

Psikiyatrik Hastalığı Nedeniyle Yatarak Tedavi Gören Gebe Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri ve İzlem Sonuçları

Feridun Bülbül¹,
Ümit Sertan Çöpoğlu²,
Bahadır Demir³, Mahmut Bulut⁴,
Gökay Alpak¹, Ahmet Ünal¹,
Haluk Savaş⁵

¹Yard. Doç. Dr., ³Araşt. Gör., ⁵Prof. Dr., Gaziantep
Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Gaziantep - Türkiye
²Psikiyatrist, Ceylanpınar Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa - Türkiye
⁴Yard. Doç. Dr., Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır - Türkiye

ÖZET

Psikiyatrik hastalığı nedeniyle yatarak tedavi gören gebe hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ve izlem sonuçları

Amaç: Gebelikte önemli psikososyal değişimler yaşanmaktadır. Gebelik döneminde, var olan psikiyatrik belirtiler alevlenebilmekte veya psikiyatrik belirtiler ilk kez ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde yatarak tedavi edilen gebe hastaların klinik, sosyodemografik verileri, izlem sonuçları, psikiyatrik hastalıkların gebelik süreci ve bebekler üzerindeki olası etkileri incelenmiştir.

Yöntem: Gebelik ve eşzamanlı psikiyatrik hastalığı nedeniyle yatarak tedavi gören 68 hastanın klinik ve sosyodemografik verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Gebelikte psikiyatrik açıdan en çok hastalanmanın 2. trimesterde olduğu saptandı. Hastaların %23.5'si (n=16) mevcut gebeliği esnasında ilk kez psikiyatrik tanı alırken, %76.5'inin (n=52) gebelik öncesinde de psikiyatrik hastalık tanısı vardı. Bilgisine ulaşılan 47 hastanın hiçbirinde erken doğum saptanmadı. Doğum bilgisine ulaşılan 52 bebekten 50'sinde doğum sonrasında herhangi bir hastalık saptanmadı. Hastalık bulunan 2 bebekten birinde doğumsal kalça çıkığı, diğesinde de geçici kalp sorunu saptandı.

Sonuç: Gebelikte psikiyatrik tedavi görüyor olmak erken doğum riski ile ilişkilendirilmemiştir. Gebelikte meydana gelen psikiyatrik hastalıklar en çok 2. trimesterde gözlenmiştir. Bu nedenle gebe hasta takiplerinde 2. trimesterde dikkatli olunmalıdır. Daha önce psikiyatrik tedavi gören gebeler, psikiyatrik hastalık açısından gebelik döneminde dikkatli bir şekilde takip edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, psikiyatrik hastalıklar, takip, tedavi süreçleri

ABSTRACT

Sociodemographic characteristics and clinical follow-up results of pregnant patients hospitalized for psychiatric disorders

Objective: Important psychosocial changes occur in pregnancy. During pregnancy exacerbation of existing psychiatric symptoms may be seen or psychiatric symptoms may be experienced for the first time. In this study, clinical and sociodemographic data of pregnant patients, who were hospitalized in our clinic, their follow-up results and potential effects of psychiatric disorders on newborns and course of pregnancy were investigated.

Method: Clinical and sociodemographic data of 68 pregnant women, who were treated as in-patient for psychiatric disorders were analyzed retrospectively.

Results: Most of the psychiatric disorders were found to occur at 2nd trimester. While 23.5% of the patients (n=16) had a diagnosis of psychiatric disorder for the first time during their pregnancy, 76.5% of them (n=52) had already a psychiatric disorder prior to pregnancy. Preterm birth was not observed in any of the 47 patients, who had available information. Based on birth information gathered from 52 infants; there were no disease detected in 50 of them whereas congenital hip dislocation in one of them and temporary heart problem were detected in another.

Conclusion: Preterm birth was not associated with psychiatric treatment during pregnancy. Most of the psychiatric disorders were seen at 2nd trimester. Therefore follow-ups of pregnant patients should be held more carefully at 2nd trimester. And those who had a previous psychiatric treatment history should be monitored in terms of psychiatric disorders carefully during pregnancy.

Key words: Pregnancy, psychiatric disorders, follow-up, courses of treatment



Yazışma adresi / Address reprint requests to:

Yard. Doç. Dr. Feridun Bülbül,
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Şehitkamil, Gaziantep - Türkiye

Telefon / Phone: +90-342-360-6060/76362

Elektronik posta adresi / E-mail address:
frdnblbl@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
7 Mart 2013 / March 7, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance:
3 Nisan 2013 / April 3, 2013

GİRİŞ

Gebelik, kadın hayatında önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (1). Gebelik döneminde, var olan psikiyatrik belirtilerde alevlenme görülebilirken, ilk kez karşılaşılan psikiyatrik belirtiler gebelik sırasında ortaya çıkabilmektedir (2).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, gebelik döneminde depresif belirti görülme sıklığının %27.3 ile %36.3 arasında olduğu bildirilmiştir (3). Gebelerin %10'u tek uçlu depresyon kriterlerini karşılarken, %18'inde artmış depresif semptomlar görülmektedir (4). Ancak gebelikte ve postpartum dönemde tek uçlu depresyon kriterlerini karşılayan kadınların sadece %18'i bu dönemde tedavi için başvurmuştur (4). Doğum öncesinde kadınların %60'ında, doğum sonrasında ise %70'inde klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (5).

Gebelik süresince iki uçlu bozukluk ve psikotik bozuklukların prevalansı tam olarak bilinmemektedir (6). Prospektif çalışmalarda, iki uçlu bozukluğu olan kadın hastalar gebelikleri boyunca takip edildiklerinde, bu kadınların %70'inde bir duygudurum atağının ortaya çıktığı ve duygudurum düzenleyici ilaçlarını kesen kadınlarda ise yeni bir atak geçirme oranının %85-100'e yükseldiği gösterilmiştir (7). Şizofreni hastalarındaki gebeliklerin yaklaşık yarısını istenmeyen ve plansız gebelikler oluşturmakta ve yine şizofreni hastalarında da gebelikte ilaç kesimi relaps riskini arttırmaktadır (8).

Gebelik döneminde yeterli tedavi edilmeyen psikiyatrik bozukluklar annede yetersiz beslenmeye, azalmış prenatal medikal bakıma, sigara, alkol ve başka maddelerin kötüye kullanımına, kendine zarar verici davranışlarda bulunmaya ve obstetrik komplikasyonlarda artışa neden olmaktadır (9,10). Bu durum bebeğin fetal dönemde hastalığın zararlı etkilerine maruz kalmasına ve postpartum dönemde ise, anne ve bebek arasındaki etkileşimi ve bağlanmayı olumsuz etkileyerek, kısa ve uzun dönemde çocuklarda bazı istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (9,10).

Bu çalışmada, 2004-2012 tarihleri arasında kliniğimizde yatarak tedavi edilen gebe hastaların klinik ve

sosyodemografik verileri, izlem sonuçları, psikiyatrik hastalıkların gebelik süreci ve bebekler üzerindeki olası etkileri incelenmiştir.

YÖNTEM

Çalışmada, 2004-2012 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde gebelik ve eşzamanlı psikiyatrik hastalık nedeniyle yatarak tedavi gören 68 hastanın klinik ve sosyodemografik verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların sosyodemografik verileri, şikayeti, hikayesi, özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri, mental durum muayenesi, DSM-IV-TR ölçütlerine göre eksen I tanıları, uygulanan ölçekler ve laboratuvar bilgileri klinik ve hastane arşivindeki dosyalarından elde edildi. Doğum haftası, doğum şekli ve bebeğin sağlık durumu için hastalar telefonla aranarak bu bilgiler not edildi. Çalışma için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulundan onay alındı. Veriler SPSS 18.0 programı ile değerlendirildi, tanımlayıcı analiz yapıldı ve sonuçlar yüzde olarak belirtildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 68 olgunun 43'ü (%63.3) tek uçlu depresyon, 20'si (%29.4) iki uçlu bozukluk, 3'ü (%4.4) obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve 2'si (%2.9) şizofreni hastasıydı. Hastaların yaş ortalaması 29.6±5.1 (aralık:18-43) idi. Hastaların %23.5'si (n=16) mevcut gebeliğinde ilk kez psikiyatrik tanı alırken, %76.5'inin (n=52) gebelik öncesinde de psikiyatrik hastalık tanısı vardı. Hastaların %33.8'ine (n=23) yalnızca elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulanmış, %36.8'ine (n=25) yalnızca ilaç tedavisi verilmiş ve %29.4'üne (n=20) ise ilaç tedavisi ve EKT beraber uygulanmıştı. Hastaların bazı sosyodemografik ve klinik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tek uçlu depresyon hastalarının %37.2'si (n=16) yalnızca EKT ile tedavi edilirken, %23.2'sine (n=10) EKT ve ilaç tedavisi beraber uygulanmış ve %39.5'ine (n=17) ise yalnızca ilaç tedavisi uygulanmıştı. Doğum haftası bilgisine ulaşılabilen 26 kadında erken doğum saptanmadı. Doğum sonrası bilgisine ulaşılabilen 30 bebekte doğum sonrası sağlık sorunu tespit edilmezken, 13 bebeğin doğum sonrası bilgisine

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	TUD (n=43)		İUB (n=20)		SCH (n=2)		OKB (n=2)	
Toplam Hastalık Süresi (Yıl, ortalama±SS)	3.3±2.2		4.4±3.6		3.0±1.4		2.6±1.5	
	n	%	n	%	n		n	%
Psikiyatrik Hastalık Hikayesi								
Var	33	76.7	14	70.0	2	100	3	100
Yok	10	23.3	6	30.0	--	--	--	--
Tedavi Şekli								
Yalnız EKT	16	37.2	6	30.0	1	50	--	--
EKT ve ilaç tedavisi	10	23.2	9	45.0	1	50	--	--
Yalnız ilaç tedavisi	17	39.5	5	25.0	--	--	3	100
Komorbid Psikiyatrik Hastalık								
Yaygın anksiyete bozukluğu	5	11.6	1	5.0	--	--	--	--
Panik bozukluk	5	11.6	--	--	--	--	--	--
OKB	4	9.3	--	--	--	--	--	--
Konversiyon bozukluğu	1	2.3	--	--	--	--	--	--
Hastalığın Başladığı Trimester								
1. Trimester	17	39.5	5	25.0	1	50	1	25.0
2. Trimester	22	51.1	9	45.0	--	--	2	75.0
3. Trimester	4	9.3	6	30.0	1	50	--	--
Doğum Haftası								
37 Hafta	1	2.3	--	--	--	--	--	--
38 Hafta	13	30.2	2	10.0	--	--	1	33.3
39 Hafta	11	25.6	11	55.5	2	100	1	33.3
40 Hafta	1	2.3	3	15.0	--	--	1	33.3
Doğum Şekli								
Normal vajinal	18	41.9	7	35.0	1	50	2	66.7
Müdahaleli vajinal	1	2.3	--	--	--	--	--	--
C/S	10	23.3	7	35.0	1	50	--	--
Bebekte Hastalık								
Var	--	--	1	5.0	--	--	1	33.3
Yok	30	69.8	16	70.0	2	100.0	2	66.7

TUD: Tek uçlu depresyon, İUB: İki uçlu bozukluk, SCH: Şizofreni, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

ulaşılamamıştır. Tedavi sonrası klinik global izlenim-şiddet (KGI-Ş) puanı ≤ 2 ve Hamilton depresyon ölçeği (Ham-D) puanı < 7 olması tam tedavi cevabı olarak kabul edildiğinde, çalışmamızdaki tek uçlu depresyon hastalarının %93'ü uygulanan tedavilerden tam olarak yarar görmüştür. Tek uçlu depresyon hastalarında tedavi yanıtının yüksek olmasının nedeni, hastalarının %60.5'ine sadece EKT ya da ilaç tedavisi ile beraber EKT uygulanmış olması olabilir.

İki uçlu bozukluk tanısı ile tedavi edilen hastaların 10'u (%50) manik dönem, 5'i (%25) depresif dönem ve 5'i (%25) karma dönemdedi. Hastaların 14'ünde (%70) nüks saptanırken, 6'sının (%30) ilk kez tanı aldığı belirlenmiştir. Hastaların %30'u (n=6) yalnızca EKT ile

tedavi edilirken, %45'ine (n=9) EKT ve ilaç tedavisi beraber uygulanmış ve %25'ine (n=5) ise yalnızca ilaç tedavisi uygulanmıştı. Duygudurum düzenleyici tedaviler gebelik nedeniyle kesilmişti. Doğum sonrası bilgisine ulaşılabilen 17 bebekten 16'sında herhangi bir sağlık sorunu tespit edilmezken, 1 bebekte kardiyak bir hastalık olduğu ve 3 aylık tedavi ile bu hastalığını düzeldiği anlaşılmıştır. Üç bebeğin ise doğum sonrası bilgisine ulaşılamamıştır. İki uçlu bozukluk hastalarının %70'i uygulanan tedavilerden yarar görmüştür.

Şizofreni hastalarından biri yalnızca EKT ile tedavi edilirken, diğer hastaya EKT ve ilaç tedavisi beraber uygulanmıştı. Doğum sonrası bilgisine ulaşılan bebeklerin 2'sinde herhangi bir sağlık sorunu tespit edilmemiştir.

Tablo 2: Hastaların tedavi öncesi ve sonrası uygulanan test değerleri

	TUD	İUB	SCH	OKB
KGI-Ş-GİRİŞ	5.9±0.7	6.15±0.6	6.0±0	6.3±0.6
KGI-Ş-ÇIKIŞ	1.5±0.6	2.1±1.0	2.0±0	4.3±0.6
TEST-GİRİŞ	Ham-D	YMRS	PANNS	YBOCS
TEST-ÇIKIŞ	29.4±3.9	30.1±8	89.5±2.1	36.7±3
	5.2±3.4	6.0±3.6	36.4±3.7	25.7±4

TUD: Tek uçlu depresyon, İUB: İki uçlu bozukluk, SCH: Şizofreni, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, KGI-Ş: Klinik global izlenim-şiddet itemi, Ham-D: Hamilton depresyon ölçeği, YMRS: Young mani derecelendirme ölçeği, PANSS: Pozitif ve negatif sendrom skalası, YBOCS: Yale-Brown obsesyon kompulsiyon skalası

OKB hastaları ise tedaviden kısmen fayda görmüştü. Doğum sonrası bilgisine ulaşılan 3 bebekten 2'sinde herhangi bir sağlık sorunu tespit edilmezken, 1 bebekte doğumsal kalça çıkığı tespit edilmiştir.

Hastalara uygulanan ölçeklerin tedavi öncesi ve sonrası test değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Gebelikte tek uçlu depresyon hastalarının 9'u sertraline, 6'sı fluoksetin, 2'si essitalopram, 1'i paroksetin, 4'ü klonazepam ve 1'i lorazepam kullanmıştır. İki uçlu bozukluk hastalarının 4'ü amisülpirid, 3'ü olanzapin, 2'si haloperidol, 1'i risperidon ve 3'ü klonazepam kullanmıştır. Şizofreni hastalarından 1'i amisülpirid, OKB hastalarından 2'si fluoksetin 1'i sitalopram kullanmıştır.

TARTIŞMA

Gebelik öncesi tek uçlu depresif bozukluğu olan ve ötimik dönemdeyken gebe kalan kadınların incelendiği naturalistik prospektif bir çalışmada, hastaların %43'ünde gebelik döneminde tek uçlu depresyonun nüks ettiği gösterilmiştir (11). Bizim çalışmamızda, gebelik döneminde tanı konulan tek uçlu depresyon hastalarının %76.7'sinde gebelik öncesinde tek uçlu depresyon tanısı mevcuttu. Tek uçlu depresyon hastalarının %23.3'ü ilk kez gebelik döneminde tanı almıştı.

Gebe kaldığı sırada ya da öncesinde duygudurum düzenleyicilerini bırakan ve tedavilerine devam eden iki uçlu bozukluk hastalarının gebelik dönemindeki hastalık seyirlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, tüm gebelik dönemi içinde hastaların rekürrens riskinin %71 olduğu gösterilmiştir (12). Çalışmamızda, iki uçlu bozukluk hastalarının %70'inin gebelik öncesinde psikiyatrik tanıları mevcuttu.

Gebelik döneminde şizofreni ile ilgili kısıtlı veri

olmasına rağmen, antipsikotik tedavisine ara veren hastalarda, tedavilerine ara vermeyenlere göre hastalanma riskinin 2-3 kat artmakta olduğu bildirilmiştir (8). OKB hastalarının gebelikleri boyunca incelendiği bir çalışmada, hastaların %34.1'inde OKB semptomlarında alevlenme olduğu, %22'sinde ise OKB semptomlarında iyileşme olduğu gösterilmiş ve bu çalışmada sonuç olarak, gebeliğin OKB'nin başlama ve/veya alevlenmesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (13). Çalışmamızda şizofreni ve OKB hasta sayısının az olması nedeniyle yorum yapmak uygun olmayabilir.

Çalışmamızda hastalığın başladığı trimesterler incelendiğinde, tek uçlu depresyon hastalarının en çok (%51.1) 2. trimesterde hastalandığı tespit edilmiştir. Depresyonu olan kadınların gebelik boyunca relaps oranları ve trimesterlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise, gebelikte depresyon relapsı yaşayanların en fazla (%51.2) 1. trimesterde hastalıklarının tekrarladığı gösterilmiştir (11). Bizim çalışmamızın verileri bu çalışmadan farklı olarak en çok hastalanma riskinin 2. trimesterde olduğunu göstermiştir. Bunun nedeni, hastalarımızın çoğunda gebeliğin önceden planlanmamış olması ve buna bağlı olarak, gebeliğe hazırlık döneminin olmayabilmesidir. Bu sebeple, gebeliğe kadar ilaçlar kullanılmakta, hastalar ancak gebe olduklarını öğrenince ilaçlarını kesmektedirler. Bu da hastalıkların başlamasını 2. trimestere kaydırabilmektedir.

Yapılan bir başka çalışmada ise iki uçlu bozukluk hastalarında gebelikteki relapsların en çok (%47.2) 1. trimesterde olduğu bildirilmiştir (12). Bizim çalışmamızda iki uçlu bozukluk hastalarının en fazla (%45) 2. trimesterde hastalandığı tespit edilmiştir. Bu veri, bizim çalışmamızı tam olarak desteklememekte olup, çalışmamızdaki iki uçlu bozukluk için hastalık nüksü açısından 2. trimesterin

daha riskli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdaki verilere göre, iki uçlu bozukluk için hem ilk atak hem de nökslerde, manik ataklar, depresif ve karma ataklara göre daha yaygın olarak görülmektedir. Gebelik dönemindeki iki uçlu bozukluk atak tipleri ile ilgili yeterli veri olmamasına rağmen, Viguera ve arkadaşlarının (12) yaptıkları bir çalışmada, gebelikte iki uçlu bozukluk nöksü görülenlerin %74'ünün depresyon veya karma atakları olduğu ifade edilmiştir. Bizim çalışmamız, bunun tersine, manik dönemlerle seyreden atakların daha fazla olduğunu göstermiştir. Mevcut literatür bilgisinden farklılık nedeni, çalışmamızdaki iki uçlu bozukluğa sahip hasta sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir.

Tedavi sonrası KGI-Ş≤2 tam tedavi cevabı olarak kabul edildiğinde, EKT uygulanan hastaların %89.4'ünde tam tedavi cevabı elde edilmiştir. Bu oran, EKT uygulanmayanlarda ise %72 idi. Bu da, gebelikte EKT'nin farmakolojik tedaviden daha etkin olduğunu göstermektedir.

1942 ile 1991 yılları arasında yayımlanan ve gebelik sırasında EKT uygulanan 300 olgunun maternal ve fetal komplikasyonlar açısından incelendiği bir derlemede, bu 300 olgudan 28'inde EKT ile ilişkili komplikasyon olduğu tespit edilmiştir (14). Bu komplikasyonlar geçici ve benign fetal aritmi, hafif vajinal kanama, karın ağrısı ve kendi kendini sınırlayan uterus kasılmaları olarak bildirilmiştir (15). Bizim çalışmamızda 3 hastada geçici uterus kasılması saptanmıştır. Literatürdeki ulaşılabilen veriler değerlendirildiğinde, EKT'nin gebelik sırasında karşılaşılan ağır mental hastalıklar için etkili bir tedavi yöntemi olduğu, anne ve bebek için düşük bir riske sahip olduğu belirtilmiştir (14). Çalışmamızın verileri, EKT uygulaması ile psikiyatrik hastaların gebelik

boyunca güvenli ve etkin bir şekilde tedavi edilebileceğini göstermektedir.

Gebeliğinde SSRI, SNRI ve benzodiazepin kullananlarda erken doğum oranlarında anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir (16). Bizim çalışmamızda, doğum bilgisine ulaşılan 47 hastanın hiçbirinde erken doğum tespit edilmemiştir. Çalışmamız mevcut literatür bilgilerini desteklememiştir.

Atipik antipsikotikler hem şizofreni tedavisinde hem de bipolar bozukluk tedavisinde giderek daha sık kullanılmaktadır (17,18). Prospektif ve retrospektif iki çalışma, atipik antipsikotiklerin doğumsal kusur bildirimleri olgu düzeyinde mevcut iken, bu olgular direkt olarak atipik antipsikotik kullanımı ile ilişkilendirilmemiştir (18-20). Çalışmamızda, antipsikotik kullanan 11 hastanın 9'unda gebelik döneminde atipik antipsikotik kullanılmıştır. Atipik antipsikotik kullanan hastaların bebeklerinde herhangi bir patoloji saptanmamıştır.

Çalışmamızın güçlü yönleri; gebelikte psikiyatrik hastalığın en çok görüldüğü trimesteri belirlemesi, psikiyatrik tedavi görenlerin erken doğumla ilişkili olmadığını göstermesi ve Türkiye'deki en geniş psikiyatrik gebe serisi olmasıdır. Çalışmamızın kısıtlıkları ise, hastaların bazılarının bilgilerine ulaşamamış olması ve hasta sayısının az olması olabilir.

SONUÇ

Gebelik döneminde hastalanmaların en çok 2. trimesterde olduğu saptanmıştır. Doğum bilgisine ulaşılan hiçbir hastada erken doğum saptanmamıştır. Gebelikte psikiyatrik hastalık için en önemli riskin daha önce psikiyatrik hastalık hikayesinin bulunması olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psychosom Res* 1999; 47:609-621.
2. Saraçlı Ö, Atasoy N, Kardeş VÇ, Karaahmet E, Atik L. Bir üniversite hastanesi psikiyatri servisinde tedavi gören gebelerin klinik, sosyodemografik özellikleri ve izlem sonuçları. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2011; 1:22-29.
3. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3:142-162.
4. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16:15-22.
5. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:253-263.

6. Gold KJ, Marcus SM. Effect of maternal mental illness on pregnancy outcomes. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2008; 3:391-401.
7. Marsh W, Viguera A. Bipolar disorder through pregnancy and postpartum. *Psychiatr Ann* 2012; 42:184-189.
8. Robinson GE. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012; 19:380-386.
9. Misri S, Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Can J Psychiatry* 2007; 52:489-498.
10. Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci* 2008; 33:302-318.
11. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, Suri R, Burt VK, Hendrick V, Reminick AM. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006; 295:499-507.
12. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, Zurick A, Cohen LS. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1817-1824.
13. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougale CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1061-1068.
14. Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med* 2009; 7:235-242.
15. Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:444-450.
16. Lennestall R, Kallen B. Delivery outcome in relation to maternal use of some recently introduced antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27:607-613.
17. Ebrinç S, Çetin M, Öner Ö. Özel gruplarda bipolar bozukluk tedavisinde atipik antipsikotikler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14:236-250.
18. Çetin M. Gebelikte psikotrop ilaç kullanımı: Bir güncelleme. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2011; 21:161-173.
19. Reis M, Kallen B. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28:279-288.
20. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M, Wilton L, Shakir S, Diav-Citrin O, Levinson A, Zipursky RB, Einarson A. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:444-449.