

Doğum Ardı Psikoz Tanısı Konulan Hastaların Uzun Süreli İzlemi

Dr. CebraİL KISA¹, Dr. Çİğdem AYDEMİR², Dr. Aydın KURT³, Dr. Sema GÜLEN⁴, Dr. Erol GÖKA²

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışma doğum-ardı başlangıçlı ve doğumla ilişkili olmayan, ilk psikotik atağını geçiren kadın hastalarda sosyodemografik özelliklerin, klinik belirti olarak konfüzyonun varlığını ve uzun süreli izlem sonuçlarını araştırmak amacıyla tasarlandı.

Yöntem: Çalışmaya 1998–2006 yılları arasında kliniğimizde tedavi gören, doğumdan sonraki ilk 6 ayda ortaya çıkan bir psikotik bozukluk geçirmekte olan 23 hasta alındı. Kontrol grubuna yaş ve eğitim yılı olarak doğum-ardı hasta grubuyla eşleştirilmiş doğumla ilişkili olmayan ilk psikotik atağını geçiren ve kliniğimizde tedavi gören 25 kadın hasta alındı. Sosyodemografik veri formu, Klinik Global İzlenim (KGI) ölçeği, konfüzyonun varlığını değerlendirmek için Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ) kullanıldı. İzlemdeki son tanımlar DSM-IV tanı ölçütlerine göre konuldu.

Bulgular: Doğum-ardı psikozun hastaların % 73.9'unda ilk doğumda geliştiği görüldü. Doğum-ardı psikoz olan 23 hasta 4.00±1.62 (2–6) yıl, kontrol grubu ise 3.96±1.24 (2–6) yıl izlendi. İzlem sonucunda doğum-ardı psikoz hastalarının % 21.7'sine DSM-IV'e göre duygudurum bozukluğu ve % 77.9'una şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanıları konuldu. Kontrol grubunda ise % 32.0'sine duygudurum bozukluğu ve % 68.0'ine şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanıları konuldu. Doğum-ardı psikoz hastalarında konfüzyon kontrol grubuna göre daha sık görüldü. Ruhsal bozukluklar doğum-ardı psikoz hastalarının izlenmesi süresince % 65.2 ve kontrol grubunda ise % 72 oranında yineledi.

Sonuç: Doğum-ardı psikoz konfüzyonun varlığı dışında DSM-IV'te yer alan tanımlardan farklı bir seyir göstermedi. İzlemede doğum-ardı psikoz ve doğum dışı ilk psikotik atak hastalarına benzer şekilde daha çok şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanıları konuldu. Bu sonuç DSM-IV'te belirtilen ruhsal bozukluk tanılarından, tanısal açıdan farklı bir değerlendirmeye gerek olmadığı düşüncesini desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Doğum-ardı ruhsal bozukluklar, doğum-ardı depresyon, doğum-ardı psikoz, uzun süreli izlem, konfüzyon

SUMMARY: Long Term Follow-Up of Patients with Postpartum Psychosis

Objective: This research compared the demographic features, presence of confusion, and long-term follow-up results of women with postpartum psychosis to control subjects.

Method: The study included 23 patients with symptoms that emerged in the six-month period after delivery who were followed-up between 1998 and 2006. The control group consisted of 25 age- and education level-matched female patients experiencing their first psychotic episode. Data were collected with a sociodemographic questionnaire, the Clinical Global Impression Scale, and the Delirium Rating Scale. Final diagnoses were made according to DSM-IV.

Results: Among the postpartum women, 73.9% developed psychosis during their first parturition. The postpartum psychosis and control groups were followed-up for 4.00 ± 1.62 (range: 2-6) and 3.96 ± 1.24 (range: 2-6) years, respectively. During the follow-up period, 21.7% of the postpartum patients developed a mood disorder, and 77.9% developed schizophrenia and other psychotic disorders. Among those in the control group, 32.0% were diagnosed with a mood disorder and 68.0% with schizophrenia and other psychotic disorders. The distribution of final diagnoses in the 2 groups were similar. Patients with postpartum psychosis experienced more confusion than the control subjects. During the follow-up period, 65.2% of the patients with postpartum psychosis and 72% of the control patients had recurrence.

Conclusion: The course of postpartum psychosis was similar to DSM-IV diagnostic criteria, except for the presence of confusion. During the follow-up period, most of the patients in both groups were diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders. This result indicated that there is no need for other diagnostic criteria for postpartum psychosis other than those presently contained in DSM-IV.

Key Words: Postpartum mental disorders, postpartum depression, postpartum psychosis, follow-up study, confusion

¹Uzm., ²Doç., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kl., Ankara. ³Uzm., Niğde Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kl., Niğde. ⁴Uzm., Yozgat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kl., Yozgat.
Dr. CebraİL Kisa, e-posta: cebrailkisa@hotmail.com

GİRİŞ

Doğum-ardı dönem, ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli kabul edilmektedir. Bu dönemde kadınların % 70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluklar ortaya çıkar (Altshuler ve ark. 1998). Bu ruhsal bozukluklar; doğum-ardı (postpartum) hüznün, psikotik olmayan doğum-ardı depresyon ve doğum-ardı psikoz biçiminde sınıflandırılır (Nonacs ve Cohen 1998, Brockington 2004, Halbreich 2005). Yapılan çalışmalarda doğum-ardı psikozun kadınların sadece % 0.1-0.2'sinde (Kendell ve ark. 1987) görüldüğü bildirilmiştir.

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM ve ICD) doğum-ardı dönemde görülen ruhsal bozukluklar, ayrı bir klinik tanı olarak yer almamaktadır. DSM-IV'te doğum-ardı kavramı sadece tanı ölçütlerinde kısa psikotik bozukluk, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk için doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlaması durumunda başlangıç belirleyicisi olarak yer almaktadır. Doğum-ardı psikoz tanımlaması ise başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluklar başlığı altında ele alınmış ama belirti dağılımı tanımlanmamıştır (APA 1994, WHO 1992).

DSM-IV'te doğumdan sonraki ilk 4 haftada ruhsal bozukluk belirtilerinin başlaması durumu, doğum-ardı ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmektedir (APA 1994). Birçok klinisyen doğum sonrası 6-12 aylık bir süreyi doğum-ardı dönem olarak kabul etmektedir (Nonacs ve Cohen 1998, O'Hara 1984, Danacı ve ark. 2000). Kendell ve arkadaşları (1987) doğumu izleyen ilk 3 ayda, doğum-ardı ruhsal bozukluklar nedeniyle psikiyatriye başvurularda belirgin artış olduğunu bildirmektedir.

Doğum-ardı ruhsal bozuklukların belirtileri üzerine yapılan çok az çalışma vardır. Oosthuizen ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, konsantrasyon değişiklikleri açısından bir fark bulunmamasına rağmen doğum-ardı psikozu olan grupta şaşkınlık (perpleksite) daha fazla bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının aksine literatürde doğum-ardı psikoz tanısı konulan hastalarda, bilişsel karmaşa (Wisner ve ark. 1994) ve konfüzyonun (Brockington ve ark. 1981, Kırpınar ve ark. 1999) daha sık görüldüğünü bildiren çalışma sonuçları vardır. Bazı yazarlar bu nedenle fenomenolojik olarak doğum-ardı ruhsal bozukluklarla diğer ruhsal bozuklukların farklı olduğunu savunurken (Kandrmaz ve ark. 1979, Hays ve Douglas 1984, Dean ve Kendell 1981), diğerleri ise doğumla başlaması dışında bir fark olmadığını kabul ederler (Platz ve Kendell 1988). Doğum ardı ruhsal bozukluklara, uzun süreli izlemde batı ülkelerinde daha çok duygudurum

bozukluğu (Brockington ve ark. 1981), tanısı konulurken, aksine ülkemizde ise daha çok şizofrenik bozukluk tanısı konulduğu bildirilmiştir (Kırpınar ve ark. 1999).

Doğum-ardı ruhsal bozukluklar kendine özgü bir tanı kategorisi midir? Duygudurum bozukluklarının ya da şizofrenik psikozların bir atağı mıdır? Bu konu psikiyatri yazınında halen tartışmalıdır. Ülkemizde Kırpınar ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışma dışında bir çalışma bulamadık. Bu çalışmamızda ilk psikoz atağını doğum-ardı dönemde geçirmekte olan ve ilk psikoz atağı doğumla ilişkisiz başlamış olan hastaların sosyodemografik özellikleri, klinik bir belirti olarak konfüzyonun varlığı ve uzun süreli izlem sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

a) Çalışma grupları

Çalışmaya 1998-2006 yılları arasında kliniğimizde yatarak tedavi gören doğum-ardı 6 aylık dönemde ruhsal bozukluk başlamış olan 45 hasta alındı ve takipleri planlandı. En son hasta 2004 yılında çalışmaya alındı ve hasta izlemleri 2006 yılına kadar yapıldı. Özgeçmişte fiziksel ve ruhsal bir hastalık olması, akut organik beyin sendromu ve ruhsal bozukluk belirtilerine yol açabilecek herhangi bir ilaç kullanımı, fiziksel hastalık (diabetes mellitus, anemi, tiroid fonksiyon bozukluğu, hipertansiyon) varlığı ve laboratuvar bulgularında bir bozukluk olması dışlama ölçütü olarak kabul edildi. Uzun süreli izlemde 36 hastanın verileri incelendi. Takip edilemeyen 9 hastadan 3'ü Ankara dışında başka coğrafik bölgelerde yaşadıkları için taburcu edildikten sonra maddi nedenlerden dolayı kontrollere gelemediler. Üç hasta taburculuk sonrasında bölgedeki başka hastanelere başvurdu ve kliniğimizin takibinden çıktı. İki hastaya ise tekrar ulaşılamadı. Bir hastanın özgeçmişinde yüksek tansiyon olduğu için çalışmadan çıkarıldı. Doğum-ardı ruhsal bozukluk gelişen 36 hastanın, yapılan ilk değerlendirmesinde 23'üne doğum-ardı psikoz ve 13'üne de doğum-ardı depresyon tanısı konuldu. Çalışmaya doğum-ardı psikoz tanısı konulan 23 hasta alındı. Kontrol grubu olarak takibe alınan doğum-ardı psikoz başlamış her vakaya karşılık olacak şekilde cinsiyet, yaş ve eğitim açısından benzer doğum-ardı başlangıç göstermeyen ilk psikotik atağını geçiren ve kliniğimizde yatarak tedavi gören 25 hasta alındı ve izlendi.

b) Yapılan işlemler

İzlem süresince, aynı psikiyatri uzmanı (CK) ve iki araştırma görevlisi (AK, SGY) tarafından klinik kayıtlar,

TABLO 1. Doğum-ardı Psikoz Hastalarının Özellikleri.

Doğum-ardı psikoz (n=23)	Doğum-ardı psikoz (n=23)
Doğum-ardı ruhsal bozukluğun başlangıcı	
İlk doğumda	(17) % 73.9
İkinci ve diğer doğumlarda	(6) % 26.0
Normal vajinal yol	(19) % 82.6
Sezaryen	(4) % 17.4
Bebek cinsiyetleri	
Kız	(11) % 47.8
Erkek	(12) % 52.2
Doğum sonrası belirtilerin başladığı gün	17.77±25.83 (2–115) gün
Tekrar doğum	(11) % 47.8

hastalar ve birinci derece yakınları ile bire bir görüşülerek tutuldu. Hastalar ile ilgili verileri toplamak için tarafımızdan hazırlanmış sosyodemografik veri formu kullanıldı. Hastaların taburculuklarından sonra ilk iki ay 15 günde bir, sonraki dönemde üç ayda bir düzenli olarak kontrol muayeneleri yapıldı. Doğum-ardı dönem önceki çalışmaların ışığında 6 ay olarak kabul edildi (Pfuhmann ve ark. 1999). Bütün hastaların yakınlarından bilgilendirilmiş onam alındı. Ayrıca klinik belirtilerin başlangıç zamanı, aileden ve hastadan alınan öykü ile saptandı. Doğum-ardı ruhsal bozukluklar, psikiyatri tanı sistemlerinde özgül olarak yer almadığı için, ilk tanılar doğum-ardı psikoz ve doğum ardı depresyon olarak konuldu. İzlemdeki son tanılar DSM-IV tanı ölçütlerine göre konuldu.

c) Kullanılan ölçekler

Sosyodemografik veri formu: Hastaların yaş, eğitim yılı, doğum sayısı, doğum sonrası belirtilerin başladığı gün, hastanede yattığı süre, soy geçmişte ruhsal bozukluk ve doğum-ardı ruhsal bozukluk öyküsü, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, izlem süresi, izlemde yeni doğum ve izlem süresince ruhsal bozukluğun yinelenmelerine yönelik bilgi sağlamak için kullanıldı.

Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ): DDÖ 10 maddeli görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Psikomotor etkinlik, yönelim, dikkat, bellek, algılama, düşünce süreci, düşünce içeriği, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma, günüçi değişkenlik/dalgalanma ve duygudurumda dalgalanma alt maddelerini kapsar. Her madde 0–3 arası dörtlü likert biçiminde değerlendirilmektedir. DDÖ, Aydemir ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiştir.

Ülkemizde konfüzyonu değerlendirmeye ve ölçmeye yönelik geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ölçek yoktur.

Çalışmamızda konfüzyonun varlığını değerlendirmek için DDÖ kullanıldı. Bu ölçeğin maddelerinden yönelim, dikkat ve bellek puanlarının her birinden, iki ve üstünde olması konfüzyon olarak kabul edildi.

Klinik Global İzlenim ölçeği (KGİ): Ruhsal bozukluğun şiddetini ve izlemde tedavi ile iyileşmeyi değerlendirmek için KGİ ölçeğinin şiddet (KGİ-Ş) ve global iyileşme (KGİ-İ) düzeylerini gösteren alt ölçekleri kullanıldı. KGİ-Ş ile ruhsal bozukluğun şiddeti saptandı. Ölçekteki şiddet değerleri 1 (normal, hasta değil) ile 7 (en ileri derecede hasta) arasındadır. KGİ-İ ile ruhsal bozuklukta global iyileşme belirlendi. Ölçekteki global iyileşme değerleri 1 (çok iyileşti) ile 7 (çok daha kötü) arasındadır (Guy 1976). Klinik belirtilerin yatıştığı ortalama gün çalışmanın 15. ve 30. günlerinde uygulanan KGİ-İ ölçeğinde hastaların çok iyileşme (1) ve oldukça iyileşmeye (2) ulaştığı zaman için kullanılmıştır. Çalışmanın 6. ayında KGİ-İ ölçeği ile yapılan değerlendirmede, hastalar çok düzeldi (1) ve kısmen düzeldi (2–3) biçiminde tedaviye cevap açısından değerlendirildi. KGİ-Ş, hastaların hastaneye yatışından hemen sonra ve belirtilerin tedaviye yanıtını değerlendirmek için, KGİ-İ ilk iki ayda 15 günde bir ve daha sonra 6. ayın sonunda uygulandı.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi 13.0 versiyonu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenler için dağılımların normal olmaması nedeniyle Mann-Whitney U Testi, kategorik değişkenler için Ki-kare ve Fisher'in Kesinlik Testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık derecesi olarak $p \leq 0.05$ kabul edilmiştir.

TABLO 2. Uzun Süreli İzlemede DSM-IV Göre Son Tanılar.

	Doğum-ardı psikoz	Kontrol grubu
Şizofreni	(6) % 26.1	(9) % 36
Şizofreniform bozukluk	(4) % 17.4	(1) % 4
Şizoaffectif bozukluk	(4) % 17.4	(1) % 4
Kısa psikotik bozukluk	(4) % 17.4	(6) % 24
Bipolar bozukluk	(5) % 21.7	(8) % 32
Toplam	(23) % 100.0	(25) % 100.0

BULGULAR

Doğum-ardı ruhsal bozukluk gelişen 36 hastanın kliniğe yatışı sırasında yapılan değerlendirmesinde hastalara; % 63.9 (n=23) doğum-ardı psikoz ve % 36.1 (n=13) doğum-ardı depresyon tanısı konuldu.

Doğum-ardı psikoz hastaların % 73.9'unda (n=17) ilk doğumda, % 26.0'sı (n=6) ikinci ve diğer doğumlarında (% 13.0'ü (n=3) ikinci, %8.7'si (n=2) üçüncü ve % 4.3'ü (n=1) dördüncü) klinik tablonun geliştiği görüldü. Hastaların % 82.6'sı (n=19) normal vajinal yol ve % 17.4'ü (n=4) sezaryen ile doğum yaptılar. Bebeklerin cinsiyet oranları % 47.8 kız ve % 52.2 erkekti. Olguların soygeçmişlerinde % 26.1 (n=6) şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları öyküsü varken, doğum-ardı ruhsal bozukluk öyküsü yoktu. Kontrol grubunun soygeçmişinde doğum-ardı ruhsal bozukluk öyküsü yokken, şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları öyküsü ise % 16.0 (n=4) olarak saptandı. İki grup arasında soygeçmişte ruhsal bozukluk olması sıklığı oranları açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

Uzun süreli izlemede tanılar, DSM-IV sınıflama sistemine göre konuldu. DSM-IV'e göre tanılar Tablo 1'de gösterilmiştir. Doğum-ardı psikoz hastalarına izlemede; şizofreni % 26.1 (n=6), şizofreniform bozukluk % 17.4 (n=4), şizoaffectif bozukluk %17.4 (n=4) kısa psikotik bozukluk % 17.4 (n=4), bipolar bozukluk % 21.7 (n=5) ve kontrol grubuna ise şizofreni % 36 (n=9), şizofreniform bozukluk % 4 (n=1), şizoaffectif bozukluk %4 (n=1), kısa psikotik bozukluk % 24 (n=6), bipolar bozukluk % 32 (n=8) tanıları konuldu. Tek psikotik atak geçiren bir daha ruhsal bozukluğu yinelemeyen hastalara epizodun süresi göz önünde tutularak DSM-IV'e göre kısa psikotik bozukluk ya da şizofreniform bozukluk tanısı konulmuştur. İstatistiksel analizin yapılması için tanılar DSM-IV'te geçtiği gibi duygudurum bozukluğu

ve şizofreni, diğer psikotik bozukluklar biçiminde iki alt başlık altında toplandı. Uzun süreli izlem sonucunda, doğum-ardı psikoz olgularının % 21.7'sine (n=5) duygudurum bozukluğu ve % 77.9'una (n=18) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı konuldu. Kontrol grubunda ise % 32.0'sine (n=8) duygudurum bozukluğu ve % 68.0'ine (n=17) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı konuldu. Son tanıların dağılımı açısından yapılan değerlendirmede iki grup arasında istatistiksel bir fark saptanmadı (p=0.523) (Tablo 2).

Çalışmanın kontrol grubu ile karşılaştırma kısmına dahil edilmemiş olan doğum-ardı depresyon gelişen 13 hastaya, uzun süreli izlemede duygudurum bozukluğu (10'una major depresif bozukluk ve 3'üne bipolar bozukluk) tanısı konuldu.

Doğum-ardı psikoz tanısı konulan 23 hastanın % 34.8'sinde (n=8) konfüzyon saptandı. Kontrol grubunda ise % 4.1 (n=1) hastada konfüzyon saptandı. Yapılan değerlendirmede doğum-ardı psikoz gelişen olgularda, doğumla ilişkili olmayan ilk psikotik atak geçiren olgulara göre konfüzyonun daha fazla görüldüğü ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0.006, $\chi^2=7.451$). Doğum-ardı depresyon hastalarında konfüzyon görülmedi. Son tanı grupları duygudurum bozukluğu ile şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı konulan hastalar arasında konfüzyonun görülmesi açısından istatistiksel olarak bir fark saptandı (p=0.047). Konfüzyon saptanan hastalardan izlemede iki hastaya şizofreni, iki hastaya şizoaffectif bozukluk, üç hastaya kısa psikotik bozukluk ve bir hastaya da şizofreniform bozukluk tanıları konuldu.

Doğum-ardı psikoz hastalarının % 8.7'si (n=2) orta-belirgin derecede hasta, % 91.3'nün (n=21) şiddetli hasta olduğu saptandı. Kontrol grubunda ise 25 hastanın % 8'nin (n=7) orta-belirgin derecede hasta ve % 72'nin (n=18) şiddetli hasta olduğu saptandı. İki grup arasında

TABLO 3. Doğum-ardı Psikoz ve Doğumla İlişkisiz İlk Psikotik Atak Geçiren Hastaların Yaş, Eğitim ve Klinik Özellikleri.

	Doğum-ardı psikoz (n=23)	Doğumla ilişkisiz ilk psikotik atak (n=25)	p
Yaş (çalışmaya alındığı anda)	25.09±5.93 (18–43)	26.24±3.81 (19–33)	p=0.129*
Eğitim yılı	6.82±2.83 (5–13)	6.64±2.34 (5–13)	p=0.962*
Soy geçmişte ruhsal bozukluk öyküsü	(6) % 26.1	(4) % 16.0	p=0.487**
Soy geçmişte doğum-ardı ruhsal bozukluk öyküsü	Yok	Yok	p=0.006***
Konfüzyon	(8) % 34.8	(1) % 4.1	x ² =7.451
Yineleme	(15) % 65.2	(18) % 72	
İzlem Süresi (yıl)	4.00±1.62 (2–6)	3.96±1.24 (2–6)	p=0.746*
Hastanede yattığı gün	20.30±8.25 (11–45)	18.04±3.32 (11–25)	p=0.803*
Belirtilerin yatıştığı gün	19.47±9.76 (6–43)	15.00±2.30 (8–19)	p=0.186*

*Mann Whitney U Testi, **Fisher'in Kesinlik Testi, ***Ki-Kare Testi.

KGİ-şiddet değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Çalışmanın 6. ayında KGİ-İ ölçeği ile yapılan değerlendirmede, doğum-ardı psikoz hastalarının % 56.5'inin (n=13) çok düzeldiği, % 43.4'nün (n=10) kısmen düzeldiği görüldü. Kontrol grubunda ise 25 hastanın % 64'nün (n=16) çok düzeldiği ve %36'sının (n=9) kısmen düzeldiği saptandı. İki grup arasında KGİ-iyileşme değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Doğum-ardı psikoz hastalarında KGİ-İ oranlarına son tanılar açısından bakıldığında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubundaki hastaların % 44.4'ünün (n=8) çok düzeldiği, % 55.6'sının (n=10) kısmen düzeldiği ve duygudurum bozuklukları grubunda % 100'ünün (n=5) çok düzeldiği saptandı. Yapılan değerlendirmede son tanılar açısından iyileşme dereceleri arasında anlamlı istatistiksel bir fark olduğu saptandı (p=0.046).

Doğum-ardı psikoz hastalarının izleminde % 65.2 (n=15) oranında ruhsal bozukluk yineledi. Doğum-ardı psikoz hastalarının % 47.8'i (n=11) tekrar doğum yaptı. Doğum yapan bu hastaların 7'sinde doğum-ardı ruhsal bozukluk yineledi. Kontrol grubundaki hastaların ise %72'sinde (n=18) ruhsal bozukluk yineledi. İki gruptaki ruhsal bozukluğun yineleme oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Yeni doğumla ilişkili olarak ruhsal bozukluğun yinelenmesi son tanı grubundaki duygudurum bozukluğu ile ilişkili bulundu (p=0.001). Ancak doğum dışı ruhsal bozukluğun yinelemesi (p=0.611) ve toplam yineleme

açısından (p=0.122) son tanılar arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı.

Çalışmaya alınan ve ortalama 4.00±1.62 (2–6) yıllık izlemi yapılan doğum-ardı psikoz başlamış olan 23 hastanın, yaş ortalaması 25.09±5.93 (18–43), eğitim süreleri 6.82±2.83 (5–13) yıldır. Ortalama doğum sayısı 1.43±0.84 (1–4) olan hastalarda, doğum sonrası belirtilerin başladığı gün 17.77±25.83 (2–115), belirtilerin yatıştığı gün 19.47±9.76 (6–43) ve yatış süreleri de ortalama 20.30±8.25 (11–45) gün olarak saptandı.

Ortalama izlem süresi 3.96±1.24 (2–6) yıl olan kontrol grubunun ise yaş ortalaması 26.24±3.81 (19–33), eğitim yılı 6.64±2.34 (5–13), hastaneye yatış süresi 18.04±3.32 (11–25) gün ve belirtilerin yatıştığı gün 15.00±2.30 (8–19) olarak saptandı. İki grup arasında yaş (p=0.125), eğitim yılı (p=0.962), hastaneye yatış günü (p=0.803), izlem süresi (p=0.746) ve belirtilerin yatıştığı gün açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmadı (Tablo 3).

TARTIŞMA

Giriş bölümünde söz ettiğimiz gibi doğum-ardı ruhsal bozukluklar, kendine özgü bir tanı kategorisi midir? Duygudurum bozuklukların ya da şizofrenik psikozların bir atağı mıdır? Bu konu psikiyatri yazınında halen tartışmalıdır. İlk önceleri doğum-ardı ruhsal bozukluklar, gebelik ve doğumla ilgili özgün ruhsal bozukluklar olarak düşünülmüş ve diğer ruhsal bozukluklardan farklı bir tanı kategorisi olarak değerlendirmeye çalışılmıştır (Kandirmas ve ark. 1979, Dean ve Kendell 1981). Ancak

son zamanlarda daha çok var olan tanı kategorileri içinde değerlendirme yaklaşımı ön plandadır.

Bugüne kadar doğum-ardı ruhsal bozuklukları araştırnan çalışmaların çoğu geriye dönük olarak dosya taraması ve hastaların tekrar aranarak çağırılması yolu ile yapılmıştır. Pek çoğunun da kontrol grubu bulunmamaktadır. Bu çalışma ise kontrol grubu olan ileriye dönük bir izleme çalışmasıdır.

Doğum-ardı psikoz tanısının DSM-IV'te özgül olarak yer almaması ve klinik seyrin değişken olabileceği düşünülerek duygudurum ve şizofreni için kullanılan standart ölçekler kullanılmadı. Konfüzyon için ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği bulunan bir ölçek bulunmadığından DDÖ alt maddeleri kullanıldı. Bunlarla beraber olgu sayısının azlığı ve klinik belirtilerin başlangıç süresinin ruhsal bozukluk belirtileri nedeniyle hasta yakınılarından alınması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

Çalışmamızda doğum-ardı ruhsal bozukluk belirtilerinin başladığı süre ortalama olarak 2.5 hafta olarak bulunmuştur. Bu süre, Agrawal ve arkadaşlarının (1997) Hindistan'da yaptıkları çalışmada buldukları 2 haftalık süreye yakındı. Ancak ülkemizde yapılmış olan Kırpınar ve arkadaşlarının (1999) saptamış oldukları 3.61 hafta, Robling ve arkadaşlarının (2000) İngiltere'de saptamış oldukları ortalama 4 haftalık süreden kısadır. Bu bulgular doğum-ardı psikoz belirtilerinin başlama süresinin, doğudan batıya gidildikçe uzadığına işaret etse de diğer çalışmalarda geriye dönük dosya taramaları, hasta yakını ya da hastadan bilgi alınması ile kayıtların yapılması ve ortak bir yöntem izlenmemiş olması bu bulgunun yorumunu güçleştirmektedir.

Doğum-ardı psikoz hastalarının klinik belirtilerinin yatışma süreleri (19.47 ± 9.76) ile kontrol grubunun yatışma süreleri (15.00 ± 2.30) arasında istatistiksel bir fark yoktu. Bu sonuç Kırpınar ve arkadaşlarının (1999) çalışmasındaki doğum-ardı grubun daha önce iyileşmeye başlamasından farklı bir bulgudur.

Hastalarının %73.9'unda, doğum-ardı psikozun ilk doğumdan sonra geliştiği saptandı. Bu bulgu daha önce yapılmış çalışmalarda da ilk doğum sonrasında doğum-ardı psikoz gelişme riskinin daha fazla olduğu sonucuyla uyumludur (Kırpınar ve ark. 1999, Pfuhmann ve ark. 1999, Blackmore ve ark. 2006). Bu bulguların ışığında, ilk doğumda meydana gelen biyolojik ve ruhsal değişikliklerin ruhsal bozukluğun başlaması açısından, kadınlar için sonraki doğumlardan daha büyük risk içerdiği söylenebilir.

Doğum-ardı ruhsal bozuklukların belirtileri üzerine yapılan çok az çalışma vardır. Doğum-ardı psikoz tanısı

konulan hastalarda, bilişsel karmaşa ve garip davranışların çok görüldüğü bildirilmiştir (Wisner ve ark. 1994). Brockington ve arkadaşlarının (1981) çalışmasında, 58 doğum-ardı psikoz ile 52 doğum-ardı olmayan psikoz tanısı konulan kadın hastalar karşılaştırılmış ve doğum-ardı grupta konfüzyon daha sık ve daha şiddetli olarak saptanmıştır. Bu bulguların karşısı olarak Oosthuizen ve arkadaşlarının (1995) 20 doğum-ardı psikoz hastası ile yaşça eşleştirilmiş 20 manik kadın hastanın karşılaştırıldığı bir başka çalışmada bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, konsantrasyon değişiklikleri açısından bir fark bulunmamıştır. Ancak doğum-ardı psikozu olan grupta şaşkınlık (perpleksite) daha fazla bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarımız, doğum-ardı psikoz tanısı konulan hastalarda, doğumla ilişkili olmayan ilk psikotik atak tanısı konulan hastalara göre konfüzyonun yüksek oranda (% 34.8) ortaya çıktığını desteklemektedir. Benzer şekilde ülkemizde yapılmış olan Kırpınar ve arkadaşlarının (1999) makalesinde konfüzyon oranı (% 59.3) bizim çalışmamızın sonuçlarına göre daha yüksek oranda saptanmıştır. Aynı çalışmada konfüzyonun doğum-ardı ruhsal bozukluklardan, doğum-ardı psikoz grubunda daha çok görüldüğü bildirilmiştir. Konfüzyon oranlarındaki bu farklılık, kullanılan konfüzyon değerlendirme yöntemlerinin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Doğum-ardı hastaları kendi içinde değerlendirildiğinde, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanıları konulan hastalarda, duygudurum bozukluğu tanıları konulan hastalara göre anlamlı olarak fazla konfüzyon saptandı ($p=0.047$). Daha geniş bir çalışma grubunda bu farkın daha belirgin hale gelebileceğini düşünüyoruz. Bu sonuçların ışığında, konfüzyonun doğum-ardı psikozun önemli bir belirtisi birleşeni olduğu ve doğum-ardı ruhsal bozukluklarda ortaya çıkan konfüzyonun, daha çok şizofrenik bir sürece işaret ettiği söylenilebilir.

Batı ülkelerinde doğum-ardı dönemde gelişen ruhsal bozukluklara, uzun süreli izlemde daha çok duygudurum bozukluğu (Brockington ve ark. 1981), aksine doğu ülkelerinde ise daha çok şizofrenik bozukluk tanısı konulduğu görülmektedir (Kırpınar ve ark. 1999). Doğum-ardı başlangıçlı ve doğum-ardı başlangıçlı olmayan ruhsal bozukluğu olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, ilk başta konulan tanılarda bir farklılık bulunmamıştır. Ancak 5 yıl sonra araştırma tanı ölçütlerine (Research Diagnostic Criteria, RDC) göre tekrar sınıflandırıldıklarında, doğum-ardı başlangıçlı olanların % 95'ine ve olmayanların % 75'ine duygudurum bozukluğu tanıları (şizoaffektif bozukluk, manik dönem veya bipolar bozukluk) konulmuştur (Wisner ve ark. 1995). Başka bir çalışmada ise doğum-ardı psikotik atak geçiren 110

kadının % 86'sının ileride bipolar bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (Robertson ve ark. 2002). Çalışma sonuçlarımız Kırpınar ve arkadaşlarının (1999) çalışma sonuçlarına benzer şekilde uzun süreli izlem sonucunda, doğum-ardı psikoz olgularına duygudurum bozukluğundan ziyade (% 21.7) daha çok şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (% 77.9) tanısı konulduğunu desteklemektedir.

Uzun süreli izlem çalışmalarında doğum-ardı psikozun, sonraki dönemlerde takip eden doğumlarda ve doğum olmadan da % 65 oranında yinelediği bildirilmiştir (Müller 1985). 16 çalışmanın ele alındığı bir gözden geçirmede, doğum-ardı psikoz tanısı konulan hastaların % 18-37'sinin tekrar doğum sonrası atak, buna karşılık % 39-81'inin doğum dışı atak geçirdikleri belirtilmiştir (Chaudron ve Pies 2003). Çalışmamızda doğum-ardı psikoz hastalarının % 65.2'sinde ruhsal bozukluk yineledi. Bunların % 46'sı takip eden doğumlardan sonra yineledi. Kırpınar ve ark. (1999) çalışmasında % 81.2 iken, Pfuhmann ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında daha düşük % 51 olarak bildirilmiştir. Kontrol grubunda ise izlemde ruhsal bozukluk % 72 oranında yineledi. Bu sonuçlara bakıldığında doğum-ardı psikozun, doğum dışı gelişen psikotik ataklar gibi yinelediği görülmektedir. Ayrıca doğumla ilişkili olsun olmasın ilk psikotik atak geçirildikten sonra, bir stresör olmasa bile ruhsal bozukluğun tekrarlama riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Agrawal P, Bhatia MS, Malik SC ve ark. (1997) Postpartum psychosis: a clinical study. *Int J Soc Psychiatry*, 43(3):217-22.
- Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS ve ark. (1998) Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum period. *J Clin Psychiatry*, 59:29-33.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV), 4. baskı, (çev. ed.: E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Aydemir Ö, Noyan A, Gülseren AŞ ve ark. (1998) Deliryum Derecelendirme Ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. *3P Dergisi*, 6: 21-27.
- Blackmore ER, Jones I, Doshi M ve ark. (2006) Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*, 188: 32-6.
- Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM ve ark. (1981) Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 829-833.
- Brockington I (2004) Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363: 303-310.
- Chaudron LH, Pies RW (2003) The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*, 11: 1284-1292.
- Danacı AE, Dinç G, Deveci A ve ark. (2000) Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 11(3): 204-211.

Doğum-ardı psikoz hastalarının soy geçmişlerinde ruhsal bozukluk olması ile ruhsal bozukluk yinelemesinin ilişkisi bulunmadı. Ancak aradaki ilişkinin açıklanabilmesi için daha büyük gruplarla yapılacak çalışmalara gereksinim olabilir.

Çalışmadaki iki grubun başlangıç ve takipteki ruhsal bozukluk şiddetleri ve iyileşme oranları karşılaştırıldığında gerek yatış şiddetleri gerekse de takipteki iyileşme oranları açısından fark olmadığı saptandı. Ancak doğum-ardı psikoz hastaları son tanılar açısından değerlendirildiğinde, duygudurum bozuklukları grubunun şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubuna göre daha çok düzeldiği görüldü. Bu bulgular ruhsal bozukluk gidişinin belirleyicisinin doğum-ardı başlangıç olmaktan çok uzun dönemde konulan tanı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak çalışma grubumuzda, hastalık gidişinin hangi yönde olacağını, doğum-ardı başlangıcın tek başına belirleyemeyeceği sonucuna vardık. Çalışmamızın sonuçları uzun süreli izlemde doğum-ardı psikozun doğum dışı gelişen ilk psikotik ataktan konfüzyon açısından farklı olduğunu göstermiştir. Tanısal gidişin belirleyicisi, doğum-ardı başlangıçtan çok konfüzyon gibi görünmektedir. Uzun süreli izlemde doğum-ardı psikoz tanısı konulan hastalara, doğum dışı gelişen psikotik atak tanısı konulan hastalara benzer şekilde daha çok şizofreni tanısı konulmaktadır. Bu sonuç DSM-IV'te belirtilen ruhsal bozukluk tanılarından, tanısal açıdan farklı bir değerlendirmenin gerek olmadığı düşüncesini desteklemektedir.

- Dean C, Kendell RE (1981) The symptomatology of puerperal illnesses. *Br J Psychiatry*, 139: 128-133.
- Guy W (1976) ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Publication (ADM), s. 218-22.
- Halbreich U (2005) Postpartum disorders: Multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *J Affect Disord*, 88: 1-7.
- Hays P, Douglas A (1984) A comparison of puerperal psychosis and the schizopreniform variant of manic depression. *Acta Psychiatr Scand*, 69: 177-181.
- Kandrmaz A, Winokur G, Crowe R ve ark. (1979) Postpartum mania. *Br J Psychiatry*, 135: 551-554.
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C ve ark. (1987) Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*, 150: 662-673.
- Kırpınar İ, Coşkun İ, Çayköylü A ve ark. (1999) First-case postpartum psychoses in eastern Turkey: a clinical case and follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 100:199-204.
- Müller C (1985) On the nosology of postpartum psychoses. *Psychopathology*, 18: 181-184.
- Nonacs R, Cohen LS (1998) Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 2): 34-40.
- O' Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM ve ark. (1984) Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol*, 93: 158-171.

Oosthuizen P, Russouw H, Roberts M ve ark. (1995) Is puerperal psychosis bipolar mood disorder? A phenomenological comparison. *Compr Psychiatry*, 36: 77–81.

Pfuhlmann B, Franzek E, Beckmann H ve ark. (1999) Long-term course and outcome of severe postpartum psychiatric disorders. *Psychopathology*, 32: 192–202.

Platz C, Kendell RE (1988) A matched-control follow-up and family study of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*, 153: 90–94.

Robertson E, Jones I, Craddock N ve ark. (2002) Predicting non-*puerperal* attacks of illness in women with bipolar affective *puerperal* psychosis (abstract). Presented at the Marce Society international biennial scientific meeting, Sept 25–27, Sydney, Australia.

Robling SA, Paykel ES, Dunn VJ ve ark. (2000) Long-term outcome of severe *puerperal* psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychol Med*, 30: 1263–1271.

Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH ve ark. (1994) Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord*, 30:77–87.

Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH ve ark. (1995) Psychiatric episodes in women with young children. *J Affect Disord*, 34: 1–11.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD–10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırması, (çev. ed.: MO Öztürk, B Uluğ), Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.