

## Perinatal Depresyon Prevalansı, Risk Faktörleri, Aile Sağlığına Etkisi, Ekonomik Maliyeti ve Tedavi Yöntemleri: Literatür Derlemesi

### Perinatal Depresyon

*A Literature Review Of Perinatal Depression: Prevalence, Risk Factors, Effects On Family, Economic Costs And Treatment Perinatal Depression*

Semra PINAR<sup>1</sup>

**Özet:** Depresyon, iki haftadan daha uzun süre devam eden mutsuzluk, yorgunluk hali, uyku ve yeme alışkanlıklarında değişiklik gibi belirtiler gösteren bir hastalıktır. Daha önce var olan depresyon, gebelik ve doğum sonu dönemde (perinatal) devam edebilir, gebelik öncesinde tedavi edilip iyileşme sağlandığı halde perinatal dönemde tekrar ortaya çıkabilir ya da ilk kez perinatal dönemde deneyimlenebilir. Perinatal dönemde olan her 10 kadından en az birinde depresyon olduğu belirtilmektedir. Perinatal depresyonun görülme sıklığının Covid-19 pandemisiyle beraber daha da arttığı rapor edilmektedir. Depresyonun kadınlara olan etkisine ek olarak, gebelik süresince fetüs, doğum sonu dönemde yeni doğan sağlığını ve sonrasında çocukların duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimini etkilediği bildirilmektedir. Ayrıca perinatal depresyonun, eşlerin akıl sağlığını da etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapılan diğer araştırmalar, perinatal depresyonun kamu maliyetlerini arttırdığını ve bunun en büyük nedeninin, çocukların özel eğitime olan gereksiniminden kaynaklandığını belirtmektedir. Perinatal depresyonun tedavi edilmesi, aile sağlığı ve ekonomiye yükü azaltmak adına önemlidir. Bu literatür derlemesi, daha önce yapılmış olan sistematik derlemelere ağırlık vererek, perinatal depresyon tanısı, prevalansı, risk faktörleri, aile sağlığına ve ekonomiye etkisi ve güncel tedavi yöntemlerini incelemeyi amaçlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuklara Etkisi, Eşlere Etkisi, Perinatal Depresyon, Prevalans, Risk Faktörleri.

**Abstract:** Depression is a mental health disorder and is classified on the basis of the symptoms, such as persistent sadness, fatigue or low energy, disturbed sleep and poor appetite, that continue for at least two weeks. Depression is prevalent during pregnancy or in the postpartum period; however, it may present before pregnancy and recur during the perinatal period. It is estimated that at least 1 in 10 women experiences depression in the perinatal period. Recent studies also highlighted the higher rates and severity of depression symptoms among perinatal women as a result of the Covid-19 pandemic. Not addressing this aspect of women's health can affect the general wellbeing of the women and the physical, social, emotional, and cognitive development of infants and children and the mental health of partners. Perinatal depression also has an impact on the public sector and wider social services costs, which is linked to the increased need in special education for children whose mothers' experienced perinatal depression. Treatment of perinatal depression is, therefore, crucial to reduce the impact on women, their family and the wider society. This literature review aims to examine the prevalence, risk factors, economic costs and treatment of perinatal depression, in addition to the effects of perinatal depression on women and their families.

**Keywords:** Effects On Children, Effects On Partner, Perinatal Depression, Prevalence, Risk Factors.

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı

## GİRİŞ

Perinatal akıl hastalıkları, gebelik (antenatal) ve doğum sonu ilk yıl (postpartum) içerisinde görülen bozukluklardır. Düşük duygu durumu gibi kompleks olmayan şekilde ya da psikoz gibi ciddi bozukluklar şeklinde karşımıza çıkabilir. Depresyon, en yaygın görülen duygu durum bozukluğudur. Perinatal kadınların dahil edildiği bir meta-analiz çalışması, depresyon prevalansının %9 ile 19 arasında değiştiğini göstermektedir (Woody et al., 2017). Yeni yayınlanan çalışmalar, Covid-19 pandemisinin perinatal depresyon görülme sıklığını arttırdığı yönündedir (Layton et al., 2021). Sıklıkla görülmesine ek olarak, tanı koyulmadığı ve tedavi edilmediği durumlarda anne, bebek ve eşler için potansiyel sağlık riski oluşturabilmektedir (Howard & Khalifeh, 2020) ve devlet ekonomisine zarar verebilmektedir (Bauer et al., 2014). Bununla ilişkili olarak, bu derleme, perinatal depresyon tanısı, prevalansı, risk faktörleri, kadınlar, çocukları ve eşleri üzerine etkisi, ekonomik maliyeti ve tedavi yöntemlerini incelemektedir.

### Perinatal depresyon tanısı

Depresyon tanısı, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, 2016) veya Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (American Psychiatric Publishing, 2016) yayınlamış olduğu ölçütler kullanılarak koyulur [sırasıyla International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Edition (ICD-10); Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-V)]. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon belirtileri; sürekli mutsuzluk ve düşük moral, yorgunluk hali veya düşük enerji, dikkat ve konsantrasyonda azalma, düşük özgüven ve benlik algısı, kalitesiz uyku, aktivite ve günlük işlere olan ilgisizlik ya da yapıldığında mutlu olamama, azalmış aktivite, iştahsızlık, stresli ya da endişeli olma durumu, intihar düşüncesi ya da intihara eğilim olarak karşımıza çıkabilir (World Health Organization, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre perinatal depresyon, gebelik ya da doğum sonu ilk altı hafta içerisinde belirtilerin görülmesi ve en az iki hafta

süreyle devam etmesi şeklinde tanımlanırken, Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre, gebelik ya da doğum sonu ilk dört hafta içerisinde başlayıp en az iki hafta süreyle devam etmesi şeklinde tanımlanır. Postpartum depresyon, doğum sonu ilk dört ya da altı hafta içerisinde ortaya çıkabileceği gibi, üç ya da altı ay sonra da başlayabilir veya gebelik öncesi var olup devam edebilir veya daha önce tedavi edildiği halde perinatal dönemde nüksedebilir. Bu nedenlerle depresyon şiddetini ölçen anketlerin sağlık profesyonelleri tarafından perinatal dönemde kullanımı daha yaygındır.

En yaygın kullanılan anketler Patient Health Questionnaire (Hasta Sağlık Anketi) (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001) ve Edinburgh Postnatal Depression Scale'dir (Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği) (EPDS) (Cox & Holden, 2003). EPDS kullanımı, düşük pozitif öngörme değeri nedeniyle UK National Screening Committee tarafından önerilmemektedir (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012). Bunun nedeni, özellikle yorgunluk, uyku problemleri ve iştahta değişiklik gibi somatik belirtilerin gebelik ve doğum sonu dönemde depresyon tanısı alan ve almayan kadınlarda ortak görülen belirtiler olduğu içindir. EPDS, yorgunluk ve iştahta değişiklik belirtilerine yer vermezken, PHQ-9 bu belirtileri ankete eklemiştir. EPDS kullanımında, bu belirtilere sahip kadınların toplam puanları daha düşük çıkmaktadır.

Postpartum depresyon ve annelik hüznü (baby blues) bazen karıştırılmakta ya da aynı olduğu düşünülebilmektedir. Doğumdan hemen sonra oestradiol ve progesterone seviyelerindeki hızlı düşüşün duygu durumunda değişikliğe yol açtığı belirtilmektedir. Doğum sonu ilk bir kaç gün içerisinde kadınlar ağlamaklı olabilir, duygu durum değişikliği yaşayabilir, kafa karışıklığı ya da anksiyete belirtileri ortaya çıkabilir. Görülen diğer belirtiler; kişiler arası ilişkilerin bozulması, uykusuzluk, sinirlilik ya da coşkulu ruh hali de olabilmektedir. Henshaw tarafından yapılan araştırma, doğum sonu üçüncü günde kadınların %15 ile 84'ünün bu belirtileri yaşadığını ortaya

koymuştur (Henshaw, 2003). Hormonların neden olduğu bu duyguların, doğum sonrası ilk iki hafta içerisinde kendiliğinden düzelmesi beklenmektedir. İki haftayı geçen ve düzelmeyen duygu durum bozuklukları için hekimlerden yardım alınmalıdır.

### **Perinatal depresyon prevalansı**

Yapılan meta-analiz çalışması, perinatal depresyon prevalansının %9 ile 19 arasında değişiklik gösterdiğini, ancak düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde bu oranların, yüksek gelirli ülkelerden daha fazla olduğunu göstermiştir (Woody et al., 2017). Daha önce yapılan araştırmalar ise, gebeliğin ilk trimesterinde antenatal depresyon prevalansının %2.2 – 12.6, ikinci trimesterde %10.7 – 14.8, üçüncü trimesterde %7.4 – 16 (Bennett et al., 2004) olduğunu, doğum sonu ilk üç ayda %7.4 – 11.0, ikinci üç ayda %7.8 – 12.8, üçüncü üç ayda %8.5 ile 19.2 (Bauer et al., 2014) arasında değişiklik gösterdiğini bildirmiştir. Farklı sonuçların elde edilmesi, veri toplanan popülasyonun demografik farklılıkları ya da seçilen araştırma yönteminden kaynaklanıyor olabileceği gibi, ICD-10 ya da DSM-V gibi altın standart olarak görülen tanı koyma ölçütleri yerine EPDS ve PHQ-9 gibi depresyon şiddetini ölçen anketlerin kullanımından da kaynaklanıyor olabilir. Anketlerde kullanılan klinik depresyon için kesme puanı farklı çalışmalarda farklı kabul edilmiş olabilir. Bu farklılıkların hatalı pozitif öngörme riskini arttırdığı düşünülmektedir. DSM-V ve ICD-10 gibi ölçütlerin gebelik ve doğum sonu ilk dört ve altı hafta içerisinde kullanımı önerildiğinden, uygulama zamanlarındaki farklılıklar da sonuçları etkileyebilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 826 kadının katıldığı bir araştırma, depresyon vakalarının %40.1'inin doğum sonu ilk dört hafta içerisinde, %33.4'ünün gebelik ve %26.5'inin gebelik öncesi süreçte başladığını ortaya koymuştur (Wisner et al., 2013). Başlangıç zamanı gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonu olsa da, perinatal depresyonun sağlık profesyonelleri tarafından tespit edilmesi gecikmektedir. Bu süreç, kadının sağlığını,

çocukları ve eşleriyle olan ilişkisini ve çalışma hayatını etkileyebilmektedir.

### **Perinatal depresyonun risk faktörleri**

Yapılan üç sistematik derleme sonucuna göre, antenatal depresyon ile güçlü bir istatistiksel anlamlı ilişki bulunan risk faktörleri; aile içi şiddet, psikiyatrik hastalık geçirme, yaşam stresi, düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal desteğin ya da eş desteğinin olmaması olarak bildirilmiştir (Fisher et al., 2012). İstenmeyen gebelik ve genç yaş ile antenatal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ancak bu ilişki zayıftır (Fisher et al., 2012). Macaristan'da 1719 kadının katılımıyla yapılan bir kesitsel çalışma ise, önceki gebelikte yaşanan doğum ile ilgili problemlerin, sonraki gebelikte depresyon geçirme için risk faktörü olduğu sonucuna varmıştır (Dudas et al., 2012).

Postpartum depresyonun risk faktörlerine baktığımızda, yapılan bir derleme (Howard et al., 2013) ve geniş katılımlı (n = 40.333) ileriye dönük bir çalışma (Milgrom et al., 2008), aile içi şiddet, stresli olaylarla karşılaşma, düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal desteğin ya da eş desteğinin olmaması, gebelik öncesi ya da gebelikte depresyon ya da anksiyete geçirme, fazla çocuk sahibi olma ve göç durumunun postpartum depresyon ile güçlü ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek ve aile geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü, postpartum depresyon ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ancak bu ilişki zayıf olarak bildirilmiştir (Fisher et al., 2012).

### **Perinatal depresyonun kadınlar, çocukları ve eşleri üzerine etkisi**

Bazı kadınlar, gebeliğin getirdiği fiziksel değişikliklere uyum sağlamada güçlük çekebilecekleri gibi, çeşitli sağlık sorunları da (örneğin, hiperemesis gravidarum: aşırı bulantı ve kusma) yaşayabilirler. Ebeveyn olacakları yeni yaşamlarına geçiş yapmakta olan kadınlar, vücutlarında gerçekleşen değişimleri yavaş yavaş kabullenirken, diğer sağlık sorunları ve depresyon

belirtileri ile de mücadele etmeleri zorlu bir süreç olabilir. Toplumdaki yeni doğum yapan kadınların mutlu olması gerektiği algısı, depresyon nedeniyle mutsuz olan kadınları daha çok etkilemektedir. Yeni doğanın hiç bir sağlık sorunu olmasa bile (örneğin, sarılık), ilk birkaç ay sürekli ilgi ve bakım ihtiyaçları (örneğin, gece ve gündüz yoğun olarak emzirilmesi ve bezinin değiştirilmesi), kadını yormaktadır. Kadınlar bu süreçte kendilerini yetersiz hissedebilirler ve ailelerinin ihtiyaçlarına yetişemediklerini düşünebilirler. Bu hisler, kadınların depresyon belirtilerini daha da şiddetlendirebilir.

Antenatal depresyon, kadınların konsantrasyonunu ve kendi sağlıkları ile fetusun sağlığı (örneğin, sigara ve alkol kullanımı, beslenme bozukluğu) ile ilgili olarak karar verme yetilerini etkileyebilir (Coverdale et al., 1996). Bunun sonucunda kişisel bakımlarını aksatabilirler ve bu durum doğum komplikasyonlarına (örneğin, preeclampsia); veya düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi sorunlara yol açabilir (Milgrom & Gemmill, 2020). Postpartum depresyon ise kadınların emzirme davranışlarını etkileyebilir. Yapılan bir sistematik derleme, depresyonu olan pek çok kadının emzirmeye başlamadığını ya da emzirmeye devam etmediğini (bıraktığını) göstermiştir (Ip et al., 2007). Aynı zamanda depresyonu olan kadınların, kendilerine zarar verme ya da intihar girişiminde bulunma riskleri de vardır. Kadınların perinatal dönemde antidepresan kullanımını ani bir şekilde bırakmalarının buna neden olduğu düşünülmektedir (Petersen et al., 2011). Birleşik Krallık’da gebelik ve doğum sonu ilk altı haftada gerçekleşen anne ölümlerinin en çok görülen ikinci sebebi intihardır (Knight et al., 2019). Postpartum dönemde ise intihar en çok görülen anne ölüm sebebidir (Knight et al., 2019).

Perinatal depresyon anne-bebek ilişkisini de etkilemektedir. Emzirirken bebeğin gözlerine daha az bakılması, bebekle daha az oyun oynanması, iletişime geçilmesi ve daha az pozitif cevap verilmesi depresyonla ilgili bulunmuştur (O’Hara, 2009). Yapılan meta-analiz çalışması, depresyonun

anne-bebek ilişkisini negatif etkilediğini, kadınların bağlanmadan kaçındıklarını ve anne-bebek iletişiminin senkronizasyonunu bozduğunu göstermiştir (Barnes & Theule, 2019). Annesi depresyonda olan bebeklerin yüz ve seslere karşı daha az reaksiyon gösterdikleri ve kendi ya da diğer bebeklerin ağlama seslerine daha az tepki verdikleri bulunmuştur (Field et al., 2009). Bebeklerin geciken dikkat ve tepkilerinin, gecikmiş kalp hızı düşmesi ile tracelerde de görüldüğü belirtilmiştir (Field et al., 2009). Perinatal depresyonun çocukların sosyal gelişime olan etkisi de aşıkardır. Annesi perinatal depresyon geçirmiş çocuklar sosyal açıdan çekingen olarak bulunmuştur (Field, 2011) ve anaokulu çocuklarının yaşlıları tarafından dışlandığı fark edilmiştir (Cummings et al., 2005). Annesi perinatal (Pearson et al., 2013; Quarini et al., 2016) ve antenatal (Capron et al., 2015) depresyon geçirmiş 18 yaşındaki çocuklarda yapılan araştırmalar, çocukların depresyona meyilli olduğunu göstermiştir.

Kadınların eşlerinin (partner) akıl sağlığı da perinatal depresyondan etkilenmektedir. Eşlerinde (kadınlarda) postpartum depresyon olan erkeklerde depresyon prevalansı %24 ile 50 arasında değişmektedir (Goodman, 2004). İki meta-analiz çalışması, kadınlardaki depresyonun, eşlerdeki depresyonun tahmininde en büyük faktör olduğunu göstermiştir (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010). Eşlerin depresyonu, kadınlara verdiği desteği ve çocukların duygusal ve davranışsal gelişimini de etkilediğinden, eşlerdeki depresyonun da belirlenmesi ve tedavi edilmesi önemlidir.

### **Perinatal depresyonun ekonomiye etkileri**

Perinatal depresyonun aileye olan etkisinin yanında kamu hizmetleri maliyetlerine de etkisi vardır. Birleşik Krallıkta perinatal depresyonu olan bir kadının topluma 75.728 sterlin maliyeti olduğu tahmin edilmektedir (Bauer et al., 2016). Bu maliyetin üçte birinin kadınla ilgili olduğu, üçte ikisinin ise perinatal depresyonun çocuklar üzerindeki etkisinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Bauer et al., 2016). Önceki bölümde belirtildiği

üzere, perinatal depresyon, çocukların %5 ile 21'inin duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimini etkilemektedir ve maliyetlerin çocukların özel eğitim gereksinimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Depresyonun tekrarlama riski de ekonomik yükü arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar, depresyon öyküsü olan kadınların %30 ile 40'ında depresyonun perinatal dönemde nüksettiğini göstermiştir (di Florio et al., 2013). Postpartum depresyon öyküsü olan kadınlarda ise doğum sonu dördüncü yılda depresyonun nüksetme riskinin, postpartum depresyonu olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında altı kat fazla olduğu bulunmuştur (Josefsson & Sydsjö, 2007). Yapılan bu araştırmalar perinatal depresyonun tedavisinin kadın, ailesi ve ekonomik yönden önemini vurgulamaktadır.

### **Perinatal depresyon tedavisi**

Perinatal depresyon tedavisinde, depresyonun şiddetine göre antidepresan tabletler ve/veya psikoterapiler önerilebilmektedir.

#### ***İlaç tedavisi***

Şiddetli depresyon tedavisinde; trisiklik antidepresanlar (TCA), serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) veya (serotonin-) noradrenalin geri alım inhibitörleri [(S)NRI] kullanımı önerilmektedir. SSRI'lar, perinatal depresyon tedavisinde en çok reçete edilen ilaçlardır (Bayrampour et al., 2020). Yapılan bir sistematik derleme, gebelikte SSRI kullanımının %3 ile 4.6; SNRI kullanımının %0.6 ile 0.7; TCA kullanımının %0.4 ile 0.6 arasında değiştiğini göstermiştir (Molenaar et al., 2020). Diğer bir çalışma ise, kadınların üçte birinin gebelikte antidepresan kullanımına devam etmediğini belirtmiştir (Cohen et al., 2006). Amerika Birleşik Devletleri ile İspanya'da 201 ve 132 gebenin katılımıyla yürütülen çalışmada, gebelikte ilaç kullanımına devam etmeyen kadınların yarısından fazlasında depresyonun tekrarladığı bulunmuştur (Cohen et al., 2006; Roca et al., 2013).

Kadınların gebelikte antidepresan kullanımını bırakmalarının en büyük sebebi, fetuse olan muhtemel yan etkilerinden korkmalarıdır. Yapılan bir meta-analiz çalışması, gebelikte kullanılan SSRI'ların, serotonergic ajanların salınımını ve çekilme belirtilerini arttırdığını göstermiştir (Lattimore et al., 2005). Diğer meta-analizler gebelikte antidepresan kullanımının; preterm doğum riskini arttırdığını (Eke et al., 2016), kardiyak malformasyon riskini arttırdığını (Grigoriadis, VonderPorten, Mamisashvili, Roerecke, et al., 2013), birinci ve beşinci dakikada ölçülen Apgar skorunu düşürdüğünü (Ross et al., 2013), postpartum haemorrhage (Jiang et al., 2016), solunum problemleri (Grigoriadis, VonderPorten, Mamisashvili, Eady, et al., 2013), zayıf neonatal adaptasyon sendromu (Grigoriadis, VonderPorten, Mamisashvili, Eady, et al., 2013) ve titreme (Grigoriadis, VonderPorten, Mamisashvili, Eady, et al., 2013) risklerini arttırdığını bildirmiştir. Meta-analize dahil edilen çalışmaların, metodolojik açıdan sınırlı olduğu unutulmamalıdır. Etik açıdan randomize kontrollü çalışma yapılması uygun görülmediğinden, bu çalışmalar genellikle küçük örneklem sayısı olan, gözlemsel ya da vaka-kontrol çalışmalarıdır. Ayrıca, araştırmalar reçete edilen ilaç verilerini kullandığından, kadınların aslında bu ilaçları kullanıp kullanmadığı ve hangi durumlar için kullandığı (anksiyete gibi) bilinmemektedir. Vaka-kontrol çalışmalarının bazılarında depresyonu olan ve ilaç kullanan gebeler ile, depresyonu olan ve ilaç kullanmayan gebeler karşılaştırılırken, diğer çalışmalarda depresyonu olan ve ilaç kullanan gebeler ile depresyon taraması yapılmayan gebeler karşılaştırıldığından, antidepresan ilaç kullanımının yoksa depresyonun mu bu etkilere sebep olduğu belirsizdir. Perinatal dönemde antidepresan reçete edilmeden önce, muhtemel riskler kadın ile tartışılmalı ve dikkatli bir şekilde yarar-risk analizi yapılmalıdır (Eke et al., 2016; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012).

#### ***Psikoterapi***

Antidepresanların muhtemel yan etkileri göz önüne alındığında, perinatal depresyon tedavisinde

psikoterapilerin daha avantajlı olduğu düşünülebilir. Psikoterapilerin antidepresanlardan daha uzun süre etkili olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur (Hensley et al., 2004). Birleşik Krallıkta, perinatal depresyon tedavisinde uygulanması önerilen psikoterapiler; bilişsel davranışçı terapi, davranışçı terapi, bireyler arası psikoterapi, psikodinamik terapi ve davranışçı çift terapisi (National Institute for Health and Care Excellence, 2020). Yapılan meta-analiz çalışmaları, bilişsel davranışçı terapi (Sockol, 2015) ve bireyler arası terapinin (Bledsoe & Grote, 2006; C. L. Dennis et al., 2007) antenatal depresyon tedavisinde kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında etkili olduğunu göstermiştir. Diğer meta-analiz çalışmaları ise, bilişsel davranışçı terapi (Bledsoe & Grote, 2006; C. Dennis & Hodnett, 2007; Sockol, 2015), bireyler arası terapi (Sockol et al., 2011), danışmanlık (Bledsoe & Grote, 2006), ve psikodinamik terapinin (Bledsoe & Grote, 2006) postpartum depresyon tedavisinde kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında etkili olduğunu göstermiştir.

### ***Düşük yoğunluklu psikoterapiler***

Düşük yoğunluklu psikoterapiler genellikle hafif ve orta şiddette depresyonu olan kadınlara önerilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence, 2020). Eğer düşük yoğunlukta psikoterapi kadına yararlı gelmiyorsa, daha sonra yüksek yoğunluklu terapiler önerilebilir. Yüksek yoğunlukta terapiler, genellikle uzmanlar tarafından sekiz haftadan daha uzun süre yüz yüze uygulanırken, düşük yoğunlukta terapiler kurs ya da kısa süreli eğitim almış kişiler tarafından beş-sekiz görüşme arası, yüz yüze, telefon ya da internet gibi geleneksel olmayan yöntemler kullanılarak uygulanabilir (Richards & Whyte, 2011). Düşük yoğunlukta psikoterapilerin tanımı detaylı bir şekilde Oxford Düşük Yoğunluklu Bilişsel Davranışçı Terapi Rehberi'nde anlatılmıştır (Bennett-Levy et al., 2010). Bu tanıma göre dört özellikten bahsedilmektedir; (1) daha az görüşme süresi (örneğin, haftada bir kez olmak üzere beş ile sekiz görüşme), (2) uygulayan kişilerin eğitim geçmiş ve eğitim alma durumu (örneğin, akıl

sağlığı uzmanı olmayan ya da daha önce depresyon geçirmiş olan kişilerin eğitim alarak uygulama yapması), (3) psikoterapi içeriğinin daha az karmaşık olması (örneğin, uygulama yapacak kişiler genellikle psikoloji ya da tıp eğitimi almamış kişiler olacaktır, onların anlayabileceği şekilde basitleştirilmiş içerik), (4) uygulama şekli (örneğin, telefon, web-tabanlı, e-mail, grup terapisi, yüz yüze terapi gibi) (Bennett-Levy et al., 2010). Düşük yoğunlukta psikoterapilerin uygulama şekli olarak telefon önerilmiştir ancak son yapılan sistematik derleme, depresyon tedavisinde telefon üzerinden uygulanan psikoterapilerin altı ile 21 görüşme arasında uygulandığını ve ortalamasının 12 olduğunu belirtmiştir (Castro et al., 2020). Bu nedenle uygulama şekli, düşük yoğunlukta psikoterapilerin tanımlanmasında uygun bir kriter olmayabilir.

Düşük yoğunlukta psikoterapiler, uzman olmayan ancak eğitim ya da kurs almış kişiler tarafından uygulanabileceğinden, uzmanlar tarafından uygulanan terapilerle karşılaştırıldığında daha uygun maliyetli olabilir. Daha önce yapılan bir küme randomize kontrollü çalışma, sağlık ziyaretçilerinin postpartum depresyon tedavisinde uyguladığı bilişsel davranışçı terapi ve danışmanlığın, doğum sonu altı ve 12. aylarda depresyon semptomlarını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Morrell et al., 2009). Bu çalışma, akıl sağlığı uzmanı olmayan kişilerin eğitim alarak uyguladığı düşük yoğunlukta bir psikoterapinin etkinliğini göstermesi bakımından önemlidir. Perinatal depresyonun tedavisine ek olarak, depresyonun önlenmesinde de etkili olabileceği ve düşük maliyeti nedeniyle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha fazla uygulanabileceği belirtilmektedir.

### **SONUÇ**

Gebelik ve doğum sonu depresyon, görülme sıklığı ve anne, bebek ve eşler üzerindeki potansiyel etkisi nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Belirtilerin erken fark edilmesi ve erken tedavi edilmesi, sağlıklı anne-bebek ilişkisi ve çocuğun duygusal ve sosyal gelişimi için önemlidir. Perinatal

depresyonun, depresyonun şiddetine göre, ilaç ve /veya psikoterapi ile tedavi edilmesi önerilmektedir. Kadınlar, ilaçların fetus ve emzirme üzerindeki muhtemel etkilerinden dolayı, psikoterapiyi tercih edebilmektedirler. Kadınlara, ilaçların potansiyel yan etkileri konusunda bilgi verilmesi, onların tedaviye katılmalarını sağlamada ve tedaviye devam etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Tedavinin, kadınların tercihleri göz önünde bulundurularak kişiye göre planlanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Publishing. (2016). . American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition [DSM-5®]. *American Psychiatric Publishing*, 51(13).
- Barnes, J., & Theule, J. (2019). Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 40(6). <https://doi.org/10.1002/imhj.21812>
- Bauer, A., Knapp, M., & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.005>
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. (2014). The costs of perinatal mental health problems. *Centre for Mental Health*.
- Bayrampour, H., Kapoor, A., Bunka, M., & Ryan, D. (2020). The risk of relapse of depression during pregnancy after discontinuation of antidepressants: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 81, Issue 4). <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13134>
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698–709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Bennett-Levy, J., Richards, D. A., & Farrand, P. (2010). Low intensity CBT interventions: a revolution in mental health care. In *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199590117.003.0001>
- Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 16(2). <https://doi.org/10.1177/1049731505282202>
- Capron, L. E., Glover, V., Pearson, R. M., Evans, J., O'Connor, T. G., Stein, A., Murphy, S. E., & Ramchandani, P. G. (2015). Associations of maternal and paternal antenatal mood with offspring anxiety disorder at age 18 years. *Journal of Affective Disorders*, 187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.012>
- Castro, A., Gili, M., Ricci-Cabello, I., Roca, M., Gilbody, S., Perez-Ara, M. Á., Seguí, A., & McMillan, D. (2020). Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 260). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.023>
- Cohen, L. S., Altshuler, L. L., Harlow, B. L., Nonacs, R., Newport, D. J., Viguera, A. C., Suri, R., Burt, V. K., Hendrick, V., Reminick, A. M., Loughhead, A., Vitonis, A. F., & Stowe, Z. N. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of the American Medical Association*, 295(5). <https://doi.org/10.1001/jama.295.5.499>
- Coverdale, J. H., McCullough, L. B., Chervenak, F. A., & Bayer, T. (1996). Clinical implications and management strategies when depression occurs during pregnancy. In *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* (Vol. 36, Issue 4). <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1996.tb02185.x>
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Royal College of Psychiatrists.
- Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(5). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x>
- Dennis, C., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 4* (Issue 4).
- Dennis, C. L., Ross, L. E., & Grigoriadis, S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006309.pub2>
- di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N., & Jones, I. (2013). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*, 70(2). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.279>
- Dudas, R. B., Csatornai, S., Devosa, I., Tőreki, A., Andó, B., Barabás, K., Pál, A., & Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research*, 200(2–3). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.017>
- Eke, A. C., Saccone, G., & Berghella, V. (2016). Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and risk of preterm birth: a systematic review and meta-



- analysis. In *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* (Vol. 123, Issue 12). <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14144>
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. In *Infant Behavior and Development* (Vol. 34, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2009). Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. In *Infant Behavior and Development* (Vol. 32, Issue 3). <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.03.005>
- Fisher, J., de Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 90, Issue 2). <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Goodman, J. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 45, Issue 1). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Eady, A., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., & Ross, L. E. (2013). The effect of prenatal antidepressant exposure on neonatal adaptation: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 74, Issue 4). <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07967>
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Roerecke, M., Rehm, J., Dennis, C. L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., & Ross, L. E. (2013). Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: Is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. In *Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 74, Issue 4). <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07966>
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: A review. *Archives of Women's Mental Health*, 6(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0004-x>
- Hensley, P. L., Nadiga, D., & Uhlenhuth, E. H. (2004). Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. In *Depression and Anxiety* (Vol. 20, Issue 1). <https://doi.org/10.1002/da.20022>
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. In *World Psychiatry* (Vol. 19, Issue 3). <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *PLoS Medicine* (Vol. 10, Issue 5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. In *Evidence report/technology assessment* (Issue 153). <https://doi.org/10.1542/gr.18-2-15>
- Jiang, H. yin, Xu, L. lian, Li, Y. cuan, Deng, M., Peng, C. ting, & Ruan, B. (2016). Antidepressant use during pregnancy and risk of postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.001>
- Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: Recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Women's Mental Health*, 10(4). <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0185-9>
- Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., & Kurinczuk, J. J. (2019). *Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2015-17*. <https://www.npeu.ox.ac.uk/Mbrance-Uk/Presentations/Saving-Lives-Improving-Mothers-Care>.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. L., Williams, J. B. B., Kroenke, K., Spitzer, R. L. L., & Williams, J. B. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression screening measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16.
- Lattimore, K. A., Donn, S. M., Kaciroti, N., Kemper, A. R., Neal, C. R., & Vazquez, D. M. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: A meta-analysis. In *Journal of Perinatology* (Vol. 25, Issue 9). <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211352>
- Layton, H., Owais, S., Savoy, C. D., & van Lieshout, R. J. (2021). Depression, Anxiety, and Mother-Infant Bonding in Women Seeking Treatment for Postpartum Depression Before and During the COVID-19 Pandemic.

*The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4).  
<https://doi.org/10.4088/jcp.21m13874>

Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2020). Depression, Anxiety, and Psychological Distress in the Perinatal Period. In R. M. Quatraro, P. Grussu, & eds. (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice*. Routledge.

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1–2). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>

Molenaar, N. M., Bais, B., Lambregtse-van den Berg, M. P., Mulder, C. L., Howell, E. A., Fox, N. S., Rommel, A. S., Bergink, V., & Kamperman, A. M. (2020). The international prevalence of antidepressant use before, during, and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis of timing, type of prescriptions and geographical variability. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 264). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.014>

Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., Brugha, T., Barkham, M., Parry, G. J., & Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *Bmj*, 338(jan15 2), a3045–a3045. <https://doi.org/10.1136/bmj.a3045>

National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and service guidance, CG192, updated edition*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>

O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. In *Journal of Clinical Psychology* (Vol. 65, Issue 12). <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 303, Issue 19). <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>

Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., & Stein, A. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*, 70(12). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2163>

Petersen, I., Gilbert, R. E., Evans, S. J. W., Man, S. L., & Nazareth, I. (2011). Pregnancy as a major determinant for discontinuation of antidepressants: An analysis of data from The Health Improvement Network. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(7). <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06090blu>

Quarini, C., Pearson, R. M., Stein, A., Ramchandani, P. G., Lewis, G., & Evans, J. (2016). Are female children more vulnerable to the long-term effects of maternal depression during pregnancy? *Journal of Affective Disorders*, 189. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.039>

Richards, D., & Whyte, M. (2011). Reach Out - National Programme Student Materials to Support the Delivery of Training for Psychological Wellbeing Practitioners Delivering Low Intensity Interventions - 3rd Edition. *National Mental Health Development Unit, Rethink*, 481(7379).

Roca, A., Imaz, M. L., Torres, A., Plaza, A., Subirà, S., Valdés, M., Martin-Santos, R., & Garcia-Esteve, L. (2013). Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150(3). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.040>

Ross, L. E., Grigoriadis, S., Mamisashvili, L., Vonderporten, E. H., Roerecke, M., Rehm, J., Dennis, C. L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., & Cheung, A. (2013). Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70(4). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.684>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2012). *Management of perinatal mood disorders. Edinburgh: SIGN. (SIGN publication no. 127)*. [https://www.sign.ac.uk/assets/sign127\\_update.pdf](https://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf)

Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 177). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>

Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 31, Issue 5). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>

Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., & Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression

findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5).  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 219). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10), Fifth version. In *World Health Organization* (Vol. 1).