

Postpartum Psikoz

Postpartum Psychosis

Emine Füsün Akyüz Çim

TC Sağlık Bakanlığı Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Van

ÖZET

Lohusalık sürecinde gözlenen psikopatolojik durumlar içerisinde, klinik tablo ve olası sonuçlar açısından en riskli olan durum postpartum psikozdur. Gebelik ve lohusa döneminde meydana gelen psikososyal değişim, uykusuzluk, hormonal faktörlerin oluşturduğu kuvvetli stresörler ile birlikte, genetik yatkınlık psikozun ortaya çıkışını kolaylaştırır. Postpartum psikozun prevalansı seyrek olsa da, özkıyım ve bebeğe karşı ciddi homosidal risk göz önüne alındığında, acil ve analitik müdahalenin önemi artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, postpartum, psikoz

ABSTRACT

Among the psychopathological conditions observed during the puerperium period, the most risky condition in terms of clinical picture and possible outcomes is postpartum psychosis. Psychosocial change during pregnancy and postnatal period, insomnia, genetic predisposition facilitates the emergence of psychosis with strong stressors caused by hormonal factors. Although the prevalence of postpartum psychosis is rare, the importance of urgent and analytical intervention is heightened when serious homicidal risk to suicide and babies is taken into account.

Key Words: Pregnancy, postpartum, psychosis

Klinik

Şizofreni ve benzeri psikotik durumlar; kişinin gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, hallüsinatuar yaşantı, hezeyanlar gibi pozitif semptomlar ve/veya içe çekilme, sosyabilitede azalma ile seyreden negatif semptomatoloji ile presente olabilmektedir. Postpartum psikoz DSM (The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)- 5'de "Kısa Psikoz Bozukluğu" tanısı kapsamında değerlendirilmektedir. Her ne kadar psikotik tanı spekturumunda değerlendirilse de, çalışmalar lohusalık psikozunun duygu durum bozuklukları ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (1-2).

Postpartum psikozda psikotik belirtilerin başlangıcı genellikle doğumdan sonraki ilk 3 hafta içinde olur. Postpartum 3.-14. günler ise hastalığın en sık başladığı dönemdir (3). Bazı olgularda ise, doğuma yakın dönemde başlayan hafif şiddette prodromik belirtiler görülebilmektedir (4). Bu prodromik belirtiler sıklıkla uykusuzluk, iritabilite ve huzursuzluk gibi diğer postpartum psikopatolojilerde de olabilecek, patognomonik olmayan bir tablo oluşturabilir. Günler içerisinde varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma ve davranışlar, deliryum benzeri belirtiler kliniğe eklenir.

Postpartum psikoz olgularının hezeyanları ve hallüsinatuar yaşantısı sıklıkla bebek ile ilgilidir. Bebeğin öldüğüne, anomalili doğduğuna ilişkin inançları ve bebeğe zarar vermesini söyleyen işitsel varsanıları olabilmektedir. Bu belirtiler kümesi öz kıyım ve/veya bebeğe zarar verme ihtimalini arttırmaktadır. Kognitif bozulma ve deliryum benzeri belirtiler ise; mental konfüzyon, intruziv ve bizar düşüncelere karşı karasız tutum, iyilik halini takip eden psikotik semptomlar şeklinde olabilmektedir (5,6).

Gebelik ve postpartum dönemde, başta endokrin sistem olmakla birlikte, tüm vücutta fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Özellikle vasküler ve hematopoetik sistemde meydana gelen değişiklikler, serebral venöz tromboz gibi organik psikotik tablolara neden olabilmektedir. Ayrıca Sydenam koresi, Wernicke ensefalopatisi, infektif deliryum (sepsis, ensefalit), epilepsi, hipopituitarizm, alkol yoksunluk sendromu, deliryum ve psikotik belirtilerin bir arada görülebileceği, postpartum dönemde oluşabilecek organik psikoz tabloları arasında yer almaktadır. Bu nedenle klinisyen olası organik etyoloji açısından allert olmalıdır.

*Sorumlu Yazar: Uzm. Dr. Emine Füsün Akyüz Çim

TC Sağlık Bakanlığı Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Van

Tel: +90 (505) 397 10 82, E-mail: drfusunakyuz@hotmail.com

Geliş Tarihi: 05.01.2017, Kabul Tarihi: 12.01.2017

Etyoloji ve Risk Faktörleri

Lohusalık döneminde psikoza yatkınlığı olan olgularda, gebelik ve doğumun beraberinde getirdiği psikososyal stresörler obstetrik komplikasyonlar, gece saatlerinde doğum yapma ya da doğum sürecinin uzamasından kaynaklanan uykusuzluk psikotik atağın oluşumunu kolaylaştırmaktadır (6,7).

Postpartum psikozun olası etyolojik faktörleri incelendiğinde, literatürde genellikle hormonal belirteçler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Literatürde özellikle östrojen ve tiroid hormonları incelenmiştir. Östrodiol, psikotik hastalık patogenezinde rol oynadığı düşünülen ve biyolojik açıdan kadınlar için dominant olan önemli bir sex steroididir. Sex steroidleri merkezi sinir sistemine biyokimyasal özellikleri nedeni ile kolayca geçebilmekte, bilişsel-kognitif faaliyetlerde direkt etkili olabilmektedirler. Kadınların yaşam sürecinde östrojen düzeylerinde ciddi dalgalanmaların olduğu, postpartum dönem, peri ve postmenapozal dönemler, menstural siklusun erken foliküler fazında psikotik eşik düşebilmektedir (8-10). Literatür sex steroidlerinin dramatik değişimlerini göz önünde bulundurarak, özellikle östrojen üzerine yoğunlaşsa da, postpartum psikozda kanıtlanmış etyolojik bir tanımlama yapılamamıştır.

Tiroid hormonları ve postpartum psikoz ilişkisini inceleyen çalışmalar genel olarak immünolojik temelli çalışmalardır. Gebelikte fetal dokunun korunması ve gebeliğin devamı için annede immün toleransın ön planda olması gerekmektedir. İmmün tolerans nedeniyle, serum antikor düzeyleri önemli ölçüde azalır ve immünolojik etyoloji kaynaklı hastalıklarda iyilik hali gözlenir (11,12).

İmmün kökenli, postpartum otoimmün tiroid hastalıkları (AITD) ise, doğumdan sonraki ilk 1 yıl içinde ortaya çıkmaktadır. AITD, tiroid bezinde inflamasyon ve tiroid oto antikor titrelerinde yükselme ile seyretmektedir. Hipotetik olarak postpartum dönemde immün sistem aktivasyonundaki artış ve alta yatan AITD ile psikoz aktivasyonunun kolaylaştığı düşünülmektedir. Postpartum psikoza eşlik eden AITD vakaları olduğu gibi, geç başlangıçlı (doğumdan 4 haftadan sonra) olguların AITD ile ilişkili olmadığını düşündüren çalışmalar da mevcuttur (11).

Kanıtlanmış etyolojik faktörler arasında, postpartum psikozu en fazla öngören durum (%25-57 olasılıkla), daha önceki gebeliklerinde geçirilen postpartum psikoz atağıdır. Ayrıca

annenin medeni halinin bekar olması, ileri yaş, prenatal depresif epizod öyküsü, daha önce psikiyatrik tedavi alma ve ailede affektif psikoz hikayesi postpartum psikoz olasılığını arttırmaktadır (13).

Olası Sonuçlara Bakış

Tedavi edilmeyen olgularda özkıyım (%5 oranında) tabloya eşlik etmektedir. Diğer önemli bir durum ise, etkili müdahale edilmediğinde oluşabilecek bebeği öldürme davranışıdır (%4 oranında) (14). Bebeğe verilen hayati zararlar, infantisid (1 yaş altı bebeğin öldürülmesi) ve neonatasid (doğumdan sonraki ilk 24 saatte bebeğin öldürülmesi)'dir (15). 1980'lerden bu yana postpartum psikoz vakaları, bu nedenle dava konusu olabilmektedir (16). Ayrıca bozulmuş anne-bebek bağlanması, infantın kötüye kullanımı ve infantın ihmali olası sonuçlar arasındadır (17,18).

Uzun dönemli seyirde; postpartum psikotik atak geçiren olguların %72-88'inde bipolar bozukluk veya şizoaffektif bozukluk tanısı konulurken, %12'si ise şizofreni tanısı nedeniyle takip edilmektedir (19).

Bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen olguların retrospektif değerlendirmelerinde ise, %25-50 oranında postpartum psikoz epizodu yaşadığı, şayet bu olguların ailelerinde de postpartum psikoz hikayesi varsa, riskin %74'e kadar yükseldiği saptanmıştır (20). Sonuç olarak; çalışmalar postpartum psikozun duygudurum bozuklukları ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir.

Önleme

Postpartum psikoz epizodunu önlemek için kullanılan farmakolojik ajanlar mood stabilizatörleri, antidepresanlar, antipsikotikler ve hormonoterapiler ile sınırlıdır. Mevcut ajanlarla yapılan, vaka serileri ve karşılaştırmalı kontrol grup çalışmaları mevcuttur. Olgular daha önce postpartum psikoz epizodu yaşamış, bipolar bozukluk ve şizoafektif bozukluk tanısı almış olan dolayısıyla postpartum psikoz ortaya çıkma olasılığı yüksek gruptan seçilmiştir.

Bilszta ve ark.'nın (21) yaptığı vaka-kontrol grubu karşılaştırmalı çalışmada, tedavide mood stabilizatörleri, antipsikotik ve antidepresanlar kullanılmıştır. Sonuç olarak, risk grubundaki olgularda mood stabilizatörü kullananlarda relapsın önlendiği gözlenmiştir. Lityum bipolar bozuklukta oldukça sık kullanılan bir ajandır. Psikotik tablo ile bipolar bozukluk arasında ilişki

olduğu düşünülürken, yinelemeleri önlemek ve tedavi açısından lityum ilk tercihler arasındadır. Lityuma gebeliğin son 3 aylık döneminde ya da doğumdan hemen sonra başlanması önerilmektedir (22).

Kumar ve ark.'nın (23) yaptığı vaka serisinde; bipolar 1, bipolar 2 ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış olgular üç gruba ayrılmış ve bu gruplardaki olgulara sırasıyla 200 mg/dl, 400 mg/dl ve 800 mg/dl dozunda profilaktik transdermal östrojen uygulanmıştır. Bu çalışmada 12 hastada postpartum psikoz relapsı gelişmiştir. Relaps gelişen ve 800 mg/dl östrojen alan olgularda daha düşük doz antipsikotik ile tedaviye yanıt alınmıştır. Ayrıca 800mg/dl östrojen alan olgular diğer hospitalize olgulara göre daha kısa sürede hastaneden taburcu olmuşlardır.

Tedavi

Postpartum psikoz tedavisinde en uygun yaklaşım olguların hospitalize edilerek tedavi edilmesidir. Postpartum psikozun tedavisinde; mood stabilizatörleri, antipsikotikler, antidepresanlar, hormonoterapinin yanı sıra, β - blokerler ve EKT (elektrokonvülsif tedavi) tedavi seçenekleri arasında yer alır.

EKT farmakoterapiye dirençli birçok psikiyatrik hastalıkta kullanılabilir. Postpartum psikozda EKT, özellikle şiddetli özkıyım riskinin eşlik ettiği vakalarda uygulanır (24).

Hormon replasmanının tedavide faydalı olduğunu gösteren vaka serileri mevcuttur. Ancak hormonal faktörlerin postpartum psikoz tedavisindeki yerini anlamamız açısından daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (25).

Postpartum psikoz belirtileri uygun tedavi ile yaklaşık 2 ayda tamamen düzelmektedir. Hastalığın tekrarlama ihtimalinin yüksek olduğu olgularda koruyucu tedavi planlanmasının yapılması uygun bir yaklaşım olacaktır.

Sonuç olarak, postpartum psikoz nadir görülmesine rağmen, anne ve bebek için geri dönüşümsüz hayati sonuçlar doğurabilecek psikiyatrik acil bir durumdur. Tedavi için yapılacak müdahalenin olabildiğince hızlı bir şekilde yapılması ve olguların hospitalize edilmesi en uygun yaklaşımdır. Postpartum psikoz için riskli grubun, gebelik ve lohusalık döneminde erken tespit edilip, takiplerinin sık aralıklarla yapılması ve bu riskli grubun yakınlarına psiko-eğitim verilmesi tedaviyi kolaylaştıracaktır.

Kaynaklar

1. Marrs CR, Durette RT, Ferraro DP, Cross CL. Dimensions of postpartum psychiatric distress: preliminary evidence for broadening clinical scope. *J Affect Disord* 2009; 115(1-2): 100-11.
2. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health* 2006; 15(4): 352-368.
3. Rhode A, Marneros A. Postpartum psychoses: onset and longterm course. *Psychopathology* 1993; 26(3-4): 203-9.
4. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG* 2008; 115(3): 348-353.
5. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illness related to childbearing. *J Affect Disord* 1994; 30(2): 77-87.
6. Connell M. The postpartum psychosis defense and feminism: more or less justice for women? *Case W Res L Rev* 2002; 53: 143.
7. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. *J Affect Disord* 2004; 83(2-3): 215-220.
8. Faraone SV, Chen WJ, Goldstein JM, Tsuang MT. Gender differences in age at onset of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 1994; 164 (5): 625-629.
9. Bergemann N, Parzer P, Runnebaum B, Resch F, Mundt C. Estrogen, menstrual cycle phases, and psychopathology in women suffering from schizophrenia. *Psychol Med* 2007; 37(10): 1427-1436.
10. Rubin LH, Carter CS, Drogos L, Pournajafi-Nazarloo H, Sweeney JA, Maki PM. Peripheral oxytocin is associated with reduced symptom severity in schizophrenia. *Schizophr Res* 2010; 124(1-3): 13-21.
11. Bokhari R, Bhatara VS, Bandettini F, McMillin JM. Postpartum thyroiditis. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23(6): 643-50.
12. Luppi P. How immune mechanism are affected by pregnancy. *Vaccine* 2003; 21(24): 3352-3357.
13. Essali A, Alabed S, Guul A, Essali N. Preventive intervention for postnatal psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 2013; 39(4): 748-750.
14. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (ed 6, vol). Edited by Kaplan H, Sadock B. Philadelphia: Williams&Wilkins, 1995, pp 1059-66.
15. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969; 126(3): 73-82.

16. Nau ML, McNiel DE, Binder RL. Postpartum psychosis and the courts J Am Acad Psychiatry Law 2012; 40(3): 318-325.
17. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. Dev Psychopathol 2000; 12(2): 157-175.
18. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VNPG, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother- infant interactions in postpartum psychotic disorders. Arch Womens Ment Health 2006; 9(5): 285-288.
19. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Women's Health 2006; 15(4): 352-368.
20. Jones I, Craddock N. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. Am J Psychiatry 2001; 158(6): 913-917.
21. Bilszta JLC, Meyer D, Buist AE. Bipolar affective disorder in the postnatal period: investigating the role of sleep. Bipolar Disord 2010; 12(5): 568-578.
22. Stewart DE, Klompenhouwer JL, Kendell RE, van Hulst AM. Prophylactic lithium in puerperal psychosis. The experience of three centres. Br J Psychiatry 1991; 158(3): 393-397.
23. Kumar C, McIvor RJ, Davies T, Brown N, Papadopoulos A, Wieck A, et al. Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth. J Clin Psychiatry 2003; 64(2): 112-118.
24. Grigoridas S. Postpartum and its mental health problems. Romans SE, Seeman MV (eds.) Women's Mental Health. Philadelphia; Lippincott, Williams and Wilkins 2006; 283-296.
25. Huang MC, Wang YB, Chan CH. Estrogen-progestrone combination for treatment-refractory postpartum mania. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62(1): 126.