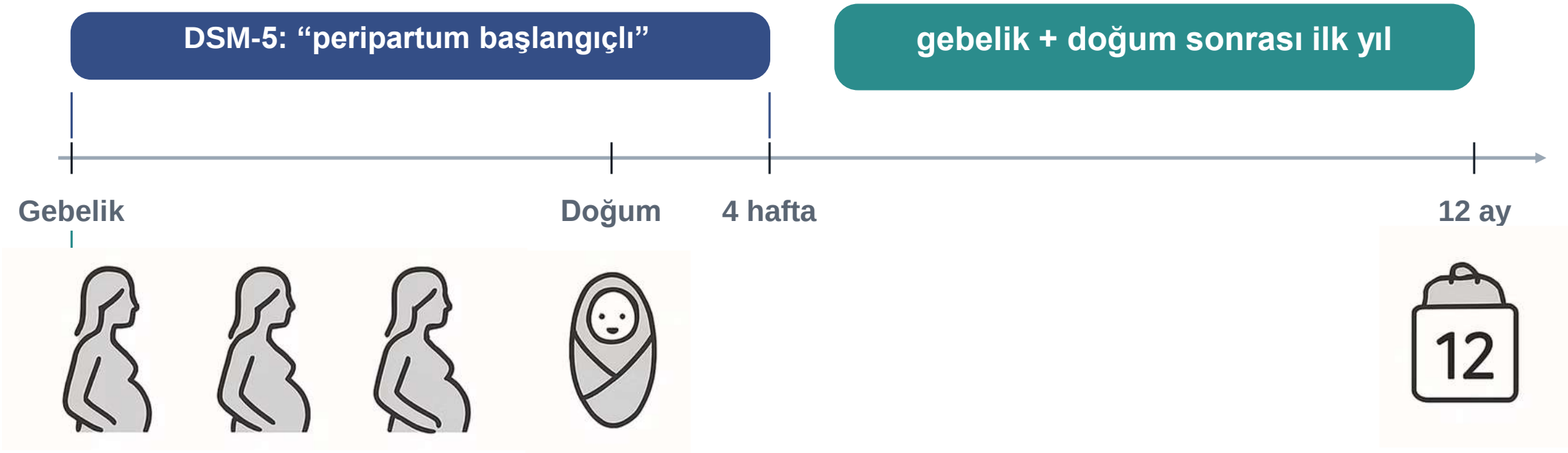
Perinatal Dönemde BDT Uygulamaları

Öğr. Gör. Dr. Leman Deniz TARLACIK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Perinatal Dönem



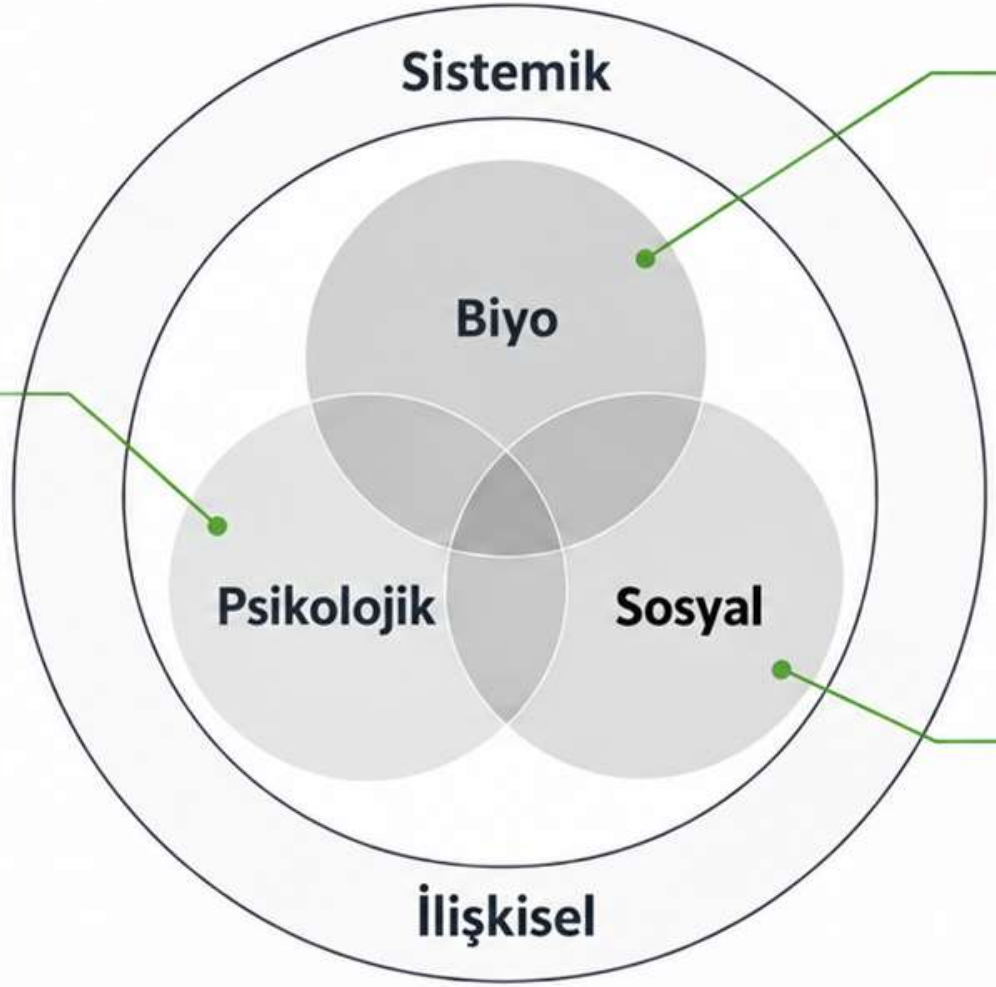
- **DSM-5:** Depresyon ve bipolar bozuklukta ’’peripartum başlangıçlı’’ belirleyicisi
- Gebelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayan epizodlar

- **Gebelik ve doğum sonrasındaki 12 ay**

Perinatal Dönem Neden Riskli Bir Dönem?

Psikolojik etkenler

- Anne kimliğine geçiş ve rol değişimi
- Kontrol kaybı ve belirsizlik
- “İyi anne olmalıyım” gibi yüksek beklentiler
- Önceden var olan bilişsel yatkınlıkların aktive olması
- Önceki depresyon, anksiyete veya bipolar bozukluk öyküsü

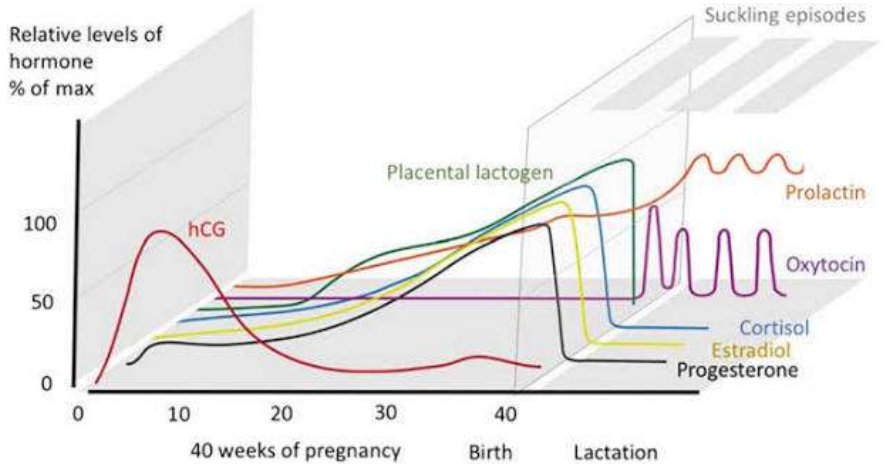


Biyolojik / obstetrik etkenler

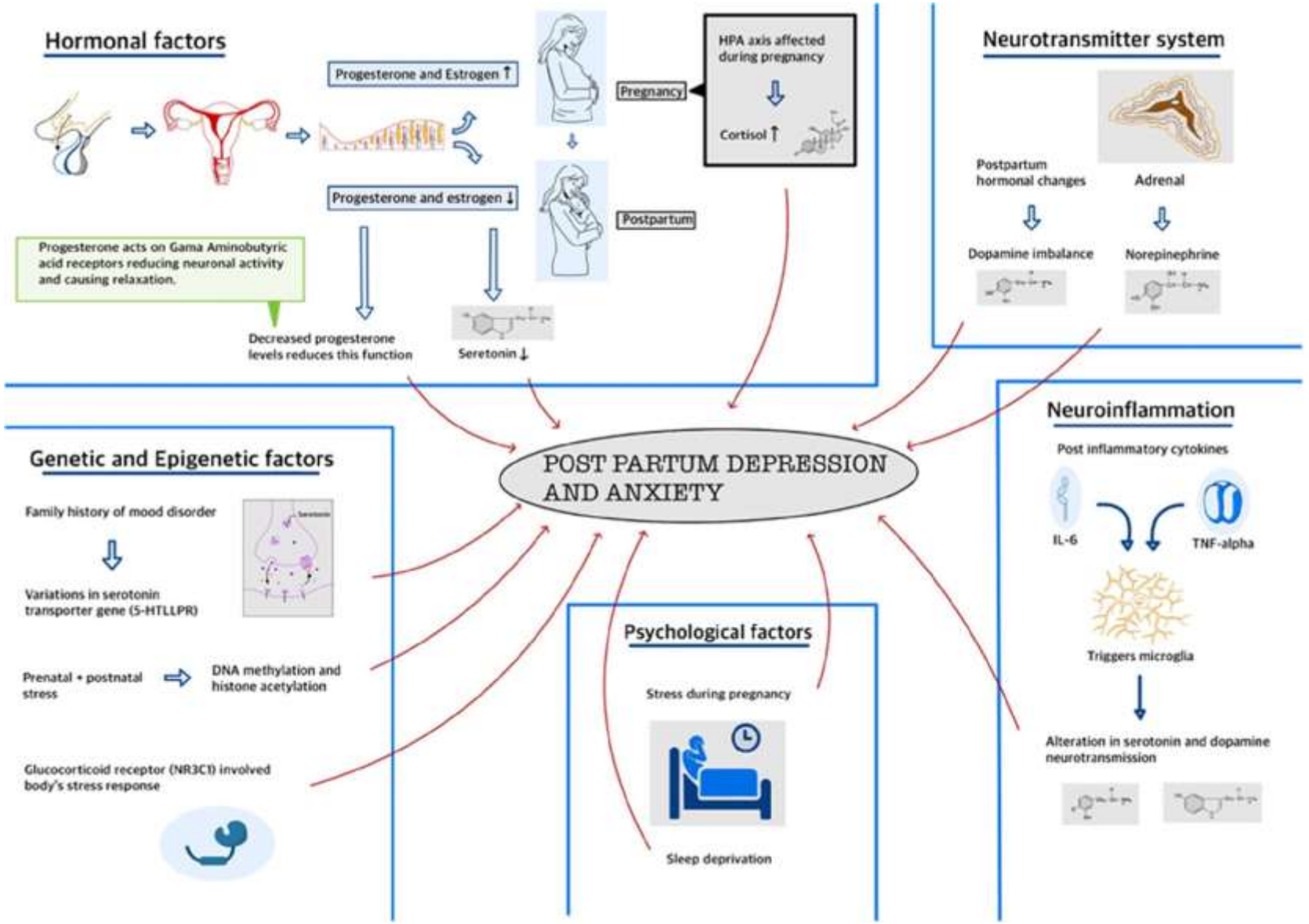
- Hızlı hormonal ve fizyolojik değişimler
- Uyku bölünmesi / uyku yoksunluğu
- Gebelik, doğum ve postpartum iyileşmeye bağlı bedensel yük
- Gebelik/doğum komplikasyonları
- Fetal veya neonatal sorunlar
- Ailede ciddi ruhsal hastalık öyküsü

Sosyal ve ilişkisel etkenler

- Sosyal destek yetersizliği
- Partner/aile ilişkilerinde gerilim
- Bakım yükü ve rol çatışmaları
- İzolasyon, ekonomik ve işle ilişkili stresler
- Travma, yakın partner şiddeti, madde kullanımı



Pawluski et al. (2024)



Whei et al. (2025)

Perinatal Distres



Yaygınlık

Depresyon *(Ferrari et al., 2026):*

- Gebelikte %6,2
- Doğum sonrası ilk yılda %6,8
- Prevalans doğum sonrası ilk 2 haftada en yüksek düzeye ulaşır

Anksiyete *(Dennis et al., 2017):*

- Gebelikte %15,2
- Doğum sonrası ilk 24 haftada %9,9

OKB *(Russell et al., 2013):*

- Gebelikte %2,1
- Doğum sonrası dönemde %2,4

Doğumla ilişkili TSSB *(Heyne et al., 2022):*

- TSSB %4,7
- Klinik olarak anlamlı posttravmatik stres belirtileri %12,3

Peripartum Depresyon

En az **2 hafta**
Aşağıdaki belirtilerden **en az 5'i**
En az biri:
- depresif duygudurum
- ilgi/zevk kaybı

Diğer belirtiler:
İştah/kilo değişikliği
Uyku bozukluğu
Psikomotor ajitasyon/retardasyon
Enerji kaybı
Değersizlik / aşırı suçluluk
Konsantrasyon güçlüğü / kararsızlık
Ölüm veya intihar düşünceleri

Peripartum depresyonda anksiyete, obsesif düşünceler, psikomotor belirtiler, konsantrasyon güçlüğü ve enerji kaybı özellikle belirgin olabilir *(Radoš et al., 2024).*

Uyku, enerji, iştah ve yorgunluk gibi depresyon belirtileri gebelik ve postpartum dönemin fizyolojik özellikleriyle örtüşebilir.



	Postpartum Hüzün	**Postpartum Depresyon**
Başlangıç	Genellikle doğumdan 2–3 gün sonra	Gebelikte veya postpartum dönemde
Süre	**Geçici**, Birkaç gün, genellikle ≤2 hafta	**≥2 hafta**
Belirtiler	Ağlama, irritabilite, duygudurum dalgalanması, anksiyete	Depresif duygudurum / anhedoni ve eşlik eden depresif belirtiler
İşlevsellik	Büyük ölçüde korunur	Belirgin düzeyde bozulabilir
Seyir	Kendiliğinden düzelir	Değerlendirme ve tedavi gerekir



Perinatal Anksiyete

Gebelik ve postpartum dönemde görülen YAB, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve özgül fobiler gibi anksiyete bozuklukları erişkinlerdeki temel özelliklerini korur; ancak **kaygının odağı perinatal bağlama kayabilir.**

Gebelikte sık görülen kaygı temaları

- Fetal anomaliler / fetal kayıp
- Doğum ve doğum komplikasyonları
- Tokofobi
- Anne olarak yetersizlik
- Destek alamama
- Beden görünümündeki değişiklikler

Postpartum dönemde sık görülen kaygı temaları

- Bebeğin sağlığı ve güvenliği
- Ani bebek ölümü korkusu
- Bakım verme yeterliliği
- Yargılanma endişesi
- Destek alamama
- Emzirme ve bebek bakımı

Tetikleyiciler, düşünce içerikleri ve sürdürücü davranışlar perinatal döneme özgü olabilir.

(Wenzel et al., 2015; Barone et al., 2022)

Peripartum Dönemde OKB Belirtileri

Prospektif araştırma bulguları

Nakić Radoš ve ark., 2025 · n = 397
Gebelik ve postpartum 6-12. hafta

%15,1

Her iki değerlendirmede de
Y-BOCS ≥8 olan kadınların oranı

Belirtiler çoğunlukla hafif düzeydeydi.

Eşlik eden depresif belirtiler[1]

%33,3
Gebelik

%43,3
Postpartum

Peripartum OKB'yi düşündüren özellikler

01 **Düşünceler**
Sık, tekrarlayıcı ve kontrol edilmesi güçtür.

02 **Duygusal yük**
Belirgin anksiyete ve suçluluk yaratır.

03 **Ritüeller**
Zaman alıcı davranışlar veya zihinsel ritüeller gelişir.

04 **Kaçınma ve güvence arama**
Kaçınma ve tekrar tekrar güvence arama artar.

05 **İşlevsellik kaybı**
Günlük yaşam, bebeğe bakım veya ilişkiler olumsuz etkilenir.

[1] OKB belirtileri olan kadınlarda EPDS ≥13. Nakić Radoš S ve ark. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25:176. doi:10.1186/s12884-025-07302-y

Doğum Sonrası OKB Belirtileri

Bebeği sürekli kontrol etme

Yenidoğan bebeğe ilişkin istemsiz, rahatsız edici düşünceler

Kötü bir ebeveyn olma korkusu

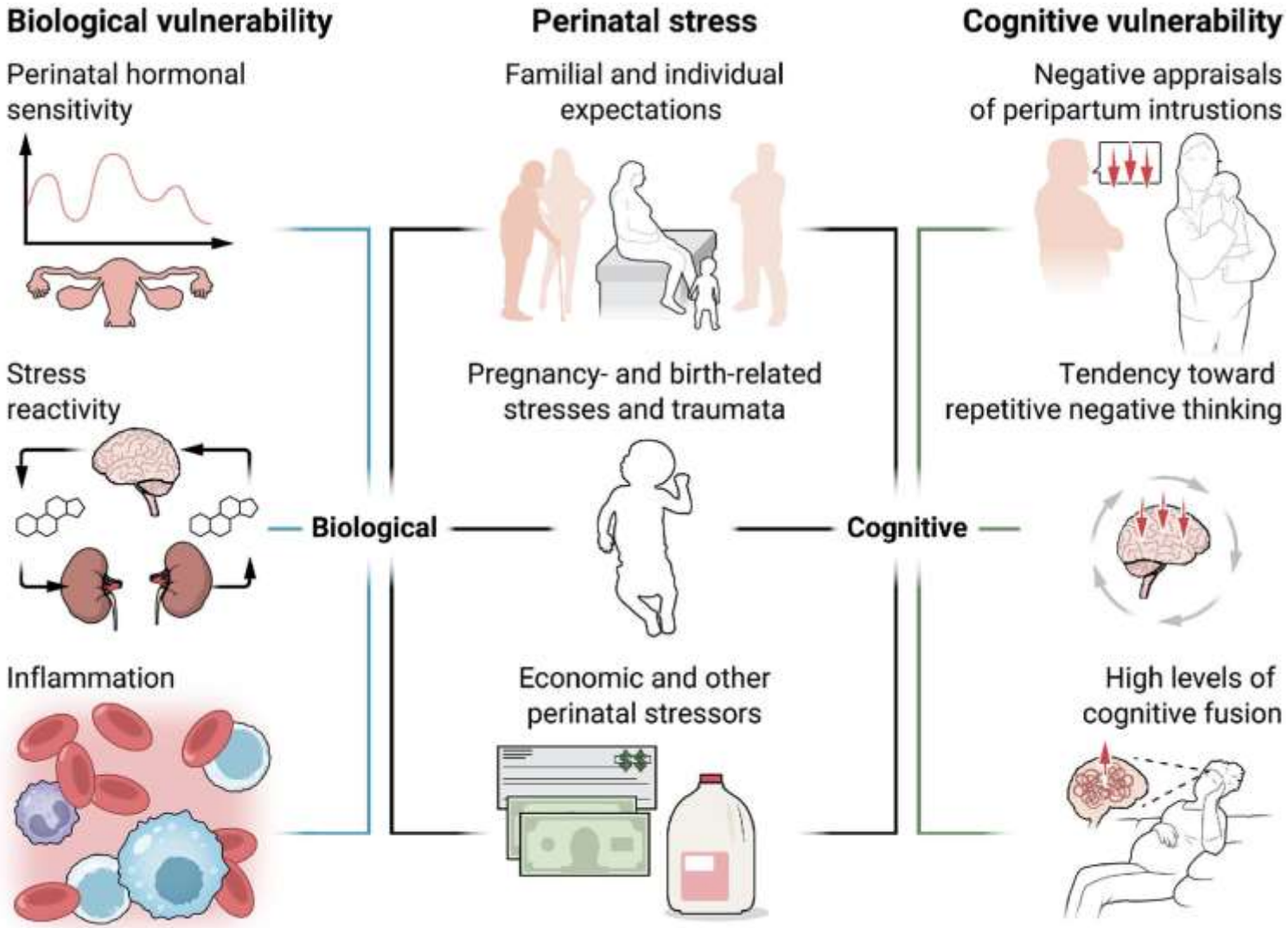
Bebeğin zarar göreceğine ilişkin korkular



Yoğun utanç ve suçluluk duyguları

Aile ve arkadaşlardan aşırı güvence arama

Bebeği düşürme, bebeğin hastalanması veya yanlışlıkla bir yerde unutulması korkusu



Perinatal stresörler, biyolojik ve bilişsel yatkınlıklarla etkileşerek intruzif düşüncelerin klinik önem kazanmasına katkıda bulunabilir.

Schweizer & Graham (2025)

Perinatal Dönemde İntruzif Düşünceler

Perinatal dönemde intruzif düşünceler yaygındır.

İntruzif düşünceler

- İstenmeyen, istemsiz ve rahatsız edici düşünce, imge veya dürtülerdir.
- Perinatal dönemde içerik sıklıkla **bebeğin güvenliği ve bebeğe zarar verme** etrafında şekillenir.

Perinatal OKB'de sık görülenler

- Bebeğe zarar verme obsesyonları
- Kontaminasyon / hastalık korkuları
- Tekrarlayıcı kontrol etme
- Güvence arama
- Kaçınma
- Düşünce bastırma
- Bebeği başkasına bırakmama / yalnız kalmaktan kaçınma

Düşünceye verilen önem ve nötralizasyon davranışları sorunu sürdürür.

Perinatal OKB / İntruzif düşünce

Egodistonik

İçgörü genellikle **korunmuştur**

Düşünceler nedeniyle yoğun **anksiyete, suçluluk ve utanç**

Kişi düşünceyi gerçekleştirmekten **korkar**

Kaçınma, kontrol etme, güvence arama, düşünceyi bastırma sık görülür

Düşünceyi önlemek için bebeği aşırı koruma/kaçınma davranışları görülebilir

Postpartum psikoz

Egosintonik / sanrısal olabilir

İçgörü **belirgin bozulabilir**

Sanrısal düşünce her zaman aynı düzeyde sıkıntı yaratmayabilir

Düşünceyle uyumlu davranma riski olabilir

Davranışlar psikotik inançlar doğrultusunda gelişebilir

Acil değerlendirme gerekir

Perinatal dönemde değerlendirme / izlem

	Hafif	Orta	Ağır
EPDS	10–12	13–18	≥19*
PHQ-9	5–9	10–14	≥15*
GAD-7	5–9	10–14	≥15
Klinik görünüm	Hafif belirtiler; işlevsellik büyük ölçüde korunmuş	Persistan belirtiler; günlük işlevsellikte belirgin etkilenme	Şiddetli belirtiler; belirgin işlev kaybı
Başlangıç yaklaşımı	Psikososyal/yaşam tarzı destek ± psikolojik müdahale	**Psikolojik müdahaleler** ± farmakoterapi	**Farmakoterapi + psikolojik müdahaleler;** uzman değerlendirmesi ± somatik tedaviler
Bakım düzeyi	Toplum / birinci basamak	Birinci basamak + gerektiğinde uzman	Uzman ruh sağlığı hizmetleri

** EPDS 10. madde veya PHQ-9 9. madde pozitifliği, toplam puandan bağımsız olarak ayrıca intihar riski değerlendirmesi gerektirir.*

Vigod et al. (2025)

Ne Zaman Acil / Uzman Değerlendirmesi?

Acil psikiyatrik değerlendirme gerektiren durumlar

- **Postpartum psikoz şüphesi**
  - sanrı, halüsinasyon
  - belirgin dezorganizasyon
  - hızlı başlayan kafa karışıklığı / davranış değişikliği
- **Mani veya belirgin hipomani**
- **Aktif intihar düşüncesi**
  - niyet, plan veya hazırlık davranışı
- **Bebeğe ya da başkasına zarar verme niyeti / riski**
- **Anne veya bebeğin güvenli bakımının sürdürülememesi**
- Ağır ajitasyon, ciddi işlev kaybı veya hızla kötüleşen klinik tablo

(ACOG, 2023; NICE CG192)

Perinatal Dönemde Tedavi Seçenekleri

Tedavi planı bireyselleştirilmelidir.

- Tanı ve semptom şiddeti
- İşlev kaybı ve güvenlik riski
- Önceki epizodlar ve önceki tedavi yanıtı
- Komorbidite
- Gebelik / postpartum dönem
- Emzirme durumu
- Danışanın tercihleri

Psikolojik müdahaleler

- BDT
- IPT

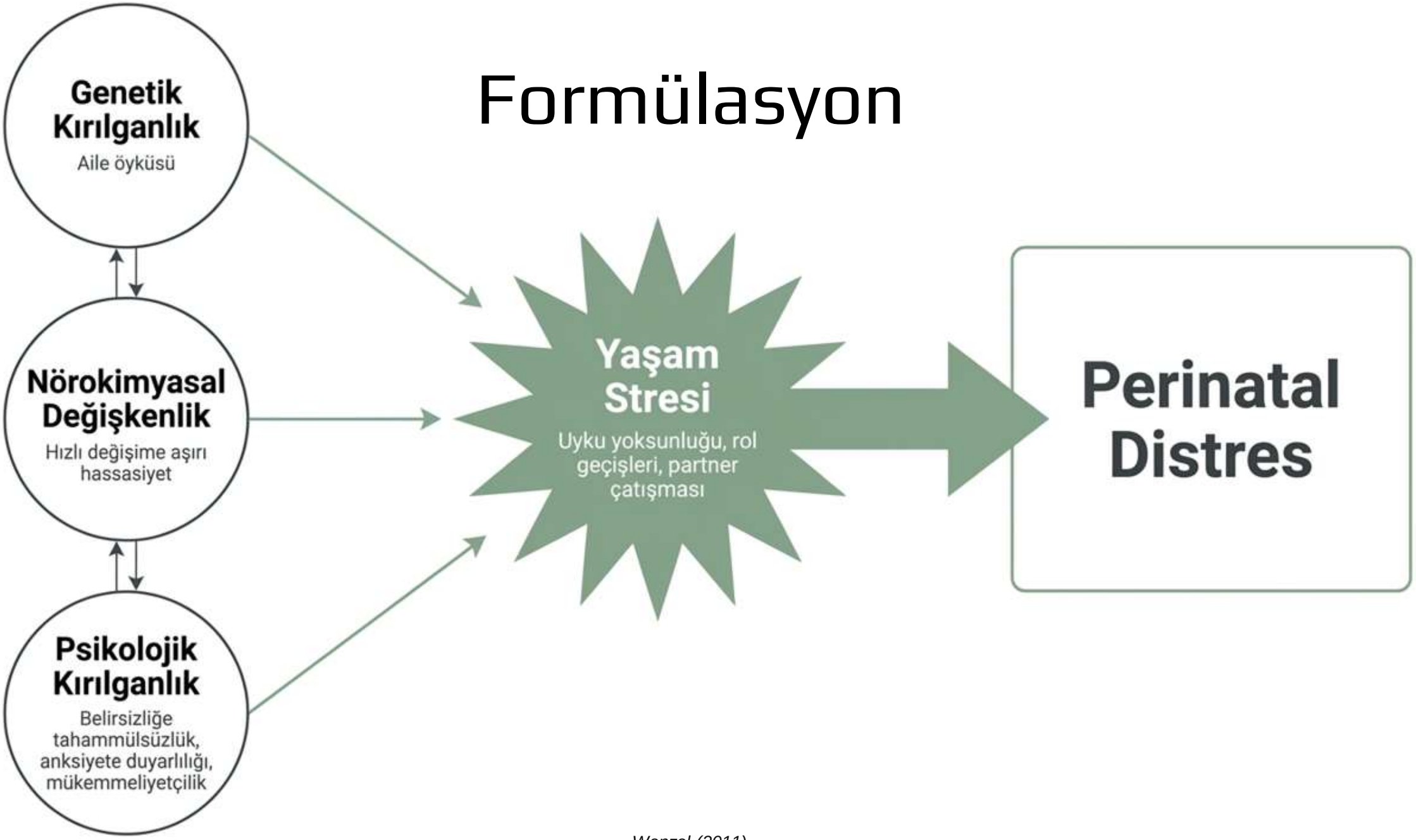
Farmakoterapi

Kombine tedavi

Tedavinin potansiyel riskleri ↔ tedavi edilmeyen ruhsal hastalığın riskleri

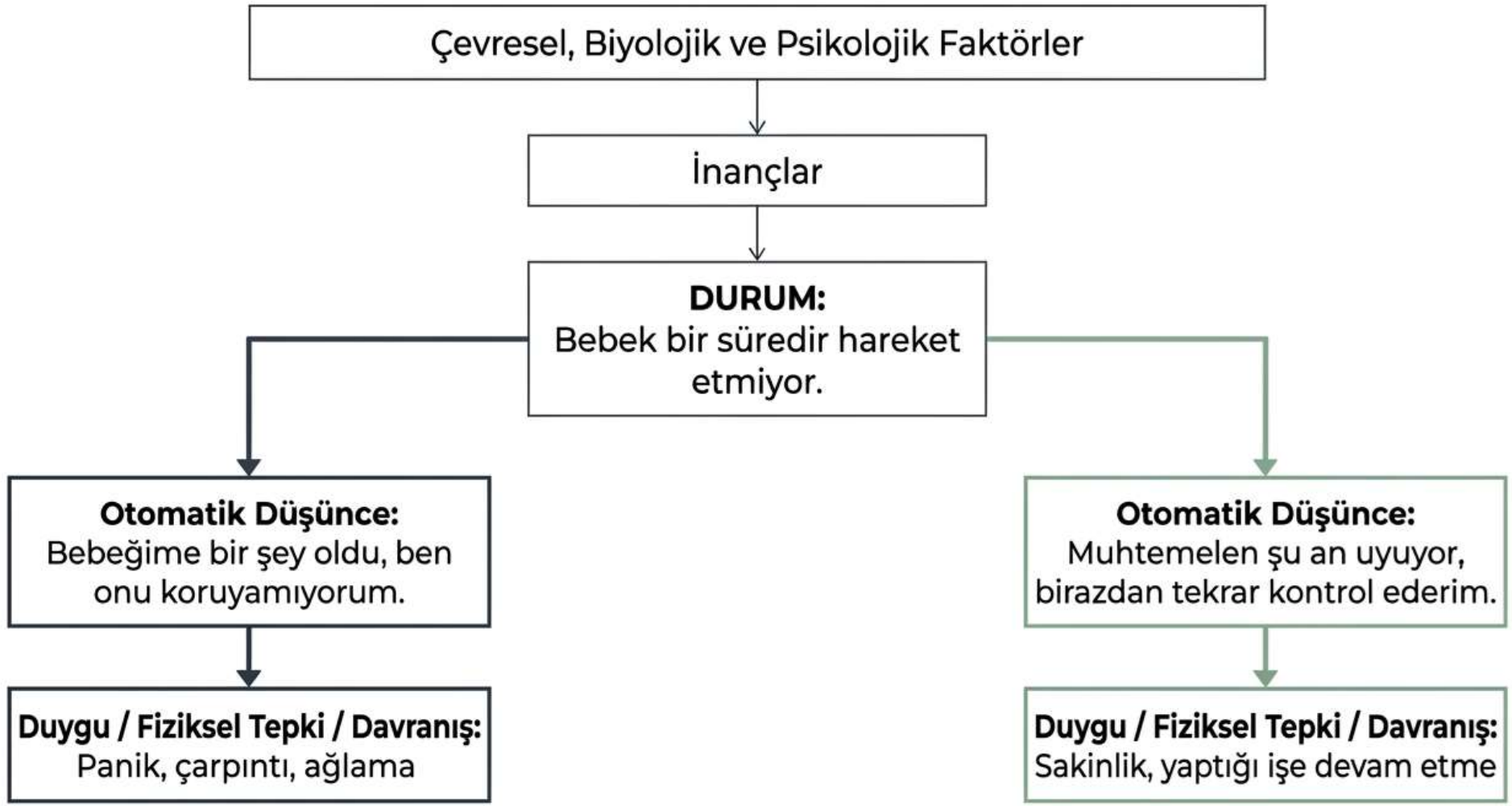
(ACOG CPG No. 5, 2023; NICE CG192)

Formülasyon



Wenzel (2011)

Gemini Notebook



Gemini Notebook


Gebelik ve doğuma ilişkin belirsizlik
Bebeğin sağlığı ve güvenliği
Anne rolüne geçiş
Partner/aile ilişkilerindeki değişimler
“İyi bir anne hata yapmaz.”
“Bebeğimi her zaman koruyabilmeliyim.”
“Yardıma ihtiyacım varsa yetersizim.”
“Bu düşünce aklıma geldiyse tehlikeli olabilirim.”
Anksiyete
Suçluluk
Utanç
Mutsuzluk
Uyku problemleri
İştah problemleri
Dikkat-konsantrasyon güçlükleri
Bedensel gerginlik
Kaçınma
Güvence arama
Tekrarlayıcı kontrol etme
Aşırı hazırlık / aşırı koruyuculuk
Geri çekilme
Yardım istemekten kaçınma

Perinatal Dönemde Sık Görülen İşlevsiz İnançlar ve Bilişsel Temalar

Mükemmeliyetçilik / “iyi anne” standardı
“İyi bir anne her zaman ne yapacağını bilir.”
“Bebeğim ağlıyorsa bir şeyi yanlış yapıyorum.”
“Hata yaparsam kötü bir anneyim.”
“Annelikten keyif almıyorsam bende bir sorun var.”

Aşırı sorumluluk
“Bebeğimin başına kötü bir şey gelmesini tamamen engellemeliyim.”
“Her an tetikte olmazsam bir şey olabilir.”
“Bebeğimin iyiliği tamamen benim sorumluluğumda.”

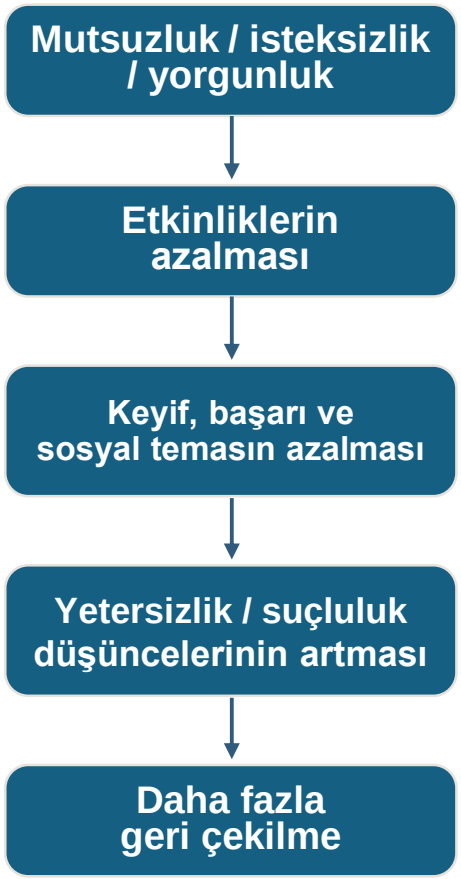
Belirsizliğe tahammülsüzlük
“Her şeyin yolunda olduğundan emin olmalıyım.”
“Kesin olarak güvende olduğunu bilmeden rahatlayamam.”
“Ne olacağını bilmemek dayanılmaz.”

Kontrol ve tehdit algısı
“Kontrolü kaybedersem kötü bir şey olur.”
“Bu düşünce aklıma geldiyse gerçekleşebilir.”

Suçluluk ve kendini eleştirme
“Kendime zaman ayırırsam bencillik yaparım.”
“Yardıma ihtiyacım varsa yetersizim.”
“Diğer anneler bunu benden daha iyi yapıyor.”

Sürdürücü süreç / klinik örüntü	**BDT müdahalesi**
Azalmış aktivite düzeyi	Davranış aktivasyonu
Katı annelik standartları, suçluluk, yetersizlik düşünceleri	Bilişsel yeniden yapılandırma
Tehdit olasılığını abartma	Kanıt inceleme + davranış deneyi
Kaçınma	İn vivo / imgesel maruz bırakma
Kompulsiyonlar / kontrol etme	Maruz bırakma ve tepki önleme
Belirsizliğe tahammülsüzlük	Belirsizlikle kalma + davranış deneyi
Günlük sorun alanları	Problem çözme
Partner / aile iletişim sorunları	İletişim becerileri ve sınır koyma

Davranış Aktivasyonu



Davranış aktivasyonu planlama

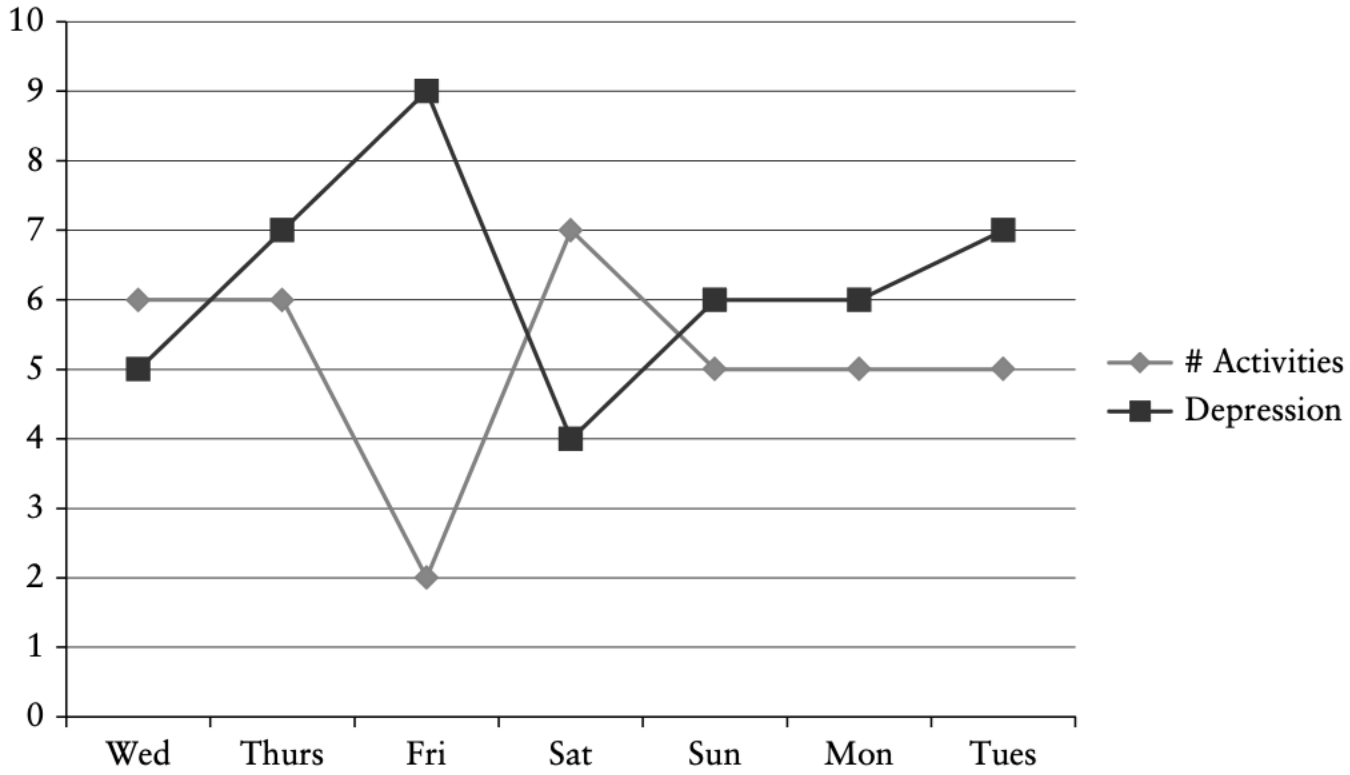
- **Keyif**
- **Başarı / yeterlilik**
- **Sosyal bağlantı**
- **Özbakım**

Basit, kademeli, gerçekçi ve bakım yüküne uyumlu

Perinatal döneme özgü olarak

- Gerçek yorgunluk ve uyku bölünmelerini göz önüne alma
- Özbakımı tedavi hedefi olarak düşünme
- Aktiviteyi 10–20 dakikalık vb. uygulanabilir adımlara bölme
- Partner/aile desteğini somut biçimde planlama

Amaç: daha fazla görev değil, olumlu pekiştirmeyi geri kazanmak









(Yorgun anne için aşırı bilişsel yük)



Uyku Hijyeni ve Önerileri

Perinatal dönemde uyku sorunları sık görülür.

Amaç, mevcut bakım koşulları içinde uyku fırsatını ve uyku kalitesini mümkün olduğunca artırmaktır.

Gece bebek uyumasına rağmen uykuya dalmakta güçlük oluyor mu?

- Yatağa girdikten sonra uzun süre uyanık kalma
- Ruminasyon / endişe
- Gün içi aşırı uyuma
- Düzensiz uyku–uyanıklık saatleri
- Partner desteği ve gece bakımının paylaşımı
- Kafein, ekran kullanımı, çevresel faktörler

- Mümkün olduğunca **düzenli uyku–uyanıklık ritmi**
- Yatağı uyku ile yeniden eşleştirme
- Uyumadan önce uyarıcı etkinlikleri azaltma
- Ruminasyon ve endişenin ele alınması
- Gün içi uyuklamaları ve kafein kullanımını düzenleme
- Bebeğin bakım yükünü mümkün olduğunca paylaştırma
- Uygulanabilir olduğunda kesintisiz bir uyku bloğu oluşturma

Sağlıklı Yaşam Tarzının Ele Alınması

Doğum sonrası dönemde artan bakım yüküyle birlikte annelerin kendi beslenme düzenlerini aksatabildikleri bilinmektedir.

Bir öğün için yeterli zaman bulunamadığı zamanlarda sağlıklı ara öğün alternatiflerinin konuşulması ve planlanması gözden geçirilebilir.

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, alkol ve madde kullanımı da ele alınmalıdır.

Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Perinatal dönemde sık karşılaşılan bilişsel temalar:

- **Ya hep ya hiç düşüncesi:** “Bunları yapamıyor olmam kötü bir anne olduğumu gösterir.”
- **Aşırı sorumluluk:** “Bebeğimin başına kötü bir şey gelirse bu benim hatamdır.”
- **Felaketleştirme:** “Paniklersem kontrolümü tamamen kaybederim.”
- **Zihin okuma:** “Diğer anneler beni yetersiz bulacak.”
- **Mükemmeliyetçi standartlar:** “İyi bir anne her zaman sakin ve sabırlı olmalı.”
- **Belirsizliğe tahammülsüzlük:** “Bebeğimin iyi olduğundan yüzde yüz emin olmalıyım.”

Kanıt İnceleme / Alternatif Açıklama

Otomatik düşünce: Bebeğimin ateşini tekrar tekrar kontrol etmezsem ciddi bir şeyi gözden kaçırırım.

↓

Kanıtı birlikte inceleyelim

↓

Düşünceyi destekleyen kanıtlar

- Bebekler bazen hızlı biçimde hastalanabilir
- Ateş, önemli hastalıkların belirtisi olabilir
- Bebeğin sağlığını ciddiye alıp kontrol etmek önemlidir

Düşünceyi desteklemeyen / alternatif açıklamalar

- Ateş dışında bir belirtisi yok
- Ateş için izlenecek belirti ve eşikler bellidir
- Sık tekrar ölçmek yeni bilgi sağlamayabilir
- Tekrarlayan kontrol kısa süreli rahatlatır, kaygıyı sürdürür

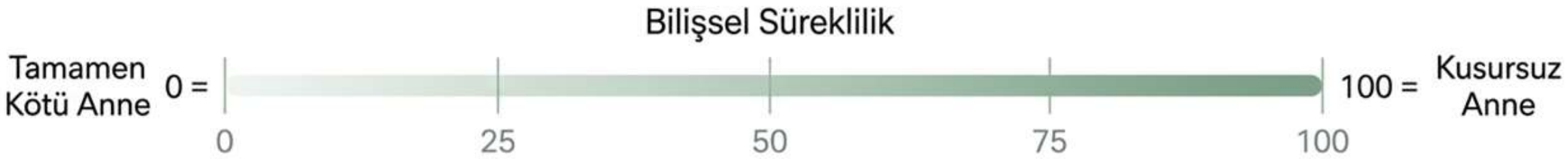
…

↓

Daha dengeli düşünce:
Bebeğimin sağlığını izlemek önemli; ancak sürekli kontrol etmek güvenliği artırmıyor, kaygımı sürdürüyor.

Kötü bir anneyim

Kötü bir anneyim



- Kendinizi bu çizgide nereye koyuyorsunuz?

- 0 puandaki bir anne nasıl davranırdı?
- 100 puandaki “mükemmel anne” nasıl davranırdı? Sizce bu ne kadar mümkün?
- Bebeğini seven, ihtiyaçlarını karşılayan ama bazen ne yapacağını bilemeyen bir anne kaç puan olurdu?
- Bir arkadaşınız aynı durumda olsa ona kaç puan verirdiniz?
- Sizin gibi .. puan yerine 60-70 puan olarak değerlendirmenize neden olan ne gibi farklılıkları var?

Davranış Deneyi Planlama

İnanç / tahmin: Bebeği partnerime bırakıp dışarı çıkarsam ihtiyaçlarını anlayamaz; kötü bir şey olabilir.

Davranış Deneyi Planlama

İnanç / tahmin: Bebeği partnerime bırakıp dışarı çıkarsam ihtiyaçlarını anlayamaz; kötü bir şey olabilir.

Bu düşünceye ne kadar inanıyorsunuz? % …

Korkulan sonucun gerçekleşme olasılığı sizce? % …

Deney planı

1 Ne yapılacak?

Danışan 10–15 dakika dışarı çıkarak parkta yürüyüş yapacak
Bebek evde partnerle kalacak

2 Deney koşulları

Bu sürede arama / mesaj yok.
Kameradan izleme yok.
Eve dönüp tekrar kontrol etme yok
Gerçek acil durumda partner arayabilir

3 Değerlendirme

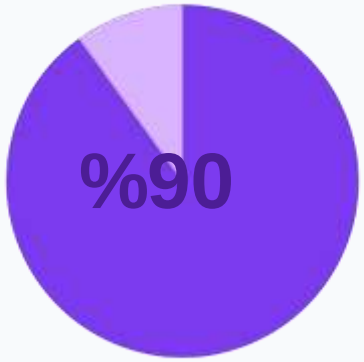
Korkulan sonuç: oldu / olmadı / kısmen oldu
Şimdiki inanç yüzdesi?
Kaygı düzeyi: başlangıç / en yüksek / son

“Bebeğin bakımını yalnızca benim yapmam gerekmiyor; bu konuda yardım talep edebilirim, bu kötü bir şey olacağını göstermez.”

Pasta Dilimi Tekniği

Otomatik düşünce: “Başarısız biriyim.”

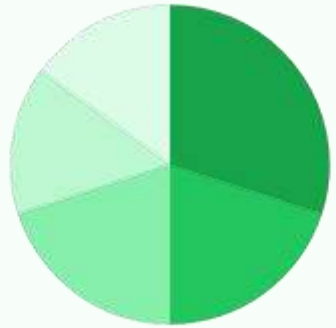
1 İlk tahmin



2 Neleri sorabiliriz?

1. Bu değerlendirme hangi kanıtlara dayanıyor?
2. Hayatınızda başka hangi alanlar var?
3. Bu alanlarda ölçülebilen somut sonuçlar nelerdir?
4. Daha önce de böyle hissetiğiniz bir zaman olmuş muydu? Onu nasıl çözümlediniz?
5. Bu sonuçlara bakınca yeniden değerlendirme yapalım mı?
6. Bütün tabloya bakınca daha dengeli ifade ne olur?

3 Yeniden değerlendirme



Daha dengeli inanç: “Bazı konularda zorlanıyor olmam tamamen başarısız olduğumu göstermez, daha önce de zorlandığım birçok konuda zamanla daha başarılı olabildim.”

Maruz Bırakma ve ERP

Korkulan uyaranla temas + **Alışılmış yanıtı yapmama** → **Yeni öğrenme**

"Sıkıntı varken de kompulsiyon yapmadan kalabilirim."

Ne zaman düşünelim?

Kaçınma

Tekrarlayıcı kontrol etme

Güvence arama

Kompulsiyonlar / ritüeller

Korkulan düşünce, imge ya da bedensel duyumdan kaçınma

Amaç

Sıkıntıyı sıfırlamak değil; güvenlik davranışı olmadan belirsizliğe ve sıkıntıya tolerans geliştirmek.

Perinatal örnekler

1 Bebeği kontrol etme

Eski yanıt

Sık solunum/ateş kontrolü

ERP denemesi

Kontrol aralığını kademeli uzatma; ek güvenceyi azaltma

2 Zarar verme intruzyonları

Eski yanıt

Yalnız kalmama; güvence isteme; tetikleyiciden kaçınma

ERP denemesi

Düşüncenin varlığına izin verip olağan davranışı sürdürme

3 Panik / bedensel duyum

Eski yanıt

Çarpıntıdan kaçınma; hemen oturma/kaçma; sürekli nabız kontrolü

ERP denemesi

Gerektiğinde interoseptif maruz bırakma; duyumu tolere etme

Planlamada

Korkulan sonuç ne?

Hangi güvenlik davranışı azaltılacak?

Deney hangi basamakla başlayacak?

Problem Çözme

Belirsiz yakınma: “Hiçbir şeye yetişemiyorum.”

Somut problem: “Akşam bebek bakımı ve yemek hazırlığı çakışıyor.”

Bu sorun hakkında şu anda yapabileceğim bir şey var mı?

1 Tanımla

Ne oluyor?
Ne zaman oluyor?
Kimler dahil?
Hedef ne?

2 Seçenek üret

Partner desteği
Pratik yemek
Rutini sadeleştirme
Aile desteği

3 Karar ver

Uygulanabilirlik
Avantaj / dezavantaj
Kaynak ihtiyacı

4 Uygula ve gözden geçir

Salı–Perşembe
18.00–19.00
partner bakımı üstlenecek;
sonuç değerlendirilecek

Somut problem → problem çözme | **Varsayımsal “ya olursa?”** → kaygı / belirsizlikle çalışma

İletişim ve Girişkenlik Becerileri

? Hangi durumlarda?

- Yardım istemekte zorlanma
- Partnerin ihtiyaçları kendiliğinden anlamasını bekleme
- Bakım yükünün dengesiz paylaşılması
- Aile üyeleriyle sınır koyma güçlüğü
- Eleştirilme / yargılanma korkusu
- İhtiyaçları açık ifade edememe

Kullanılabilecek yapı

Durum → Duygu / ihtiyaç → Spesifik istek

Örnek:
“Gece birkaç kez uyandığımda ertesi gün çok zorlanıyorum. Bu gece 02.00’den sonraki ilk uyanmada sen ilgilenir misin?”

İşlevsiz örüntü

“Söylemeden anlamalı.”

“Yardım istersem yetersiz görünürüm.”

“Hayır dersem kırılırlar.”

↓

İhtiyacı ifade etmeme / dolaylı iletişim

↓

Yük artışı + öfke + suçluluk + geri çekilme

Sınır koyma örneği

“Ziyaret etmek istemenizi anlıyorum; ancak bugün dinlenmeye ihtiyacımız var. Hafta sonu için plan yapabiliriz.”

Sen dili yerine ben dili kullanımı – Role play

BDT’de hedef

İhtiyacı açık, somut ve davranışsal biçimde ifade etmeyi öğretmek.

Belirsiz ifade:
“Hiç yardımcı olmuyorsun.”

Daha işlevsel ifade:
“Biraz dinlenmeye ihtiyacım var. Bu akşam 19.00-20.00 arasında bebeğin bakımını üstlenebilir misin?”

Terapide çalışılabilecek sorular

- İhtiyacınızı doğrudan ifade etmenizi ne engelliyor?
- Yardım istemek sizin için ne anlama geliyor?
- Karşınızdaki kişinin ne yapmasını istediğiniz yeterince açık mı?
- “Hayır” demenin korkulan sonucu ne?

Relaps Önleme ve Erken Uyarı Planı

1 Erken uyarı işaretleri

Uyku bozulması / bebek uyurken de uyuyamama
Sosyal geri çekilme, evden çıkmama
Güvence arama veya kontrolün artması
“İyi anne olamıyorum” düşüncelerinin sıklaşması
Özbakımın azalması, partnerle çatışmanın artması

2 Kişisel kırmızı bayraklar

“Bendeki kötüleşmenin ilk 3 işareti nedir?”

1. Aynı konuda tekrar tekrar güvence istemek
2. Kontrol davranışlarının belirgin artması
3. Günlük işlevsellikte düşme

3 BDT araç kutusu

Davranış aktivasyonu
Bilişsel yeniden yapılandırma
Davranış deneyi
Problem çözme
Maruz bırakma / ERP
İletişim becerileri
Uyku düzenleme

4 Destek planı

Partner / aile: hangi destek, ne zaman?
Terapist / psikiyatrist: nasıl ulaşılır?
Acil durumda başvurulacak kişi veya kurum

5 Ne zaman yardım isteyeceğim?

Belirtiler günler içinde düzelmiyorsa
İşlevsellik belirgin bozuluyorsa
Kaçınma / kompulsiyonlar hızla artıyorsa
İntihar düşüncesi varsa

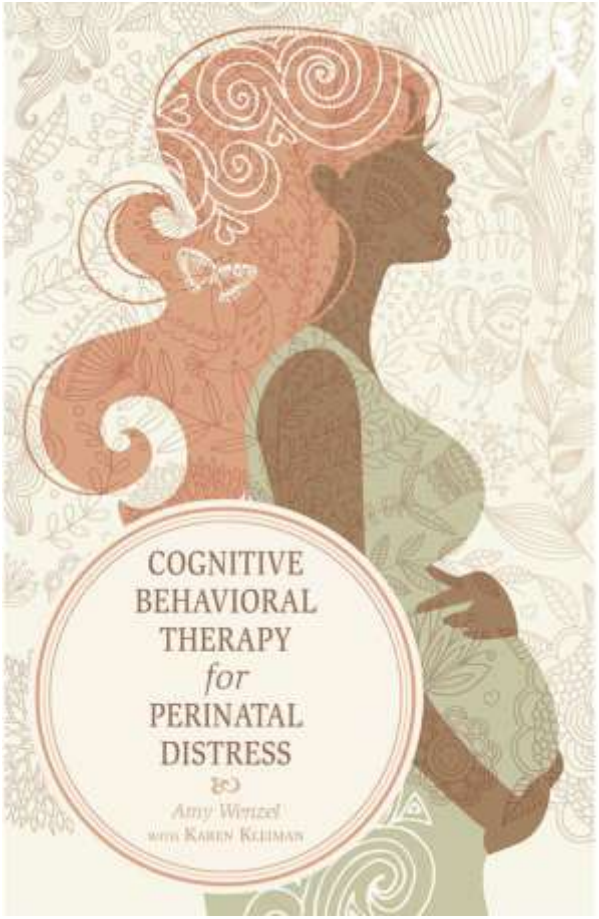
6 Plan nerede duracak?

Plan, danışanın kolay ulaşacağı bir yerde

Telefon notları
Partnerle paylaşılan kısa versiyon
Terapide gözden geçirilen yazılı form

Relaps önleme, “bir daha kötüleşmeyeceğim” planı değil; kötüleşmeyi erken fark edip daha hızlı ve etkili yanıt verme planıdır.

Kaynaklar



- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. Obstetrics & Gynecology, 141*(6), 1232–1261.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. Obstetrics & Gynecology, 141*(6), 1262–1288.
- Barone, Y., Cuniberti, F., & Perna, G. (2022). Anxiety disorders. In M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, & C. Pariante (Eds.), *Key topics in perinatal mental health* (pp. 53–77). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3_4
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(5), 315–323. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179
- Ferrari, A. J., Miller, P. A., Shadid, J., Mantilla Herrera, A., Ahmed, S. M., Malpani, P., Noyes, T. S., Chihara, I., McHugh, T. A., Nanditha, N. G. A., Vos, T., Kassebaum, N. J., Ashworth Dirac, M., & Santomauro, D. F. (2026). The global prevalence of major depressive disorder during the peripartum period: A systematic review and meta-regression. *The Lancet Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(26)00085-4
- Heyne, C.-S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 94*, 102157. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157
- Nakić Radoš, S., Brekalo, M., Matijaš, M., & Žutić, M. (2025). Obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms during pregnancy and postpartum: Prevalence, stability, predictors, and comorbidity with peripartum depression symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*, 176. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07302-y
- Nakić Radoš, S., Kömürcü Akik, B., Žutić, M., Rodriguez-Muñoz, M. F., Uriko, K., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Apter, G., & Lambregtse-van den Berg, M. (2024). Diagnosis of peripartum depression disorder: A state-of-the-art approach from the COST Action Riseup-PPD. *Comprehensive Psychiatry, 130*, 152456. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2024.152456
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (CG192)*. NICE.
- Pawluski, J. L. (2024). The parental brain, perinatal mental illness, and treatment: A review of key structural and functional changes. *Seminars in Perinatology, 48*(6), 151951. https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151951
- Percudani, M., Bramante, A., Brenna, V., & Pariante, C. (Eds.). (2022). *Key topics in perinatal mental health*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(4), 377–385. https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917
- Schweizer, S., & Graham, B. (2025). Perinatal intrusions: A window into perinatal anxiety disorders. *Science Advances, 11*(10), eadt2170. https://doi.org/10.1126/sciadv.adt2170
- Vigod, S. N., Frey, B. N., Clark, C. T., Grigoriadis, S., Barker, L. C., Brown, H. K., Charlebois, J., Dennis, C.-L., Fairbrother, N., Green, S. M., Letourneau, N. L., Oberlander, T. F., Sharma, V., Singla, D. R., Stewart, D. E., Tomasi, P., Ellington, B. D., Fleury, C., Tarasoff, L. A., … Van Lieshout, R. J. (2025). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 clinical practice guideline for the management of perinatal mood, anxiety, and related disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry, 70*(6), 429–489. https://doi.org/10.1177/07067437241303031
- Wenzel, A., & Kleiman, K. R. (2015). *Cognitive behavioral therapy for perinatal distress*. Routledge.
- Whei, S. J., Deva, S., Vijayakumar, V., Khan, S. S., Awad, S. A., Asfeen, U., Maniar, R. H., & Shrestha, B. (2025). Management of postpartum anxiety and depression: A narrative review. *Mental Health Science, 3*(2), e70012. https://doi.org/10.1002/mhs2.70012

Dinlediğiniz için teşekkürler