

Gebelik ve Postpartum Dönemde Obsesif Kompulsif Bozukluk *Obsessive Compulsive Disorder in Pregnancy and Postpartum Period*

Mehmet Emin Demirkol, Lütfiye Şimşek, Hamdi Yılmaz, Lut Tamam

Öz

Gebelik ve postpartum dönem birçok psikiyatrik hastalığın gelişmesi veya alevlenmesi açısından riskli dönemlerdir. Genel kanı gebelik ve postpartum dönemde obsesif kompulsif bozukluğun genel topluma göre sıklığının daha yüksek olduğu yönündedir. Bu dönemlerde obsesyon ve kompulsiyonların varlığı gözden kaçırılmamalıdır. Sıklıkla bulaşma ve saldırganlıkla ilişkili obsesyonlar; yıkama-temizleme yönünde kompulsiyonlar görülmektedir. Tedavide ilk tercih selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve bilişsel davranışçı terapidir. Bu yazıda gebelik ve postpartum dönemde obsesif kompulsif bozukluğun sıklığı, etiyolojisi, komorbiditesi, klinik özellikleri ve tedavisi kısaca gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, gebelik, postpartum dönem.

Abstract

Pregnancy and postpartum period are risky periods about occurrence and recurrence of many psychiatric disorders. General opinion is that obsessive compulsive disorder is more common in pregnancy and postpartum period than the normal population. Obsessions and compulsions should be questioned in these periods. Obsessions are generally about contagion and aggression, compulsions are generally about washing and cleaning. Selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioral therapy are the first rank treatment options. In this article we briefly reviewed prevalence, etiology, comorbidities, clinical features and treatment options of obsessive compulsive disorder in pregnancy and postpartum period.

Key words: Obsessive compulsive disorder, pregnancy, postpartum period.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB), yaygın bir psikiyatrik bozukluktur ve yaşam boyu prevalansı %0.8-3.2'dir (Vicente ve ark. 2006, Cho ve ark. 2007). Bununla birlikte; yaşam kalitesi, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açmasından dolayı önemli bir sağlık problemidir. Epidemiyolojik çalışmalara göre kadınlarda ortalama 1.5 kat daha sık bildirilmesi, hastalığın gelişmesinde kadınlara özgü biyolojik faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Weismann ve ark. 1994, Çilli ve ark. 2004, Vicente ve ark. 2004, Cho ve ark. 2007). Son yıllarda yapılan çalışmalar, OKB'nin başlangıcı ve seyri ile üreme döngüsü olaylarının (menstruasyon fazı, gebelik, postpartum dönem vb.) ilişki içerisinde olduğunu destekler niteliktedir (Guglielmi ve ark. 2014). Diğer yandan, OKB'nin kadınlarda en sık 18-45 yaşları arasında başlaması

nedeniyle, en azından bazı kadınlarda gebelik ve postpartum dönemde OKB'nin ortaya çıkması beklenir (Kolada ve ark. 1994).

Gebelik ve postpartum dönemde başlayan OKB tanısı DSM-5'te yer almamakla birlikte; belirtiler, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, OKB tanısı için bu belirleyici kullanılabilir. İngram ve arkadaşları (1961), 89 OKB hastasının 61'inde (%68.9) bir yıl içinde presipite edici yaşam olayı tanımlamışlardır. İlginç şekilde gebelik, 61 hastanın 15'inde (%24.6) tanımlanan ve en sık bildirilen presipite edici yaşam olayıdır. Başka bir çalışmada (Pollitt ve ark. 1957, Abramowitz ve ark. 2003) OKB tanılı 150 hastanın (63 erkek, 87 kadın) öyküsü gözden geçirilmiş ve 93'ünde (%62) belirtilerin başlangıcını spesifik bir olayın presipite ettiği bulunmuştur. Bu çalışmada 87 kadın hastanın 10'u (%11.4) için önemli yaşam olayı gebelik ve doğumdur. Yapılan bir çalışma ise (Williams ve Koran 1997) gebelik ve doğumun OKB'yi presipite etmesinin yanında kimi hastada olan belirtilerin şiddetini arttırdığını göstermiştir. Bu bulgular, gebelik ve doğumun, OKB ile ilişkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Bu iki dönemin OKB ile ilişkisinin, depresyonla ya da anksiyete bozukluklarına göre daha az üzerinde durulmasına karşın, yapılan araştırmaların son yıllarda giderek arttığı gözlenmektedir. Bu yazıda gebelik ve postpartum dönemde OKB tanısı gözden geçirilmiş, epidemiyolojisi ve tedavisi açısından literatürdeki güncel görüşler kısaca değerlendirilmiştir.

Yaygınlık ve Sıklık

Epidemiyolojik çalışmalarda, kullanılan araçlar ve yöntemin farklılıkları, yapıldığı toplumun ve örneklemin özellikleri sebebiyle yaygınlık oranları farklı bildirilmektedir. Bu durum OKB için de geçerlidir ve genel toplumda bildirilen oranlar, çalışmalar arasında 10 kata kadar değişmekle birlikte, bu bozukluğun kadınlarda daha sık olduğu bildirilmiştir (Neziroglu ve ark. 1992, Fontenelle ve ark. 2002). 1980'lere dek bu rahatsızlığın nadir olduğu düşünülmese rağmen; Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da epidemiyolojik çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %2.5-3 olarak bulunmuş ve bu ülkelerde dördüncü sıklıkta görülen ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir.

Gebe kadınlarda; %29 oranında bildirilen küçük örnekli bir çalışmada haricinde OKB yaygınlığı genellikle %0.2-5.2 bildirilmektedir (Zar ve ark. 2002, Sutter-Dallay ve ark. 2004, Felice ve ark. 2007, Farias ve ark. 2013, Russel ve ark. 2013). Tam ölçütlerini karşılamayacak şiddetteki obsesif kompulsif belirtiler, gebe kadınların %10-25'ini etkilemektedir (Brockington ve ark. 2006, Faisal-Cury ve ark. 2009). Postpartum dönemde bildirilen yaygınlık oranı, %2-3.5 arasındadır (Zambaldi ve ark. 2009, Russel ve ark. 2013). Uguz ve arkadaşları (2007), ülkemizde yaptıkları bir araştırmada postpartum dönemde OKB insidansını %4 olarak bildirmişlerdir. Postpartum dönemde obsesif kompulsif belirtiler ise, %14-63.5 oranında olup, daha yaygındır (Brockington ve ark. 2006, Zambaldi ve ark. 2009, Miller ve ark. 2015). Çalışmalar ayrıca bu dönemde kadınların %80-90'ının ileride OKB gelişimine zemin hazırladığı düşünülen istenmeyen intruziv düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir. Her ne kadar çalışmalar depresyona odaklanmış olsa da, gebelik ve postpartum dönemde kadınların azımsanmayacak kısmının klinik düzeyde olsun ya da olmasın obsesif kompulsif düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir.

Gebelik ve postpartum dönemde OKB sıklığı ile ilgili az sayıda çalışma bulunmak-

tadır. Yapılan bazı çalışmalarda, kadınların %0.5 ile %0.7'sinin gebelik sırasında ilk kez OKB tanısı aldığını bildirmiştir (Uguz ve ark. 2007, Rigg'in ve ark. 2013). Bu veriler, gebelik yaşayan kadınların geriye dönük olarak OKB başlangıç zamanını hatırlamasına dayanmaktadır. Kadınlardaki reproduktif dönem ve OKB arasındaki ilişkiyi destekler nitelikte başka çalışmalarda ise OKB tanısı olan kadınların %3.7-39'unda gebelik, %2,3-50'sinde doğum sonrasında ortaya çıktığı görülmüştür (Zambaldi ve ark. 2009, Forray ve ark. 2010, Labad ve ark. 2010, Guglielmi ve ark. 2014). Chaudron ve Nirodi (2010), küçük bir örneklem grubuyla yaptığı prospektif bir çalışmada ise postpartum OKB sıklığını %12.5 olarak bildirmiştir. Ek olarak, gebelikte tanı alan OKB ile karşılaştırıldığında postpartum OKB ile ilgili daha fazla veri mevcuttur. Bazı yazarlar, gebelik ve doğum sonrasında OKB başlangıcıyla en yakından ilişkili yaşam olayları olduğunu öne sürmektedir (Neziroglu ve ark. 1992, Maina ve ark. 1999).

En önemli sorulardan biri, her iki dönemin OKB gelişme riskini artırıp arttırmadığıdır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre genel toplumda 12 aylık bir sürede OKB yaygınlığı kadınlarda (%0.6), erkeklere (%0.2) göre 3 kat yüksek bir oranda bulunmuştur. Sıklık oranları gebelikte %0.5-0.7 postpartum dönemde ise %1.7-12.5'tir (Kitamura ve ark. 2006, Uguz ve ark. 2007, Zambaldi ve ark. 2009). Bu rakamlar karşılaştırıldığında her iki dönemde OKB için risk artışından söz edilebilir. OKB riski, gebe hastalara oranla postpartum dönemdeki hastalarda biraz daha artmış gibi görünmektedir (Russel ve ark. 2013). Ancak mevcut çalışmaların önemli sınırlamaları vardır. Bu sınırlamalar arasında insidans çalışmalarının az sayıda olması, yapılan prospektif çalışmalarda gebe kadınların gebeliğin başından sonuna kadar takip edilmemesi gösterilebilir.

Risk Etkenleri

Gebelik ve postpartum dönemde OKB ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olmasına rağmen; ilk gebeliğin OKB ile ilişkisi daha yüksek bulunmuştur (Sichel ve ark. 1993, Labad ve ark. 2005, Uguz ve ark. 2007). Neziroglu ve arkadaşlarının (1992) yaptığı küçük ölçekli bir çalışmada perinatal başlangıçlı 23 OKB hastasının 12'sinin (%52.2) ilk gebelik esnasında, 8'inin (%34.8) ikinci gebelik esnasında, 3'ünün (%13) üçüncü gebelik esnasında başladığı bildirilmiştir.

Çalışmalar, gebelikte başlayan OKB ile sigara kullanımının, gebelikte başlayan anksiyete bozukluğunun ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun ilişkili olduğunu göstermiştir (Kaya ve ark. 2015). OKB, gebeliğin her döneminde ortaya çıkabilmekte birlikte bazı çalışmalarda ikinci ve üçüncü trimesterde daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (Uguz ve ark. 2012, Kaya ve ark. 2015). Postpartum dönemde başlayan OKB (PP-OKB), olguların hemen hemen hepsinde ilk doğumu takiben, özellikle ilk dört hafta içerisinde ortaya çıkmaktadır (Humenik ve ark. 2007, Uguz ve ark. 2007, Labad ve ark. 2015). PP-OKB ile ilişkili risk faktörlerini gösteren çalışmalarda primiparite, major depresyon öyküsü, disfonksiyonel obsesyonel inançlar, çekingen kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu öne çıkmaktadır (Labad ve ark. 2005, Abramowitz ve ark. 2007, Uguz ve ark. 2007, Kaya ve ark. 2015).

Etyoloji

Gebelik ve postpartum dönemde başlayan OKB ile ilgili bilişsel ve biyolojik teoriler öne

sürülmektedir. Özellikle dört bilişsel teori üzerinde durulmaktadır. Birincisi yeni bebek sahibi olan anne babada artmış sorumluluk ile bebeğe zarar vermek ile ilgili aşırı düşüncelerin varlığıdır. Bu teoride obsesyon oluşumunda önemli iki süreç vardır. Bunlar; sorumluluğun yorumlanması ve yansızlaştırma çabasıdır. Yansızlaştırma; algılanan sorumluluğu azaltmaya yönelik yapılan istemli çabalar. Bu çabalar ritüel düşünce içerikleri ya da kompulsif nitelikte davranışlar olarak kendini gösterir (Salkovskis ve ark. 1999, Tukul ve ark. 2006). İkincisi ebeveynlerde artan sorumluluk bilinciyle tehditlere karşı fazla korumacı olunmasıdır. Bu yanlış yorumlama annede belirgin kaygıya sebep olmaktadır. Bu olumsuz düşünceleri, yarattığı kaygıyı ve oluşması ihtimal dahilinde değerlendirilen tehlikeli sonuçları önlemek için bir takım obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Üçüncüsü ebeveynler tarafından yanlış yorumlanan bebeğin güvenliği ile ilgili intruziv düşünceler, diğer teori ise ebeveynlerin önlem olarak yorumladığı obsesif düşünceler, kaçınan ve nötralize edici düşünce, imge ve davranışların varlığıyla açıklanmaktadır. PP-OKB bilişsel modeli genel popülasyondaki OKB ile paralellik gösterir. Ancak ilgili hipotezler daha çok saldırganlık obsesyonları ve bebeğin güvenliğine yönelik kompulsiyonları açıklamaya yöneliktir (Abramowitz ve ark. 2007, Fairbrother ve ark. 2007).

Biyolojik teoride, OKB'de serotonin teorisi selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) grubu antidepresanların belirgin antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle öne sürülmüştür (Lopez-İbor ve ark. 1988). Dopaminerjik ilaçların hem OKB tanılı hastalarda, hem de kontrol grubunda garip, yineleyici devinimlere yol açtığı gözlenmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2015). Gebelik ve postpartum dönemde başlayan OKB'lerde daha çok östrojen, progesteron ve oksitosin düzeylerindeki ani dalgalanmaların, hastalık patogenezinde rol oynayan serotonin ve dopaminerjik fonksiyonlarda disregülasyona yol açarak obsesif kompulsif belirtileri tetiklediği ileri sürülmektedir (Labad ve ark. 2005, Uguz ve ark. 2007). Bir çalışmada OKB tanısı olan bireylerde BOS oksitosin düzeyi, sağlıklı kontrollerden ve Tourette sendromu grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Epperson ve ark. 1996). PP-OKB'nin akut başlangıcından gonadal steroid hormonların dikkat çekici şekilde azalması ve buna bağlı oluşan serotonerjik disfonksiyon sorumlu tutulmaktadır (Sichel ve ark. 1993, Abramowitz ve ark. 2003, Brandes ve ark. 2004).

Ayrıca bazı çalışmalarda Gonadotropin salgılatıcı hormon ve prolaktin gibi hormonların düzeylerindeki değişiklerin de etyolojide önemli olabileceği bildirilmiştir (Shear ve ark. 1995, Brandes ve ark. 2004). PP-OKB tanısı olan kadınlarda yapılan bir çalışmada stres sonrası orbitofrontal korteks, insula, medialprefrontal korteks ve superiortemporalgirusta aktivasyon artışı olduğu ve bu durumun yeni doğum yapmış sağlıklı kadınlarda görülmediği bildirilmiştir. Bu durum orbitofrontal korteks disfonksiyonun PP-OKB'de rol oynayabileceğini göstermektedir (Lord ve ark. 2012).

Klinik Özellikler

OKB tanılı kadın olguların %18.6'sında belirtilerin gebelikte başladığı, %55.9'unda ise belirtilerin gebelikte şiddetlendiği görülmüştür. Perinatal dönemde başlayan OKB'de bütün obsesyon ve kompulsiyon türleri görülebilir. Geçmişteki çalışmalarda saldırganlık obsesyonlarının daha sık olduğu bildirilirken, sonraki çalışmalarda bu veri desteklenmemiştir (Arnold ve ark. 1999, Maina ve ark. 1999). Son çalışmalarda en sık görülen obsesyonların bulaşma, ardından saldırganlık; en sık kompulsiyonun ise yıka-

ma/temizleme ve kontrol etme olduğu gösterilmiştir (Zambaldi ve ark. 2009). Bulaşma ve diğer obsesif içerikler genellikle bebekle ilgilidir (Uguz ve ark. 2007). Kişide bebeğe zarar vereceği, bulaşma yol açacağına dair obsesyonları nedeniyle sıkıntı hissi fazla olur ve kişinin bebekle teması azalır (Abramowitz ve ark. 2003).

Saldırganlık obsesyonlarının perinatal dönemle bağlantısız OKB tanısı alan kadınlarla karşılaştırıldığında postpartum başlangıçlı olanlarda daha sık olduğu görülmüştür (Maina ve ark. 1999, Uguz ve ark. 2007). Wisner ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada postpartum depresyon tanısı alan annelerde bebeğe zarar verme düşüncelerinin depresif olmayanlara göre daha fazla olduğunu bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada (Humenik ve ark. 2007, Abramowitz ve ark. 2010) postpartum depresyon ve anksiyete ile saldırganlık obsesyonlarının korele olduğu görülmüştür.

PP-OKB tipik OKB başlangıcının aksine ani başlangıçlıdır. Gebelik öncesinde de OKB tanısı olan hastalarda postpartum dönemde belirtilerin %34 arttığı bildirilmiştir (Furray ve ark. 2010). Postpartum dönemde kompulsiyonlar üzerinde daha az durulmaktadır. Bu duruma sebep olarak ek tanılarda da obsesyonların varlığı ve obsesyonların toplumsal açıdan daha çok sıkıntı yaratması gösterilebilir (Jennings ve ark. 1999).

Erkeklerde postpartum OKB ile ilgili literatürde sınırlı sayıda kaynak olmakla birlikte; Brezilya'da yapılan bir çalışmada 739 erkek ebeveyn çalışmaya alınmış ve 1 yıllık izlem sonucunda erkeklerde postpartum dönemde OKB başlangıcının genel popülasyona göre 3 kat fazla riskli olduğu görülmüştür (Coelho ve ark. 2014).

Eştanılar

PP-OKB'ye sıklıkla duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları eşlik eder (Sichel ve ark. 1993, Williams ve ark. 1997). Yapılan çalışmalarda postpartum dönemdeki OKB hastalarının %43-65'inde komorbid bir psikiyatrik tanı olduğu; %25-39'unda ise majör depresyonun eşlik ettiği görülmüştür (Labad ve ark. 2005, Wenzel ve ark. 2005, Navarro ve ark. 2008, Zambaldi ve ark. 2009, Kaya ve ark. 2015). Komorbid depresyon tanısı bulunan hastalarda OKB'nin eş zamanlı ya da depresyondan 2-3 hafta sonra çıktığı görülmüştür (Sichel ve ark. 1993, Arnold 1999). Bir çalışmada 15 PP-OKB tanılı hastanın 7'sinde komorbid bir anksiyete bozukluğu bildirilmiştir (Sichel ve ark. 1993). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Kaya ve ark. 2015) gebelik başlangıçlı OKB'ye en sık yaygın anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği görülmüştür.

Tedavi

OKB tedavisinde ilk sırada farmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) bulunmaktadır. Bu tedavi yaklaşımlarının, perinatal dönemde de geçerli olduğu düşünülmektedir. Çalışmalar, BDT'nin farmakoterapi kadar, bazı durumlarda ise daha fazla etkili olabildiğini savunmaktadır. Özellikle hafif ve orta şiddette OKB hastalarında ilk tercihin BDT olması gerektiği bildirilmiştir (Bjorgvinsson ve ark. 2007, Foa ve Franklin 2011). Davranışçı yöntemlerin eklenmediği, sadece bilişsel tedavinin de bilişsel davranışçı terapi kadar etkili olduğu gösterilmiştir (Salkovskis 2004, Van Ameringen ve ark. 2014). Yapılan çalışmalarda maruz bırakma ve tepki önleme gibi davranışçı yöntemlerin de etkili olduğu gösterilmiştir. OKB hastalarının %75-85'i BDT'ye cevap vermekte, tedaviyle beraber belirti şiddeti %50-60 oranında azalmaktadır (Speisman ve ark. 2011). Birçok çalışmada, BDT tek başına uygulandığında dahi uzun dönem sonuçlarının

oldukça iyi olduğu bildirilmiştir (O'Sullivan ve ark. 1991). Özellikle kaçınma, ritüel gibi kaygıyı azaltmaya yönelik yapılan davranışlar BDT ile düzeltilebileceği için görüşmelerde mutlaka bu tür davranışlar sorgulanmalıdır. Perinatal dönemdeki hastalar için yapılan bazı küçük örneklemli çalışmalarda BDT'nin postpartum dönemde başlayan OKB için de etkili olduğu bildirilmiştir (Challacombe ve Salkovskis 2011, Speisman ve ark. 2011). Özellikle bebeğini emzirmeyi düşünen, farmakoterapi tercih edilemeyecek kadınlar için daha uygun bir tedavi seçeneği olabilir (Brandes ve ark. 2004).

BDT, çalışmalarda OKB belirtilerinin azaltılmasında yüksek oranda etkili olmasına rağmen; hastanın eğitim düzeyi, kişilik organizasyonu, motivasyonu ve tedavi uyumu başarıyı etkilemektedir. Davranışsal yöntemlerin hastada oluşturduğu anksiyete semptomları ve cevap için geçen süre düşünüldüğünde, bu durumun fetüs üzerine etkileri yeterli düzeyde açıklanamamaktadır (Arch ve ark. 2012, Uguz 2012). Bunun yanında Arch ve arkadaşları (2012), maruz bırakma tedavisinin ortaya çıkaracağı risklerin, tedavi edilmemiş anksiyete bozukluğunun getireceği risklerden daha az olduğunu öne sürmüştür.

Hasta ve ailesi için destekleyici terapiler BDT ve/veya farmakolojik tedaviye ek olarak yararlı olabilir (Konuk ve ark. 2007). OKB tanılı hastaların ritüellerine çoğu zaman aile üyelerini de dahil ettiği görülmektedir. Bu nedenle hasta yakınlarına da destek ve eğitim verilmesi önemlidir.

OKB'de serotonerjik ilaçların da etkinliği kanıtlanmıştır. OKB, esas olarak kompulsiyonsuz obsesyonel düşünceleri içeriyor ise, farmakolojik tedavi etkili bir tercih olabilir (Brandes ve ark. 2004). Çalışmalarda fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin gibi selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçlar ile venlafaksin ve klomipraminin genel popülasyonda etkinliği ve tolerabilitesi kanıtlanmıştır. SSRI'lar, gebe kadınlarda güvenilirliği konusunda en çok araştırmanın yapıldığı ilaç grubudur. BDT ile birlikte ya da tek başına antidepressan başlama kararı, kar zarar oranı gözetilerek; hasta ve yakınlarıyla görüş birliği sağlanarak verilmelidir. OKB tanılı annelerde, halen antidepressanla tedavi etmenin, tedavi etmemeye göre bebeğin yararına olup olmadığı bilinmemektedir. Aynı durum BDT ve ilaç, BDT ve tedavi edilmeme için de söz konusudur. Ciddi şekilde sosyal işlevsellik kaybının yaşanmadığı, hafif-orta şiddette olgularda ilk tercih BDT; BDT'den yarar görmeyen, uyum sağlayamayan, ısrarlı şekilde ilaç tedavisi isteyen, şiddetli obsesif kompulsif belirti ve anksiyete / psikomotor huzursuzluğu olan, şiddetli depresyonun veya ciddi sosyal işlevsellik kaybın eşlik ettiği olgularda ilk tercih olarak farmakoterapinin daha uygun olacağı söylenebilir (Uguz ve ark. 2012).

Gebelikte güvenilirlikle ilgili mevcut bilimsel kanıtlar dikkate alındığında, bu dönemde sertralin ve sitalopram/essitalopram ilk tercih olarak uygun görülmektedir (Cole ve ark. 2007). Paroksetin; fetal yapısal malformasyon, özellikle kalp anomalisi riskini artırabileceğinden dolayı mümkün olduğunca tercih edilmemelidir. Yakın zamanda, retrospektif olarak incelenen İsveç Sağlık Kayıtları'nda paroksetine prenatal maruziyet ile hipospadias riskindeki artış arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Cole ve ark. 2007, Reis ve Kalloen 2010). Bununla birlikte, paroksetinin herhangi bir teratojenik riskinin olmadığıyla ilgili çalışmalar da mevcuttur (Cole ve ark. 2007, Einarson ve ark. 2009, Reis ve Kalloen 2010). Paroksetin, diğer ilaçlarla yeterli yanıt alınmayan ve geçmiş tedavi öyküsünde sadece paroksetinle düzelme olduğu öğrenilen OKB tanılı gebe kadınlarda mutlak teratojenite riski düşük olması sebebiyle, hasta ve yakınlarına bilgi verilip, onamları alındıktan sonra tercih edilebilir (Yonkers ve ark. 2009).

Fluoksetin ve klomipramin, fetal malformasyon riskiyle ilgili gösterilen kaygı verici bulgular nedeniyle mümkün olduğunca ilk sırada düşünülmemelidir (Rigg'in ve ark. 2013, Gentile 2014). Klomipramin kullanımı ile fetal kardiyak bozukluklar arasında pozitif bir ilişki gösterilmiştir.

Gebeliğin son döneminde SSRI'lar ya da trisiklik antidepresanlara maruz kalanlarda, toksik olaylar veya çekilme belirtilerine bağlı olarak solunum, nörolojik, metabolik, kardiyak, gastrointestinal, vb. belirtilerle ortaya çıkan neonatal komplikasyonlarla giden prenatal antidepresan maruziyet sendromu (PAMS) gelişme riski bildirilmiştir (Kallen ve Otterblad-Olausson 2008). Gebelikte SSRI'lara ya da serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörlerine maruz kalan bebeklerin iki kat fazla yenidoğan yoğun bakım ünitesine sevk edilmeleri, bu durumu destekler niteliktedir (Sanz ve ark. 2005, Andrade ve ark. 2009). Fluvoksamin; her ne kadar bir SSRI da olsa, gebelikte güvenilirliği konusunda kısıtlı veri olduğu dikkate alınmalıdır.(Yonkers ve ark. 2009, Gentile 2014). Sertralin ve sitalopram/essitalopramı tolere edemeyen hastalarda ikinci tercih olarak fluvoksamin, üçüncü tercih olarak da fluoksetin daha uygun görülmektedir (Uguz 2015).

İlaçların teratojen etkilerinin dışında gebeliğin son trimesterinde SSRI'lara maruz kalmaya bağlı olarak yenidoğanda gözlenen serotonin geri çekilme sendromu ise genellikle doğumun ikinci gününden birinci ayına kadar uyku düzensizlikleri, gastrointestinal ve motor belirtilerle ortaya çıkabilir (Eggermont 1973, Nordeng 2001, Koren ve ark. 2005, Gentile 2007a, Belik 2008). Ancak bu belirtiler destek yaklaşımıyla düzelmekte ve birkaç hafta içinde ortadan kalkmaktadır.

Emziren annelerde ilk tercih olarak sertralin ve paroksetin uygun görülmektedir. Bazı kaynaklarda fluvoksaminin süte az geçtiği bildirilmiştir (Gentile 2007a). Klomipramin, hem düşük tolerabilite, hem de yüksek dozlarda konvülsiyon riski nedeniyle son tercih olarak görülmelidir. Fluoksetin ve sitalopram / essitalopram, mümkün olduğunca ilk tercih olarak kullanılmalıdır ve diğer ilaçlara yanıtızlık durumunda düşünülmemelidir (Gentile 2007b, ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics 2008).

OKB'de depresyona göre antidepresan ilaçların dozunun daha yüksek olması gerektiği bilinen bir gerçektir. Fakat perinatal dönemde etkin ve güvenli doz rejimi yeterli ölçüde araştırılmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda SSRI'lar ile gelişen erken doğum riskinin düşük dozlara göre yüksek dozlarda 2-5 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle gebelikte mümkün olduğunca yüksek dozlardan kaçınmak daha güvenilir olacaktır. Ayrıca emzirme döneminde doz artırımı yapılacak ise; bebek yakından takip edilerek yavaşça artırılmalıdır (Suri ve ark. 2007, Roca ve ark. 2011).

Tek bir serotonerjik ilaca OKB tanılı hastaların yaklaşık %40-60'ı yanıt vermektedir (Kellner 2010). Üç aylık tedavi ile hastada yeterli yanıt alınmadığında, hangi tedavi yönteminin seçileceği henüz açıklığa kavuşturulamamıştır. Alışılmış günlük dozların üzerine çıkmak, gebe hastalar için uygun bir seçenek olarak görülmemektedir. Bir kısım gebe ve annelerin, serotonerjik ilacın değiştirilmesinden yarar görmesi olasıdır ve ilk seçeneğinden daha uygun görülmektedir (Uguz 2015). Serotonerjik ilaçların kombine kullanılması veya antipsikotiklerle güçlendirilmesi, perinatal dönemde güvenirliliğine dair bilginin yetersiz olduğu ve sadece zorunlu durumlarda düşük dozlarda düşünülmesi gereken seçeneklerdir. Meta-analizlerde haloperidol ve risperidon ile güçlendirmenin daha etkili görüldüğünden bu ilaçlar düşük dozlarda tercih edilebilir (Bloch ve ark. 2006, Dold ve ark. 2013). Genel olarak OKB tanılı hastalardaki etkinlik ve gebelerde /

emzirenlerde güvenilirlik açısından değerlendirildiğinde; her iki dönemde risperidonun ilk sırada, haloperidol ve ketiapinin ikinci sırada kullanılmasının daha uygun olduğu bildirilmiştir (Uğuz 2015). Perinatal etkinlik ve güvenilirlikle ilgili yeterli sayıda çalışma yapılmamakla beraber özellikle iştah azalması ve uyku sorunlarıyla seyreden olgularda olanzapin tercih edilebilir (Kellner 2010, Klinger ve ark. 2013). Aripiprazolun, gebe ve emziren annelerde güvenilirliğine dair yeterli bilgi bulunmadığından ilk tercih antipsikotiklerden olmamalıdır (Uğuz 2015).

PP-OKB'de tedaviye yanıt oranları genel popülasyondakine benzerdir (Konuk ve ark. 2007). PP-OKB'de de standart OKB tedavisinde olduğu gibi tedaviye yanıt alındıktan sonra, tedaviye en az bir yıl devam edilmelidir. Tedavinin erken dönemde kesilmesi durumunda tekrarlayan ataklar ilerleyen dönemlerde tedavi yanıtını azaltabilir. Tedavi kesileceği zaman doz yavaşça azaltılmalı, eğer belirtiler kötüleşir ya da yeniden başlarsa tekrar artırılmalıdır (Mc Dougle ve ark. 2000).

Sonuç

Gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal rahatsızlıkların sıklıkla ortaya çıktığı ya da alevlendiği gösterilmiştir. Bu dönemlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi OKB de mutlaka sorgulanmalıdır. OKB'nin komorbid olarak bu 2 bozuklukla birlikteliği de yüksek oranda görülmektedir. Gebelik ve postpartum dönemde OKB ile ilgili çalışmalar her geçen gün artmaktadır.

Gebelik ve postpartum dönemde başlayan OKB ile ilgili bilişsel ve biyolojik görüşler ileri sürülmüştür. Bilişsel model, genel popülasyondaki OKB ile benzerlik gösterir. Bu dönemlerde özellikle ebeveynlerde artan sorumluluk sonucu oluşan kaygılar ve bunları yansızlaştırma çabaları ön plandadır. Biyolojik teoride ise serotonin ve dopaminerjik disregülasyon hipotezlerinin yanında oksitosin, östrojen ve progesteron düzeylerindeki ani dalgalanmaların OKB semptomlarının ortaya çıkmasında ya da alevlenmesinde etkili olabileceği öne sürülmüştür.

Gebelik ve postpartum dönemde bütün obsesyon ve kompulsiyon türleri görülebilir. Postpartum dönemdeki kadınlarda saldırganlık obsesyonları daha sık görülmekle birlikte, diğer obsesyonların görülme sıklığı genel popülasyonla benzerlik gösterir. Saldırganlık obsesyonları başta olmak üzere hastalar obsesyonları sebebiyle bebekten uzaklaşmakta ve bu durum anne-bebek ilişkisinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu bağın bozulması, bebekte ilerleyen yıllarda bilişsel, davranışsal ve gelişimsel problemlere yol açmaktadır.

Gebelik ve postpartum dönemdeki OKB hastalarında tedavi ile ilgili yapılmış büyük örneklem gruplu çalışmalar bulunmadığı için, olgular genel toplumdaki OKB hastalarıyla yapılan çalışmalara göre izlenmekte ve tedavi düzenlenmektedir. OKB hastalarında hafif ve orta şiddetteki belirtiler için ilk tercih BDT; şiddetli semptomlar için farmakoterapi uygun görülmektedir. Gebelik sırasında kullanılan hiçbir ilacın tam güvenilir olmadığı açıktır. Bu sebeple ilaç kullanılacaksa da mümkün olan en düşük ve yeterli etkinlikteki dozlarda, yeterli sürede kullanılmalıdır. Farmakoterapide ilk tercih ilaçlar SSRI grubu antidepresanlardır. Gebelikte döneminde sertralin ile sitalopram / essitalopram, emzirme dönemindeyse sertralin ile paroksetin öne çıkmaktadır. Güçlendirme tedavisindeyse dozu artırmak yerine farklı bir antidepresana geçmek ya da tedaviye antipsikotik eklemek daha makul görünmektedir. Gebelik ve emzirme döneminde ilk tercih antipsikotik risperidon gibi durmaktadır. Tüm bunlarla birlikte, bu öneriler daha

büyük örneklem gruplarıyla, kesitsel kontrollü ya da prospektif çalışmaların sonuçlarıyla desteklenmelidir.

Kaynaklar

- Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J, Killenberg S, Rinaldi K, Mahaffey BL et al. (2010) Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Women Ment Health*, 13:523-530.
- Abramowitz JS, Nelson CA, Rygwall R, Khandker M (2007) The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal study. *J Anxiety Disord*, 21:91-104.
- Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR (2003) Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and puerperium: a review of the literature. *J Anxiety Disord*, 17:461-478.
- ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics (2008) Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol*, 111:1001-1020.
- Andrade SE, McPhillips H, Loren D, Raebel MA, Lane K, Livingston J et al. (2009) Antidepressant medication use and the risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 18:246-52.
- Arch JJ, Dimidjian S, Chessick C (2012) Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy. *Arch Women Ment Health*, 15:445-447.
- Arnold LM (1999) A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, 1:103-108.
- Belik J (2008) Fetal and neonatal effects of maternal drug treatment for depression. *Semin Perinatol*, 32:350-354.
- Björgvinsson T, Hart J, Hefelfinger S (2007) Obsessive-compulsive disorder: update on assessment and treatment. *J Psychiatr Pract*, 13:362-372.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF (2006) A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 11:622-632.
- Brandes M, Soares CN, Cohen LS (2004) Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Arch Women Ment Health*, 7:99-110.
- Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G (2006) Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and puerperium. *Arch Women Ment Health*, 9:253-263.
- Challacombe FL, Salkovskis PM (2011) Intensive cognitive-behavioral treatment for women with postnatal obsessive compulsive disorder: a consecutive case series. *Behav Res Ther*, 49:422-426.
- Chaudron LH, Nirodi N (2010) The obsessive-compulsive spectrum in the perinatal period: a prospective pilot study. *Arch Women Ment Health*, 13:403-410.
- Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP et al. (2007) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *J Nerv Ment Dis*, 195:203-210.
- Coelho FM, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Pinheiro KA, Pinheiro RT (2014) Obsessive-compulsive disorder in fathers during pregnancy and postpartum. *Rev Bras Psiquiatr*, 36:271-273.
- Cole JA, Ephross SA, Cosmatos IS, Walker AM (2007) Paroxetine in the first trimester and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 16:1075-1085.
- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R (2004) Twelve-month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, 45:367-374.
- Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S (2013) Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*, 16:557-574.
- Eggermont E (1973) Withdrawal symptoms in neonates associated with maternal imipramine therapy. *Lancet*, 2(7830):675-680.
- Einarson A, Choi J, Einarson TR, Koren G (2009) Incidence of major malformations in infants following antidepressant exposure in pregnancy: results of a large prospective cohort study. *Can J Psychiatry*, 54:242-246.
- Epperson CN, McDougle CJ, Price LH (1996) Intranasal oxytocin in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 40:547-549.
- Fairbrother N, Abramowitz JS (2007) New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behav Res Ther*, 45:2155-2163.
- Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M (2009) Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil. *Arch Women Ment Health*, 12:335-339.
- Farias DR, Pinto T, Teofilo MM, Vilela AA, Vaz S, Nardi AE et al. (2013) Prevalence of psychiatric disorders in the first trimester of pregnancy and factors associated with current suicide risk. *Psychiatry Res*, 210:962-968.

- Felice E, Saliba J, Grech V, Coks J, Calleja N (2007) Antenatal psychiatric morbidity in Maltase women. *Gen Hosp Psychiatry* 29:501-505.
- Foa EB, Franklin ME (2011) Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Ann Rev Clin Psychol*, 7:229-243.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M (2006) The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 30:327-337.
- Forry A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN (2010) Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and postpartum period. *J Clin Psychiatry*, 71:1061-1068.
- Gentile S (2007a) Serotonin reuptake inhibitor-induced perinatal complications. *Pediatr Drugs*, 9:97-106.
- Gentile S (2007b) Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf*, 30:107-121.
- Gentile S (2014) Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf*, 13:207-225.
- Guglielmi V, Vulink NC, Denys D, Wang Y, Samuels JF, Nestadt G (2014) Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. *Depress Anxiety*, 31:979-987.
- Humenik ALF, Fingerhut R (2007) A pilot study assessing the relationship between child harming thoughts and postpartum depression. *J Clin Psychol Med Settings*, 14:360-366.
- Ingram IM (1961) Obsessional illness in mental hospital patients. *Br J Psychiatry*, 107:382-402.
- Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M (1999) Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord*, 54:21-28.
- Kallen B, Otterblad-Olausson P (2008) Maternal use of selective re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoeconom Drug Saf*, 17:801-806.
- Kaya V, Uguz F, Sahingoz M, Gezginc K (2015) Pregnancy-onset obsessive-compulsive disorder: clinical features, comorbidity and associated factors. *Bull Clin Psychopharmacol*, 25:248-258.
- Kellner M (2010) Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 12:187-197.
- Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N et al. (2006) Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Women Ment Health*, 9:121-130.
- Klinger G, Stahl B, Fusar-Poli P, Merlob P (2013) Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatr Endocrinol Rev*, 10:308-317.
- Kolada JL, Bland RC, Newman SC (1994) Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 76(suppl 3):24-35.
- Konuk N, Öztürk Ü, Karakuş G, Tamam L (2007) Postpartum obsesif kompulsif bozukluk: bir gözden geçirme. *Klinik Psikofarmakol Bulteni*, 17:142-146.
- Koren G, Matsui D, Einarson A, Knoppert D, Steiner M (2005) Is maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors in the third trimester of pregnancy harmful to neonates? *CMAJ*, 172: 1457-1459.
- Labad J, Alonso P, Segalas C, Reval E, Jimenez S, Bueno B et al. (2010) Distinct correlates of hoarding and cleaning symptom dimensions in relation to onset of obsessive-compulsive disorder at menarche or perinatal period. *Arch Women Ment Health*, 13:75-81.
- Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J (2005) Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 66:428-435.
- Lopez-Ibor JJ (1988) The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Br J Psychiatry*, 153:26-39.
- Lord C, Steiner M, Soares CN, Carew CL, Hall GB (2012) Stress response in postpartum women with/without obsessive compulsive symptoms: an fMRI study. *J Psychiatry Neurosci*, 37:78-86.
- Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L et al. (1999) Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy delivery. *Psychiatry Res*, 89:49-58.
- Mc Dougle CJ, Epperson CN, Pelton GH, Wasyluk S (2000) A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57:794-801.
- Miller ES, Hoxha D, Wisner KL, Gossett DR (2015) Obsessions and compulsions in postpartum women without obsessive compulsive disorder. *J Women Ment Health*, 24:825-830.
- Navarro P, Garcia-Esteve L, Ascaso C, Aguado J, Gelabert E, Martin-Santos R (2008) Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord*, 109:171-176.
- Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA (1992) Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry*, 149:947-950.
- Nordeng H, Lindemann R, Perminov KV, Reikvam A (2001) Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatr*, 90:288-291.
- O'Sullivan G, Noshirvani H, Marks I, Monteiro W, Lelliott P (1991) Six year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 52:150-155.

- Öztürk O, Uluşahin A (2015) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Gözden geçirilmiş ve yenilenmiş 13. Baskı. Ankara, Nobel Yayınevi.
- Pollitt J (1957) Natural history of obsessional states. *Br Med J*, 1:194-198.
- Reis M, Källén B (2010) Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. *Psychol Med*, 40:1723-1733.
- Riggin L, Frankel Z, Moretti M, Pupco A, Koren G (2013) The fetal safety of fluoxetine: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can*, 35:362-369.
- Roca A, García-Esteve LI, Imaz ML, Torres A, Hernandez S, Botet F et al. (2011) Obstetrical and neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors: the relevance of dose. *J Affect Disord*, 135:208-215.
- Russel EJ, Fawcett JM, Mazmanian D (2013) Risk of obsessive compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 74:377-385.
- Salkovskis PM (1999) Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 37:29-52.
- Salkovskis PM (2004) Psychological treatment for obsessive compulsive disorder. *Psychiatry*, 3:68-72.
- Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R (2005) Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a data base analysis. *Lancet*, 365:482-487.
- Shear MK, Mammen O (1995) Anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Psychopharmacol Bull*, 31:693-703.
- Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF (1993) Postpartum obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry*, 54:156-159.
- Speisman BB, Storch EA, Abramowitz JS (2011) Postpartum obsessive-compulsive disorder. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 40:680-690.
- Suri R, Altschuler L, Hellemann G, Burt VK, Aquino A, Mintz J (2007) Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry*, 164:1206-1213.
- Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcésche V, Verdeoux H (2004) Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*, 19:459-463.
- Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu VO, (2006) Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. In *Anksiyete Bozuklukları* (Eds R Tükel, T Alkin): 277-298. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Uguz F (2012) Hamilelik ve obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 5:85-90.
- Uguz F (2015) Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a clinical approach. *Rev Bras Psiquiatr*, 37:334-342.
- Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS (2007) Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features and related factors. *J Clin Psychiatry*, 68:132-138.
- Van Ameringen M, Simpson W, Patterson B, Dell'Osso B, Fineberg N, Hollander E et al. (2014) Pharmacological treatment strategies in obsessive compulsive disorder: a cross-sectional view in nine international OCD centers. *J Psychopharmacol*, 28:596-602.
- Vicente B, Kohn R, Riosoco P, Saldivia S, Baker C, Torres S (2004) Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry*, 84:299-305.
- Vicente B, Kohn R, Riosoco P, Saldivia S, Levav I, Torres S (2006) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry*, 163:1362-1370.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GL, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. (1994) The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 55(Suppl 3):5-10.
- Wenzel A, Gorman LL, O'Hara MW, Stuart S (2001) The occurrence of panic and obsessive-compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria: a prospective study. *Arch Women Ment Health*, 4:5-12.
- Wenzel A, Haugen E.N, Jackson L.C, Brendle JR (2005) Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord*, 19:295-311.
- Williams KE, Koran LM (1997) Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstrum. *J Clin Psychiatry*, 58:330-334.
- Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH (1997) Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry*, 60:176-180.
- Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. (2009) The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*, 31:403-413.
- Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB (2009) Postpartum obsessive-compulsive disorders: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*, 50:503-509.

Zar M, Wijma K, Wijma B (2002) Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. Clin Psychol Psychother, 9:122-130.

Mehmet Emin Demirkol, Çukurova Üniversitesi, Adana; **Lütfiye Şimşek**, Çukurova Üniversitesi, Adana; **Hamdi Yılmaz**, Çukurova Üniversitesi, Adana; **Lut Tamam**, Çukurova Üniversitesi, Ankara.

Yazışma Adresi/Correspondence: Mehmet Emin Demirkol, Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Adana, Turkey.

E-mail: emindemirkol@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. · No conflict of interest is declared related to this article.

Geliş tarihi/Submission date: 3 Mart/March 3, 2017 · **Kabul Tarihi/Accepted:** 11 Mayıs/May 11, 2017
