

## DERLEME

Özgür Erdem<sup>1</sup>  
Yasin Bez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kayapınar 9 Nolu Aile Sağlığı  
Merkezi, Kayapınar,  
Diyarbakır

<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Psikiyatri Anabilim  
Dalı, Diyarbakır

**Yazışma adresi:**

Dr. Özgür Erdem

Kayapınar 9 Nolu Aile Sağlığı  
Merkezi, Peyas Mah. 455. sok.  
no:5, 21070 Kayapınar-Diyarbakır  
Email: [dr.oerdem@hotmail.com](mailto:dr.oerdem@hotmail.com)

**Konuralp Tıp Dergisi**

e-ISSN1309-3878

[konuralptipdergi@duzce.edu.tr](mailto:konuralptipdergi@duzce.edu.tr)

[konuralpgeneltip@gmail.com](mailto:konuralpgeneltip@gmail.com)

[www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr](http://www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr)

## Doğum Sonrası Psikoz

### ÖZET

Postpartum psikoz, doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlilerindedir. Doğum sonrası dönemde %0.1–0.2 oranında görülebilmektedir. Doğumdan sonraki 3–14. günlerde görülmekle birlikte %80’inde belirtiler ilk bir ay içinde ortaya çıkmaktadır. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda risk daha fazladır. Gençlerde, primiparlarda ve daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olanlarda daha sık görülmektedir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşmenin postpartum psikoz nedeni olabileceği ileri sürülmüştür. Kliniği yorgunluk uykusuzluk gibi belirtilerle başlayabilir. Sanrılar veya halüsinasyonlar gibi psikotik özellikler geliştirirse hasta bebeğe veya kendisine zarar verebilir. Postpartum depresyona oranla suisid düşüncesi ve girişimi ön plandadır. Suisid ve homisid riski nedeni ile hızla ve etkin bir biçimde tedavi edilmelidir. Tedavide antipsikotiklere cevap alınmadığında Elektrokonvülsif Terapi (EKT) alternatif tedavi seçeneği olabilir. Tedavi edilen doğum sonrası psikozlu hastaların %95’i genellikle 2–3 ay içinde iyileşmektedir. Birinci basamakta görevli sağlık çalışanları doğum sonrası psikoz hastalarının tespitinde ve erken dönemde tedavisinde önemli roller oynayabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum Sonrası, Psikoz, Aile Hekimi

## Postpartum Psychosis

### SUMMARY

Postpartum psychosis is the one of the most severe psychiatric disorder that can be seen during postpartum period. It can be seen between 0.1-0.2 % ratios at postpartum period. It is generally seen in the first two weeks after delivery but in almost 80% of the cases can also be seen until the end of the first month. Risk increases for those who have a positive family history of psychiatric disorder. It is seen more often in primipars, young and those who have psychological disorder history before delivery. Abrupt decrease of serum concentrations of estrogen and progesterone after delivery is suggested in its etiology. Early symptoms of postpartum psychosis may be insomnia and fatigue. The patient may give harm to her baby or herself if develops psychotic features including delusions or hallucinations. Suicidal ideas and suicide attempts may be more prominent than they occur in postpartum depression. It should be treated immediately and effectively due to suicide or homicide risks. If it can not be treated with antipsychotic drugs then electroconvulsive therapy (EKT) can be an alternative treatment option. Ninety-five percent of the treated patients with postpartum psychosis recover usually in 2-3 months period. Health workers practicing in first step can play important roles in detection and early management of patients with postpartum psychosis.

**Key Word:** Postpartum, Psychosis, Family Physician

## GİRİŞ

Doğum sonrası psikoz, doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlilerindedir (1,2). Başlangıcı genellikle doğumdan 2 hafta sonradır. Doğum sonrası psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bazı anneler bu dönemde, bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır. Eldeki verilerin büyük çoğunluğu doğum sonrası psikoz ile özellikle bipolar bozukluklar ve majör depresif bozukluk gibi duygu durum bozukluklarının yakın ilişkisi olduğunu düşündürmektedir (3,4). Şizofreni veya bipolar bozukluk öyküsü olan kadınlar yüksek risk altındadırlar (5,6).

## GÖRÜLME SIKLIĞI

Doğum sonrası psikoz, doğum sonu dönemde %0.1–0.2 oranında görülebilmektedir (5,6). Doğum sonrası psikoz sıklıkla doğumdan sonraki 3–14. günlerde görülmekle birlikte %80’inde belirtiler ilk bir ay içinde ortaya çıkmaktadır. Genellikle doğum sonrası 2–3 günlük belirtisiz dönem bulunmaktadır (7).

Literatür bilgileri gebelik dönemine kıyasla, doğumu takip eden ilk bir ayda psikozun ortaya çıkma olasılığının 10–20 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (8). Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkar. Ancak bir kez puerperal psikoz geçiren bir kadının, daha sonraki gebeliğinde tekrar hastalanma olasılığı artar (1,8). Lohusalıkla ilişkili olsun ya da olmasın, daha önce psikoz geçirmiş olanlar, duygu durum bozukluğu öyküsü bulunanlar, psikiyatrik hastalık yönünden ailesel yükümlülüğü olanlar risk grubu olarak kabul edilmektedir (1,2,9).

## NEDENLERİ

Doğum sonrası psikozu olan hastaların akrabalarındaki duygu durum bozukluk sıklığı, duygu durum bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki sıklığa benzerdir. Bir majör duygu durum bozukluğu epizodunun gelişmesine sebep olan doğum olayı, belki de baştan sona önemli hormonal mekanizma olduğundan özgül olmayan bir stres olarak görülebilir (3,4).

Doğum sonrası psikozun az bir kısmı enfeksiyon, ilaç intoksikasyonu, kan kaybı gibi tıbbi durumlara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşmenin doğum sonrası psikoz ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmekle birlikte bu hormonlarla tedavinin etkili olmadığı görülmüştür (3).

Bazı araştırmacılar, ilk doğumunu yapan annelerde çok görülmesinde sadece psikososyal etkenlerin rolü olduğunu ve doğum sonrası psikoz ile son stresli yaşantılar arasında bağlantılar olduğunu belirtmişlerdir. Doğum sonrası ruhsal bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar, annede annelik yaşantıları hakkında duygusal çatışmaların varlığını düşündürmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmak

istemeyebilir, diğerleri mutsuz evlilikleri içinde kendilerini kapana kısılmış hissedebilirler. Gebelik sırasında yaşanan evlilik uyumsuzlukları, doğum sonrası psikoz sıklığının artmasına yol açabilir (3).

## KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Genellikle doğum sonrası psikoz doğumu takip eden 2–3 hafta içinde başlar ve 2–3 ay kadar sürer (1,2). Doğum sonrası psikoz, semptomları açısından çok değişkendir. Bu nedenle doğum sonrası psikozu tanımlarken ‘mercurial’ kelimesi kullanılmaktadır. Mercurial; civalı, bir türlü yerinde durmayan, değişken anlamındadır (10).

Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenemeden yakınır. Ağlama, duygusal oynaklık dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygu durumunda artış veya şiddetli disfoni, dağılmışlık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık %50’sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25’inde ortaya çıkar (3,11).

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri vardır. Sanrisal düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi vardır. Bu sanrisal düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Varsanılar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir (3,12).

Doğum sonrası psikozun doğum sonrası depresyondan ayırıcı tanısında; doğum sonrası depresyonun klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi doğum sonrası psikozu göre daha azdır. Doğum sonrası psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. Doğum sonrası psikozlarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir (12,13).

## PROGNOZU

Psikotik belirtilerin başlamasından önce genellikle uykusuzluk, dinlenememe, ajitasyon, duygu durumunda oynaklık ve hafif bilişsel defisitler gibi prodromal belirtiler görülür. Psikoz ortaya çıkınca hasta sanrılar ve ajitasyon nedeniyle bebeğe veya kendisine zarar verebilir. Doğum sonrası psikozlu hastalar doğumun birinci ya da ikinci yılında sıklıkla başka bir atak geçirirler. Sonraki gebeliklerde başka bir atak geçirme riski yüksektir (3).

## TEDAVİ YAKLAŞIMI

Doğum sonrası psikozu olan kadına suisid riski nedeniyle hızla, etkin ve acil bir biçimde tedavi uygulamak gerekir. Hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermemesi sağlanmalıdır. Doğum sonu

depresyondan farklı olarak daha fazla biyolojik etkenlere (dopamin, tryptophan, norepinefrin, serotonin'in azalması gibi) dayanan bir ruhsal bozukluktur. Gençlerde, primiparlarda ve daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olanlarda daha sık görülmektedir (14–16).

Bebeğini emziren anneye seçilecek ilaçta dikkatli olmalı, mümkünse ilaç vermekten kaçınılmalıdır (17,18). Eğer anne istekliyse bebeği ile teması engellenmemelidir. Ancak annenin bebeğe zarar verme ile ilgili fikirleri varsa dikkatli olunmalıdır. Akut psikotik dönem geçtikten sonra psikoterapi gereklidir. Terapi genellikle değerlendirme sırasında belirgin olan çatışma alanlarına yöneltilir. Terapi hastanın annelik rolünü benimsemesi ve rahat olmasını kapsayabilir. Çevresel değişikliklerde gerekebilir. Eş ve çevredeki diğer kişiler tarafından artmış destek de kadındaki stresi azaltmaya yardımcı olur. Birçok çalışmada hastalığın akut fazında yüksek oranda iyileşmeler görüldüğü bildirilmiştir (3,19).

Tedavide genellikle antipsikotikler tercih edilir, antipsikotiklere yanıt alınmadığı durumlarda elektrokonvülsif terapi (EKT) uygulanabilir. Özellikle intihar ve bebeği öldürme düşüncesi olan anne ile bebeği ayırarak annenin tedavisinin hastanede yapılması gereklidir. Tedavi olan doğum sonu psikozlu hastaların %95'i 2–3 ay içinde iyileşmektedirler (7).

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının bütün illerde yaygınlaşması ile beraber kadınlar gebeliği boyunca en az dört kez, gebelikten sonraki lohusa döneminde de en az dört kez aile hekimleri veya aile sağlığı elemanı tarafından görülmektedirler. Dolayısı ile birinci basamakta çalışan sağlık personelleri bu konuda etkin tanı ve ilk tedaviyi verebilecek konumdadır. Burada yapılması gereken bir farkındalık oluşturmaktır. Her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı kendisine “rutin kontrol” için gelen veya bebeğini doğumdan sonraki dönemde “aşı” veya “neonatal tarama programı” çerçevesinde “topuk kanı” aldırarak için getiren bir

lohusayı iletişim kanallarını açık tutarak değerlendirebilir. İşlemleri ve muayeneler esnasında lohusanın tutum ve davranışları gözlemlenebilir. Ayrıca fazladan ayrılacak birkaç dakika ile lohusanın uykusu, iştahı, genel olarak morali ve bebeği ile olan ilişkisi sorgulanabilir (20,21).Sorgulama mutlaka lohusanın hayatı yaşamaya değer bulup bulmadığı, kendisine veya bir başkasına zarar verme ile ilgili düşüncelere sahip olup olmadığı, yalnızca kendisinin duyduğu veya gördüğü şeyler olup olmadığı ve kendisini güvende hissedip hissetmediğini de içermelidir. Bu sorulara alınan yanıtlara göre eğer lohusada bir psikopatoloji olabileceği kanaati oluşursa konu mutlaka lohusanın aile bireyleri ile de paylaşılmalıdır ve lohusanın bir psikiyatri uzmanınca değerlendirilmesi mutlaka sağlanmalıdır. Ailenin işbirliği 3 açıdan önemlidir. Birincisi lohusanın ve bebeğin güvenliği, ikincisi lohusanın desteklenmesi ve üçüncüsü lohusanın psikiyatrik değerlendirmeden geçmesi ve gerekliyse tedavisinin yapılması. Unutulmamalıdır ki doğum sonrası psikoz dahil çeşitli psikiyatrik bozukluklarda hastalığa karşı hastanın içgörüsü (hastanın hastalığının farkında olup içinde bulunduğu durumu bir psikiyatrik hastalık olarak nitelendirebilmesi) korunmamış olabilir. Bu durumda tedavi aksayacaktır. Ailenin tedavinin içerisinde olması bu açıdan da çok önemlidir.

Sonuç olarak, hem annenin hem de bebeğin sağlığı ve hatta can güvenliği açısından son derece önemli bilgileri ilk basamakta elde edilebilecek profesyoneller olarak aile hekimleri ve birlikte çalıştıkları sağlık çalışanları doğum sonrası psikozun tespitinde önemli roller oynayarak aile müessesesine koruyucu ve önleyici hekimlik bağlamında pozitif katkılar sunabilir. Tedavi bir psikiyatri uzmanı ile işbirliği içerisinde antipsikotikler veya EKT kullanılarak yürütülebilir. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları neler yapabileceklerinin farkında oldukça sağlayacakları katkıları da o ölçüde artış gösterecektir.

## KAYNAKLAR

1. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10(1):58-67.
2. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6. baskı, cilt 1, Kaplan HI, Sadock BJ (ed), Baltimore: Williams & Wilkins, 1995; 1059-66.
3. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry*, 7.baskı, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 2003; 494-6.
4. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002; 347(3):194-9.
5. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 2:70-4.
6. Karamustafaoğlu N, Tomruk N Postpartum Hüzün ve Depresyonlar, *Duygudurum Dizisi*. 2000; 2:64-71.
7. Eltutan H, Öncüoğlu C. Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. *Depresyon Dergisi*. 1997; 2(3): 74-80.
8. Özkan S. *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezoon psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Müstahzarları, 1993; 201-20.
9. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-7.
10. Unterman RR, Posner NA, Williams KN et al. Postpartum depressive disorders: Changing trends. *Birth*. 1990;17(3):131-7.
11. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y et al. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord*. 1981;3(4):317-26.
12. Askin R. *Depresyon El Kitabı* 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi, 1999; 100-22.
13. Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between estradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(2):167-9.
14. Balcıoğlu İ. Depresyonun Etiyopatolojisi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 1999; 19-28.
15. Akkaya C. Depresyon Etiyolojisinde Serotonin ve Noradrenalin, *Yeni Symposium* 2005; 43(3):91-96.
16. Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. *Arch Womens Ment Health*. 2000; 3(1):7-14.
17. Aydın N, İnandı T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(6):483-6.
18. Honey KL, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. *J Affect Disord*. 2003; 76(1-3):201-10.
19. Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*. 2005; 54(5 Suppl 1):49-52.
20. Erdem ÖP. Bucaktepe PG, Özen Ş, Kara İH. Prepartum Ve Postpartum Dönemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi* 2010; 12(3): 24-31
21. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-7.