

## DERLEME

# Puerperal (Doğum Sonrası) Psikoz

Neşe KOCABAŞOĞLU, İbrahim BALCIOĞLU, Cihat ŞEN  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabüim Dalı, İstanbul

## ÖZET

**PUERPERAL (DOĞUM SONRASI) PSİKOZ**

Puerperal dönem fonksiyonel psikozu, belirli tanı ve terapötik yaklaşımların söz konusu olduğu çarpıcı bir fenomendir. DSM III ve DSM-III-R gibi modern sınıflayıcı sistemlerin dışında kalmakla birlikte puerperal psikoz kavramı, puerperal dönemde ortaya çıkan ayrı bir klinik tablo olması açısından klinisyenler tarafından destek görmeye devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Puerperium, postpartum psikoz.

## SUMMARY

**PUERPERAL PSYCHOSIS**

Functional psychosis in the puerperal period is a dramatic phenomenon that presents a unique set of diagnostic and therapeutic challenges. Despite its omission from modern classificatory systems such as DSM III and DSM-III-R, the concept of puerperal psychosis continues to receive support from clinicians on the basis of the apparently distinctive clinical picture that characterized psychoses occurring at this time.

**Key Words:** Puerperium, postpartum psychosis.

Hipokrat, Celsus, Galen gibi eski doktorlar postpartum psikozlarda bazı özel şartların presipi-tan rolü olabileceğinden söz ettiler. Bu şartlar; hormonal değişiklikler, değişmiş beden imajı, hamileliğe ait çatışmaların varlığı, anne olma sorumluluğunun intrapsişik reorganizasyonu gibi nedenlerdir. Buna karşılık, bazı doktorlar ise bu hastalığın diğer psikozlardan farklı olmadığını söylediler. Erken psikodinamik çalışmalar, psikodinamik faktörlerin önemi üzerinde yoğunlaştı. Daha yakın çalışmalarda ise bu hastalıkları anlamada, genetik ve biyolojik faktörler vurgulandı. Epidemiyolojik çalışmalar daha az dramatik semptomların sıklığı hakkında klinisyenleri bilgilendirdi.

Puerperal dönem fonksiyonel psikozu tanı ve terapötik yaklaşım söz konusu olduğunda çarpıcı bir fenomendir. DSM III ve DSM-III-R gibi günün sınıflayıcı sistemlerinin dışında kalmakla birlikte puerperal psikoz kavramı, postpartum dönemde ortaya çıkan ayrı bir klinik tablo olması açısından klinisyenler tarafından destek ve ilgi görür. Puerperal hastalıkla ilgili çalışmaların ışığı altında olası nozolojik modellerin sınıflanması puerperal psikozun daha iyi anlaşılmasında önemlidir.

**1. İki Antite Modeli:** Özellikle daha önceden bipolar hastalık tanısı alan kişilerin yüksek puerperal relaps (nüks) oranı taşıdıkları ortaya konmuştur (1,2). Puerperal psikoz geçirenlerin birinci dereceden akrabalarında puerperiumla ilgisi olmayan affektif bozukluk geçirme riskinin fazla olduğu kaydedilmiştir. Son olarak puerperyumda hastalarda ortaya çıkan atakların çoğunun gerçekte zaman açısından nonpuerperal olduğu gösterilmiştir. Bu durum, puerperal psikozun genellikle affektif ağırlıklı olmak üzere ve puerperal dönemde tetiklenen sadece fonksiyonel bir psikoz olduğunu düşündürmektedir.

**2. Üçüncü Psikoz Modeli:** Bu model bir öncekine göre oldukça tartışmalıdır. Önemli bir nokta; şizofreni ve bipolar bozukluktan farklı olarak üçüncü psikoz ayrı bir antite ise, relaps zamanı açısından postpartum döneme özel bir afinite söz konusu olmalıdır (3,4).

**3. Farklı Etki Modeli:** Bu model daha önce bahsedilen her iki durumun özel bir şekli olarak görülebilir. Dean ve arkadaları, doğumdan sonraki iki hafta için de postpartum psikoz başlayan 51 kadın (saf puerperal grup), hem puerperal, hem de nonpuerperal epizod gösteren 33 kadın (mikst grup) ve saf nonpuerperal bipolar affektif bozukluklu 19 kadını birbirleriyle karşılaştırmışlardır (5). Psikiyatrik bozukluğun aile öyküsü, başlangıç yaşı ve prognostik değişkenler de incelenmiştir. Araştırmacılar, gruplar arasında, birinci

dereceden akrabalarda psikiyatrik hastalığın derecesi ve prognozu açısından önemli farklılıklar bulunduğunu gösterdiler ve puerperal psikozun bipolar affektif bozukluk ile aynı durum olduğu yolundaki hipotezin doğru olamayacağı sonucuna vardılar. Bu sonuçlar Me Neil adlı araştırmacının çalışma sonuçları ile oldukça uyumludur (6). Beraberce değerlendirildiğinde, daha önce psikoz veya major affektif bozukluk öyküsü bulunan hastalarda, puerperal relaps riski ile ilgili çalışmalar, çeşitli tanı grupları arasında farklı etkilenme düzeylerini açıklar.

**4. Farklı Antite Modeli:** Bu model postpartum alan da çalışanlar tarafından büyük kabul görmeye bera ber hassas bir modeldir. Nonpuerperal epizodlar ile puerperal dönem psikotik epizodların semptomatolojisi mukayese edildiğinde mood labilitesi, psikotik fenomen instabilitesi, konüzyon veya perplexite gibi atipik semptomlar bakımından farklılıklar vardır. Bu kanıtlar ilk bakışta puerperal psikoz adı altında ayrı bir klinik bozukluğun varlığını ortaya koyar. Bu düşünce nonpuerperal epizodu olmayan, sadece rekürren puerperal relaps gösteren az sayıda bir kadın grubunun varlığı ve bunların da iyi bir prognozu olması nedeniyle desteklenmektedir (7).

**5. No Antite/Gevşek Bağlantı Modeli:** Bu model klinik sendromlar ve altta yatan prosesler arasındaki gevşek ilişkiyi ortaya koyan bir perspektiftir (8,9). Bir hastalık kendini birçok şekilde gösterebilir. Sendromal olarak tanımlanan bozuklukların altında çok sayıda sebep yatabilir. Psikiyatri ve tıpta bunların örnekleri çok görülür. Bu özel grupta patofizyolojinin bir epizoddan diğerine derece ve instabilite açısından farklılığını belirtmek gerekmektedir.

**Epidemiyoloji:** Postpartum periyotta nonpsikotik bozukluk oranı yüksektir, normal gebelik geçirenlerle yapılan çalışmalarda bunların % 20-40'ı erken postpartum dönemde emosyonel bozukluk veya kognitif disfonksiyon veya her ikisini de kendilerinde hissettiklerini bildirdiler. 1982'den beri bildirilen vaka raporları incelendiğinde doğumu takibeden psikozlarda artış vardır. Ancak doğumu takiben tüm tanıların prevalans oranında da artışa dair kanıtlar vardı. Aynı zamanda doğumu takibeden ilk iki yılda, özellikle affektif bozukluklarda olmak üzere, psikiyatrik hastalıklarda ısrarlı bir artış görüldü. Yapılan çok sayıda çalışmada postpartum bozukluklar ile heredite, bebeğin cinsiyeti, din, anestezi ile doğum, ölü doğum, konjenital anomaliler, abortus, gayri meşru çocuk doğumu arasında bir korelasyon bulunmamıştır.

**Etyoloji:** Biyolojik çalışmaların, mood değişikliklerini hamilelik sonrası hormonal değişikliklere bağlama gayretleri mevcuttur. Daha yakın yıllarda steroid metabolizmasındaki, biyojenik aminlerdeki ve onların prekürsörlerindeki ve adozin fosfat sistemindeki değişiklikler araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. Bir çalışmada, 2. ve 5. postpartum günleri boyunca mo-

od değişiklikleri ile (18 normal kadında) plazma triptofan ve kortizol konsantrasyonları arasında bir korelasyon araştırılmıştır. 3 kadın hastanede kaldığı süreçte mizaçta yükselme gösterdiler, ancak bu durum klinik bir hipomani tablosu değildi, hastalar personalite testlerinde düşük depresyon, anksiyete ve hostilite skorları gösterdiler.

Biyokimyasal olarak bu 3 kadın ikinci gün rahat hastaların ortalamaları ile mukayese edildiğinde, alışılmamış bir şekilde yüksek kortizol konsantrasyonu gösterdiler. Bu mizaç yükselmesiyle plazma kortizol konsantrasyonlarını pozitif olarak korele eden ilk çalışmadır ve bu daha ileri araştırmalara yol gösterici olmuştur.

Bir diğer indirekt kanıt, gebeği takiben gelişebilecek steroid çekilmesidir. Oral kontraseptif steroidlerin çekilmesi üzerine rapor edilen iki psikoz vakası mevcuttur. Bu kadınlardan birinde çift kör şartlarda steroid replasmanı ile semptomlar gerilemiştir.

Biyolojik depresyonlarda a2 adrenoseptör bağlanma bölgeleri ve onların duyarlılığı araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Farelerde antidepresanlarla tedavi, bazı beyin bölgelerinde a2 adrenoseptörlerin sensitivitesini azaltır. Kadınlarda bu bölgelerde bağlanma kapasitesi östrojen ve progesteronun etkilenir. Bu bölgelerdeki bağlanma, menapozdan önce, menapozdan sonraya göre daha fazladır. Hormonların seviyelerindeki düşmeye uygun olarak platelet a adrenoseptör bağlanma kapasitesinde doğumdan sonra düşme göstermiştir. Maternity blues'lu postpartum hastalarda 7-10. günler arasında blues'u olmayan hastalardan ve normal adet gören kadınlardan anlamlı bir şekilde yüksek a2 adrenoseptör kapasitesi göstermiştir. Bu bilgi maternity blues'a dirençli bir a2 adrenoseptör kapasitesi artışının eşlik ettiğini düşündürdü.

Uyku araştırmacıları hamilelik boyunca ve postpartum periyod da özellikle 4. dönem uykusunda azalma şeklinde belirgin bozukluklar bulmuşlardır. Yatkin kişilerde böyle bozuklukların hastalığı ortaya çıkarabileceği sorusu yükselmiştir. Çünkü uyku deprivasyonu olan vakalarda kognitif bozukluk saptanmıştır ve uyku bozukluğu olan hamile kadınlar kognitif bozukluktan yakınır (11).

Depresif hastalıkta ve tedavisinde biyojenik amin metabolizmasında oluşan değişiklikler, depresyonun biyolojisi hakkında hipotezler ortaya atılmasına yolaçmıştır. Treadway ve arkadaşları gebe kadınlarda, normallerle mukayese edildiğinde üriner norepinefrin atılımında azalma ve normetanefrin atılımında artmaya bağlı olarak, nörotizm ve depresyon skorlarında artma buldular. Bu değişikliklerin sebebi hamilelikle ilişkili gonadal hormon değişikliği yoluyla reseptör sensitivitesinde azalmaya bağlı olarak gelişen norepinefrin utilazasyonundaki artma olabilir ve affektif bozukluğa biyolojik olarak yol açmayla sonuçlanabilir.

İndolamin metabolizmasındaki bazı karışıklıklar depresyonun ortaya çıkmasına işaret edebilir. Bazı depresif hastalarda beyindeki 5-OH triptamin sentezi düşmektedir. Santral 5-HT'nin prekürsörü beyin tript-

tofandır, bu da muhtemelen plazma triptofanından kaynak alır. Depresyonda serbest plazma triptofan seviyesinde azalma gösterilmiştir.

Stein ve arkadaşları postpartum periyod boyunca 18 kadın izlediler, değerlendirme skalalarında ciddi depresyon gösterenlerin serbest plazma triptofan seviyeleri depresif hastalıkta bulunan değerlere benziyordu. Serbest plazma triptofanı hem depresyon hem de tüm affektif değişikliklerle ilgili olabilir (12).

Handley ve arkadaşları 2. ve 5. postpartum günler arasındaki 18 normal kadında yapılan bir çalışma yayınladılar. Burada depresif mood'a düşük serbest triptofan konsantrasyonu eşlik ediyordu. Bu değişiklik fonksiyonel piridoksin eksikliği ile ilişkili olabilir (13).

Oral kontraseptiflerle yapılan çalışmalarda, hormonların piridoksin metabolizmasını etkilediği ve beyindeki serotonin ve triptofan seviyelerin düştüğü görülmüştür ki bunların sentezleri piridoksine bağımlıdır. Oral kontraseptif kullananlarda düzenli triptofan metabolizması için günde 25 mg piridoksine gereksinim vardır, bu da günlük normal ihtiyaçtan (2 mg/gün) çok fazladır.

**Psikososyal Faktörler:** Postpartum ruhsal hastalıkla ilgili psikodinamik çakmalar annenin, yeni bebeği, kocası, kendisi ve annelik tecrübesiyle ilgili çatışan duygularına işaret ederler. İletişim kurulamayan bir çocuğa annelik rollerini reddetmişse veya yetersiz maternal model olarak yargılanmışsa, bu kimlik çatışması artacaktır. Çeşitli etyolojik teoriler için sunulan deliller açıklayıcı değildir. Örneğin pueril, regresif kişiliğin toplumdaki sıklık oranı postpartum psikoz görünme oranının çok çok üstündedir.

Bn. A.T. 26 yaşında primipar, evli, depresyon, letarji, doğmamış çocuğunun sağlıksız olacağına dair kuşku obsesyonları ve son trimesterde anksiyete mevcut. son trimesterde psikoterapi başlanmış ve normal doğum ile sağlıklı bir erkek çocuğu oymuş. Obsessif düşünce yapılanması gerilemiş. Ancak depresyon ve anksiyete postpartum iki ay devam etmiş. Antidepresan ilaç tedavisi ile bazı semptomlar oldukça gerilemiş. Psikoterapide ağabeyine duyduğu öfke belirlenmiş ve terapi bu noktaya odaklanmış. Psikoterapi iki yıl sürerek tam düzelmeye kesilmiş. Üç sene sonra hastanın bir erkek çocuğu daha olmuş, ancak bu süreç boyunca psikoterapiye gerek duyulmamış.

**Klinik:** Postpartum ruhsal bozukluğun, hastalığın başlama zamanı ile ilişkisi literatürde belirgindir. Yazarların hemen hepsi hastalık semptomlarının hiçbir zaman doğum sonrasındaki ilk üç günde görülmediğinde hemfikirdirler. Postpartum bazı kimyasal, hormonal maddelerin artışı ile hastalık biraz geç ortaya çıkarak gizli bir dönem oluşturur. Prodromal semptomlar insomnia, yorgunluk, bitkinlik, iritabilite, baş ağrısı, emosyonel durumda dağlanmadır (3). Bazı çalışmalarda uykusuzluk en ağır semptomdur. Daha geç ortaya çıkan semptomlar şüphencilik, konfüzyon, inkoherans, absürdite, irrasyonel düşünce, gıda reddi,

ayrıntılarla aşırı uğraştır. Deprese hastalar bebeklerinin sağlığı ve rahat olmasıyla aşırı ilgilenirler ve bu bebeğe eksik sevgi ve eksik ilgi gösteriyorum, diyerek kendilerini suçlayabilirler. Psikoz mevcutsa muhakemede delizyonel materyal mevcuttur. Doğum inkar edilebilir, bebek ölmüş veya sakattır. Hasta evlenmemiştir veya bakiredir. Perseküsyon hezeyanları bulunabilir. Hallüsinasyon varsa bu bebeği öldürebilecek bir kadının sesi olabilir. Çocuğunu öldürme ve suisid az görülse de olabilir.

**Seyir ve Prognoz:** Tanıyla ilgili A.B.D. ve Avrupa ülkelerindeki literatür farklılığından dolayı hastalığın seyri ve prognozu ile ilgili doğru bilgi vermek oldukça zordur. Bir araştırmacıya göre affektif bozukluğu olan bir kadında hamilelik ve postpartum dönemde hastalanma riski oldukça yüksektir. Başka bir grup araştırmacı buna karşı çıkmıştır. Çünkü onların çalışmasında bir efektif bozukluğu olan kişilerde, hamilelikle hastalanma riski farklı bulunmamıştır.

**Tanı:** Bu hastalığın kardinal tanı karakteri postpartum periyodla olan ilişkisidir. Bunların büyük bir kısmı doğumu takip eden ilk 30 gün içinde ortaya çıkar. İntermittan depresif bozukluk müşterek gibi gözükmektedir. Fonksiyonel psikoz daha az görülür ama genellikle hospitalizasyonla sonuçlanır.

Geçmişte şizofreni veya bipolar bozukluk öyküsü olan hastalarda hamileliğin yattığı streses bağlı rekürrensler görülebilir. Ayırıcı tanıda kliniği postpartum depresyonla benzerlik gösterdiğinden hipotiroidizm, folat eksikliği araştırılmalıdır. Elektrokonzulziv tedavi psikotik özellikli depresyonda ve suisid riskinde öncelikle tercih edilebilir. Farmakoterapi yanıtızlığında elektrokonzulziv tedavi endikasyonu doğabilir.

## KAYNAKLAR

1. **Flamm B.L.:** Vaginal Birth After Cesarean Section: Contraverties Old and New. Clin Obstet Gynecol 28: 735-44, 1985.
2. **Farmakides G., Duvivier R., et al:** Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. Am J Obstet Gynecol 156: 565-6; 1987.
3. **Philipson E.H., Rosen M.G.:** Trends in the frequency of cesarean births. Clin Obstet And Gynecol. 28: 691-6; 1985.
4. **Danfort D.N., Scott J.R.:** Obstetrics and Gynecology. Fifth Ed. J.B. Lippincot Co. 1986.
5. **Cunningam F.G., Me Donald P.C., Gant N.F.:** Williams' Obstetrics. Eighteenth Ed. Appleton, Norwalk Connecticut, 1989.
6. **Phelan J.P., Clark S.L., Diaz F et al:** Vaginal Birth After Cesarean. Am J Obstet Gynecol. 157: 8; 1510-5, 1987.
7. **Soliman S.R., Burrows R.F.:** Cesarean Section: analysis of experience before and after the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth. Can Med Assoc J. 148: 8; 1315-20, 1993.
8. **Flamm B L., Lim O W., Jones C:** Vaginal Birth After Cesarean Section: Results of Multicentre Study. Am J Obstet Gynecol 158: 5; 1079-88, 1988.
9. **Finley B.E., Gibbs C.E.:** Emergent Cesarean Delivery in Patients Undergoing A Trial of Labor with Transverse Lower Segment Scar. Am J Obstet Gynecol. 28: 735-44; 1985.
10. **Troyer L.R., Parisi V.M.:** Obstetric parameters affecting success in a trial of labor: Designation of a scoring system. Am J Obstet Gynecol 167: 4; 1099-104, 1992.
11. **Plauche W., Von Aimer W., Muller R.:** Catastrophic Uterine Rupture. Obstet Gynecol. 64: 5; 792-4, 1984.