

Bölüm 45

GEBELİK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

İhsan AKSOY¹

GİRİŞ

Gebelik, sosyal, psikolojik ve hormonal değişimlerin eşlik ettiği önemli bir yaşam olayıdır. Perinatal dönemde gebelerin yaşadığı psikiyatrik hastalıkların gidişatı, gebelik dışındaki zamanlarda yaşadıkları benzer psikiyatrik hastalıklardan daha kötü olabilmekte ve tedavi edilmezse tüm aile üzerinde olumsuz bir etki yaratabilmektedir. Perinatal psikiyatrik bozukluklar için fenomenoloji ve risk faktörleri, diğer zamanlardaki bozukluklara büyük ölçüde benzer olsa da, tedavi ile ilgili hususlar gebelik döneminde farklılık gösterir.

Perinatal depresyon

Depresif bozukluklar hamilelik sırasında ve doğum sonrası dönemde sık görülür ve genellikle perinatal dönemde olmayan depresif bozukluklarla benzer fenomenolojiye sahiptir. En az 2 hafta süreyle, hemen hemen her gün olan ve günün büyük kısmında görülen moral bozukluğu, keyifsizlik, iştah ve uykuda azalma veya artma, psikomotor ajitasyon veya durgunluk, enerji azlığı, değersizlik ve suçluluk gibi düşünceler, düşünme ve odaklanma kabiliyetinde azalma belirtilerinden bazıları eşlik edebilir ⁽¹⁾. Ağır olarak gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmaların sistematik gözden geçirmesinde, major depresif bozukluğun perinatal dönemdeki nokta yaygınlığının; gebelikte %3.1-4.9, doğumdan sonraki 3 ay içerisinde ise %4.7 olduğu rapor edilmiştir. Eşik altı depresif belirtiler de katıldığında bu oran gebelik dönemi

için %18.4 ve doğum sonrası dönem için %19.2'ye kadar yükselebilmektedir ⁽²⁾. Perinatal dönem daha önceleri klasik olarak depresyona karşı koruyucu bir dönem olarak görülürken, son yapılan çalışmalarda perinatal dönemde olmayan kadınlarla sıklık ve yaygınlık olarak depresyon açısından fark olmadığı saptanmıştır ⁽³⁾. Ancak doğumdan sonraki ilk haftalarda düşük duygudurumun eşlik ettiği annelik hüznü (baby blues) adı verilen hafif ve geçici bir ruh hali yaygındır ve kadınların yaklaşık % 50'sini etkiler ⁽⁴⁾. Genellikle doğumdan 3 gün sonra başlar, 10 güne kadar sonlanır. Postpartum başlangıçlı olduğu düşünülen depresyonun önemli bir kısmı gebelik döneminde hatta gebelikten önce de başlayabilir.

Perinatal depresyon yaygınlığını artıran riskler arasında artmış somatik semptomlar, eşi tarafından şiddete maruz kalma, sosyal destek eksikliği, istenmeyen hamilelik ve geçirilmiş depresyonun gebelikte nüks etme ihtimalinin olması sayılabilir. Antepartum depresyon, kötü beslenme, artan uyuşturucu madde kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım, preeklampsi, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, doğum sonrası depresyon ve intihar dahil olmak üzere sağlıkla ilgili olumsuz davranışlarla ve olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir ⁽⁵⁾.

Annenin tedavi tercihleri ve bebek sağlığıyla ilgili potansiyel kaygılar nedeniyle, farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri perinatal dönemde özellikle önemlidir. Psikososyal tedaviler arasında destekleyici psikoterapi, bilişsel davranışçı te-

¹ Uzm. Dr., Psikiyatri, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drihsanaksoy@gmail.com

maliye neden oldukları gösterilememiştir ⁽⁴²⁾. Bir çalışmanın sonucuna göre ketiapin, aripiprazol, olanzapin ve ziprasidon kullanımı konjenital malformasyon veya kardiyak defektlerle ilişki bulunmamıştır ⁽⁴³⁾. Lurasidon, iloperidon ve brekspiprazol gibi daha yeni antipsikotiklerle ilgili perinatal güvenilirlik açısından yeterli veri sağlayabilecek geniş katılımlı çalışmalar yetersizdir. Atipik antipsikotik kullanan hastalar gestasyonel diyabetes mellitus açısından yakın takip edilmelidir. Fetusun maruziyetini azaltmak için çoklu ilaç kullanımından kaçınılmalıdır.

İlk trimesterde benzodiyazepin kullanımı ile yarık damak riskinde artış olabileceğini savunan çalışmalar bulunmaktadır ⁽⁴⁴⁾. Ancak bazı hastaların bu grup ilaçları özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde lüzumu halinde kullanmaları faydalı olabilir. Benzodiazepin kullanırken gebe kalan hastalarda ilaç doz azaltılarak kesilmelidir. Özellikle yüksek doz benzodiyazepin kullanımına maruz kalan yenidoğanlar ise solunum sıkıntısı ve hipotoni açısından yakından takip edilmelidirler ⁽⁴⁵⁾.

SONUÇ

Gebelik dönemi psikiyatrik hastalıklar için güçlü bir tetikleyici dönem olabilir ve psikiyatrik hastalıklar gebelikte önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Buna rağmen özellikle ağır perinatal psikiyatrik hastalıklar çalışmalarda yeterince yer almamaktadır. Risk altında olan kadınların belirlenebilmesi, hastalık dönemlerinin tetikleyicilerinin saptanması ve tedavilerin geliştirilmesi için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
2. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106: 1071–1083.
3. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:805–815.
4. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Women Ment Health* 2003;6 (suppl 2):S33–42.
5. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet*

6. Psychiatry. 2016;3(10):973-982. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X.
6. Howard LM, Molyneux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;15;384(9956):1775-1788. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9.
7. Dennis C-L, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7: CD006795. doi: 10.1002/14651858.
8. Molyneux E, Howard L, McGeown H, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9: CD002018.
9. Zheng W, Cai DB, Zheng W, et al. Brexanolone for postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Psychiatry Res*. 2019 Jul 4;279:83-89. doi: 10.1016/j.psychres.2019.07.006.
10. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1285–1298.
11. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 377–85.
12. Furtado M, Chow CHT, Owais S, et al. Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 Oct 1;238:626-635. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.073.
13. Field T. Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behav Dev*. 2017 Nov;49:120-128. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.08.008.
14. Hofberg K, Ward MR Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003;79:505–510.
15. Spielvogel A, Wile J. Treatment and outcomes of psychotic patients during pregnancy and childbirth. *Birth* 1992;19:131–137.
16. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 805–815.
17. Sharma V, Pope CJ. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 1447–1455.
18. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG* 2008; 115: 348–353.
19. Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, et al. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 168–175.
20. Munk-Olsen T, Jones I, Laursen TM. Birth order and postpartum psychiatric disorders. *Bipolar Disord* 2014; 16: 300–307.
21. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 241–247.
22. Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med*. 2009 Feb;71(2):235-42. doi: 10.1097/PSY.0b013e318190d7ca.
23. Raffi ER, Nonacs R, Cohen LS. Safety of Psychotropic Medications During Pregnancy. *Clin Perinatol*. 2019 Jun;46(2):215-234. doi: 10.1016/j.clp.2019.02.004.
24. Ornoy A, Koren G. Selective serotonin reuptake inhibitors in human pregnancy: on the way to resolving the

- controversy. *Semin Fetal Neonatal Med* 2014;19: 188–194.
25. Simon GE, Cunningham ML, Davis RL. Outcomes of prenatal antidepressant exposure. *Am J Psychiatry* 2002;159:2055–2061.
 26. Levinson-Castiel R, Merlob P, Linder N, et al. Neonatal abstinence syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in term infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:173–176.
 27. Huybrechts KF, Bateman BT, Palmsten K, et al. Antidepressant use late in pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *JAMA* 2015;313:2142–2151.
 28. Heller HM, Ravelli ACJ, Bruning AHL, et al. Increased postpartum haemorrhage, the possible relation with serotonergic and other psychopharmacological drugs: a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:166.
 29. Huybrechts KF, Palmsten K, Avorn J, et al. Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *N Engl J Med* 2014;370:2397–2407.
 30. Einarson A, Pistelli A, DeSantis M, et al. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2008;165:749–752.
 31. Klieger-Grossmann C, Weitzner B, Panchaud A, et al. Pregnancy outcomes following use of escitalopram: a prospective comparative cohort study. *J Clin Pharmacol* 2012;52:766–770.
 32. Malm H, Artama M, Gissler M, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies. *Obstet Gynecol* 2011;118:111–120.
 33. Lassen D, Ennis ZN, Damkier P. First-trimester pregnancy exposure to venlafaxine or duloxetine and risk of major congenital malformations: a systematic review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2016;118:32–36.
 34. Kjaersgaard MIS, Parner ET, Vestergaard M, et al. Prenatal antidepressant exposure and risk of spontaneous abortion - a population-based study. *PLoS One* 2013;8:e72095.
 35. Newport DJ, Hostetter AL, Juul SH, et al. Prenatal psychostimulant and antidepressant exposure and risk of hypertensive disorders of pregnancy. *J Clin Psychiatry* 2016;77:1538–1545.
 36. Pariante CM, Seneviratne G, Howard L. Should we stop using tricyclic antidepressants in pregnancy? *Psychol Med* 2011;41:15–17.
 37. Alam A, Voronovich Z, Carley JA. A review of therapeutic uses of mirtazapine in psychiatric and medical conditions. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013;15 [pii:PCC.13r01525].
 38. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, et al. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry* 2005;162:2162–2170.
 39. Holmes LB, Baldwin EJ, Smith CR, et al. Increased frequency of isolated cleft palate in infants exposed to lamotrigine during pregnancy. *Neurology* 2008; 70:2152–2158.
 40. Wyszynski DF, Nambisan M, Surve T, et al. Increased rate of major malformations in offspring exposed to valproate during pregnancy. *Neurology* 2005;64: 961–965.
 41. Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Paterno E, et al. Antipsychotic use in pregnancy and the risk for congenital malformations. *JAMA Psychiatry* 2016;73: 938–946.
 42. Petersen I, Sammon CJ, McCreary RL, et al. Risks associated with antipsychotic treatment in pregnancy: comparative cohort studies based on electronic health records. *Schizophr Res* 2016;176:349–356.
 43. Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Paterno E, et al. Antipsychotic use in pregnancy and the risk for congenital malformations. *JAMA Psychiatry* 2016;73: 938–946.
 44. Weinstock L, Cohen LS, Bailey JW, et al. Obstetrical and neonatal outcome following clonazepam use during pregnancy: a case series. *Psychother Psychosom* 2001;70:158–162.
 45. Whitelaw AG, Cummings AJ, McFadyen IR. Effect of maternal lorazepam on the neonate. *Br Med J* 1981;282:1106–1108.