

Postpartum Hüzün ve Depresyonlar

Uz. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU*, Uz. Dr. Nesrin TOMRUK*

Doğum olayı önemli biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir. Kendell ve arkadaşlarının (1987) çalışmasında postpartum kadınlarda psikiyatrik yatışların belirgin oranda arttığı gösterilmiştir. Bir diğer çalışma kadınların tüm psikiyatrik yatışlarının %12.5'e varan oranının postpartum dönemde olduğunu ortaya koymuştur (Duffy 1983). Postpartum dönemde duyarlılığın arttığı tarihsel olarak bilinmesine ve geleneksel olarak tablonun şiddetini yansıtan; postpartum hüzün (blues), postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz şeklinde 3 kategoriye ayrılmasına rağmen (Steiner ve Yonkers 1998), gözardı edilmiş bir konu olup; postpartum başlangıçlı akıl hastalığı kavramının resmen tanınması yakın geçmişte olmuştur. Halen DSM-IV'de mizaç bozuklukları kapsamında semptomların doğum sonrası ilk 4 hafta içinde başladığı "postpartum başlangıçlı" grup tanımlanmaktadır (APA 1994).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) doğum ile mizaç bozuklukları arasında özgün bir bağlantı olduğuna ve gebelik ya da doğum ile tetiklenen psikiyatrik bozuklukların kendine özgü çeşitli özellikleri olduğuna dikkat çekmektedir.

Son zamanlarda; psikiyatri uygulamasında özgün tanı ölçütlerinin geliştirilmesi, tüm dünyada yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalar sonucu mizaç bozukluklarının kadınlarda erkeklere kıyasla 2 kat sık ve ilk başlangıç pikinin doğurganlık yıllarında görüldüğünün saptanması (Weissmann ve Olfson 1995) ve uluslararası sağlık gündeminde kadın sağlığının giderek önem kazanması (Mongella 1995) sonucu, postpartum psikiyatrik tablolara olan ilgi giderek artmaktadır. Peripartum dönemde kadınların %80'inden fazlasında mizaç dalgalanmaları olabilmekte birlikte, bunların sadece %10-20'si (Carothers ve Murray 1990, Bromet ve ark. 1986) DSM tanı ölçütlerine göre affektif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamaktadır.

Annelik hüznü yeni annelerin önemli bir bölümünü etkileyen ve en sık görülen doğum komplikasyonlarından biridir. Postpartum ilk 2 haftada görülür; mizaçta labilite, depresyon, eleştiriye aşırı duyarlılık, ağlama, irritabilite, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları ve yoğunlaşma problemleri ile karakterize nispeten hafif bir bozukluktur (Miller ve Rukstalis 1999, Williams ve Casper 1998, Llewellyn ve ark. 1997). Bazı annelerde depresyonun aksine mizaçta yükselmenin görülebileceği de bildirilmektedir (Parry 1999).

Hüzün genellikle doğum sonrası 3. ya da 4. günde ortaya çıkar; semptomlar geçici olup, 1-2 günden 1-2 haftaya kadar sürebilir (Kendell ve ark. 1981).

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Psikiyatri Birimi, İSTANBUL

Semptomlar hafif düzeyde olduğundan, tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilir. Bebeği emzirme nedeniyle uyku bölünmesi uzun süre devam edebilir (Miller ve Rukstalis 1999, Williams ve Casper 1998).

Muhtemelen ortak tanımının olmayışından dolayı, annelik hüznünün bildirilen insidansı değişmektedir. Çeşitli yazarlar bu durumun postpartum kadınların %50-85'ini etkilediğini bildirmektedirler (O'Hara ve ark. 1991a, Kennerley ve Gath 1989, O'Hara 1987, Levy 1987). Annelik hüznü geçici bir tablo olmakla birlikte, bu olguların %20'sinin postpartum 1. yılda major depresyon geliştirebileceği ileri sürülmektedir (Campbell ve ark. 1992, O'Hara ve ark. 1991a).

Annelik hüznünün başlangıç zamanlaması doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eşzamanlıdır. Bu da postpartum hüznün endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir (Harris 1989). Bazı çalışmalarda postpartum hüznün hastaları ve kontroller arasında belli günlerde bakılan östrojen ve progesteron düzeyleri açısından farklılık bulunmamakla birlikte (Heidrich ve ark. 1994); O'Hara ve arkadaşları (1991a) postpartum hüznün olan kadınların gebeliğin 38. haftasında ve postpartum 2-3. günlerdeki serbest östriol düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bunlarda ortalama prepartum östriol düzeylerinden, postpartum düzeylere daha büyük bir düşüş olduğunu bildirmişlerdir. Ancak bu çalışmada östradiol, progesteron ve prolaktin düzeyleri iki grup arasında farklı bulunmamıştır. Feski ve arkadaşları (1984) ise postpartum ilk 5 günde blues hastalarında tükürükte daha yüksek östrojen düzeyi saptamışlardır. Bir diğer çalışmada annelik hüznü olan hastalarda, olmayanlara kıyasla daha yüksek prepartum ve daha düşük postpartum progesteron düzeyleri bildirilmiştir (Harris ve ark. 1994). Yine daha eski tarihli bir çalışmada Nott ve arkadaşları da (1976) doğum sonrası progesteron düzeyinde düşme ile, doğum sonrası ilk 10 gündeki depresyonun şiddeti arasında ilişki bildirmişlerdir.

O'Hara ve arkadaşlarının (1991a) 180 olguluk prospektif çalışmasında blues olan kadınlarda premenstrüel disfori öyküsünün daha sık olduğu, psikiyatrik öz ve soygeçmişte depresyon öyküsünün daha fazla bulunduğu saptanmıştır.

Annelik hüznünün tedavisinde; hasta ve ailesine bu durumun normal olduğu ve psikososyal destek gerektirdiği konusunda bilgi veren destekleyici psikoterapi uygulanır (Williams ve Casper 1998). Annelik hüznü gelişen olgular postpartum depresyon ya da psikozun varlığının gözardı edilmemesi yönünden psikiyatrik açıdan izlenmelidir. Bazı yazarlar olguların bir bölümünde semptomların sürerek daha ciddi tabloların ortaya çıkabileceğini bildirmişlerdir (Kelly ve Deakin 1992, Cox ve ark. 1982, Kendell ve ark. 1981).

Postpartum depresyon kadınların %10-22'sini ve ergen annelerin %26'ya varan oranını etkiler (Cooper ve Murray 1995, Stowe ve Nemeroff 1995, Troutman ve Cutrona 1990, Duffy 1983).

Semptomlar tipik olarak postpartum ilk 6 haftada ortaya çıkar. Postpartum depresyon geçiren kadınların %60'ında bunun, onların ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır (Llewellyn ve ark. 1997). Depresyon insidansında artış sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir.

Prenatal depresyonun PPD'nin öncüsü olabileceği de ileri sürülmüştür (Buesching ve ark. 1986). Çeşitli araştırmalarda gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların PPD'yi öngörmede en güçlü belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (Kitamura ve ark. 1993, O'Hara ve ark. 1991b, Gotlib ve ark. 1989, O'Hara 1986). Bazı çalışmalarda postpartum ilk 6 haftada deprese olan kadınların yarısında prepartum depresif semptomlar ve postpartum blues bildirilmiştir (Hannah ve ark. 1992). Glover ve arkadaşları (1994) ise postpartum ilk 5 günde görülen hipomaninin de daha sonra gelişen PPD ile ilişkili olduğunu ve bu bulgunun da bazı olguların bipolarite gösterebileceğini düşündürdüğünü ileri sürmüşlerdir.

Olguların çoğunda epizod postpartum 3-6. ayda kendiliğinden iyileşebilir. Postpartum depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif epizoda benzerdir. Ancak zamanlaması ve en azından anne-bebek ikilisi ve sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesi nedeniyle özellik taşır. Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku, iştah, libido değişiklikleri, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon bulguları olmakla birlikte,

normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum mizaç bozukluklarında konfüzyon, yönelim bozukluğu ve diğer bilişsel değişiklikler daha fazla görülür. Uyku bozukluğu sık görülen prodromal bir semptomdur (Parry 1999).

Perinatal mizaç bozukluklarının diğer sık görülen semptomları yeme bozuklukları, depresif mizaç ya da irritabilite, enerji azlığı, işlev kaybı, içe çekilme ya da sosyal izolasyon, sosyal desteğin olmayışından yakınma, bebek ile ilgili yanlış yorumlamalar, hafıza ve yoğunlaşma güçlükleri ve ajitasyondur (Steiner ve Yonkers 1998).

Özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, PPD'nin başlangıcı sinsi olup gözden kaçabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir (Steiner ve Yonkers 1998).

Çeşitli çalışmalarda PPD'lerin nonpuerperal major depresif epizodlarla olan ilişkisini aydınlatıcı bilgiler elde edilmiştir. Wisner ve arkadaşları (1993) doğuma ilişkin başlangıçlı hastalık nedeniyle yatarak veya ayaktan tedavi arayışında olan 168 olguyu, hastalığı doğumla ilişkili başlangıçlı olmayan 1004 kadınla kıyaslamışlar ve iki grup arasında mizaç bozuklukları ve nonaffektif psikoz tanıları açısından farklılık bulamamışlardır. Ancak bu çalışmada, hastalık başlangıcı doğumla ilişkili olanların ortalama 5 yaş daha genç ve depresif mizaçlı uyum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanımlarının bu grupta daha sık olduğu saptanmıştır. Literatürdeki diğer bildirimlerle uyumlu biçimde; bu çalışmada da hastalığı doğumla ilişkili başlayan kadınların çoğunda hastalık başlangıcının, gebelik dönemi ya da gebeliğin kaybına kıyasla, postpartum dönemde olduğu gösterilmiştir.

Nonpsikotik postpartum ve postpartum olmayan depresyon olgularını klinik görünüm, psikiyatrik öykü ve psikososyal işlevsellik yönünden kıyasladıkları çalışmalarında Whiffen ve Gotlib (1993); PPD'nin tipik epizodunun şiddetinin hafif olduğunu, PPD'li kadınların %70'inin araştırma tanı ölçütlerine göre minör depresyon ölçütlerini doldurduğunu belirlemişlerdir. Bu grupta, postpartum olmayan depresyonlu kadınlara kıyasla 6 aylık

izlemede anksiyete, ajitasyon, uykusuzluk ve somatik semptomların daha düşük düzeyde bildirildiği saptanmıştır. PPD gelişen hastaların %60'ının daha önce emosyonel problemler için tedavi arayışında bulunmuş olduğu da kaydedilmiştir.

Cooper ve Murray 1995 yılında yayınladıkları çalışmalarında, doğum sonrası depresyon epizodunda olan primipar iki grup kadında tablonun gidiş ve rekürrensini incelemişlerdir. 34 olgudan oluşan ilk grupta bozukluk ilk kez ortaya çıkmakta iken, 21 olgudan oluşan diğer grupta ise önceden geçirilmiş bir depresyonun rekürrensi söz konusu idi. Ayrıca 40 olgudan oluşan psikiyatrik hastalığı olmayan bir kontrol grubu da bulunmaktaydı. Çalışmada bebek cinsiyeti açısından eşleştirilen gruplar 6. hafta, 18. ay ve 5. yılda standardize metodlarla değerlendirilerek izlenmişlerdir. PPD'nin ilk hastalık olduğu grupta, indeks epizodda semptomların süresi çok daha kısa olup bu olgularda nonpostpartum depresyon rekürrensi olasılığı da daha düşüktü. Öncesinde depresif epizodu olan kadınlarda ise postpartum değil, ancak nonpostpartum epizod riski daha yüksek bulundu. Elde ettikleri bu bulguları araştırmacılar, postpartum depresyonun özgün bir tanı kategorisi olabileceği yönünde yorumlamışlardır.

PPD için çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir. Özellikle postpartum olmak üzere kişisel ya da ailesel depresyon öyküsü, postpartum depresif epizod için riski arttırır. Geçirilmiş postpartum depresyon epizodu olan kadınlarda sonraki gebeliklerde rekürren epizod riski yaklaşık %50'dir (Stowe ve Nemeroff 1995). Depresyon öyküsü olan kadınların %30'a varan kısmında da postpartum depresyon gelişmektedir (O'Hara 1986). Belirlenen diğer risk faktörleri postpartum desteğin zayıf oluşu, stresli veya olumsuz yaşam olayları, dengesiz evlilik, bebekte sağlık sorunları ya da huysuzluk, istenmeyen gebelikler, gebelikte preeklampsi gibi ciddi tıbbi komplikasyon öyküsü ve acil sectio girişimidir (Stowe ve Nemeroff 1995, Wolman ve ark. 1993, Campbell ve ark. 1992, Martin ve ark. 1989, Stein ve ark. 1989, Knight ve ark. 1987, Watson ve ark. 1984). O'Hara ve arkadaşları da (1991a) premenstrüel disfori öyküsünün hem postpartum hüüzün hem PPD için riski arttırdığını belirtmişlerdir.

Emzirmenin PPD için risk faktörü olup olmadığı konusunda ise çelişkili sonuçlar bildirilmektedir.

Artmış prolaktinin iritabilite, depresyon ve libido azalması ile ilgili olduğu ve emziren kadınlarda bu hormonal ortamın PPD'nin semptomlarına yol açabileceği ileri sürülmüştür (Koppelman ve ark. 1987). Alder ve Cox 1983 yılındaki çalışmalarında kısmen emzirip kısmen mama veren kadınlara kıyasla, yoğun olarak emziren kadınlarda daha çok depresif semptom bildirmişlerdir. Ancak daha sonraki bir çalışmada emzirme ile hormon düzeyleri (östradiol, prolaktin) ve mizaç arasında bir ilişki bulunamamıştır (Williams ve Casper 1998). Hannah ve arkadaşları (1992) postpartum ilk 6 hafta içindeki depresyonların biberon ile beslenme ve sectio ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Eldeki bilgiler emzirme ve PPD arasında bağlantı bulunduğunu desteklememekte ve kadınlara emzirmeden kaçınmaları önerilmemektedir.

Risk faktörleri belirlenmiş olmasına rağmen, postpartum depresyonun etiolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Doğum esnasında oluşan dramatik biyolojik değişikliklerden dolayı postpartum mizaç bozukluklarının biyokimyasal ya da hormonal bir dengesizlik sonucu olduğu düşünülmektedir. Biyolojik değişiklikleri ölçmek amacıyla az sayıda çalışma yapılmış ve bunlarda da gonadal hormonlar ve prolaktine odaklanılmıştır. Günümüze dek elde edilen sonuçlar mizaç değişiklikleri ile hormonlar arasında güçlü bir bağlantıya işaret etmemekte ve çelişik sonuçlar bildirilmektedir (Hendrick ve Altshuler 1999, Steiner ve Yonkers 1998).

Bazı veriler östradiol veya östriolün postpartum mizaç değişikliklerinde rol oynayabileceğini düşündürmekle birlikte, yapılan çalışmalarda PPD'li kadınlardaki ortalama gonadal hormon seviyelerinde, depresyon geliştirmeyen kadınlara kıyasla fark bulunmamıştır (Williams ve Casper 1998). Yapılan bir çalışmada kortizol düzeyleri postpartum depresif sendromlarla ilişkili bulunmuşsa da, bu bulgu diğer çalışmalarda teyid edilmemiştir (O'Hara ve ark. 1991a, Smith ve ark. 1990, Gard ve ark. 1986).

Yine DST'de de negatif ya da yalancı pozitif sonuçlar postpartum mizaç değişiklikleri ile ilişkili bulunmamıştır. Bu da hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ekseninin postpartum dönemde fizyolojik olarak hiperaktif olduğunu, dolayısıyla ölçümlerin yorumlanmasının güç olacağını düşündürmektedir (O'Hara ve ark. 1991a, Smith ve ark. 1990). Ancak

HPA ekseninin annelik davranışında önemli rol oynamasının muhtemel olduğuna dikkat çekilmektedir (Steiner ve Yonkers 1998).

Halen tartışmalı olmakla birlikte (Oretti ve ark. 1997), bazı yazarlar doğum sonrası geçici tiroid disfonksiyonunun PPD ile ilişkili olduğunu öne sürmektedirler (Pedersen ve ark. 1993). Gebelik ve doğum sonrası dönemde bazı kadınlarda tiroid işlevlerinde patolojik değişiklikler görülebilmektedir. Bu konudaki literatürün gözden geçirilmesi PPD'si olan kadınların bir alt grubunda, deprese mizacın tiroid bozuklukları ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Harris 1993).

Postpartum dönemde başlıca temel hormon ve nöromodülatörlerin ani geri çekilmesinin doğrudan ve/veya dolaylı etkisi halen karmaşık bir konudur. Postpartum daha hızlı β -endorfin geri çekilmesi olan kadınların mizaç değişikliklerine daha yatkın olduğu düşünülmüştür (Smith ve ark. 1990). Yine kanda dolanan östrojen konsantrasyonlarında doğum sonrası ani düşme ile postpartum psikiyatrik tabloların ilişkili olabileceği ve rekürren PPD'de profilaktik östrojen uygulamasının etkili olduğu bildirilmiştir (Sichel ve ark. 1995).

Gebelik ya da postpartum dönemde serotonerjik sistem ve gonadal hormonlar arasındaki ilişki yeterince incelenmemiştir. Postpartum gonadal hormon düzeylerinde düşmenin bazı duyarlı ya da genetik yatkınlığı olan kadınlarda bir mizaç bozukluğuna yol açacak serotonerjik sistem değişikliklerine neden olması mümkündür (Dean ve ark. 1989).

Postpartum mizaç bozukluklarında biyolojik komponent lehine diğer bir bulgu, aile öyküsü çalışmalarından elde edilmiştir. Postpartum mizaç bozukluğu görülen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının yaşam boyu prevalansı genel nüfustan çok daha yüksektir. Bu da bu bozukluklarda olası kalıtsal ya da ailesel etkenlere işaret eder (Steiner ve Yonkers 1998).

Postpartum mizaç bozukluklarının etiolojisini aydınlatmaya yönelik araştırmalardaki çelişkili sonuçlar kısmen metodolojik sorunlarla açıklanabilir. Kan örneklerinin alınmasında; hormon düzeyleri üzerine emzirmenin etkisi, diurnal ve mevsimsel farklılıklar ya da ilaç kullanımının etkisi dikkate alınmamaktadır. Pek çok çalışmada biyolojik yönden aktif serbest hormon düzeyleri yerine total hormon konsantrasyonları değerlendirmeye

almaktadır. Yine çoğu çalışmada bir biyolojik faktörün gebelikten erken postpartum döneme olan değişim derecesi yerine mutlak düzeyi değerlendirilmektedir. Oysa psikopatoloji ile ilişkili olan değişim derecesi olabilir (Hendrick ve Altshuler 1999).

Bir diğer olasılık mizaç değişikliklerinin hormonların birbirine oranlarındaki bir anormallikten kaynaklanmasıdır. Başka bir görüşe göre de mizaç değişimleri normal hormon düzeylerine anormal bir hassasiyet dolayısıyla olabilir (Hendrick ve Altshuler 1999, Steiner ve Yonkers 1998). Doğumla ilişkili emosyonel bozukluklarda hangi psikobiyolojik faktörlerin sorumlu olduğu ya da bunları oluşturmada nasıl etkileştikleri gösterilebilirse; sadece PPD'nin değil, daha geniş bir spektrumdaki bozuklukların etiyojisini anlamaya yönelik bilgilerimizin artabileceği öngörülebilir.

Postpartum depresif bozukluklara ait çalışmalarda bir metodolojik sorun da literatürde postpartum depresyonun iyi tanımlanmamış oluşudur. Farklı çalışmalarda depresif epizodu postpartum olarak tanımlamada geçerli zaman aralığı 1 aydan 6 aya kadar değişebilmektedir. PPD ölçütlerini doldurmak için gerekli semptomatoloji de çalışmalar arası farklılık göstermektedir. Ortak tanımlar kabul görüp, standardize değerlendirme metodları kullanılabilecek, postpartum mizaç bozukluklarına ait verilerin yorumu tartışılır olacaktır.

Peripartum mizaç bozukluklarının ilk sıra tedavisi önlemedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalar risk altındaki kadınların sayısını azaltmada antepartum ve postpartum müdahalelerin oldukça başarılı olduğunu göstermektedir (Spinelli 1997, Wisner ve Wheeler 1994). Postpartum tabloların erken tanısına yardımcı olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Postpartum ilk iki haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar klinisyeni depresif semptomları daha fazla sorgulaması yönünde uyarıcı olmalıdır (Kumar ve Robson 1984). Risk altındaki kadınların belirlenmesi, eğitim, antepartum ve postpartum destekleyici psikoterapi, interpersonal terapi ve farmakoterapi temel esaslardır.

Depresif semptomları olan kadınlar; geçmiş psikiyatrik öykü, kişilik bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı dahil psikiyatrik aile öyküsü açısından dikkatle incelenmelidir. Sosyoekonomik

risk faktörleri belirlenmelidir (Paykel ve ark. 1980). Tiroid hastalığının semptomları sıklıkla perinatal mizaç bozukluklarının semptomları ile örtüştüğünden altta yatan herhangi bir genel tıbbi nedene ait en ufak şüpheye gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır (Harris ve ark. 1992). Risk altında olduğundan şüphelenilen kadınlar her trimester en az bir kez ya da semptom şiddetine göre daha sık olmak üzere postpartum 6-12. haftaya kadar izlenmelidir. Özellikle rekürren depresyon epizodları olan ve gebelikte antidepresan idame tedavisini kesen kadınlar postpartum rekürrens açısından daha fazla risk altındadır (Steiner ve Yonkers 1998).

Risk gruplarından postpartum depresyon ya da nonpuerperal major depresyon öyküsü olan kadınlarda, doğumdan hemen sonra profilaktik antidepresan tedavisi gibi farmakolojik önleme girişimleri de önerilmektedir. Wisner ve Wheeler (1994) geçmişlerinde bir PPD epizodu bulunan ve doğum sonrası profilaktik antidepresan tedavi verilen 17 olguluk gruplarında, sadece gözlem altında tutulan kontrol grubuna kıyasla, PPD rekürrensini anlamlı daha düşük olduğunu saptamışlardır (%62.5'e kıyasla %6.7).

Doğumla ilişkili mizaç bozukluklarının tedavisinde, nonpuerperal psikiyatrik tabloların tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte; postpartum psikiyatrik bozuklukların özgün bir sosyal ve gelişimsel içeriği bulunduğu unutulmamalıdır.

Bireysel, evlilik, aile ve grup psikoterapileri başlıca anneliğe geçiş üzerine odaklanmalı; yine evlilik ilişkisi, sosyokültürel beklentiler ve sosyal destek ağı da ihmal edilmemelidir. Eşlerin tedavi planına katılmaları desteklenmelidir (Steiner ve Yonkers 1998). İnterpersonal psikoterapinin özellikle uygun olduğu düşünülmektedir. O'Hara ve arkadaşları PPD'si olan 12 olguluk gruplarında interpersonal psikoterapi uygulamış ve tedaviye başladıktan 12 hafta sonra kadınların 9'unda olumlu yanıt bildirmişlerdir (Llewellyn ve ark. 1997). Bir çalışmada postpartum depresyon geçiren kadınların eşlerinde de artmış depresyon oranları bulunmuş ve eşler için bireysel terapi ve evlilik terapisinin tedavide yararlı olabileceği kaydedilmiştir (Harvey ve McGrath 1988).

Postnatal depresyonda östrojenin de etkin bir tedavi olabileceği ileri sürülmüş, ancak etkin doz ve sürenin belirlenmesi için yeni çalışmalar

gereksinim olduğu vurgulanmıştır (Gregorie ve ark. 1996, Murray 1996, Sichel ve ark. 1995, Gregorie ve ark. 1994).

Peripartum mizaç bozukluklarının farmakolojik tedavisinde teratojenite ve emzirme gözönüne alınmalıdır. Ciddi akıl hastalığının tedavi edilmesinin ya da yetersiz tedavisinin riskleri, ilaçlar nedeniyle bebeğe olabilecek davranışsal ve gelişimsel olumsuz etkilerle risk-yarar açısından değerlendirilmelidir (Raskin 1999).

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanısıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek bir stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. EKT ise post-

partum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir (Raskin 1999).

Sonuç olarak doğum sonrası görülen depresif tablolar yeni anne ve tüm aileye önemli ölçüde sıkıntı oluşturur ve bebeğin bilişsel ve emosyonel gelişiminde uzun süreli etkisi olabilir. Ayrıca anneyi de gelecekte psikopatolojiye yatkın kılabılır. Bu nedenle daha iyi önleyici ve tedavi stratejilerinin geliştirilebilmesi için etiyolojik faktörlerin araştırılması büyük önem taşımaktadır. Bu konunun henüz tam olarak aydınlatılmadığı günümüzde; risk faktörü taşıyan kadınların belirlenmesi ve eğitimi, önleme ve erken müdahalenin temel taşları olmayı sürdürmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Bromet EJ, Dunn LO, Connell MM ve ark. (1986) Long term reliability of diagnosing lifetime major depression in a community sample. Arch Gen Psychiatry, 43:435-440.
- Buesching DP, Glasser ML, Frate DA (1986) Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. Women Health, 11:61-78.
- Campbell SB, Cohn JF, Flanagan C ve ark. (1992) Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. Development and Psychopathology, 4:29-47.
- Carothers AD, Murray L (1990) Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: application to post-natal depression in a community sample. Psychol Med, 20:695-702.
- Cooper PJ, Murray L (1995) Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. Br J Psychiatry, 166:191-195.
- Cox JL, Connor Y, Kendell RE (1982) Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. Br J Psychiatry, 140:111-117.
- Dean C, Williams RJ, Brockington IF (1989) Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. Psychol Med, 19:637-647.
- Duffy CL (1983) Postpartum depression: identifying women at risk. Genesis, June/July:11-21.
- Feski A, Harris B, Walker R ve ark. (1984) "Baby blues" and hormone levels in saliva. J Affect Disord, 6:351-355.
- Gard PR, Handley SL, Parsons AD ve ark. (1986) A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. Br J Psychiatry, 148:567-575.
- Glover V, Liddle P, Taylor A ve ark. (1994) Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week. Association with later depression. Br J Psychiatry, 164:517-521.
- Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH ve ark. (1989) Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol, 57:269-274.
- Gregorie AJ, Kumar R, Everett B ve ark. (1996) Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. Lancet, 347:930-933.
- Gregorie AJP, Henderson A, Kumar R ve ark. (1994) A controlled trial of oestradiol therapy for postnatal depression. Neuropsychopharmacology, 10:901.
- Hannah P, Adams D, Lee A ve ark. (1992) Links between early postpartum mood and post-natal depression. Br J Psychiatry, 160:777-780.
- Harris B (1993) A hormonal component to postnatal depression. Br J Psychiatry, 163:403-405.
- Harris B, John S, Fung H ve ark. (1989) The hormonal environment of post-natal depression. Br J Psychiatry, 154:660-667.
- Harris B, Lovett L, Newcombe RG ve ark. (1994) Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. Br Med J, 308:949-953.
- Harris B, Othman S, Davies JA ve ark. (1992) Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. BMJ, 305:152-156.
- Harvey I, McGrath G (1988) Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. Br J Psychiatry, 152:506-510.
- Heidrich A, Schleyer M, Springler H ve ark. (1994) Postpartum

- blues: relationship between non-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *J Affect Disord*, 30:93-98.
- Hendrick V, Altshuler LL (1999) Biological determinants of postpartum depression. *Postpartum Mood Disorders*, 1. baskı, Miller LJ (Ed), Washington DC, American Psychiatry Press, Inc, s.65-82.
- Kelly A, Deakin B (1992) Postnatal depression and antenatal morbidity. *Br J Psychiatry*, 161:577-578.
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C (1987) Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*, 150:662-673.
- Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y ve ark. (1981) Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord*, 3: 317-326.
- Kennerley H, Gath D (1989) Maternity blues: detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry*, 155:356-362.
- Kitamura T, Shima S, Sugawara M ve ark. (1993) Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med*, 23:967-975.
- Knight RG, Thirkettle JA (1987) The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *J Psychosom Res*, 31:351-357.
- Koppelman MSC, Parry BL, Hamilton JA ve ark. (1987) Effect of bromocriptine on affect and libido in hyperprolactinemia. *Am J Psychiatry*, 8:1037-1041.
- Kumar R, Robson KM (1984) A prospective study of emotional disorders in child-bearing women. *Br J Psychiatry*, 144:35-47.
- Levy V (1987) The maternity blues in post-partum and post-operative women. *Br J Psychiatry*, 151:368-372.
- Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB (1997) Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 15):26-32.
- Martin CJ, Brown GW, Goldberg DP ve ark. (1989) Psychosocial stress and puerperal depression. *J Affect Disord*, 16:283-293.
- Miller LJ, Rukstalis M (1999) Beyond the "blues": hypotheses about postpartum reactivity. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, s.3-19.
- Mongella G (1995) Global approaches to the promotion of women's health. *Science*, 269:789-790.
- Murray D (1996) Oestrogen and postnatal depression. *Lancet*, 347:918-919.
- Nott PN, Franklin M, Armitage C ve ark. (1976) Hormonal changes in the puerperium. *Br J Psychiatry*, 128:379-383.
- O'Hara MW (1986) Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium: *Arch Gen Psychiatry*, 43: 569-573.
- O'Hara MW (1987) Post-partum "blues", depression, and psychosis: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 7:205-227.
- O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA ve ark. (1991a) Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*, 48:801-806.
- O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA ve ark. (1991b) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnorm Psychol*, 100:63-73.
- Oretti RG, Hunter C, Lazarus JH ve ark. (1997) Antenatal depression and thyroid antibodies. *Biol Psychiatry*, 41:1143-1146.
- Parry BL (1999) Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, s.21-45.
- Paykel ES, Emms EM, Fletcher J ve ark. (1980) Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry*, 136:339-346.
- Pedersen CA, Stern RA, Pate J ve ark. (1993) Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperium in women who have been major depressed or who become dysphoric postpartum. *J Affect Disord*, 29:201-211.
- Raskin VD (1999) Pharmacotherapy and Electroconvulsive therapy for postpartum mood disorders. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, s.179-194.
- Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM ve ark. (1995) Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biol Psychiatry*, 38:814-818.
- Smith R, Cubis J, Binsmead M ve ark. (1990) Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol beta-endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *J Psychosom Res*, 34:53-69.
- Spinelli MG (1997) Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry*, 154:1028-1030.
- Stein A, Cooper PJ, Campbell EA ve ark. (1989) Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *BMJ*, 298:1073-1074.
- Steiner M, Yonkers K (1998) *Depression in Women*. Martin Dunitz Ltd, s.26-47.
- Stowe ZN, Nemeroff CB (1995) Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*, 173:639-645.
- Troutman B, Cutrona C (1990) Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol*, 99:69.
- Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ ve ark. (1984) Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry*, 144:453-462.
- Weissman MM, Olfson M (1995) Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269:799-801.
- Whiffen VE, Gotlib IH (1993) Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history and psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol*, 61:485-494.

Williams KE, Casper RC (1998) Reproduction and its psychopathology. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*, Casper RC (Ed), 1. baskı, Cambridge University Press, s.14-35.

Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH (1993) Relationship of psychiatric illness to childbearing status-a hospital-based epidemiologic study. *J Affect Disord*, 28:39-50.

Wisner KL, Wheeler SB (1994) Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*, 45:1191-1196.

Wolman W, Chalmers B, Hofmeyr GJ ve ark. (1993) Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol*, 168:1388-1393.