

Gebelikte Ruhsal Durum

Psychical Situation in Pregnancy

Nesim KUĞU *, Gamze AKYÜZ*

ÖZET

Gebelik kadınlar için doğal bir yaşam krizidir. Gebelik esnasında önemli biyolojik ve psikososyal değişiklikler olmaktadır ve evlilik, aile ve toplumsal rollerdeki hızlı değişime uyum sağlanması gerekmektedir. Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmektedir. Bu yazıda gebelik psikolojisi ve gebelik ilişkili ya da gebelik sırasında görülen psikiyatrik bozukluklar kısaca gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, psikoloji, psikiyatrik bozukluklar.

SUMMARY

Pregnancy is a natural life crisis for females. Biological and psychosocial changes are important during pregnancy and an adjustment to rapidly changing relations in marriage, family and social roles is required. The specific psychological adjustment process of each trimester in pregnancy was stated. In this paper, pregnancy psychology and psychiatric disorders related to pregnancy encountered during pregnancy were reviewed.

Key Words: Pregnancy, psychology, psychiatric disorders.

C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 23 (1): 61 - 64, 2001

GİRİŞ

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam krizidir. Kadının kendi yaşam özgeçmişinde anne babası ve ailesiyle ilgili yaşadığı duygular, tutumlar ya da örselemler gebeliğe ilişkin tutumlarda etkilidir(1). Öte yandan gebe kadın biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yaşar ve üreme, gebelik hakkındaki derinden hissettiği inançları da gebeliğe karşı tutumlarını etkiler(2). Benedek, 'anneliğe doğru fiziksel ve emosyonel olgunlaşmasını tamamlama başarısına ulaşan kadınların, anneliği inkar edenlere göre daha şanslı olduğunu' ifade ederken, Veevers 'annelik emri'ni tanımlayarak sosyal tutumların çocuk şansı olmayanları eleştirdiğini belirtmiştir. Erikson ise en iyi yetişkin gelişimi olarak 'üretkenlik' hakkında konuşmuştur(3).

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, gebe kadınları rutin olarak izlemektedirler. Bu durum, gebelerin fiziksel olduğu kadar ruhsal durumlarının da izlenmesine olanak sağlar. Gebelere hizmet veren tüm sağlık personelinin (kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, pratisyen hekimler, ebeler vb) gebelik psikolojisi ve gebelik esnasında görülebilen psikiyatrik bozukluklar

hakkında bilgi sahibi olması, gebelikteki psikofizyolojik ve psikososyal reaksiyonların önlenmesi, tanınması, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönlerinden önem taşımaktadır. Bu yazıda, söz edilen nedenlerden dolayı gebelikte ruhsal duruma vurgu yapılmış ve konu kısaca gözden geçirilmiştir.

GEBELİK PSİKOLOJİSİ

Her gebeliğin, planlı olsun veya olmasın, hem bilinçli hem de bilinçdışı güdüleyicileri vardır. Bunlar, sevmeye, sevilme ve narsistik gereksinimleri, yetiştirme isteklerini, kadınlığını doğrulamayı ve bazen kaybın yerine konmasını içermektedir. Ancak bunlar bazen endişe, kaygılı bekleyiş ve yüklenme de yaratabilir(3). Gebelik, ambivalans ve çatışmanın da eşlik edebildiği, olgunlaşmayla ilgili potansiyel sağlayan normal gelişimsel bir deneyim olarak görülebilir(3).

Gebelikte kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar(l). Kendi gelişimlerinin erken evrelerinde kadınlar, annelerinden ayrılma ve bağımsız bir kimlik geliştirme deneyimi yaşamaktadır. Bu deneyim, daha sonra annelikteki kendi başarılarını etkileyebilir. Eğer zayıf bir anne modeli söz konusu ise, kadınların anneye yarışma hissi yetersiz olabilir ve kadın bebeğin doğumundan önce ve sonra güven eksikliği içinde olabilir(2). Gebelik sürecinde anne ve kızı değişen rollere ve kimliklere uyum sağlamak zorundadır. Geçmişteki çekişme ve ambivalans, bağımlılık için artan istekler kadar suçluluk ve öfke hislerine de neden olabilir. Anne ve kızı arasındaki rekabetçi hisler ve kızın çocuk statüsündeki potansiyel kayıp, hem anne hem de kızı için belirgin konulardır(3).

Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir. İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir(l). Fetusa psikolojik bağlanma, uterus içinde başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Doğmadan önce bile fetus ayrı olarak hissedilir ve doğum öncesi bir kişilikle donatılır. Annelerin çoğu, doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetusa emosyonel konuşma, yalnızca erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda sigara içme ve kafeini bırakma gibi annenin sağlıklı gebelikle

ilgili çabalarını da gösterir. Psikanalitik teorisyenlere göre, çocuk annenin umutlarını ve korkularını yansıtan boş bir ekran gibidir(2).

Gebeliğin başlangıcında görülebilen bitkinlik, bulantı ve kusmalar aşırı olursa, gebelik hakkında ambivalansı temsil eden psikolojik kökenli bir durum olarak düşünülür ancak aşırılıkla ilgili semptomatolojinin düzeyi hakkında uzlaşma yoktur. Ayrıca biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkileşiminin nasıl olduğu açık değildir(3). İkinci trimesterde fetusa olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar(l).

Bir çok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevmeye kapasiteleriyle ilgili anksiyeteyi yüzeye çıkarır(3). Genel olarak tanınan bir fenomen olmasına rağmen doğumla ilgili anksiyete farklı yönler içermektedir(4). Gebe kadınların % 20'sinin doğum korkusu yaşadığı ve bunların % 6'sında bu korkunun ciddi şekilde güçsüzlük korkusu olduğu bildirilmiştir(5). Doğum korkusu olan ardışık 100 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin % 46'sında geçmişte komplikasyonlu doğum öyküsü olduğu, % 73'nün doğum ekibi ve uygun destek sağlanması konusunda güven eksikliği bildirdiği, % 65'nin fiziksel ve zihinsel olarak doğum yapmadaki yeteneksizliklerinden korktukları, % 55'inde ölüm korkusu ve % 44'ünde doğum esnasında kontrol kaybı korkusu olduğu, % 43'ünün ise doğum esnasında dayanılmaz ağrı beklentisi içinde olduğu bulunmuştur(6). Doğumla ilgili anksiyetenin ardındaki nedenleri anlamak önemlidir çünkü doğum esnasındaki anksiyete, gebelik sürecinde kadını üzmemekte ve etkili olmayan uterus kasılmaları gibi komplikasyonlara katkıda bulunmaktadır(6,7). Çocukluk çağı ve cinsel gelişimdeki olumsuz deneyimler, doğum korkusuyla birliktedir(8). Doğumla ilgili psikanalitik açıklamalar, doğumla ilgili korkuların kuşaktan kuşağa geçen derindeki ölüm korkusunun dışavurumları olduğu şeklindedir(4).

GEBELİK VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır(l). Gebelik esnasındaki muazzam fizyolojik ve psikolojik değişikliklere rağmen yetişkin kadınların çoğu bu süreci iyi tolere

eder. 10"lu yaşlardaki anne adayları yetişkinler kadar tolere edici değildir ve intihar riski artar. Özellikle istenmeyen bir evlilik ve sosyal destek yoksunluğu durumlarında intihar riski artmaktadır(2). Gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar, gebelik esnasında uyum sorunlarını artırabilir(3). İkinci trimestere nazaran 1. ve 3. trimesterde psikiyatrik bozukluklar daha sıktır. İlk trimesterde istenmeyen gebelikler, anksiyete ve depresyonla ilişkilidir. 3. trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliğiyle ilgili kuşuklar olabilir. Gebelikte psikiyatrik semptomlar, geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda daha sıktır. Gebelikte küçük duygusal semptomlar yaygın olmasına rağmen ciddi psikiyatrik bozukluk olasılığı, aynı yaşta ki gebe olmayan kadınlara nazaran daha azdır(9).

Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Önemli olan anksiyete bozukluğu ile normal anksiyetenin ayırt edilmesidir(10). Normal nüfusta anksiyete bozukluklarına kadınlarda erkeklerden daha sık rastlanmaktadır ancak gebelikte nasıl seyrettiği, anksiyete ve panik ataklarının gebe ve fetus üzerine olan etkileri hakkında pek az bilgi bulunmaktadır(11). Panik ataklarının gebelik sırasında azaldığı ve doğum sonrası dönemde arttığına ilişkin veriler olduğu bildirilmektedir(11,12). Obsesif kompulsif bozukluk ise hem gebelikte hem de postpartum dönemde kötüleşmektedir(12). Depresyon gebelik sırasında görülen en yaygın ruhsal bozukluktur ve gebelikte depresyon görülme oranı % 10 dolayındadır(10,12). Duygudurum bozukluğu gösteren kadınlarda gebelikte remisyon olabilmektedir. Tedavi gerektirecek düzeyde mani görülmesi de olasıdır. Postpartum dönemde ise duygudurum bozukluklarına eğilim artar(12). Bazı gebelerde daha önceki yaşamlarına ilişkin nörotik belirti ve kaygılar azalır(1). Gebe değilken kronik psikolojik sorunları olan kadınlarda gebelik sırasında bu sorunlarda iyileşme olduğu bulunmuştur(9). Gebelikte şizofreninin başladığına ilişkin bir yayına rastlanmadığı ve çoğu şizofrenik hastanın gebelik sırasında bir iyilik hali gösterdiği bildirilmektedir(13).

Hiperemesis Gravidorum (HG), gebe kadınların yaklaşık %0.05-1'inde ilk trimesterde ortaya çıkan şiddetli bulantı, kusmayla karakterize olan ve hastanede yatmayı gerektiren bir durumdur. Organik kökenli olduğu halde, HG'da ruhsal etkenler büyük öneme sahiptir. Etiyolojisinde en çok üzerinde durulan ruhsal etken gebenin bebekle ve gebelikle ilgili ambivalan duyguları ve evlilik çatışmasıdır. HG semptomları, gebe-

liğin 20. haftasında gerileme eğilimindedir ancak bazı gebelerde daha da uzun sürebilmektedir(14).

Gebe kadın kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterir. Genellikle bu durum anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve benlik saygısı azalır. Sıkıntı, kızgınlık, korkular, kendini suçlama eğilimleri, depresif yaşantılar ve regresif davranışlar gelişebilir(1). Son zamanlarda gebelik kaybı yaşayan kadınlarda çeşitli psikolojik şikayetler ortaya çıktığını gösteren çalışmalar vardır (15 - 18). Genel nüfusla kıyaslandığında gebelik kaybı yaşayan kadınlarda daha çok depresif semptomlar olmaktadır(19,20). Neugebauer ve ark, gebeliğin ilk haftalarında düşük yapan kadınlarda % 36.2 oranında depresif semptomlar saptarlarken gebe kontrol grubunda bu oranı % 12.4 ve toplum örnekleminde % 12.1 oranında bulmuşlardır. Aynı çalışmada bebeğini kaybeden kadınlarda 6 ay sonraki yeniden değerlendirmede % 12.8'inin depresif semptomlarının devam ettiği saptanmıştır(21). Gebelik kaybını takiben fobik anksiyete veya obsesif kompulsif davranış gibi anksiyete bozukluklarının geliştiği de bildirilmiştir(7,22). Gebelik kaybı kesin olarak travmatik bir olaydır. Kayıptan kısa süre sonra obsesif kompulsif davranış, kayıptan sonraki 6 ayhk sürede ise daha çok depresyon, anksiyete ve somatizasyon ortaya çıkma k-tadır(23). Hunfeld, geçmişte geç gebelik kaybı olan annelerin 4 yıllık izleminde, sonraki çocuğa karşı emosyonel yanıtsızlıkla karakterize olan dışavurumlar şeklinde ambivalan hislerinin olduğunu(24); Theut ve ark. ise geçmişte geç gebelik kaybı olan annelerde, kayıp öyküsü olmayan kontrol grubu annelerine nazaran sonraki çocuğun doğumundan 16 ay sonra bile, çocuklarının fiziksel sağlığı hakkında endişelenme ve onları psikolojik olarak yakın koruma şeklinde tepkilerin daha çok olduğunu bulmuşlardır(25).

Sonuç olarak , gebelik bir kadının yaşamındaki en önemli olaylardan birisi olarak biyolojik, fizyolojik ve ruhsal ciddi değişimlerin yaşandığı bir evredir. Gebelik izleminde, ilgili sağlık personeli genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklanmakta; gebeliğin ruhsal yönü belirgin bir ruhsal bozukluk gelişmediği sürece ilgi ve izlem alanının dışında kalmaktadır. Bu durumun nedeni olarak sağlık personelinde gebeliğin ruhsal yönü hakkında eğitim ve bilgi eksikliğinin olması düşünülebilir. Oysa gebelik psikolojisi ve gebelikle ilişkili ruhsal sorunlar ve bozuklukların bilinmesi, sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalığını artıracak ayrıca kadın doğum ve psikiyatri alanları ara-

sındaki işbirliğinin gelişmesini sağlayacaktır. Diğer önemli bir konu gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmesidir. Bu bilgilendirme, ancak konu hakkında eğitim ve bilgi sahibi sağlık personeli ile sağlanabilir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir. Ayrıca gebelerde ve sağlık personelinde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek bir çok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş., İstanbul, 203-207, 1993.
- 2- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, Mass Publishing Co, Egypt, 1998.
- 3- Michels R. Psychiatry. Vol 2, Chapter 120: The Psychiatric Aspects of Obstetrics and Gynecology içinde, Revised Edition, J.B.Lippincott Co, 1-11, 1989.
- 4- Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynecol 18:266-272, 1997.
- 5- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. Gynecol Obstet Invest 12:262-266, 1981.
- 6- Levin JS, DeFrank RS. Maternal stress and pregnancy outcomes: a review of the psychosocial literature: J Psychosom Obstet Gynecol 9:3-16, 1988.
- 7- Vartiainen H, Suonio S, Halonen P, Rimon R. Psychosocial factors, female fertility and pregnancy: a prospective study-Part II: pregnancy. J Psychosom Obstet Gynecol 15:77-84, 1994.
- 8- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth. J Psychosom Obstet Gynecol 2:101-108, 1983.
- 9- Gelder M, Gath D, Mayou R: Oxford Textbook of Psychiatry. Second Edition, ELBS with Oxford University Press, England 465, 1989.
- 10- O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression. Prevalence, course, and predictive factors. Psychosomatics 27:216-217, 1984.
- 11- VVeisman MM, Merikangas KR. The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. J Clin Psychiatry 47(Suppl):11-17, 1986.
- 12- Yüksel N. Psikofarmakoloji. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s:348-371, 1998.
- 13- Cohen LS, Heller VL, Rosenbaum JF. Treatment guidelines for psychotropic drug use in pregnancy. Psychosomatics 30(1):25-33, 1989.
- 14- Aytaç R, Özden A, Kumbasar H. Gebelikte görülen kusmaların psikiyatrik yönü: Bir gözden geçirme. Psycho Med, 2(2):68-73, 1996.
- 15- Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. Br Med J 285:1475-1479, 1982.
- 16- Lasker JN, Toedter U. Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. Am J Orthopsychiatry 61:510-522, 1991.
- 17- Nicol MT, Tompkins JR, Combuel MA, Syme GJ. Maternal grieving response after perinatal death. Med J Aust 144:287-289, 1986.
- 18- Theut SK, Pedersen FA, Zaslov MJ, Cain RL, Rabinovich BA, Morihisa JM. Perinatal loss and parental bereavement. Am J Psychiatry 146:635-639, 1989.
- 19- Friedman T, Gath D. The psychiatric consequences of spontaneous abortion. Br J Psychiatry 155:810-813, 1989.
- 20- Murray J, Callan VJ. Predicting adjustment to perinatal death. Br Med Psychol 61:237-244, 1988.
- 21- Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, VVicks J, Susser M. Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. Am J Obstet Gynecol 166:104-109, 1992.
- 22- Tudehope Di, Iredell J, Rodgers D, Gunn A. Neonatal death: grieving families. Med J Aust 144:290-291, 1986.
- 23- Hettie J, Cuisinier M, Hoogduin K, Graauv K. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. Am J Psychiatry 153:226-230, 1996.
- 24- Hunfeld JAM, VVladimiroff JW, Passchier J, Uniken VMM, Frets PG, Verhage F. Emotional reactions in women in late pregnancy loss (24 weeks or longer) following the ultrasound diagnosis of a severe or lethal fetal malformation. Prenatal Diagnosis 13:603-613, 1993.
- 25- Theut SK, Moss HA, Zaslov MJ, Rabinovich BE, Bartko JJ. Perinatal loss and maternal attitudes toward the subsequent child. Infant Mental Health Journal 13:157-166, 1992.

Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Nesim KUĞU

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Sivas.

