az kilo alırlar. Öz bakımları azalabilir ve prenatal bakımın gereklerine uymayabilirler. Tersine depresyonda olmayan gebeler gebelikle ilgili sağlık konularıyla

daha çok ilgilidirler.<sup>22</sup> Depresyonda olan kadınlar depresyonda olmayanlara göre prenatal dönemde daha az vitamin kullanmaktadırlar ve folik asit hakkındaki bilgileri daha azdır.<sup>35</sup> Depresyondaki gebeler yardım istemek konusunda isteksizdirler ve obstetri servislerinin pek faydalı olduğuna inanmazlar. Bu davranışların tümü gebeliğin problemleri sonuçlanma riskini artırabilmektedir. Ayrıca, ileri derecede depresyon, kendine zarar verme, psikotik, atılğan ve zararlı davranışlar sergileme riskini de artırmaktadır.<sup>32</sup> Gebelikte görülen depresif durumun psikiyatrik rahatsızlıkların akut formlarına dönüşebildiği bildirilmektedir.<sup>11</sup>

### ■ PERİNATAL DEPRESYONUN ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİLERİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Gebelikte yaşanan stres, çocukta gelişimsel problemlere yol açabilmektedir (ağlama, hiperaktivite, kolay kırılma, asosyal davranışlar sergileme, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite hastalığı).<sup>36</sup> 2003'te yapılan bir çalışmada tedavi edilmemiş antenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında suç işleme potansiyelinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda depresyonu olmayan annelerden doğan çocuklara oranla, depresyonlu annelerden doğan çocuklarda depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı bulunmuştur, bu durum çocuklarda depresyon gelişme etiolojisinde çevresel faktörlerle birlikte genetik yatkınlığın da rolü olduğunu akla getirmektedir.<sup>32</sup>

### ■ GEBELİKTE DEPRESYONUN TEDAVİSİ VE ÖNLENMESİ

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altında bulunan kadınların erken belirlenmesi, bu konuda önleyici girişimlerin yapılmasına olanak sunabilecektir. Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir.<sup>23</sup>

Gebelikte görülen depresyon için tedavi seçenekleri psikoterapi (kişisel veya grup), farmakoterapi (antidepresan ilaçlar) ve nonfarmakolojik biyolojik tedavilerdir [parlak-ışık terapisi ve elektrokonvülfiz terapisi (EKT)].<sup>36,37</sup>

En yaygın olarak kullanılan psikoterapi çeşitleri, sosyal etkileşimler ve yaşamdaki yeni dönemlere uyum sağlayabilme konuları üzerinde duran kişiler arası ilişkiler psikoterapisi (KAT) ve hastaların kendi başlarına çeşitli düşünce türleriyle başa çıkabilmelerini amaçlayan bilişsel-davranışçı tedavidir (BDT). Gebelikte KAT'ın kullanılması ile 16 hafta sonunda duygudurumun yeterince düzeldiği gösterilmiştir. Maalesef diğer nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarının prenatal depresyonda etkinliği üzerine yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır.<sup>38</sup>

### FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Günümüzde depresyon tedavisinde en çok kullanılan ilaç grupları, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI)'dir. Trisiklik antidepresanlar gibi eski antidepresanlar artık majör depresyonda rutin olarak birinci seçenek ilaç grubu olarak kullanılmamaktadırlar. SSRI grubu ilaçlar fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin ve sitalopramdır. Venlafaksin SNRI grubu ilaçlara bir örnektir. Bupropion ve mirtazapin gebe kadınlarda kullanılabilen çift etkili yeni antidepresanlar arasındadır. Venlafaksin ve tüm SSRI'ların plasentaya geçtiği bulunmuştur. Paroksetin ve sertralin, fluoksetine göre plasentaya daha yavaş geçmektedirler; bu duruma klinik uygulamalarda dikkat etmek gerekir. Eğer bir hasta, örneğin fluoksetine daha iyi cevap veremekteyse gebeliğinde de o ilacı kullanılması önerilmektedir. Her anne ve bebeğin ilaçları metabolize edilemeleri farklı olacağı için gebelik sırasında belli bir ilacın evrenselleştirilmesi doğru olmayacaktır.<sup>39</sup> Tablo 3'te gebelikte SSRI and SNRI kullanımı ile ilgili sonuçlar özetlenmektedir.<sup>40</sup>

Gebelik sırasında antidepresan ilaç tedavisi verilmesi, teratojenite, neonatal toksisite ve çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturma riskleri taşımaktadır. Bu durum hem annenin hem de hekimin endişelenmesine sebep olmaktadır. SSRI'ların veya venlafaksin teratojeniteyi artırdığına dair geçerli bir kanıt bulunmasa da 1.trimesterde bu konudaki temel endişe, fetüste oluşabilecek malformasyonlardır. Üçüncü trimesterde antidepresanlara maruziyet ile respiratuar distres, beslenme problemleri ve düşük doğum ağırlığı gibi yenidoğan

**TABLO 3:** Gebelikte antidepresan kullanımının güvenilirliği üzerine yapılan çalışmalara ait bulguların özeti.

İlaç (maruz kalan bebek sayısı)	Obstetrik komplikasyonlar ve yenidoğanda çekilme belirtileri	Uzun-süreli etkileri
Fluoksetin (1532)	Üçüncü trimester: Prematür doğum veya perinatal komplikasyonlar; yüksek doz düşük doğum ağırlığına yol açabilir; geçici çekilme belirtileri*	Uzun süreli etkisi yok; depresif annelerin çocuklarında bilişsel ve konuşma problemleri görülmedi.
Sertralin (234)	Geçici çekilme belirtileri*	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Paroksetin (313)	Geçici çekilme belirtileri*	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Sitalopram (318) İsveç doğum sicil kayıtlarına göre (375); Lundbeck Safety verilerine göre (100)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Fluvoksamin (30)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Venlafaksin (174)	Geçici çekilme belirtileri*	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Mirtazapin (9)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Bupropiyon (534)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.
Trazodon (58)		
Nefazodon (89)	Yok	İleri araştırmalar gerekmektedir.

Bu ilaçlardan herhangi birinin kullanımı ile teratojenite artmamaktadır.

\*Geçici yenidoğan çekilme belirtileri respiratuar distres, sarılık, huzursuzluk, titreme ve ağlamanın artmasıdır.

problemleri doğrudan ilişkili olduğu için bu dönemde daha çok yenidoğanda görülebilecek olan çekilme belirtilerinden endişelenilir. Ancak bu etkilerin geçici olduğu gösterilmiştir.<sup>40</sup>

Yakın zamanda Kanada'da 3. trimesterde SSRI kullanımını hakkında bir uyarı yayınlanmıştır: "Her ne kadar anneler ve hekimler ilaç maruziyeti konusunda edişelenseler de bu ilaçların hızlı bir şekilde bırakılması relaps riskini oldukça artırabilmektedir. SSRI kullanımını durumunda, bebeğin doğum sırasında yakın takibinin yapılabilmesi ve gerekirse uygun tedavinin verilebilmesi açısından obstetrisyenlerin ve neonatolojistlerin mutlaka bilgilendirilmeleri gerekir".<sup>40,41</sup>

Gebelikte trisiklik antidepresan kullanımının kısa ve uzun süreli etkileri hakkında yapılan 400'den fazla çalışmada bu grubun majör yan etki oluşturma riskine sahip olduğu belirtilmektedir. Trisiklik antidepresanlar günümüzde fazla kullanılmamaktadır. Monoamin oksidaz inhibitörlerinin kullanımı gebelikte önerilmemektedir.<sup>40</sup>

### NONFARMAKOLOJİK BİYOLOJİK TEDAVİLER

Işık tedavisi farmakolojik yaklaşıma alternatif olarak kullanılabilir ve antenatal depresyonun

tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu tedavi yaklaşımı özellikle mevsimsel değişim gösteren duygudurumuna sahip hastalar ve gebeliklerinde antidepresan kullanmak istemeyenler için faydalı olmaktadır.<sup>42</sup>

Nadir olarak kullanılan EKT'nin birkaç olgu çalışmasında gebelikte güvenilir ve etkili olduğu gösterilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin EKT kullanımı konusunda katı kuralları vardır; EKT'nin sadece, ileri derecede psikotik veya akut suisidal girişimde bulunmuş olgularda ve diğer terapilerin veya ilaçların tedavide başarısız olduğu olgularda kullanılmasını önermektedirler.<sup>43</sup>

Gebelikte görülen depresyonun tedavisinde karar verirken, hekim ve hasta işbirliği içinde olmalıdır. Her olgunun tedavisinin kendisine özgü seçilmesi gerekmektedir. Örneğin, gebe kaldığında ilaç kullanmakta olup tekrarlayan depresif atak geçirme hikayesi olan kadınlar, postpartum dönem dahil gebelikleri boyunca ilaçlarını kullanmaya devam etmeleri konusunda teşvik edilmelidirler. Yine şiddetli depresyon geçirme öyküsü olup gebeliğinde atak geçiren hastalara, geçmiş atağında başarılı cevap alınmış olan antidepresan tedavinin önerilmesi gerekmektedir. Gebeliğinde ilk depre-

sif atağını yaşayan hastalar için antidepresanlar, ancak depresyon şiddetli ise ve psikoterapiye cevap vermiyor ise önerilebilir. Kar-zarar oranına bakıldığında, gebelikte görülen depresyonun tedavi edilmesinin olumlu sonuçlar getireceği daha ağır basmaktadır.<sup>40,44</sup>

## SONUÇ

Gebelik, kadın yaşamının en önemli süreçlerinden biridir. Bu süreç anne adayına neşe getirebileceği gibi, onu karamsarlığa da sürükleyebilir. Gebelik sırasında ve sonrasında gelişen en önemli sağlık sorunlarından birinin depresyon olabileceği unutulmamalıdır. Depresyon belirtileri, çoğunlukla gebelik sürecinde ortaya çıkan doğal davranışlarla benzerlik taşıdığı için fark edilmeleri gecikebilir. Erken dönemde depresyonun tanınması açısından hekimlere etkin depresyon taramaları yapmaları konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir.

Hekim tanı koyar koymaz kar-zarar oranını değerlendirerek tedavi verip vermeyeceğine karar vermek durumundadır. Hafif ve orta derecedeki depresyonda ilk olarak nonfarmakolojik tedaviler denenmelidir. Daha şiddetli depresyonu olan hastalarda psikoterapi tek başına yeterli olmayabileceği için bunun yanında antidepresan bir ajan eklemek gerekebilmektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmaların çoğu, gebelik döneminde görülen depresyonda antidepresanlarla tedavinin hem bebek hem de anne açısından olumlu sonuçlar verdiğini savunmaktadır. Tedavi planı yapılırken sadece hekim ve hastanın değil uygunsu eşlerin, obstetrisyenlerin, yenidoğan uzmanlarının ve diğer sağlık çalışanlarının da (örn. ebeler, danışmanlar) fikirleri alınmalıdır. Tedavi başlatıldıktan sonra postpartum dönem dahil gebelik boyunca sıkı bir şekilde inceleme ve takip yapılarak relaps önlenmelidir. Bu konuda aile bireylerinin bilgilendirilmesinin ve ilgilerinin de önemli olduğu belirtilmeli ve aile desteği de sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Özkan S. Psikiyatrik tıp. Konsültasyon-Liyasyon Psikiyatrisi Kitabı. 1.Baskı. İstanbul: Roche; 1993. p.201-9.
- Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Turk Psikiyatri Derg 2006;17:243-51.
- Marakoğlu K, Çivi S, Şahsivar Ş, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Derg 2006;7:129-134.
- Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.p. 139-41.
- Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. Psychosom Med 2001;63:830-4.
- Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Womens Health (Larchmt) 2003;12:373-80.
- Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. Dev Neuropsychol 2001;20:639-51.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol 2000;95:487-90.
- Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. Identifying perinatal depression: Sooner is better. Contemporary Obstetrics and Gynecology 2004;49:58.
- Chen H, Chan YH 3rd, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy - a Singaporean perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:975-9.
- Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000;14:73-87.
- Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry 1997;58(Suppl 15):26-32.
- Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Derg 2002;10:11-8.
- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstet Gynecol 2001;97:988-93.
- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klin Psikiyatr Derg 2004;2:70-4.
- Ryan D, Millis L, Misri N. Depression during pregnancy. Can Fam Physician 2005;51:1087-93.
- Rees WD. Parental depression before and after childbirth. An assessment with the Beck Depression Inventory. J R Coll Gen Pract 1971;21:26-31.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. J Affect Disord 1993;29:85-96.
- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2001;323:257-60.

20. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:64-9.
21. Gonsalves L, Schuermeyer I. Treating depression in pregnancy: practical suggestions. *Cleve Clin J Med* 2006;73:1098-104.
22. Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Depression in Women. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med* 2001;(Spec No):1-107.
23. Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. Center for prevention and health services. *Issue Brief* 2005;3:1-20.
24. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2000;157(4 Suppl):1-45.
25. Angst J, Baastrup P, Grof P, Hippus H, Pöldinger W, Weis P. The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1973;76:489-500.
26. Sandman CA, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Belman J, Porto M, et al. Psychobiological influences of stress and HPA regulation on the human fetus and infant birth outcomes. *Ann N Y Acad Sci* 1994 Oct 31;739:198-210.
27. Dorn LD, Susman EJ, Petersen AC. Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: a longitudinal perspective. *Psychoneuroendocrinology* 1993;18:219-39.
28. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Comes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
29. Arck PC. Stress and pregnancy loss: role of immune mediators, hormones and neurotransmitters. *Am J Reprod Immunol* 2001;46:117-23.
30. Zax M, Sameroff AJ, Babigian HM. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 1977;47:218-30.
31. Ogasawara MS, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Human Reproduction* 2002;17:2580-4.
32. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004;49:726-35.
33. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999;318:153-7.
34. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991;302:137-40.
35. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160(5 Pt 1):1107-11.
36. Grote NK, Frank E. Difficult-to-treat depression: the role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry* 2003;53:660-70.
37. Santvana S, Shamsah S, Firuza P, Rajesh P. Psychiatric disorders associated with pregnancy. *J Obstet Gynecol India* 2005;55:218-27.
38. Ward RK, Zamorski MA. Benefits and risks of psychiatric medications during pregnancy. *Am Fam Physician* 2002;66:629-36.
39. Şen D, Yücel B. Gebelikte psikoaktif ilaç kullanımı, derlemeler. *İst. Tıp Fak. Mecmuası* 1998;61:2.
40. Buist A. Managing depression in pregnancy. *Aust Fam Physician* 2000;29:663-7.
41. Leslie Born, Dawn Zinga, Shauna Dae Phillips Update on the treatment of depression during pregnancy. *Therapy* 2006;1:153-61.
42. Gündücü F, Çalıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Majör depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16:245-51.
43. Kalinowsky LB. ECT in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1984;141:1643.
44. Wisner KL, Zarin DA, Holmboe ES, Appelbaum PS, Gelenberg AJ, Leonard HL, et al. Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2000;157:1933-40.