

POSTPARTUM DEPRESYONDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER

Dilek BİLGİÇ*, Gülseren DAĞLAR* , Semiha AYDIN ÖZKAN** , Merve KADIOĞLU***

Postpartum depresyon (PPD) doğum olayının bir komplikasyonu olup doğum sonrası ilk 4 hafta içinde ya da ilk 3-6 ay ya da 1 yıl içinde başlayabilir, uzun yıllar sürebilir hatta doğum sonrası psikoza dönüşebilir. Depresif belirtilerin varlığı, ruhsal ve fiziksel enerji kaybına neden olarak ve bireyin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini etkiler. Ayrıca PPD, annenin bebeğiyle olan etkileşimini, bağlanmasını etkileyebileceği gibi, annenin davranışsal ve neuro kognitif gelişimi üzerine de olumsuz etki oluşturabileceğinden, bebek gelişimini birçok yönleriyle negatif etkilemesi mümkündür. Depresif belirtiler yaşayan kadınların çoğunun tıbbi yardım aramadıkları tahmin edilmektedir. Bu nedenle, PPD belirtileri bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır.

Tedavi edilmeyen perinatal depresyonun risklerine karşın, kadınların çoğu doğum sonrası antidepresyon tedavisine devam etmek yerine emzirirken standart ilaç dışındaki tedavi arayışlarına girebilmektedir. Ebelik uygulamalarında da ebeler çoğu ülkede doğum ve doğum sonrası dönemde tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) yöntemlerini kullanılabilmektedir. Bu nedenle kadınlar PPD için TAT yöntemlerinden yararlanmak isteyebilir, talep edebilir ya da tercih edebilir, hizmet veren ebelerin de bu alanda gerektiğinde bu talebi karşılayabilmesi, kadınları bilgilendirebilmesi ve danışmanlık yapabilmesi için TAT konusunda bilgi sahibi olmaları önemlidir. Özellikle orta ve hafif düzeyde depresyon belirtileri olan kadınlar TAT'ı alternatif olarak seçebilirken, ağır PPD semptomları olan kadınlar TAT'ı konvansiyonel tedaviyi tamamlayıcı özellik olarak tercih edebilirler.

Bu derleme çalışmasında PPD'un tedavisinde en yaygın tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı literatür doğrultusunda ele alınacaktır.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, alternatif tedavi stratejileri, ebelik

Complementary and Alternative Treatments for Postpartum Depression

Postpartum depression (PPD) is a complication of childbirth process, it may occur within the first four weeks, the first 3 to 6 months or one year postpartum, and it may last many years or even turn into postpartum psychosis. Presence of depressive symptoms causes loss of mental and physical energy, and adversely affects an individual's family, work and social life and thus his/her quality of life. In addition, PPD affects not only the mother-infant interaction and attachment but also the mother's behavioral and cognitive development, which in turn can adversely affect the development of the infant in many aspects. It is assumed that most of the women with depressive symptoms do not seek medical help. Therefore, the symptoms of PPD should be considered as a public health problem.

Despite the risks of untreated perinatal depression, most women seek non-standard treatment methods instead of having regular medical anti-depression treatment after birth. In many countries, midwives use complementary alternative treatment (CAT) methods in their midwifery practices during the intra-partum and postpartum periods. Therefore, women might want to be treated with CAT methods for PPD; therefore, midwives serving them should be adequately knowledgeable of CAT in order to meet women's demand, and to inform and provide counseling for women about CAT. Whereas women especially with moderate or mild depression symptoms can choose CAT as an alternative method, women with severe PPD symptoms can choose CAT as a complement to the conventional treatment.

In this review, the use of most common complementary and alternative therapies in the treatment of PPD will be discussed in the light of the literature.

Key words: Postpartum depression, complementary alternative treatment, midwifery

* Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas Yrd. Doç. Dr.

e-mail: bilgicdilek@gmail.com

** Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Adıyaman Yrd. Doç. Dr.

*** İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul Arş. Gör.

Bu derleme 1. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi'nde (18-19 Aralık 2014 İzmir) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Giriş

Yaşam boyunca depresif bozuklukların görülme oranı erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda iki kat daha fazladır. Postpartum dönem de, kadınlarda depresif sorunların yaşanma olasılığını artıran bir yaşam dönemidir. Postpartum depresyon (PPD) doğum olayının bir komplikasyonu olup doğum sonrası ilk 4 hafta içinde ya da ilk 3-6 ay ya da 1 yıl içinde başlayabilir, uzun yıllar sürebilir hatta doğum sonrası psikoza dönüşebilir (Erdem ve Bucaktepe 2012; Dilbaz ve Enez 2007; Sadock ve Sadock 2006). PPD görülme sıklığı, doğum sonrası farklı zamanlarda değerlendirilme yapılmasına, örneklem büyüklüğüne ve farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak değişiklik gösterebilmekle birlikte, PPD görülme oranları, ilk bir yıllık dönemde yetişkin kadınlarda %7-17 arasında, adölesan annelerde yaklaşık %26 olarak saptanmıştır. Sonraki gebeliklerde tekrarlama oranı ise yaklaşık %30-50 olarak bildirilmiştir (Yıldırım, Kısa, ve Aydemir, 2004; Atasoy ve ark. 2004).

PPD'da görülen belirtiler, genel depresyon belirtilerinden farklı değildir. PPD'da semptom profili; kontrolsüz ağlama, kendini değersiz hissetme, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, karamsarlık, sosyal izolasyon, cinsel istekte azalma, dikkat zayıflığı, kararsızlık, intihar düşünceleri, iştahta azalma ya da artma ve buna bağlı kilo değişiklikleri, uyku düzeninde değişiklikler, anksiyete ve bazen panik ataklar, suçluluk hissi, bebekle ilgili endişe duyma, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon ya da hiperaktivite, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, öfke hissi, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalmayı içerir (Dilbaz ve Enez 2007; Marakoğlu, Özdemir, ve Çivi 2009). Depresif belirtilerin varlığı, ruhsal ve fiziksel enerji kaybına neden olarak bireyin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini bozabilmektedir (Marakoğlu ve ark. 2009). Depresif belirtiler yaşayan kadınların %80-85'inin tıbbi yardım aramadıkları tahmin edilmektedir. Bu nedenle, PPD belirtileri öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır (Tezel ve Gözüm 2005).

PPD'nun en önemli komplikasyonlarından biri intihar girişimidir. Kadınlarda görülen intiharların önemli bir oranı PPD'de meydana gelmektedir. Bu nedenle postpartum dönemde depresif belirtilerin erken dönemde tanımlanması, uygun girişimlerin yapılması, depresyon tablosunun ağırlaşması ve komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir (Lindahl, Pearson, ve Colpe 2005).

PPD'un tedavisinde en büyük sorun neden olan faktörlerin belirsizliğidir. PPD'un tedavisinde hormonal tedavinin kullanımı konusunda fikir birliği yoktur. Antidepresan ilaçlar ve psikososyal müdahaleler annenin emzirme durumu ne olursa olsun birinci basamak tedavi olarak tavsiye edilmektedir ancak emzirirken psikotrop ilaçların anne açısından kullanım güvenliği tartışmalıdır ve bu konuda kontrollü çalışmalar yetersizdir. Emzirme döneminde antidepresan kullanımının güvenliği ve risk profillerine ilişkin çalışmalar giderek artmaktadır (McCoy, Beal, Shipman, Payton, ve Watson 2006; Driscoll 2006). Antidepresan ilaçlar süt miktarını azaltırken aynı zamanda yenidoğanda sedasyon, uyuşukluk, solunum aresti, kolik, sinirlilik gibi yan etkilere neden olabilmektedir (Hale 2004). PPD, annenin bebeğiyle olan etkileşimini, bağlanmasını etkileyebileceği gibi, annenin davranışsal ve neuro kognitif gelişimi üzerine de olumsuz etki oluşturabileceğinden, bebek gelişimini birçok yönleriyle negatif etkileyebilecektir (Moses-Kolko ve Roth 2004). Tedavi edilmemiş PPD'un anne, çocuk ve aile için önemli ve uzun vadeli sonuçları düşünüldüğünde non-farmakolojik tedaviye karşı ilaç kullanımı açısından dikkatli bir risk-yarar karşılaştırması yapılmalıdır. Şiddetli PPD durumlarında ise, ilaç kullanımı kaçınılmaz olabilir.

PPD'da nonfarmakolojik yöntemler kadının uyum yeteneğine ve semptomların şiddetine bağlı olarak etkili primer tedavi olabilir ve farmakoterapi ile birlikte de kullanılabilir. Nonfarmakolojik tedaviler psikososyal desteği, psikoterapiyi (bireysel ve/veya çift) ve grup terapisini içermektedir. Ayrıca beslenme, sıvı alımı, uyku ve sosyal destek durumuna dikkat etmek esastır (Driscoll 2006). Tedavi edilmeyen perinatal depresyonun risklerine karşın,

kadınların çoğu doğum sonrası antidepresyon tedavisine devam etmek yerine emzirirken standart ilaç dışındaki tedavi arayışlarına da girebilmektedir (Wu ve et al. 2007; Mackenzie, Taylor, Bloom, Hufford, ve Johnson 2003). Dolayısıyla birçok kadın PPD için tamamlayıcı alternatif tedavilerden (TAT) yararlanmak isteyebilir ya da tercih edebilir bu nedenle, tamamlayıcı alternatif tedavilerin anlaşılması ve bilinmesi önemlidir.

Derleme niteliğinde hazırlanan bu çalışmanın amacı PPD'un tedavisinde en yaygın tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımını literatür doğrultusunda inceleyerek güncel bilgileri paylaşmak ve halk sağlığı boyutuyla bu konuya dikkat çekmektir.

Postpartum Depresyonda Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

TAT yöntemleri sağlığın geliştirilmesinde, hastalığın önlenmesinde ve hastalıkların tedavisi için kullanılan ancak standart olarak kabul edilmeyen sağlık bakım uygulamalarını çok yönlü bir yelpazede ifade eder. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha sık TAT tedavileri kullanmaktadır ve özellikle anksiyete ve majör depresyon gibi sorunlar yaşayanların kullanma olasılığı daha fazladır (Wu ve et al. 2007; Freeman 2009). TAT kullanımını giderek yaygınlaşmasına rağmen, TAT'a yönelik yeterli güçte, iyi tasarlanmış, randomize kontrollü çalışma (RKÇ) sayısı sınırlıdır.

Postpartum dönem, yeni anneler ve aileleri için çok önemlidir. Yeni annenin fiziksel ve ruhsal durumu gerginlik, anksiyete ve yorgunluk nedeniyle olumsuz etkilenebilir (Imura, Misao, ve Ushijima 2006). TAT yöntemleri PPD tedavisine yardımcı ek tedavileri oluşturur. Literatüre göre PPD için kullanılan en yaygın alternatif ve tamamlayıcı tedaviler arasında besin ve bitkisel takviyeler, aromaterapi, egzersiz, masaj, akupunktur, parlak ışık terapisi, dua etme ve **homeopati** gibi yöntemler yer almaktadır.

Besin ve Bitkisel Takviyeler;

Bitkisel ve diyet takviyelerinin duygu durumu, anksiyete ve uykusuzluk üzerine etkilerinin olduğu kanıtlanmıştır (Weier ve Beal 2004). Önemli beslenme/diyet stratejileri, dengeli bir beslenme ile toplam kalori alımını artırmayı, kompleks karbonhidratların yeterli tüketimini sağlamayı ve emziren kadınların bir multivitamin ve mineral takviyesi ile desteklenmiş gıdalar yoluyla vitamin ve minerallerin yeterli alımını sağlamayı içerir. Yeterli sıvı alımı özellikle günde yaklaşık 2 lt laktasyondaki anneler için özellikle önemlidir. B kompleks takviyesinin depresyon ve anksiyete semptomlarını iyileştirmek için verilebileceği bildirilmiştir. Kafein, çikolata, kahve ve kafeinli içeceklerden kaçınmak ve şeker tüketimini kısıtlamak kan şekerindeki, enerji seviyesindeki ve duygulardaki değişimlere yardımcı olabilir (Freeman 2009;Mantle 2002; Neves 2005). Omega-3 yağ asitleri TAT yöntemleri arasında yaygın kullanılan besin takviyesidir.

Omega-3 yağ asitleri: Sağlıklı bir sinir sistemi fonksiyonunda önemli bir yere sahiptir. Epidemiyolojik ve hayvan çalışmaları diyetle balık ya da omega 3 yağ asitlerinden zengin balık yağı alınmasının depresif belirtiler üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir (Naliwaiko ve et al. 2004; Koletzko ve et al. 2008). RKÇ'ın meta-analizi omega 3 yağ asitlerinin genel duygu durum bozukluklarında antidepresan yarar sağladığını ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçları olsa da monoterapiden ziyade omega 3 yağ asitleri bir güçlendirme tedavisi olarak incelenmiştir (Freeman 2006; Su, Huang, Chiu, ve Shen 2003; Peet ve Stokes 2005). Amerikan Psikiyatri Derneğinin alt komitesi duygu durum bozukluğu olan hastaların günlük 1 gr Eikosapentaenoik asit (EPA) artı Dokosaheksaenoik asit (DHA), tüketilmesi gerektiğini önermektedir. Günlük 3 gr dan fazla kullanım yarattığı kanama riski nedeniyle klinisyenler tarafından izlenmesi gerekse de mevcut kanıtlar duygu durum bozukluğu olan kişiler için günlük EPA artı DHA 1-9 gr takviye kullanımını destekleyebilmektedir (Freeman ve ark. 2010). Danimarkalı 54.000'den daha fazla kadının

ele alındığı büyük bir prospektif kohort çalışmasında, gebelik sırasında düşük düzeyde balık aldığını söyleyen dörtte bir oranındaki kadında postpartum 1 yıla yakın sürede bir antidepresan ile depresyon tedavisi görece kadar bir risk artışına neden olduğu saptanmıştır (Strom, Mortensen, Halldorsson, Thorsdottir, ve Olsen 2009). Göreceli olarak düşük omega-3 yağ asidi alımının bir antidepresan ile tedavi görme oranındaki yükseklikle ilişkili olmasına rağmen, araştırmacılar, balık tüketiminin de sosyodemografik özelliklerle de güçlü bir **ilişkisi** olduğunu bulmuşlardır.

Çeşitli çalışmalar doğum öncesi balık alımı ve perinatal depresyon belirtileri arasında ters bir ilişki olduğunu göstermiş olsa da, etkinliğini değerlendirmek birkaç randomize, plasebo-kontrollü çalışmada plasebo ile karşılaştırıldığında, omega-3 yağ asit takviyesinin perinatal depresyonun önlenmesinde ya da akut tedavisinde bir yarar sağladığı gösterilmemiştir (Rees, Austin, ve Parker 2008; Freeman ve et al. 2008; Doornbos ve et al. 2009). Büyük çift-kör, çok merkezli, bir randomize kontrollü çalışmada, gebeliğin son yarısında 2399 hamile kadına randomize edilerek bir gruba balık yağı (800 mg / DHA ve 100 mg / gün EPA), bir gruba da (plasebo) bitkisel yağ desteği verilmiş ve depresif belirtiler, postpartum 6. haftada ve 6. ayda Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile ölçülmüş ve ne gruplar arasında ne de yeni doğanların 18. ayda nöro gelişimlerinde istatistiksel bir farklılık saptanmıştır (Makrides ve et al. 2010). Küçük örnekleme (n=36) yapılan randomize, çift kör, plasebo-kontrollü bir çalışmada da plasebo ile karşılaştırıldığında doğum öncesi depresyon tedavisinde omega-3 yağ asitlerinin önemli bir faydası olduğu bulunmuştur (Su ve et al. 2008). Çalışmalara göre omega-3 yağ asidi takviyesi perinatal kadınlar tarafından iyi tolere edilmektedir.

Çeşitli çalışmalar emziren annelere verilen DHA yağ asit desteğinin PPD insidansında azalma sağladığını ve bebek gelişimine katkı sağladığını göstermektedir. Yüksek düzeyde esansiyel yağ asiti alımı ve balık tüketimi, depresyon insidansıyla ters orantılı

ilişkilendirilmiştir (Peet ve Stokes 2005;Parker ve et al. 2006). Yılda 36-37 kg balık tüketen Güney Afrikalı kadınlarda PPD insidansı %0,5 iken, yılda 3-4 kg balık tüketen kadınlarda %24,5 oranında PPD görülmüştür (Hibbeln 2002). Amerikada ki kadınlarda anne sütündeki DHA içeriği 40-50 mg ile dünyada en düşük düzeye sahipken, Avrupa'da ki kadınlarda 200 mg, japon kadınlarında ise 600 mg olarak saptanmıştır. DHA düzeyini artırmak isteyen kadınlar diyet takviyesi alabilir ya da daha fazla ton balığı ya da somon yiyebilir ve diğer DHA'dan zengin besinlerle desteklenebilir. Ancak günümüzdeki kurallar civa kontaminasyonunu önlemek için, gebelik sürecinde ve emzirme döneminde haftada ortalama 350 gr balık tüketilmesi önerilmekte ve köpekbalığı, kılıç balığı, uskumru ve derin deniz balıklarının yenmemesi önerilmektedir. Postpartum depresyonun önlenmesi veya tedavisi için gerekli omega-3 dozu hala tam olarak belli değildir. Günlük 200 mg DHA önerilen çalışmalarda bu doz yeterli olmamıştır, oysaki gün başına 1 mg EPA'nın daha tutarlı bir yarar sağladığı ve majör depresyonda sanrı, halüsinasyon gibi semptomların ve tuhaf davranışların yeniden yaşanmasında etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle kadınların günlük 1-3 gr hem DHA hem de EPA içeren balık yağı takviyesi alması önerilmektedir (Low Dog 2004).

Folat: Diğer bir besin takviyesi folik asit diğer bir deyişle folat alımıdır. Deprese olan kadınların yaklaşık %40'ının folat düzeyinin düşük olduğu görülmüştür (Wright, Dainty, ve Fingles 2007). Folat kan değeri düşüklüğünde, majör depresif hastalıklarda antidepresana daha zayıf bir cevap alınırken folat düzeyi yüksek olanlarda antidepresana daha iyi yanıt alınabilmektedir (Papakostas ve et al. 2004). Folat, plasebo-kontrollü bir çalışmada fluoksetine yardımcı bir tedavi olarak çalışılmış ve folat grubundaki kadınlarda anlamlı olarak daha fazla iyileşme olduğu görülmüş, Fluoxetine ile birlikte günlük 500 mg folat alan kadınların %94'ü tedaviye yanıt verirken kontrol grubundaki kadınların %61'i tedaviye yanıt vermiştir (Coppen ve Bailey 2000).

Yakın zamanda başlayan ve devam eden majör depresif bozukluğunda antidepresan tedavisiyle L-methylfolate tedavisini inceleyen iki çok merkezli, randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre, günde 7,5 mg L-methylfolate kullananlara göre günde 15 mg L-methylfolate kullananlarda, tedavide gelişme sağlanmıştır (Papakostas ve et al. 2012). Üreme çağındaki kadınların nöral tüp doğum defektleri riskini azaltmak için günlük 0.4-1mg folik asit tüketmeleri tavsiye edilir. Gebe olmayan kadınların incelendiği büyük bir İngiltere prospektif kohort çalışmasında, gebe kalan kadınların %6'dan daha azı günlük 0,4mg ya da daha fazla mg folik asit kullandıklarını bildirmişlerdir (Inskip ve et al. 2009). Aile öyküsünde nöral tüp defekti olan ya da antiepileptik ilaç kullanan kadınlar için gebelik öncesinde ve gebelik sırasında günlük 5 mg folik asit kullanılması önerilmektedir (Grosse ve Collins 2007). Üreme çağındaki kadınlarda planlanmamış gebeliklerdeki yüksek oranlar, folat takviyesinin önemini ortaya koyar. Epidemiyolojik verilerde, tek başına folat kullanımının ya da takviye folat kullanımının perinatal depresyona etkisini inceleyen ve gebelik sırasında daha yüksek folat alımının doğum sonrası depresyonun gelişimini azalttığına dair yeterli veri yoktur (Miyake ve et al. 2006). Folat takviyesiyle potansiyel doğum defektlerinin azaltılması ve antidepresan etkinin desteklenmesine yönelik RKC'ye dayanarak (günlük 0,4-5 mg folik asit ya da günlük 15-30mg folinik asit) perinatal unipolar depresyonun tedavisine yardımcı bir strateji olarak önerilebilir, özellikle serum folat düzeyleri düşük olan kadınlarda, etkili olabilir.

S-adenosyl L-methionine; Diyet takviyelerinin depresyon tedavisi sonuçlarını geliştirdiği gösterilmiştir. SAME (S-adenosylmethionine) tüm vücut dokuları için gerekli olan önemli bir bileşiktir. SAME insanlarda doğal olarak meydana gelir. Depresyon, **osteoartrit** ve karaciğer hastalıklarının tedavisi üzerine 28 yüksek kaliteli çalışma incelendiğinde SAME'nin depresyon semptomlarını azaltmada plasebodan üstün olduğu bulunmuştur. SAME'nin serotonin, norepinefrin ve dopamin olmak üzere nörotransmitterlerin düzeylerini artırdığı ve sinir hücre fonksiyonunu geliştirdiği gösterilmiştir. Gelişmeler 2 hafta içinde

başlayabilmektedir (Deligiannidis ve Freeman 2014). Çeşitli plasebo-kontrollü RKÇ'lar ve iki meta-analizde SAME dozlarının günde 200- 1600 mg arasında olduğu saptanmıştır. Bunun depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik antidepresanlara eşdeğer olduğu ve plasebodan önemli derecede daha etkili olduğu görülmüştür (Mischoulon ve Fava 2002; Hardy ve et al. 2002). SAME'nin trisiklik antidepresanlardan daha iyi tolere edildiği gösterilmiştir.

Yakın zamanda bir serotonin reuptake inhibitörü ile takviyeli SAME'i değerlendiren çalışmalarda pozitif sonuçlar elde edilmiştir: SAME takviyesinin depresyonlu kişilerin hafızayla ilişkili kognitif semptomlarını da iyileştirdiği saptanmıştır (Papakostas, Mischoulon, Shyu, Alpert ve Fava 2010; Levkovitz, Alpert, Brintz, Mischoulon ve Papakostas 2012). SAME'nin antenatal depresyonda etkinliğini değerlendiren hiçbir çalışma yoktur. SAME'nin gebelikte kullanımı ancak, gebelikteki kolestaz tedavisi için incelenmiştir. SAME'nin gebelik kolestazı için kullanıldığı beş çalışmada, anne ve infant için yan etki bulunmamıştır (Hardy ve et al. 2002). Postpartum depresyon belirtileri için SAME'nin kullanıldığı bir plasebo-kontrollü çalışmada, 30 kişilik iki gruptan çalışma grubuna 30 gün boyunca 1600mg/gün SAME uygulanmış ve plaseboya göre SAME'nin depresif semptomları belirgin şekilde azalttığı bildirilmiştir (Cerutti, Sichel, Perin, Grussu ve Zulian 1993).

PPD öyküsü olan bir gebede, gebelikte beslenme stratejilerine ve sosyal destek girişimlerine odaklanmak en iyisidir. Beslenme ve sosyal / psikolojik stratejilere doğumdan sonrada devam edilebilir ve bitkisel müdahaleler PPD öyküsü olan anneye doğumdan sonra başlanabilir hatta PPD gelişimi açısından yüksek riskli kadınlara doğum sonrası profilaktik olarak **da** başlanabilir. Öyküsünde depresyon olmayan ve risk faktörleri olmayan kadınlarda ya da ilk randevuda semptomları olan kadınlara da bitkisel takviyelere başlanabilmektedir.

Bitkisel takviyeler; Tek başına yararlı olmasına karşın beslenme, sosyal ve psikolojik müdahalelerle birlikte kullanıldığında PPD’da daha etkili olabilmektedir. Bitkisel takviyelerin yeterli iyileşme yaratıp yaratmadığını hemen görmek zordur, gözle görülür bir etki yaratması birkaç hafta sürebilir. Psikoterapi ilaçlarında da aynı durum geçerlidir. Bitkisel takviyeler çoğu Avrupa ülkesinde depresyon tedavisinde birincil farmakolojik tedavi olarak kullanılmaktadır ve Amerika’da hafif ya da orta düzeydeki depresyon ve anksiyetede birçok psikoterapik ilaçlara alternatif etkili ve güvenli olarak kabul görmeye başlanmıştır.

John’s Wort, kava kava, lavanta, melisa, tutku çiçeği, mine çiçeği, kediotu, papatya gibi bitkiler ve sütlü yulaf, depresyon, anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk ve sinirlilik gibi duygu durum bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır. Genel depresyonda uygulanan geleneksel bitkisel tedavilerin büyük ölçüde PPD tedavisinde de uygulanabileceği belirtilmektedir. PPD için kullanılabilen bitkisel ürünler strese cevabı artırmak ve sinir sistemini desteklemek (örneğin St. John’s Wort - sarı kantaron, ginseng), stresi azaltmak ve genel bir relaksasyon sağlamak (örneğin sütlü yulaf, lavanta, papatya, melisa otu), anksiyeteyi azaltmak (örneğin papatya, kava kava, St.John’s Wort), depresyon belirtilerini hafifletmek (örneğin ginseng, kava kava, St.John’s Wort), uykusuzluğu azaltmak (örneğin papatya, lavanta, melisa), hormonal düzenleyici olarak (örneğin ginseng) ve enerji-canlılık vermek (örneğin ginseng, ısırgan otu) amacıyla kullanılabilmektedir (Mantle 2002; Weier ve Beal 2004)

Sarı kantaron (*hypericum perforatum*, St. John’s Wort), bitkisi, antik çağlardan beri tedavi edici özellikleri nedeniyle kullanılmaktadır (Deligiannidis ve Freeman 2014) Sarı kantaron, depresyon tedavisi için ayrıntılı çalışılan bitkidir. Bazı Avrupa ülkelerinde depresyonda kullanılan primer ilaçtır ve Amerika’da da farmasötik antidepresan ilaçlara popüler bir

alternatiftir. 29 çalışmanın (5489 hasta) incelendiği bir Cochrane derlemesinde Sarı Kantaron ekstrelerinin majör depresyonu olan hastalarda plasebodan daha üstün olduğu, standart antidepresan tedavisine benzer etki gösterdiği ve standart antidepresan tedavisinden daha az yan etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Linde, Berner ve Kriston 2008). St. John's Wort'un yararlarının ve kontrendikasyonlarının yer aldığı bir rapor incelendiğinde de siklosporin, warfarin, digoksin, teofilin, oral kontraseptik haplar gibi birçok ilaçla etkileşime girdiği saptanmıştır. Buna ek olarak, St John bitkisi serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ile birlikte alındığında, hasta, serotonin toksisitesi ile ilgili yan etkiler yaşayabilir (McIntyre 2000) Bireysel çalışma sonuçları karışıktır, hafif ve orta düzeyde depresif semptomlu kişilerde daha güçlü bir etki görülürken şiddetli majör depresyon bozukluğunda etkinliğe yönelik kanıtlar azdır (Linde, Berner ve Kriston 2008; Roder, Schaefer ve Leucht 2004)

Günlük 300 mg / St. John's Wort tüketen 5 kadının anne sütünde düşük seviyelerde hiperforin tespit edilmiş; iki infantın da plazmasında 0.1 ng / ml miktarında hiperforin belirlenmiştir. Anne ve bebekte de herhangi bir yan etki gözlenmemiştir Emzirme ve ilaç uzmanı olan Hale göre St. John's Wort'ın süte minimal düzeyde geçtiğini belirterek laktasyon süresince güvenle kullanılabilir olduğunu belirtmektedir (Klier 2006). Küçük bir prospektif gözlemsel çalışmada da, bebeklerini emzirme sırasında St. John's Wort (Hypericum) ile tedavi edilen kadınların 33 infanttan 5 tanesinde kontrol grubuna oranla kolik, uyku hali, uyuşukluk gibi yan etki oranlarında artış olduğu saptanmıştır (Lee, Minhas, Matsuda, Lam ve Ito 2003)

Kava kava (Piper methysticum); bazı toplumlarda sakinleştirici, rahatlatıcı ve geleneksel olarak sosyal bir içecek olarak kullanılmaktadır. Çalışmalarda Kava'nın anksiyete için son derece etkili bir tedavi olduğu gösterilmiştir (Pittler ve Ernst 2000; Malsch ve Keiser 2001). Kava kava Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerinde PPD ile ilişkili anksiyete ve uykusuzluk durumunda yaygın olarak kullanılmaktadır (Weier ve Beal 2004) Kava'nın yan etki profillerine yönelik bir çalışmada önerilen dozlarda kullanıldığında iyi tolere edildiği

saptanmıştır. Kava yüksek dozlarda alındığında ciddi yorgunluk, dengesizlik, intoksikasyon ve deri değişiklikleri riski artabilmektedir (Cavanagh ve Wilkinson 2002). Son olgu sunumları kava kullanımı ile karaciğer yetmezliği arasında bir ilişki olabileceği düşüncesine neden olmuştur. Buna dayanarak bazı ülkeler kava kullanımını yasaklamaya gitmiştir, dolayısıyla Kava, karaciğer hastalığı öyküsü olan kişilerde kontrendikedir, ve ilaç etkileşimleri üzerine hiçbir çalışma yapılmamış olsa da kavanın nörotransmitter aktiviteye etkisi bilinmektedir ve araştırmacılar barbitüratlar, benzodiazepinler ve alkol gibi sakinleştiricilerle emziren kadınlarda kavayı kullanmamaları gerektiği vurgulanmaktadır (Weier ve Beal 2004).

Gerek bitkilerin laktasyonda kullanımına yönelik gerekse PPD'un tedavisinde bitkilerin güvenli kullanımı ve etkinliğine yönelik çalışma yeterli değildir. Bu konuda daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Aromaterapi;

Aromaterapi elde edildikleri bitkilerin terapötik etkilerinden yararlanmak için esansiyel (uçucu) yağların kullanıldığı bir uygulamadır. Esansiyel yağlar genellikle gevşemeyi artırmak için ve/veya semptomlara odaklı yaygın olarak kullanılırlar. Yağlar yüksek terapötik yararı olduğu bilinen bitkilerden damıtılan yüksek konsantre edilmiş maddelerdir. Yağların deri yoluyla absorbe edilerek ya da fizyolojik olarak aktif bileşiklerin solunum yoluyla alınarak etki etme olasılığına karşın topikal olarak uygulanan uçucu yağların etki mekanizması net değildir (Cavanagh ve Wilkinson 2002). Kokunun duygusal iyilik ile hafıza arasında olumlu bir ilişki sağladığı da kanıtlanmıştır (Weier ve Beal 2004). Depresyonu iyileştirmek için de çeşitli kokular kullanılmaktadır (Freeman 2009).

Depresyon ve anksiyete için en yaygın kullanılan yağlar lavanta, yasemin, aromatik asya ağacı yağı (ylang-ylang), sandal ağacı yağı, bergamot ve gül yağıdır (Freeman 2009).

Kullanılan bu yağların çoğunun kas gevşetici ve sedatif özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir (Mantle 2002). Lavanta yağının genel depresyon tedavisinde pozitif etkili olduğuna yönelik kanıtlar vardır. Lavanta yağının biyolojik aktivitesi incelendiğinde, lavanta yağında bulunan bazı aktif bileşiklerin hızlıca deriden emildiği ve narkotik ve sedatif etkilerine bağlı olarak santral sinir sistemi depresyonuna sebep olabildiği teorisi öne sürülmüştür (Cavanagh ve Wilkinson 2002). Bazen uykuyu artırmak için lavantalı yastıklar kullanılmaktadır. Bazı çalışmalarda da lavanta kokusunun uyanıklık sağladığı, iyilik duygularını ve uyku alışkanlıklarını geliştirdiği, saldırganlığı ve anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir. Ancak araştırmacılar çalışmaların küçük örneklemelerde yapılması nedeniyle kanıt düzeyinin sınırlı olduğu ve daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini belirtmektedirler (Mantle 2002; Cavanagh ve Wilkinson 2002).

Postpartum depresyonda aromaterapinin etkisine yönelik mevcut araştırmalar depresyon belirtilerinin tedavisinde de yarar sağladığını bildirmektedirler. Esansiyel yağlar ve aromaterapi bazen masaj tedavisine yardımcı olarak kullanılabilir. Bu yağlar masaj sırasında odaya ya da banyoya konabilir, yastık üzerine serpilebilir. Ancak esansiyel yağların bebek masajında güvenli kullanımı hakkında yeterli bilgi olmaması çok önemli bir nokta olup kullanılacaksa çok dikkatli kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Weier ve Beal 2004).

Ayrıca, aromaterapi ile masaj gibi somut ve doğrudan konfor tedbirleri, annelerin postpartum fiziksel ve ruhsal durumlarını geliştirebilen koruyucu girişimlerdenidir. Bu önlemler son zamanlarda klinik ortamda doğumda ve post partum dönemde ebe ve hemşireler tarafından uygulanabilmektedir (Weier ve Beal 2004).

Egzersiz

Egzersiz sağlıklı bir yaşam sürdürmek için önemli olmakla birlikte psikolojik iyiliğin belirleyicilerinden biridir. Egzersiz alternatif ya da ek tedavi olarak etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Çeşitli çalışmalar aerobik egzersizin depresif belirtileri azalttığını göstermiştir. Ayrıca epidemiyolojik veriler düzenli egzersizin depresif semptom riskini azaltmada da etkili olduğunu göstermektedir (Strawbridge, Deleger, Roberts ve Kaplan 2002; Penninx et al. 2002) Tedavi çalışmaları da egzersizin anti-depresan etki gösterdiğini desteklemektedir (Otto ve et al. 2007; Trivedi, Greer, Grannemann, Chambless ve Jordan 2006). Egzersizin dozu ve rejime uyumunu değerlendirmede özellikle önemli olabilir.

RKÇ'da postnatal depresyonun tedavisi olarak egzersizin etkinliği değerlendirilmiş. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) puanı 10 ve daha fazla olan kontrol grubu kadınlarla 12 haftalık egzersiz programını uygulayan kadınların karşılaştırıldığı 2 RKÇ'da kontrol grubuna oranla egzersiz grubunun EPDS puanlarının daha fazla düştüğü görülmüştür (Heh, Huang, Ho, Fu ve Wang 2008; Armstrong ve Edwards 2003). Ayrıca başka bir çalışmada da egzersizin postnatal deprese olan kadınlarda fiziksel yorgunluğu da azalttığı belirlenmiştir (Dritsa, Da Costa, Dupuis, Lowensteyn ve Khalifé 2008).

Masaj

Masaj tamamlayıcı ya da alternatif tedavi olarak kabul edilmektedir. Masaj tedavisinin depresyon, migren, astım, kronik yorgunluk, ağrı ve stres gibi durumlarda sağlığa etkisi çalışılmıştır. Farklı tekniklerde masaj (Shiatsu, geleneksel Çin masajı vb.) uygulanmaktadır. Masaj tedavisinin hipotalamik pitüiter, adrenal aks ve sinir iletimi yoluyla etki ettiği kabul edilmektedir. Masaj tedavisi süresince tükürük ve idrar kortizol seviyelerinin azalması ve idrar serotonin ve dopamin seviyelerinin artması masajın nöroendokrin etkilerini

desteklemektedir (Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg ve Kuhn C 2005). 17 RKÇ'nin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında depresif kişilerde masaj terapisinin depresif belirtileri önemli ölçüde azalmasıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Hou, Chiang, Hsu, Chiu ve Yen 2010). Masajın gebe, lohusa ve infant üzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda antenatal masaj terapisinin antenatal ve postnatal depresif semptomları azaltmada etkili olduğunu, idrardaki kortizol düzeyini azalttığı, serotonin ve dopamin düzeyinde artışa neden olduğunu göstermiştir (Mantle 2002; Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg ve Kuhn C 2005; Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds ve Figueiredo 2009).

Akupunktur

Akupunktur binlerce yıldır Çin ve diğer Asya ülkelerinde kullanılmaktadır. Araştırmalar akupunkturun depresyon gibi psikolojik sorunların tedavisinde, güvenli ve etkili olduğunu göstermiştir. Tao (1993) kronik hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyon azaltmada akupunkturun etkisini değerlendirmiş, mood değişimleri yaratan her hangi bir ilaç almayan 77 hasta ile çalışmıştır. Bu hastalara uygun akupunktur noktaları belirlenerek tedaviye başlanmış ve tedaviden 1 ay sonra hem anksiyete de hem de depresyonda istatistiksel olarak belirgin bir azalma görülmüştür (Tao 1993). Akupunkturun uzun süreli etkileri çalışılmamıştır. Ancak Majör Depresif Bozukluk tedavisinde akupunktur değerlendiren kontrollü çalışmalar etkinliği konusunda tutarsız sonuçlar göstermektedir (Quah-Smith, Smith, Crawford ve Russell 2013; Andreescu, Glick, Emeremni, Houck ve Mulsant 2011). 30 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında depresyonlu erkek ve kadınlarda plasebo tedavi ile manuel, elektrikli ya da lazerli akupunkturun etkinliği değerlendirilmiş ve sonuçlar doğrultusunda depresyon tedavisinde akupunkturun kullanımının tavsiye edilebileceği yönünde kanıt sağlanmıştır (Smith ve Hay 2010).

Akupunkturun faydalarından biri tedavi için her hangi bir kontrendikasyonun olmaması ve konvansiyonel antidepresan tedavisi gibi diğer tedaviler ile olumsuz etkileşiminin olmamasıdır. Ayrıca laktasyona da engel olmaz (Kennedy, Beck ve Driscoll 2002). PPD tedavisi için akupunkturun kullanımına ilişkin çalışmalar yetersiz olmakla birlikte yapılan çalışmalar akupunkturun PPD'da etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. İki randomize kontrollü çalışma da majör depresif bozukluğu olan gebelerde 8 haftalık bir manuel akupunktur tedavisi sonrasında kontrol grubuna göre daha pozitif sonuçlar elde edildiği ve doğum sonrasında da PPD'nun çoğu kadında tamamen düzeldiği saptanmıştır (Chung ve et al. 2012).

Akupunktur tedavisi sırasında birçok kişi derin bir rahatlama durumuna geçerek uykuya dalabilmektedir. Bu durum akupunktur tedavisinin "yan etkilerinden" biridir ancak bu derin gevşeme belirtileri uyku sorunu yaşayan postpartum depresyonlu kadınlar için yararlı olabilir (Kennedy ve et al. 2002).

Parlak Işık Tedavisi

Işık tedavisi ile ilgili bazı çalışmalarda metodolojik sınırlamalar olmasına rağmen, bazı çalışmalar mevsimsel ve mevsimsel olmayan majör depresif bozuklukların tedavisinde önemli faydalar sağladığını göstermektedir (Golden ve et al. 2005; Sumaya, Rienzi, Deegan ve Moss 2001). Ayrıca ışık tedavisinin antidepresan ilaç yanıtını hızlandırdığına dair bazı kanıtlarda vardır (Benedetti ve et al.2003). Majör depresif bozukluğu olan gebe kadınların her sabah bir saat parlak ışık terapisi aldığı bir çalışmada, 16 gebe 3 hafta bu tedaviyi alarak tamamlamış ve depresyon skorlarında ortalama %49 oranında gelişme sağlanmıştır. Tedaviyi iki hafta daha alarak tamamlayan yedi kadının skorlarında ise % 59 bir azalma sağlanmıştır (Oren ve et al. 2002). Prenatal depresyonu olan 10 gebe kadınla yapılan başka çalışmada kadınlara çift kör olarak 5 hafta parlak ışık tedavisi (7000 lüks, aktif grup) ya da loş bir ışık 500 lüks, plasebo grup) uygulanmış ve bir hastada hipnomani gelişmiş ve ancak parlak ışık

plasebodan daha fazla ve önemli oranda antidepresan etki göstermiştir (Epperson ve et al. 2004). Doğum sonu depresyonu olan kadınların alındığı randomize kontrollü bir çalışmada da kadınlara 6 hafta boyunca 30 dk süreyle 10.000 lüks parlak ışık uygulanmış ve çalışma grubunda plasebo grubuna oranla önemli derecede iyileşme saptanmıştır. Işık terapisi bazı perinatal kadınlar için bir seçenek olabilir (Corral , Wardrop, Zhang, Grewal ve Patton 2007). Gebelik ve postpartum dönemde görülen duygu durum bozukluklarında parlak ışık tedavisi kullanılabilir ancak ışık tedavisi başlatıldığında hastalar hipomani veya mani belirtileri, uyku bozukluğu ve ajitasyon yönünden dikkatle izlenmelidir.

Homeopati

Homeopati holistik bir yaklaşımla kullanılan geleneksel tıp sistemidir. Homeopati dünyanın birçok yerinde uygulanmaktadır. İngiltere’de homeopati kliniklerine başvuranların %84’ünden fazlası depresyonda dahil ruh sağlığı sorunlarında iyileştirme ve iyilik halinde gelişme sağlandığını rapor etmişlerdir. Homeopati uygulamasında en yaygın tedavisine başvuru alan 174 sorun arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları da yer almış ve pozitif sonuçlar en sık irritabl barsak sendromu (% 73.9), depresyon (% 63.6) ve anksiyete (% 61.0) de gözlenmiştir (Qureshi ve Al-Bedah 2013).

TAT Kullanımında Ebe

Ebelik uygulamalarında TAT yöntemleri yaygın şekilde kullanılabilir. Ebeler birçok ülkede uygulamalarında yaygın olarak doğum indüksiyonu, bulantı ve kusma, gevşeme, sırt ağrısı, anemi, malprezentasyon, perineal rahatsızlık, doğum sonrası depresyon ve laktasyon sorunları durumlarında TAT’ı kullanabilmektedirler. TAT yöntemleri daha holistik bir bakım sağlamada ebelere olanak sağlayan doğal alternatif yöntemler olarak düşünülmektedir. TAT kullanımı ebelere tıbbi girişim gereksinimini azaltarak daha az invazif girişim olanağı sunar ve ebelere doğallığın bir savunucusu olarak rollerini yerine getirmelerine daha fazla izin verir. Bu tedaviler aynı zamanda ebelere konvansiyonel tıp uygulamalarını ber taraf ederek ek

seçenekler kazandırabilir. Tıbbi müdahalelere ek alternatif seçeneklerin olması ve uygulanabilmesi kadının otonomisini desteklediği gibi profesyonelliği de geliştirebilecektir. Bu nedenle, tamamlayıcı alternatif tedavilerin anlaşılması ve bilinmesi önemlidir. Bu nedenle ebelik ile ilgili örgün eğitimde TAT kullanımına yer verilmelidir (Hall, McKenna ve Griffiths 2012).

Sonuç

Postpartum depresyonun çok yaygın olması ve sekellerinin olumsuz ve geniş kapsamlı olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının PPD için yardım arayışı içine giren hastalar için farklı TAT yöntemlerinin farkında olmaları bilgi sahibi olmaları oldukça önemlidir. Özellikle PPD semptomlarını şiddetli yaşayan kadınlar için TAT yöntemleri tamamlayıcı tedavilerdir. Antidepresanların kullanımı doğum sonrası depresyonlu pek çok kadın için uygun bir tedavi olup ve birçok durumda da, TAT tedavilerinin kullanımı ile de durum geliştirilebilmektedir. Klinisyenler toplumda TAT yöntemlerini uygulayan kişileri de belirlemeli ve sundukları hizmetlerin farkında olmalıdırlar. PPD yaşayan kadınlara yardım eden tüm sağlık çalışanlarının kadınla iletişim halinde olmaları önemlidir. Eğer iletişim halinde olunursa, kadın ve sağlık çalışanları arasında tedavi kararları **paylaşılabilir**, tedavideki ilerlemelerden haberdar olunabilir. Bu alanda özellikle PPD ve TAT yöntemlerine ilişkin daha fazla çalışma yapılmalıdır. PPD ve emzirme üzerine yapılan çalışmalar klinisyenlerin TAT yöntemlerinin PPD tedavisi üzerine etkilerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilecektir.

KAYNAKLAR

- Erdem ÖP, Bucaktepe GE (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39 (3): 458-461.
- Dilbaz N, Enez A (2007). Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygu durum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.*, 3(47): 32-40.
- Sadock BJ, Sadock VA (2006). *Klinik Psikiyatri El Kitabı*. Çeviren: Editörü: Bozkurt A. 4 Basım, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç (2004). Postpartum depresyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi (Ek 4)*: 12-20.
- Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A et al. (2004). Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.*, 14: 252-257.
- Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.*, 29(1): 206-14.
- Tezel A, Gözüm S (2005). Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*, 62-68.
- Lindahl V, Pearson JL, Colpe L (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *ArchWomens Ment Health.*, 8: 77-87.
- McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc.*, 106(4): 193-198.
- Driscoll JW (2006). Postpartum depression: the state of the science, *J Perinat Neonat Nurs.*, 20(1): 40-42.
- Hale TW (2004). Maternal medications during breastfeeding, *Clin Obstet Gynecol* 47(3): 696-711.
- Moses-Kolko EL, Roth EK (2004). Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *J. Am. Med. Womens Assoc.*, 59(3): 181-191.
- Wu P, Fuller C, Liu X, Lee HC, Fan B, Hoven CW et al. (2007). Use of complementary and alternative medicine among women with depression: results of a national survey. *Psychiatr Serv.*, 58: 349-56.
- Mackenzie ER, Taylor L, Bloom BS, Hufford DJ, Johnson, JC (2003). Ethnic minority use of complementary and alternative medicine (CAM): a national probability survey of CAM utilizers. *Altern. Ther. Health Med.*, 9(4): 50-56.
- Freeman MP (2009) Complementary and alternative medicine for perinatal depression. *J Affect Disord.*, 112(1-3): 1-10.
- Imura M, Misao H, Ushijima H (2006). The Psychological Effects of Aromatherapy-Massage in Healthy Postpartum Mothers. *J Midwifery Womens Health.*, 51:e21-e27.
- Mantle F (2002). The role of alternative medicine in treating postnatal depression. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery.*, 8: 197-203.
- Neves, L (2005). Food ingredients may be as effective as antidepressants: Researchers discover "mood foods" relieve signs of depression. Press release, February 10, McLean Hospital, Public Affairs, Belmont, MA. <http://www.mclean.harvard.edu/news/press/current.php?id=72>.

- Naliwaiko K, Araujo RL, da Fonseca RV, Castilho JC, Andreatini R, Bellissimo MI, et al. (2004). Effects of fish oil on the central nervous system: a new potential antidepressant? *Nutr Neurosci.*, 7(2): 91-99.
- Koletzko B, Lien E, Agostoni C, Böhles H, Campoy C, Cetin I et al. (2008). The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J Perinat Med.*, 36: 5-14.
- Freeman MP (2006). Omega-3 fatty acids and perinatal depression: a review of the literature and recommendations for future research. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.*, 75: 291-7
- Su KP, Huang SY, Chiu CC, Shen WW (2003). Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. A preliminary double-blind, placebo controlled trial. *Eur Neuro psychopharmacol.*, 13: 267-71.
- Peet M, Stokes C (2005). Omega-3 fatty acids in the treatment of psychiatric disorders. *Drugs.*, 65(8): 1051-1059.
- Freeman MP, Fava M, Lake J, Trivedi MH, Wisner KL, Mischoulon D (2010). Complementary and alternative medicine in major depressive disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *J Clin Psychiatry.*, 71(6): 669-681.
- Strom M, Mortensen EL, Halldorsson TI, Thorsdottir I, Olsen SF (2009). Fish and long-chain n-3 polyunsaturated fatty acid intakes during pregnancy and risk of postpartum depression: a prospective study based on a large national birth cohort. *Am J Clin Nutr.*, 90: 149-155.
- Rees AM, Austin MP, Parker GB (2008). Omega-3 fatty acids as a treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry.*, 42: 199-205.
- Freeman MP, Davis M, Sinha P, Wisner KL, Hibbeln JR, Gelenberg AJ (2008). Omega-3 fatty acids and supportive psychotherapy for perinatal depression: a randomized placebo-controlled study. *J Affect Disord.*, 110: 142-148.
- Doornbos B, van Goor SA, Dijk-Brouwer DA, Schaafsma A, Korf J, Muskiet FA (2009). Supplementation of a low dose of DHA or DHA+AA does not prevent peripartum depressive symptoms in a small population based sample. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.*, 33: 49-52.
- Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P et al. (2010). Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *JAMA.*, 304: 1675-1683.
- Su KP, Huang SY, Chiu TH, Huang KC, Huang CL, Chang HC, et al. (2008). Pariante CM. Omega-3 fatty acids for major depressive disorder during pregnancy: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.*, 69: 644-651.
- Parker G, Gibson NA, Brotchie H, Heruc G, Rees AM, Hadzi-Pavlovic D (2006). Omega-3 fatty acids and mood disorders, *Am J Psychiatr.*, 63(6): 969-978.
- Hibbeln JR (2002). Seafood consumption, the DHA content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross-national ecological analysis, *J Affect Disord.*, 69(1-3): 25-29.
- Micozzi MS, Low Dog T (Eds.) (2005). *Women's Health in Complementary and Integrative Medicine: A Clinical Guide*, St. Louis, Elsevier, United States of America, 118-143.
- Wright J, Dainty J, Fingles P (2007). Folic acid metabolism in human subjects: Potential implications for proposed mandatory folic acid fortification in the UK. *British Journal of Nutrition.*, 98: 667-675.
- Papakostas GI, Petersen T, Mischoulon D, Ryan JL, Nierenberg AA, Bottiglieri T, et al. (2004). Serum folate, vitamin B12, and homocysteine in major depressive disorder, Part 1: predictors of clinical response in fluoxetine-resistant depression. *J Clin Psychiatry.*, 65: 1090-1095.

Coppen A, Bailey J (2000). Enhancement of the antidepressant action of fluoxetine by folic acid: a randomised, placebo controlled trial. *J Affect Disord.*, 60: 121–130.

Papakostas GI, Shelton RC, Zajecka JM, Etemad B, Rickels K, Clain A, et al. (2012). L-Methylfolate as adjunctive therapy for SSRI-resistant major depression: results of two randomized, double-blind, parallel-sequential trials. *Am J Psychiatry.*, 169: 1267–1274.

Inskip HM, Crozier SR, Godfrey KM, Borland SE, Cooper C, Robinson SM et al. (2009). Women's compliance with nutrition and lifestyle recommendations before pregnancy: general population cohort study. *BMJ.*, 12;338: b481.

Grosse SD, Collins JS (2007). Folic acid supplementation and neural tube defect recurrence prevention. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.*, 79: 737–742.

Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, Fukushima W et al. (2006). Dietary folate and vitamins B12, B6, and B2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord.*, 96: 133–138.

Deligiannidis KM, Freeman MP (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, Jan;28(1): 85-95.

Mischoulon D, Fava M (2002). Role of S-adenosyl-L-methionine in the treatment of depression: a review of the evidence. *Am J Clin Nutr.*, 76: 1158–1161.

Hardy ML, Coulter I, Morton SC, Favreau J, Venututupalli S, Rossi F et al. S-adenosyl-L-methionine (SAME) for depression, osteoarthritis and liver disease. Agency for Healthcare Research and Quality:2002 www.ahrq.gov. (Erişim tarihi :15.02.2015)

Papakostas GI, Mischoulon D, Shyu I, Alpert JE, Fava M. (2010) S-adenosyl methionine (SAME) augmentation of serotonin reuptake inhibitors for antidepressant nonresponders with major depressive disorder: a double-blind, randomized clinical trial. *Am J Psychiatry.*, 167: 942–948.

Levkovitz Y, Alpert JE, Brintz CE, Mischoulon D, Papakostas GI (2012). Effects of S-adenosylmethionine augmentation of serotonin-reuptake inhibitor antidepressants on cognitive symptoms of major depressive disorder. *J Affect Disord.*, 136: 1174–1178.

Cerutti R, Sichel MP, Perin M, Grussu P, Zulian O (1993). Psychological distress during the puerperium: a novel therapeutic approach using Sadenosylmethionine. *Curr Ther Res.*, 53: 701–716.

Weier KM, Beal MW (2004). Complementary Therapies As Adjuncts In The Treatment Of Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health.*, 49(2): 96-104.

Linde K, Berner MM, Kriston L (2008). St John's Wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev.*, 8(4): CD000448.

McIntyre M (2000) A review of the benefits, adverse effects, drug interactions and safety of St. John's Wort: The implications with regard to the regulation of herbal medicines. *J Altern Complement Med.*, 6: 115–124.

Roder C, Schaefer M, Leucht S (2004). Meta-analysis of effectiveness and tolerability of treatment of mild to moderate depression with St. John's Wort. *Fortschr Neurol Psychiatr.*, 72: 330–343.

Klier CM, Schmid-Siegel B, Schäfer MR, Lenz G, Saria A, Lee A et al. (2006) St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) and breastfeeding: plasma and breast milk concentrations of hyperforin for 5 mothers and 2 infants. *J Clin Psychiatry.*, Feb;67(2): 305-309.

Lee A, Minhas R, Matsuda N, Lam M, Ito S (2003). The safety of St John's Wort (*Hypericum perforatum*) during breastfeeding. *J Clin Psychiatry.*, 64: 966–968.

Pittler M, Ernst E (2000). Efficacy of kava extract for treating anxiety: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.*, 20: 84-90.

- Malsch U, Keiser M (2001). Efficacy of kava-kava in the treatment of non-psychotic anxiety, following pre-treatment with benzodiazepines. *Psychopharmacology.*, 157: 277–283.
- Cavanagh HMA, Wilkinson JM (2002). Biological activities of lavender essential oil. *Phytother Res.*, 16: 301–308.
- Strawbridge, WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am. J. Epidemiol.*, 156: 328–334.
- Penninx BW, Rejeski WJ, Pandya J, Miller ME, Di Bari M, Applegate WB et al. (2002). Exercise and depressive symptoms: a comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. *J. Gerontol. Series B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 57: 124–132.
- Otto MW, Church TS, Craft LL, Greer TL, Smits JA, Trivedi MH (2007). Exercise for mood and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry.*, 68(5): 669–676.
- Trivedi MH, Greer TL, Grannemann BD, Chambliss HO, Jordan AN (2006). Exercise as an augmentation strategy for treatment of major depression. *J Psychiatr Pract.*, 12(4): 205–213.
- Heh SS, Huang LH, Ho SM, Fu YY, Wang LL (2008). Effectiveness of an exercise support program in reducing the severity of postnatal depression in Taiwanese women. *Birth.*, 35: 60–65.
- Armstrong K, Edwards H (2003). The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial. *Int J Ment Health Nurs.*, 12: 130–138.
- Dritsa M, Da Costa D, Dupuis G, Lowensteyn I, Khalifé S (2008). Effects of a home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed women: results of a randomized controlled trial. *Ann Behav Med.*, 35: 179–187.
- Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Schanberg S, Kuhn C (2005) Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *Int J Neurosci.*, 115: 1397–413.
- Hou WH, Chiang PT, Hsu TY, Chiu SY, Yen YC (2010). Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.*, 71: 894–901.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Deeds O, Figueiredo B (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behav Dev.*, 32: 454–460.
- Tao DJ (1993). Research on the reduction of anxiety and depression with acupuncture. *Am J Acupuncture.*, 21: 327–329.
- Quah-Smith I, Smith C, Crawford JD, Russell J (2013). Laser acupuncture for depression: a randomised double blind controlled trial using low intensity laser intervention. *J Affect Disord.*, 48: 179–187.
- Andreescu C, Glick RM, Emeremni CA, Houck PR, Mulsant BH (2011). Acupuncture for the treatment of major depressive disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.*, 72: 1129–1135.
- Smith CA, Hay PP, Macpherson H (2010). Acupuncture for depression. *Cochrane Database Syst Rev.*, (1): CD004046.
- Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *J Midwifery Womens Health.*, 47: 318–327.
- Chung KF, Yeung WF, Zhang ZJ, Yung KP, Man SC, Lee CP et al. (2012). Randomized non-invasive sham-controlled pilot trial of electroacupuncture for postpartum depression. *J Affect Disord.*, 142: 115–121.

Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T et al. (2005) The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry.*, 162(4): 656–662.

Sumaya IC, Rienzi BM, Deegan JF, Moss DE (2001). Bright light treatment decreases depression in institutionalized older adults: a placebo-controlled crossover study. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 56(6): M356–360.

Benedetti F, Colombo C, Pontiggia A, Bernasconi A, Florita M, Smeraldi E (2003). Morning light treatment hastens the antidepressant effect of citalopram: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.*, 64(6): 648–653.

Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN, Peindl KS, Terman JS et al. (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *Am J Psychiatry.*, 159(4): 666–669.

Epperson CN, Terman M, Terman JS, Hanusa BH, Oren DA, Peindl KS et al. (2004). Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings. *J Clin Psychiatry.*, 65(3): 421–425.

Corral M, Wardrop AA, Zhang H, Grewal AK, Patton S (2007). Morning light therapy for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.*, 10: 221–224.

Qureshi NA, Al-Bedah AM. Mood disorders and complementary and alternative medicine: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:639-58.

Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL (2012). Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: A literature review. *Women and Birth.*, 25: 4-12.