



DERLEME / REVIEW

Gebelik ve doğum sonrası depresyon

Pregnancy and postpartum depression

Başak Çolak¹, Fırat Ongun¹, Özge Su Aras¹, Mehmet Emin Demirkol²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, ²Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Abstract

Peripartum depression (PPD), the symptoms of which may begin to appear during pregnancy and postpartum one month period, is a psychiatric disorder that includes negative feelings and thoughts of mothers towards their babies and life. Postpartum depression, which has a prevalence in the range of 6.5-20% worldwide and 23.8% in Turkey, is an important public health problem due to its extensiveness. Key findings include decreased interest, thoughts of worthlessness, changes in appetite, indecisiveness, decreased ability to concentrate and changes in sleep routine, which occur as a result of neurobiological changes in the mother. Psychological and social factors, as well as the processes of pregnancy, birth and breastfeeding are factors that affect the occurrence and/or severity of the disorder. The change in the release of estradiol, progesterone and cortisol hormones during pregnancy and postpartum period may affect the occurrence of the disorder. PPD, which causes neuropsychiatric dysfunction in the mother, is a treatable disorder even though it has negative consequences affecting the whole family. In the treatment, the decision is made considering the severity of the disorder and severe PPD patients which have thoughts of suicide and infanticide may need to be hospitalized.

Keywords: Postpartum depression, pregnancy, depression, puerperality, peripartum period

Öz

Gebelik ve doğum sonrası bir aylık süreçte belirtileri ortaya çıkmaya başlayabilen peripartum depresyon (PPD), annelerin bebeklerine ve hayata karşı olumsuz duygu ve düşüncelerini içeren psikiyatrik bir bozukluktur. Dünya genelinde prevalansı yaklaşık olarak %6.5-20 aralığında, Türkiye’de ise %23.8 olan postpartum depresyon, yaygınlığı sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Annede nörobiyolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkan azalmış ilgi, değersizlik düşünceleri, iştah değişiklikleri, kararsızlık, konsantrasyon yeteneğinde azalma ve uyku düzeninde değişimler gibi temel bulgular görülmektedir. Hem psikolojik ve sosyal faktörler hem de gebelik, doğum ve emzirme süreci hastalığın görülmesini veya şiddetini etkileyen unsurlardandır. Gebelik ve postpartum dönemde östradiol, progesteron ve kortizol hormonlarının salınımındaki değişimin hastalığın görülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Annede belirgin sıkıntılara sebep olan nöropsikiyatrik fonksiyon bozukluklarına yol açan PPD, ailenin tümünü etkileyen olumsuz sonuçlar doğursa da tedavi edilebilir bir bozukluktur. Tedavide bozukluğun şiddetine göre karar alınır, şiddetli PPD hastalarının (özkiyim veya infantisid düşüncelerine sahip hastalar) hastaneye yatırılması gerekebilir.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, gebelik, depresyon, lohusalık, peripartum dönem

GİRİŞ

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, annelerde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması bakımından yüksek risk teşkil etmektedir. Bu bozukluklar içerisinde en sık görülenlerden bir tanesi peripartum depresyondur (PPD). Peripartum depresyon, hem

annede hem de çocuklarında ciddi sorunlara yol açabilen önemli bir bozukluk ve halk sağlığı sorunudur. PPD’de aileye ve bebeğe karşı olumsuz duygular ön plandadır¹. Bu depresyon sürecinin gebelik döneminde semptom gösterebilmesi nedeniyle DSM-5’te DSM- IV’ten farklı olarak postpartum tanımı yerine gebelik, doğum ve

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Başak Çolak, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Turkey

E-mail: colakbasakk@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 27.08.2021 Kabul tarihi/Accepted: 24.11.2021 Çevrimiçi yayın/Published online: 27.12.2021

doğumdan sonraki bir ayı kapsayan peripartum tanımı kullanılmaya başlanmıştır.

Toplumda doğum yapmış kadınların önemli bir kısmı, kendisinde ortaya çıkan duygusal değişiklikleri doğal bir süreç olarak algılayabilir veya bu değişikliklerden dolayı kendilerini suçlayabilirler. Bu yanılgıların önüne geçmek için gebelik öncesi ve gebelik sırasında düzenli kontrollerin yapılması ve depresyona yol açabilecek risklerin değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir¹. Ülkemizde aile hekimliği sistemiyle daha düzenli şekilde yapılmaya başlanan gebe takipleri ve aile hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşımı oldukça anlamlı ve önemlidir. Ayrıca, anne ve baba adaylarının peripartum dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında detaylı olarak bilgilendirilmesi hem toplumdaki bilinçli bireylerin oranını hem de PPD'nin tedavi olanağını artıracaktır. Bu makalede PPD'nin yaygınlığı, sıklığı, etiyolojisi, risk faktörleri, klinik bulguları, tanı kriterleri ve tedavi yaklaşımı hakkında bilgi verilecektir.

YAYGINLIK

PPD tanısının bütün dünya ülkelerinde yeteri kadar konduğunu söylemek zordur. Çünkü vakaların bir kısmının tanısı atlanmaktadır². Yapılan bir çalışmada, olguların yaklaşık yarısının yakın çevreden destek görememe kaygıları olması sebebiyle depresyonu düşündürecek bulgularından bahsetmemelerinin tanı alamamalarında etkili olduğu düşünülmektedir³. Bunun yanı sıra yaşanan sorunun küçümsenmesi, tarama oranlarındaki veya tarama yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanan yetersiz veriler, sosyoekonomik çevre, kültürel normlar, dünya çapında ruh sağlığına yönelik algılar ve damgalamalar bu durumun başlıca sebepleri arasındadır².

Çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar olmasına rağmen postpartum depresyon prevalansının genel olarak %6.5-20 aralığında olduğu görülmektedir³. DSM-IV ve DSM-5'teki süre ölçütünün farklı olması da çalışmaların yayınlandığı tarihlere bağlı olarak PPD'nin yaygınlık ve sıklık istatistiklerini etkilemektedir. Yapılan geniş ölçekli bir çalışmada aynı örneklem üzerinde üç farklı zamanda yapılan değerlendirmelere göre gebelik döneminde görülen depresyonun sıklığı %12.8, postpartum dönemdeki ilk altı hafta içinde görülen depresyonun yaygınlığı %11.8, postpartum dönemdeki ilk altı ay içinde görülen depresyonun yaygınlığı %10.1 olarak gözlenmiştir⁴.

Yaygınlık ve sıklık kıtalar arasında incelenecek olursa Avrupa ülkelerinde postpartum depresyon yaygınlığı %4.4-22.8 arasında bulunmuştur. Avustralya'da prevalans %6.0-32.8 arasındadır. Asya'da %4.0-48.3 arasında değişmektedir. Afrika'da postpartum depresyon prevalansı %7.2-50.3 Aralığındayken Amerika kıtasında %5.0-63.9 Aralığında rapor edilmiştir. Bazı kıtalarda prevalans aralığının geniş olması, o kıtalarda bulunan ülkeler arasındaki farklılık fazla olmasıyla açıklanabilir. Prevalanstaki bu farklılıkların kültürel öğelerden, kadınların semptomları kabul edebilme potansiyelinden (yaftalanma korkusu nedeniyle), ölçüm araçlarının farklı olmasından veya çoğunlukla kullanılan Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği'ndeki ifadelerin birbirinden farklı anlaşılmasından etkilendiği düşünülmektedir⁵.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelenecek olursa 1999-2015 yılları arasında yayınlanmış 52 makaleyi kapsayan bir meta-analizde postpartum depresyon prevalansı %23.8 olarak bulunmuştur. Bu oran genel anlamda yüksek olarak kabul edilmektedir. Doğumdan sonraki ilk 24 ayda 18-45 yaşları arasındaki kadınlarda gözlemlenen postpartum depresyonu araştıran makalelerin dahil edildiği çalışmada analiz edilen makalelerden 17'si Kalkınma Bakanlığının 2013 yılında belirlemiş olduğu sosyoekonomik olarak gelişmiş olan şehirlerde (Ankara, İstanbul, İzmir ve Eskişehir) yapılan araştırmalar iken geri kalanı diğer gelişmekte olan şehirlerde yapılan araştırmaları içermektedir. Kalkınma Bakanlığının belirlediği gelişmiş şehirlerde (Ankara, İstanbul, İzmir ve Eskişehir) postpartum depresyon prevalansı %21.2, diğer gelişmekte olan şehirlerde ise %25 olarak belirlenmiştir. Bu meta-analize dahil edilen çalışmaların görece olarak az sayıda örnekleme içermesi, çalışmalarda farklı depresyon ölçeklerinin kullanılmış olması gibi durumların elde edilen sonuçları etkilediği düşünülmektedir⁶.

ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

PPD'nin ortaya çıkmasında çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Patogenezin önemli bir parçasının endokrin sistemdeki bileşenlerdeki değişimler olduğu gösterilmiştir. Gebelik boyunca ve postpartum dönemde östradiol ve progesteron hormonlarının artışı ve sonra geri çekilmesinin bazı kadınlarda hormon düzenlenmesinde bozukluklara yol açtığı bulunmuştur. Perinatal dönemde kortizol salınımı değişimlerinin tetiklemesiyle hipotalamo-hipofizer-

adrenal aksın düzen mekanizmasının bozularak kortizol salgısında azalma görülmesi stres yanıtında etkilidir. Stres yanıtının güçlü olmaması duygudurum değişikliklerine sebep olmaktadır. Gebelik döneminde ve postpartum dönemde tüm kadınlarda fizyolojik olarak gözlenen östradiol, progesteron ve kortizol salınımindaki değişikliklerin yalnızca bazı kadınlarda PPD ile seyretmesinin altında yatan nedenin araştırılmasında genetik çalışmalar yapılmıştır. Genetik çalışmalarda postpartum dönemdeki kadınlarda gen ekspresyonu profilleri hastaların %84'ünü depresyonu olan ve olmayan olarak doğru şekilde sınıflandırmıştır. PPD'si olan kadınlarda azalmış DNA onarımı ve transkripsiyon aktivitesi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bir çalışmada 1. kromozomdaki HMCN1 genindeki tek nükleotit polimorfizminin PPD ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir⁷. PPD'nin etiolojisinde enflamatuvar süreçlerin rol oynadığına yönelik veriler ise çelişki göstermektedir ve bu ilişkiye dair ileri araştırmalar gerekmektedir⁸.

Annenin daha önce depresyon geçirmiş olması, lohusalık döneminde veya süregelen anksiyetesi olması, cinsel istismar, fiziksel şiddet, duygusal şiddet öyküsünün olması PPD oluşmasında etkili olan psikolojik risk faktörleri arasındadır. Şiddetin niteliği ve türüne göre PPD semptomları ağırlaşmaktadır^{9,10}. Partnerden gelen şiddet ve gerekli sosyal desteğin olmaması PPD'nin ortaya çıkma ihtimalini birkaç kat artırmaktadır¹¹. Adölesan annelerde PPD görülme yaygınlığı yetişkin annelere göre daha fazladır. Bunun sebebi olarak sosyal izolasyon, aile ve partnerden zorbalık görme, bedende gözlenen değişimlerle (örneğin kilo alımı) ilgili olumsuz düşüncelere sahip olma gibi faktörler gösterilmiştir¹².

Obstetrik nedenlere bakıldığında postpartum dönemdeki fiziksel komplikasyonlar (semptomatik hipertansiyon, enfeksiyöz komplikasyonlardan perineal ve meme apseleri gibi) PPD açısından önemli bir risk faktörüdür¹³. Doğum şeklinin (spontan vajinal doğum, sezaryen gibi) PPD'ye direkt olarak etkisinin olduğu gösterilmese de örneğin acil sezaryen doğum sonrası görülen komplikasyonlar (inflamasyon, ağrı) yoluyla PPD'ye indirekt olarak etkili olabilmektedir^{13,14}. Planlanmamış olan gebeliklerde¹⁵ ve prematüre doğumlarda PPD daha sık¹⁶ gözlenmiştir. Bebeğin cinsiyetinin PPD ile bağlantısı konusunda araştırmalar farklı sonuçlar göstermektedir¹⁷. Bebeğin cinsiyeti faktörüyle ilgili farklı ülkelerdeki farklı sonuçların kültürle ilgisi olabileceği düşünülmektedir.

Göç ile PPD ilişkisi araştırıldığında göçmen olmayla çoğunlukla birlikte ortaya çıkan düşük gelir, kişinin yakın çevresinden uzak olması ve destek görememesi, göç ettiği ülkenin dilini bilmemesi gibi durumların PPD'nin oluşmasında etkili olduğu kanaatine varılmıştır. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda etkinin derecesi farklı olarak gözlenmektedir¹⁰. Ayrıca sosyal faktörlerden bir diğeri olarak kendi kültürünü yaşayamamak (asimilasyon) açısından araştırma literatürünü derleyen bir makalede ABD'de Amerikan yerlisi/Alaska yerlisi kadınlarda postpartum depresyon görülme sıklığı diğer kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur¹⁸.

PPD semptomlarının annenin bebeğe bakım vermesini, annenin emzirme davranışını etkileyebileceği bilinmektedir; bu durumlar arasındaki ilişkide neden sonuç ilişkisinin hangi yönde kurulabileceğiyle ilgili çeşitli bulgular ortaya konmuştur. Yapılan bir çalışmada PPD tanısı alan kadınlar tarafından yalnızca anne sütüyle beslemenin sonlandırılmasının diğer kadınlara göre daha erken olduğu sonucuna ulaşılmıştır¹⁹. İnfantı anne sütüyle beslemenin annede PPD açısından koruyucu bir faktör olduğu da bilinmektedir²⁰.

Annenin hayat tarzına ilişkin faktörlerin PPD açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir. Anne sütüyle beslenme ve PPD arasındakine benzer bir durum uykuyla PPD arasında da gözlenmektedir. Uyku bozuklukları DSM-5'e göre depresyonun tanı kriterleri arasındadır ve bunun yanında uyku bozukluklarının PPD'nin ortaya çıkışında belirgin artışa sebep olduğu ortaya konulmuştur^{21,22}. Düzenli fiziksel aktivitede bulunmak konusunda yapılan araştırmaların²³ belirli kısıtlamaları olmasına rağmen meta-analizlerde egzersizin PPD semptomlarında iyileşmeye katkı sağladığı bulunmuştur²⁴. Vitamin D eksikliği ve yetersiz omega-3 alımının da PPD açısından risk faktörleri oldukları gösterilmiştir⁸. Anne ve bebek arasındaki ten tene temasın PPD açısından koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bu durum oksitosin hormonuyla bağlantılı olabilir¹⁰.

Gebelik ve doğumla ilgili olmayan bazı sağlık durumlarının PPD ile ilişkisi araştırılmıştır. Diğer faktörlerin etkisi ayrı olarak değerlendirildiğinde gebelik öncesindeki yaşamlarında polikistik over sendromu tanısı almış olan kadınların PPD açısından 1.5-2 kat daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur. Benzer bir orana polikistik over sendromu tanısı almamış ancak bu sendromun en az iki belirtisinin görüldüğü kadınlarda da rastlanmıştır²⁵. Gestasyonel

diyabetin postpartum depresyonla ilişkisi tam olarak gösterilememesine rağmen bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir¹⁰.

KLİNİK BULGULAR

Doğumun en yaygın komplikasyonlarından biri olan PPD, yeni anneyi olumsuz etkiler ve doğum sonrası ölümlerin yaklaşık %20'sini oluşturan intiharlara sebep olur². Yaygınlığı sebebiyle büyük önem taşıyan PPD, annede özkıyım ve infantisid düşüncelerini kapsayacak kadar ilerleyebilen nöropsikiyatrik fonksiyon kayıplarına yol açan ancak tedavi edilebilir bir zihinsel bozukluktur²⁶.

Postpartum depresyon, Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının dördüncü baskısında (DSM-IV'te) majör depresyonun bir alt tipi olan "Doğum sonrası başlangıçlı majör depresif bozukluk" olarak sınıflandırılmıştır². Günümüzde ise PPD majör depresif bir dönem olarak Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının beşinci baskısına (DSM-5'e) "gebelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde duygudurum semptomlarının ortaya çıkması halinde peripartum başlangıçlı" olarak dâhil edilmiştir²⁶. Hastaların yaklaşık üçte birinde PPD semptomları kendini gebelik döneminde belli etmeye başlar².

Doğumdan dört hafta sonra başlayan veya majör depresif dönem için tam kriterleri karşılamayan depresyonlar PPD tanısına uymasa da hem anneye hem de anne-bebek ilişkisine zarar verebileceği için tedavi gerektirebilir. Dolayısıyla klinik uygulamalarda ve araştırmalarda PPD; gebelik, doğum ve doğumdan sonraki dört hafta içinde veya doğumdan sonra üç ay, altı ay veya 12 aya kadar ortaya çıkabilen depresyon olarak değişken bir şekilde tanımlanmaktadır²⁶.

PPD semptomları genelde uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, bunalım, bebeğin sağlığı ve beslenmesi hakkında saplantılı zihin meşguliyetini kapsar. İntihar düşünceleri ve bebeğe zarar verme kaygıları da raporlanmıştır. Bunlarla birlikte evlilikte çatışmalar, bozulmuş bebek-anne bağlılığı, çocukta duygusal, sosyal ve bilişsel gelişim bozukluğu, daha nadir de olsa intihar ya da bebeği öldürme görülebilir²⁶.

Yeni annelerin yaklaşık %70'i "lohusalık hüznü" denilen hafif depresif semptomlara sahip olur. Lohusalık hüznü doğumdan 2-5 gün sonra pik yapar ve tipik olarak sürekli ağlama hissi, üzüntü, değişken

ruh hali, rahatsızlık ve kaygı içerir. "Hüzün" annenin fonksiyonlarını ciddi ölçüde bozmaz ve psikotik semptomları içermez; bu semptomlar tipik olarak iki hafta içinde kendiliğinden kaybolur, ancak bazı vakalar PPD'ye kadar ilerleyebilir. Doğum sonrası "hüzün" ve "depresyonu" birbirinden ayırmak zor olabilse de ruh hali ve semptomların ciddiyetinin değerlendirilmesi, bu ayrımı yapmaya olanak sağlar²⁶.

PPD'de hayvan modelleri üzerindeki çalışmalarda, nörobiyolojik değişikliklerin maternal bakımı azaltabileceği görülmüştür. Maternal bağlanma, hassaslık ve bilinçli ebeveynlik tarzı bebeğin sosyal, bilişsel ve davranışsal yeteneklerinin sağlıklı olgunlaşması için olmazsa olmazdır. Depresif anneler, depresif olmayan annelere göre çocuğa karşı belirgin bir şekilde daha negatif, bağımsız, daha haşın ya da güvenilmez davranışlar sergilerler. Bu gerçek, depresif annelerin bebeklerine daha az dokundukları ve sevecen tavırlarının daha az olduğuyla, işitsel ve görsel iletişimi yetersiz kurlmalarıyla (gülümseme, yüz yüze etkileşimler ve bebekle direkt konuşmalar, hikâye anlatmalar vb.) kanıtlanmıştır. Bu da çocukta olumsuz sonuçlara yol açar²⁷.

TANI KRİTERLERİ

PPD için tanı kriterleri, majör depresyonu teşhis etmek için kullanılan kriterlerle aynıdır. Major depresif bozukluğun tanı kriterleri arasında; subjektif bir raporla veya başkaları tarafından yapılan gözlemlerle belirtilen, neredeyse her gün depresif ruh haline sahip olma durumu vardır. Bununla birlikte hemen hemen her gün tüm etkinliklere karşı belirgin bir şekilde azalmış ilgi veya zevk söz konusu olabilir. Diyet yapmıyor olmasına rağmen önemli kilo kaybı veya kilo alımı (örneğin, bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla değişiklik) veya hemen hemen her gün iştahta azalma/artış da PPD düşünülen olgularda görülebilir. Uyku düzeninde olumsuz değişiklikler, neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk ya da enerjide azalma, değersizlik veya uygunsuz suçluluk hissetme, düşünme ve konsantrasyon güçlüğü veya kararsızlık, görülebilecek klinik tablolar arasındadır. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşünceleri/intihar girişimi veya intihar etmek için belirli bir plan kurmak da PPD tanı kriterleri arasında yer almaktadır²⁸.

Aynı iki haftalık dönem içinde yukarıdaki belirtilerden beşi (ya da daha fazlası) mevcut olmalıdır ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişikliği temsil etmelidir;

semptomlardan en az biri ya depresif duygudurum ya da ilgi/zevk kaybı olmalıdır. Kişide görülen semptomlar, başka bir hastalık ile daha iyi açıklanamamalıdır²⁸.

Belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında sıkıntıya neden olmalıdır. Bu klinik tablo, bir maddenin veya başka bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlanamaz. Hiçbir zaman manik veya hipomanik bir dönem olmamalıdır. Manik benzeri veya hipomanik benzeri epizodların tümü madde kaynaklıysa veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine atfedilebilirse bu hariç tutma geçerli değildir²⁸.

Önemli bir kayba verilen tepkiler (örneğin, yas, mali yıkım, doğal bir afetten kaynaklanan kayıplar, ciddi bir tıbbi hastalık veya sakatlık) yoğun üzüntü duygularını, kayıp hakkında derin düşüncelere dalmayı, uykusuzluğu, iştahsızlığı ve not edilen kilo kaybını içerebilir. Bu tür belirtiler anlaşılabilir veya kayıp için uygun görülebilse de önemli bir kayba verilen normal tepkiye ek olarak majör depresif bozukluğun işareti olabilir²⁸.

Ayrıntı tanıları içerisinde postpartum dönemde meydana gelen normal fizyolojik değişimler, lohusalık hüznü, postpartum psikoz, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, premenstrüel disforik bozukluk ve hipotiroidi yer almalıdır. Normal fizyolojik değişimlere örnek olarak uyku düzenindeki veya enerjideki değişimler verilebilir; bunların doğum sonrası geceleri bebeğe bakım vermeden kaynaklı olarak görülmesi beklenebilir, PPD açısından değerlendirme iyi yapılmalıdır. Lohusalık hüznü, semptomlarının hafif ve kendi kendini sınırlıyor olmasıyla PPD'den ayırt edilebilir. Lohusalık hüznünde semptomlar tipik olarak doğumdan sonraki iki ila üç gün içinde gelişir, sonraki birkaç gün içinde zirve yapar ve başlangıcından sonraki iki hafta içinde düzelir. Bipolar bozukluk mani-hipomani ve ajitasyon semptomlarının, psikoz ise halüsinasyonların daha ön planda olmasıyla PPD'den ayırt edilebilir. Yaygın anksiyete bozukluğunda kaygı ve kaygıyı kontrol etmekte zorlanma söz konusuysa PPD'de üzüntü genel durum olarak kendini gösterir. Obsesif kompulsif bozukluğa hasta öyküsünün detaylı alınmasıyla ve genellikle gebelikten önce de eğilimlerin olmasıyla tanı konabilir. Premenstrüel disforik bozukluk postpartum dönemde menstruasyon döneminden yedi ila on gün önce semptomların başlaması ve menstruasyonun ilk

birkaç gününde sona ermesi; semptomlar içerisinde memelerde hassasiyet, karında şişkinlik hissi olması ile PPD'den ayrılır. Hipotiroidi laboratuvar değerlendirmeleri yapılarak saptanabilir^{29,30}.

TEDAVİ

PPD tedavisinin planlanabilmesi için öncelikle hastalığın şiddeti belirlenmelidir. Hastalığın şiddetini belirlemede hastalığın tanı kriterlerinde yer alan semptomlar dikkate alınır. Beş veya altı semptomu pozitif olan hastalar hafif-orta şiddetli, yedi ila dokuz semptomu pozitif olan hastalar ise şiddetli olarak tanımlanmaktadır³¹.

Şiddetli PPD'de psikotik ve katatonik belirtiler hastalara sıklıkla eşlik eder. Bunun yanı sıra şikayetlerin tekrarlama olasılığı hafif-orta şiddetli forma göre daha yüksektir. Bu hastaların tedavi yaklaşımı henüz netlik kazanmamıştır. Bilinen yaklaşımlardan biri hastanın acilen bir psikiyatriste sevk edilmesidir³².

Hafif-orta şiddetli PPD tedavisinin ilk basamağını psikoterapi oluşturmaktadır. Bunun sebebi emziren annelerin bebeklerinde emzirmeye bağlı ilaç yan etkilerinin görülmesinin istenmemesidir. Psikoterapiye yanıt vermeyen hastalarda ikinci seçenek antidepresan ilaçlardır. Bu ilaçlar içerisinde anne sütüne daha az geçen ve yan etkileri en az olan selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) tercih edilmektedir. Gebelikte sertralin, emzirme döneminde paroksetin ve sertalin ilk tercih edilen ilaçlardır. Duruma göre iki tedavi yaklaşımı (psikoterapi+farmakoterapi) aynı anda uygulanabilir^{33,34}.

Transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS) anne sütü veren kadınların antidepresan ilaç tedavisinin bebeğini etkileyeceği yönünde tereddütleri olan anneler için seçenek olabilir. Bu tedavi noninvazif olarak beyne manyetik dalgalar göndererek depresyon durumunda beyinde yeterli olarak çalışmayan sinir hücrelerine etki etmeyi amaçlar.

Elektrokonvulzif tedavi, psikoterapi ve antidepresan ilaç tedavisine yanıt vermeyen kişilerde bu tedavilere sekonder olarak uygulanabilir³. Bunun haricinde şiddetli intihar düşünceleri içeren, katatonik, gıda alımını reddeden ve psikotik semptomlar gösteren hastalarda öncelikli tedavi olarak uygulanmaktadır³⁵. Brexanolone 2019'da FDA onayı alan, PPD tedavisine özgü olan tek ilaçtır. Antidepresan ilaç tedavisine ve elektrokonvulzif tedavinin yetersiz kaldığı

durumlarda ABD'deki belli bazı merkezlerde gözlem altında uygulanabilmektedir³.

SONUÇ

PPD gebe veya postpartum dönemdeki kadınlarda oldukça yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Yapılan çalışmalarda PPD tanısının önemli oranlarda gözden kaçtığı saptanmıştır. Tanı DSM-5 majör depresif bozukluk kriterlerine göre konulmaktadır. PPD'nin doğumdan sonra hangi zaman aralığı kapsamında değerlendirileceği tartışılmayan klinik uygulamada PPD başlangıcı doğumdan sonra 12 aya kadar kabul edilmektedir. Kadınlar gebelik döneminde PPD'nin risk faktörleri ve semptomları açısından sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmelidir ve perinatal dönemde kendilerinde fark ettikleri bu durumları yakın çevresi ve sağlık çalışanlarıyla paylaşabileceği konusunda temin edilmelidir. PPD'nin yaygınlığı fazla olduğundan önlenmesine yönelik çalışmalar ön plana alınmalıdır. Anne sütüyle besleme, anne ile infantın ten tene teması, düzenli uyku gibi koruyucu faktörler PPD'nin önlenmesine yönelik olarak kullanılabilir. PPD tedavisinde ise hastalığın seyrine göre yaklaşımlar izlenmektedir. Psikoterapi PPD'nin tedavisi açısından oldukça yararlı olarak görülürken psikoterapi ile tedavi edilemeyen hastalarda farmakoterapi, TMS ve elektrokonvulsif tedavi seçenekleri gözden geçirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbul A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. Postpartum depresyonun gebelikte alınan kilo ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;19:256-63.
2. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019;52:165-80.
3. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum depression. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL, StatPearls Publishing, 2021.
4. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry.* 2017;17:104.
5. Arifin SRM, Cheyne H, Maxwell M. Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health.* 2018;5:260-95.
6. 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.
7. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407.
8. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11:99-137.
9. Silva RS, Junior RA, Sampaio VS, Rodrigues KO, Fronza M. Postpartum depression: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34:2801-6.
10. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr.* 2020;53:102353.
11. Desta M, Memiah P, Kassie B, Ketema DB, Amha H, Getaneh T et al. Postpartum depression and its association with intimate partner violence and inadequate social support in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;279:737-48.
12. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B; Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics.* 2012;129:e1228-37.
13. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res.* 2014;215:341-6.
14. Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97:301-11.
15. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Chatzi L et al. Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49:711-21.
16. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open.* 2013;3:e004047.
17. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52.
18. Heck JL. Postpartum depression in American Indian/Alaska native women: a scoping review. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2021;46:6-13.

19. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MMD, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3035.
20. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:332-8.
21. Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65:96-108.
22. Okun ML. Disturbed sleep and postpartum depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18:66.
23. Coll CVN, Domingues MR, Stein A, da Silva BGC, Bassani DG, Hartwig FP et al. Efficacy of regular exercise during pregnancy on the prevention of postpartum depression: The PAMELA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2:e186861.
24. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Caverro-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*. 2017;44:200-8.
25. Koric A, Singh B, VanDerslice JA, Stanford JB, Rogers CR, Egan DT et al. Polycystic ovary syndrome and postpartum depression symptoms: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224:591.e1-12.
26. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2016;375:2177-86.
27. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016;77:153-66.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
29. Fisher SD, Wisner KL, Clark CT, Sit DK, Luther JF, Wisniewski S. Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. *J Affect Disord*. 2016;203:111-20.
30. Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34:436-442.
31. Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:59-67.
32. Viguera A. Mild to moderate postpartum unipolar major depression: Treatment. <https://www.uptodate.com/contents/mild-to-moderate-postpartum-unipolar-major-depression-treatment> (accessed Dec 2021).
33. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52:483-97.
34. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol*. 2011;117:961-77.
35. American Psychiatric Association. *The Practice of Electroconvulsive Therapy, Second Edition: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging (A Task Force Report of the American Psychiatric Association)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2001.