

Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Terapi

Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of Perinatal Depression

Gamze Ergil Altın

ÖZET

Perinatal depresyon, akut ve uzun süreli sonuçları sadece anneyi değil, bebeğini ve aralarındaki ilişkiyi de etkileyen ama yeterince tanınıp tedaviye yönlendirilemeyen bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Hem gebelik hem de postpartum dönem kişilerarası ilişkileri de etkileyen önemli fiziksel ve duygusal değişimlerin yaşandığı süreçlerdir. Yetersiz sosyal destek ve artmış sosyal çatışma gibi kişilerarası risk etkenleri bu dönemde kadının ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerine ciddi etkiler yapabilir. Çalışmalar bu dönemde kadınların psikolojik ve sosyal girişimleri farmakoterapiye tercih ettiklerini göstermektedir. Kişilerarası psikoterapi, kısa süreli, özellikle kişilerarası sorunlara odaklanan, depresif belirtilerin azalmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen bir tedavi yaklaşımıdır. Gebelik ve doğum sürecinde ortaya çıkan sorunlar kişilerarası terapinin ele aldığı dört temel sorun alanı ile çok uyumlu olduğu için terapist hastanın bu çatışmalarını çözmek için kişilerarası psikoterapiyi rahatlıkla kullanabilir.

Anahtar Sözcükler: Perinatal depresyon, kişilerarası psikoterapi, sosyal destek

ABSTRACT

Perinatal depression is a psychiatric disorder that is not sufficiently diagnosed and directed to treatment. Its acute and chronic outcomes influence not only the mother but also the infant and the relationship between them. Both pregnancy and the postpartum periods are the times of significant physiological and emotional changes which also influence interpersonal relationships. Interpersonal risk factors like insufficient social support and increased social conflict can have an important impact on the women's mental and physiological health during this period. Studies have shown that women prefer psychological and social management over drugs during this period. Interpersonal psychotherapy is a time-limited treatment approach, especially

focusing on interpersonal difficulties with the goal of reducing depressive symptoms and improving interpersonal functioning. Such distressing factors which can occur during pregnancy and delivery are compatible with the four main problem areas that interpersonal psychotherapy addresses so that the therapist can easily use interpersonal psychotherapy in order to solve such difficulties.

Keywords: Perinatal depression, interpersonal psychotherapy, social support

Major depresyon kadınlardaki işlevsellik kaybının en önemli nedenlerinden biridir. Major depresyonun kadınlarda yaşam boyu prevalans oranının en yüksek olduğu dönem çocuk doğurma yaşlarında oldukları dönemdir.[1] Depresif belirtilerin başlangıcı, genellikle 20-40 yaş arasında, birçok kadının gebe kalabileceği yaş aralığında görülür.[2] Bu nedenle sağlık hizmetlerinde çalışanların bu popülasyonda depresyon görülme sıklığı, belirtileri, risk faktörleri, tedavi edilmediği takdirde karşımıza çıkabilecek riskler ve tedavi yöntemleri konusunda bilgi sahibi olması önem kazanmaktadır.

Perinatal dönemde depresyon tedavisinde antidepresan ilaçlar, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi ve alternatif destekleyici yöntemler kullanılabilir. Bu yazıda perinatal depresyonun sıklığı, kişilerarası etkiler ve sosyal destekle ilişkisi ve kişilerarası psikoterapinin tedavideki etkinliği kısaca gözden geçirilmiştir.

Gebelik ve Postpartum Dönemde Depresyon Sıklığı

Kadınların %7-26'sı gebelikleri boyunca major veya minör depresyon tanı ölçütlerini karşılarlar. Kentlerde yaşayan ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda daha yüksek oranlar bildirilmektedir.[1] Yakın zamanda yapılan değerlendirmeler, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gebelik boyunca major depresyon prevalansını %8.3-12.7 olarak bildirmektedir.[3,4] Sistematik bir gözden geçirmede ise birinci, ikinci ve üçüncü trimesterler için %7.4, %12.8 ve %12 oranları rapor edilmiştir.[5]

Türkiye'de 2005'de Sevindik'in yaptığı çalışmada gebe kadınların %33.8'inde hafif, %12.5'inde ağır depresif belirtiler görülmüştür.[6] Karaçam ve Ançel'in 2007'de yaptıkları çalışmada, Beck Depresyon Ölçeği'nde kesme puanı 17 ve üzeri olarak alındığında, gebelikte depresyon oranı %27.9 olarak bulunmuştur.[7] Kültürlerarası birçok farklılık perinatal dönemde depresyon oranlarının artmasına katkıda bulunabilir. Türk toplumunda ergenlerde gebelik, sık aralıklarla gebe kalınması, ekonomik problemler, düşük eğitim düzeyi,

geniş aileler, aile içi şiddet ve kadının yeterli prenatal bakım alamıyor oluşu bu dönemde depresyon oranlarının artmasını etkiliyor olabilir.[7] Gebelik dönemindeki depresyon, postpartum depresyonun da güçlü bir öngörücüsüdür ve fetal gelişimdeki olumsuzluklarla da ilişkili bulunmuştur.[8] Bu nedenle antepartum depresyon tedavisi önemlidir ve birçok uzman postpartum depresyonu önlemeye yönelik girişimlerin de gebelikte başlaması gerektiğini savunmaktadır.[9,10]

Postpartum depresyon ise yaygın görülen ve özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlar arasında morbiditesi yüksek bir hastalıktır.[11] Perinatal psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülendir. Kadınların %10-15'ini etkilediği tahmin edilmektedir. Kadınlar özellikle postpartum birinci yıl içinde depresyon açısından yüksek risk altındadır. Depresyonu olan kadınların %45-65'i ilk ataklarını bu dönemde geçirir. Perinatal psikiyatristler, postpartum risk döneminin 3 ay ile 2 yıl arasında değiştiğini belirtmektedir.[1]

Perinatal Depresyonun Etkileri

Perinatal depresyonun akut ve uzun süreli sonuçları sadece anneyi değil, bebeği ve anne-bebek ilişkisini de etkiler. Depresyonu olan kadınlarda yapılan çalışmalar, bu hastalarda plasental anomali, preeklampsi ve düşük oranları gibi prenatal ve perinatal komplikasyonların arttığını göstermiştir.[12-15] Depresyonu olan kadınlarda erken doğum riski yüksektir.[16-18] Yenidoğanda bronkopulmoner displazi ve intraventriküler kanama riski arttığından yoğun bakım ünitelerini kullanma oranı da artar.[19] Depresyonu olan annelerin bebekleri, düşük doğum ağırlığı ve gestasyonel yaş için düşük gelişim riski ile de karşı karşıyadır.[20,21] Bu olumsuz etkilerin mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, maternal depresyonun hipotalamik-pitüiter-adrenal ekseninde disregülasyona neden olarak katekolamin ve kortizol salınımında artışa yol açtığı ve bunun da plasentada hipoperfüzyona sebep olarak bebeğin oksijen ve besin alımını bozduğu öne sürülmüştür.[22] Depresyon ayrıca sezeryan veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağırlı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur.[23]

Depresyonun gelişimin ileri aşamalarında anne-bebek bağlanması üzerine olumsuz etkilerinin olduğu, çocuklarda bilişsel gelişimde gecikmeler, duygusal ve davranışsal sorunlar, güvensiz bağlanma biçimi, anksiyetede, dürtüsellik ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu oranlarında artış görülebileceği belirtilmektedir.[24-27] Ayrıca depresif belirtileri olan annelerin çocuklarıyla daha

karmaşık davranışsal etkileşimlerinin olduğu, etkileşimlerinde daha az duyarlı ve sorumlu davrandıkları, tam tersine zorlayıcı olabildikleri ve çocuklarının 36. ayda annelerine karşı daha güvensiz bir bağlanma biçimi geliştirdikleri görülmüştür.[28]

Maternal depresyonun tedavi edilmemesinin, kadınlarda ciddi etkileri olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir. Yetersiz beslenme, özbakımda azalma, birlikte bulunan tıbbi hastalıkların kötüleşmesi, kadının prenatal takiplerini sürdürmekte güçlük çekmesi ve sigara, alkol ve madde kullanımını artırması gibi etkiler bunlardan bazılarıdır.[29-31] Bu nedenlerle, gebelerde ya da yeni doğum yapmış annelerde depresyon için hızlı ve etkili bir müdahale sadece annenin iyileşmesine değil yenidoğanın aleyhine olabilecek nörodavranışsal sonuçların ortaya çıkmasına engel olmaya katkıda bulunacaktır.

Perinatal Depresyonun Risk Faktörleri ve Sosyal Destekle İlişkisi

Perinatal dönemde depresyon için risk faktörlerini bilmek, bu riski taşıyan kadınları tanımlamamıza ve tedavi edebilmemize yardımcı olur. Farklı birçok çalışmada olumsuz yaşam olayları, sosyal destek azlığı, aile içi şiddet, düşük sosyoekonomik düzey, kişilerarası etkenler -özellikle eşle çatışma-, daha önce geçirilmiş depresyon ve ergenlik döneminde yaşanan gebelik perinatal dönemle ilişkili bulunan risk faktörleridir.[32-36]

Gebelik, kişilerarası ilişkileri de etkileyen önemli fiziksel ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Sosyal etkileşimler ve çatışma, bireyin bunlara verdiği tepki depresyon için tetikleyici olabilir. Yakın zamanda yapılan çalışmalar kadının, sosyal desteğinin yeterli olduğunu ifade etse bile eğer kişilerarası bir çatışma yaşadığını da belirtiyorsa depresyon açısından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Yetersiz sosyal destek ve artmış sosyal çatışma gibi kişilerarası risk etkenleri bu dönemde kadının ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerine ciddi etkiler yapabilir ve doğrudan ya da annenin sağlıksız yaşam koşulları nedeniyle dolaylı olarak doğumsal sonuçları olumsuz etkileyebilir.[37] Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılması ve üretkenliğin azalması gibi sosyal etkileri de olacaktır.[38]

Hastaların üzgün ve sevilmiyor gibi hissedip hissetmediklerini, eşleriyle tartışma yaşayıp yaşamadıklarını, bu nedenle gergin hissedip hissetmediklerini, hoş olmayan, stres yaratıcı sosyal etkileşimleri ne sıklıkta yaşadıklarını sormak bu tür müdahalelerden yarar görebilecek kadınları tanımlamamıza yardımcı olur.[35] Sosyal ilişkilere vurgu, özellikle yeni doğum yapmış sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlar için önemlidir. Bu popülasyonla yapılan

çalışmalar sosyal desteğin, kronik stresin olumsuz etkilerini sınırlandırabileceğini ve perinatal depresyonun belirtileri ile ters orantılı olduğunu göstermektedir.[39,40] Sosyal destek gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır.[41] Gebelik ve doğumla ilgili çalışmalar, aileleri özellikle eşleri tarafından desteklenen gebelerin daha rahat gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirdiklerini göstermektedir.[42]

Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği hem gebelik hem postpartum depresyonu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Gebelik döneminde 15 ve üzeri, postpartum dönemde 13 ve üzeri depresyon puanları hastanın depresyon açısından daha ciddi değerlendirilmesini gerektirir.[43,44]

Perinatal Depresyonda Tedavi

Perinatal depresyonun yeterince tanınması ve tedavi edilebilmesi için gebelik döneminde kadınların rutin bir şekilde depresyon açısından taranmaları tavsiye edilmektedir. Ancak antepartum ve postpartum depresyon sıklıkla hem kadın doğum polikliniklerinde hem de birinci basamakta yeteri kadar tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir. Ülkemizde diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gebelik depresyonuna yönelik sağlık profesyonellerince tarama programları başlatılması, yaygınlaştırılması, depresyon riski olan gebelerin erken dönemde belirlenmesi gerekmektedir.[41]

Bazı kadınlar depresyon belirtilerini gebeliğin fizyolojik belirtilerine bağlayabilirler (yeme ve uyku düzeni değişiklikleri, somatik yakınmalar gibi).[45] Birçok kadın ise psikiyatrik rahatsızlıklarla ilgili damgalanmadan kaçınmak için belirtilerini söylemeye isteksiz olabilir. Postpartum dönemde kadınlar doğumdan sonra bu sürece uyum sağlayabilmek için zamana ihtiyaç duyabilirler. Depresyon belirtileri sergilediklerinin farkında olmayabilirler ya da “kötü bir anne” olduklarının düşünülmemesi için bir sorunları olduğunu kabul etmek istemeyebilirler. Birçok kadın yenidoğanın ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken, hastalığın getirdiği yorgunluk ve isteksizlik nedeniyle tedaviye başvurmayabilir.[46-48] Bu dönemde kadınlar tanı alsalar ve tedavi için yönlendirilseler bile sosyoekonomik yetersizliklerden, zaman yokluğundan ya da sosyal destek eksikliği nedeniyle tedaviye uyumları zayıf olabilir.

Gebelik ve postpartum dönem kadınların tedavi konusunda ikilemde kaldıkları bir dönemdir. Gebeliklerin birçoğunun planlanmamış ya da farkedilmemiş olduğundan, çocuk doğurma yaşlarında olan bütün kadınların

depresyon tedavisini alınırken gebe olabilecekleri ya da gebe kalabilecekleri dikkate alınmalıdır.[49] Çalışmalar gebelik sırasında antidepresan kullanımı ile ilişkili major malformasyonlar bildirmemiş olsa da, herhangi bir antidepresanın gebelikte tam olarak güvenli olduğu henüz kanıtlanmamıştır. Bütün psikotropik ilaçlar plasentayı geçerek amniyotik sıvıya geçerler.[50] Gebelikte ilaç kullanımını etkileyen birçok faktör olmakla birlikte, mümkünse daha az metaboliti, diğer ilaçlarla daha az etkileşimi olan ve proteine daha yüksek oranda bağlanan (plasentaya geçişi azaltmak amacıyla) ve bilinen teratojenik etkileri daha az olan ilaçlar öncelikle yeğlenmelidir.[51]

Birçok kadın emzirme döneminde antidepresan kullanımı konusunda tereddüt eder. Bütün antidepresanlar bir dereceye kadar süte geçerler ancak etik konulardaki endişeler emziren annelerde etkinlik ve güvenliği belirlemek için geniş randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına engel olmaktadır.[52] Çalışmalar bu dönemde kadınların psikolojik ve sosyal girişimleri, farmakoterapiye tercih ettiklerini göstermektedir.[53] Kişilerarası psikoterapi (interpersonel psikoterapi) ve bilişsel davranışçı terapi hafif-orta şiddetli depresyon için etkinliği kanıtlanmış tedavi yaklaşımlarıdır.[54]

Kişilerarası Psikoterapi

Kişilerarası psikoterapi, kısa süreli, özellikle kişilerarası sorunlara odaklanan, depresif belirtilerin azalmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen bir psikoterapidir. Tedavinin amacı hastanın kişilerarası ilişkilerini düzeltmesine ya da bu ilişkilerle ilgili beklentilerini değiştirmesine yardımcı olmaktır. Ayrıca hastaların stresle baş etmelerini kolaylaştırmak için sosyal destek sistemlerini geliştirmelerine de yardımcı olmayı hedefler.[55] Kişilerarası psikoterapi ilk olarak 1970'li yıllarda A.B.D.'de Weismann ve Klerman tarafından bipolar ve psikotik olmayan major depresyonun akut tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiş ve 1984'de de Klerman tarafından bir kılavuz şeklinde sistematize edilmiştir.[56] Kişilerarası psikoterapi depresyonu olan birçok farklı popülasyonda kullanılmıştır. Hem antepartum hem postpartum depresyon dahil olmak üzere perinatal depresyonu olan hastalarda etkin olduğu çalışmalarla gösterilmiştir.[48,57,58]

Zlotnick ve arkadaşları, 20-32 haftalık gebeliği olan ve bir prenatal kliniğine başvuran kadınları postpartum depresyon riskleri açısından (daha önce geçirilmiş depresyon veya postpartum depresyon, hafif-orta şiddette depresif belirtiler, yetersiz sosyal destek veya son 6 ay içerisinde ortaya çıkan stresli yaşam olayı) değerlendirerek, antepartum dönemde kişilerarası odaklı bir grup

terapisinin postpartum depresyonun ortaya çıkmasını azaltmadaki etkinliğini değerlendirmek için bir çalışma planladılar.[59] Çalışmaya katılan 37 gebenin bir kısmı randomize şekilde 4 haftalık grup terapisine alınırken, diğer kısmı normal prenatal takiplerine devam etmiştir. Terapinin ilk seansında hastalara “annelik hüznü” ve postpartum depresyon hakkında eğitim verilmiş, ikinci seans annelik rolüne vurgu yaparak rol değişimlerine odaklanmış, üçüncü seansta kişilerarası çatışmalar tanımlanmış ve sosyal desteğin geliştirilmesi için hedefler belirlenmiş ve dördüncü seansta da çatışmaların çözülmesi için sosyal becerilerin öğretilmesine odaklanılmıştır. Bu çalışma, postpartum depresyon açısından risk altında olan ve sosyoekonomik açıdan da zorlukları olan kadınlarda kişilerarası odaklı 4 görüşmelik bir grup terapisinin postpartum 3 aylık süreçte postpartum depresyonun ortaya çıkmasını engellemede başarılı olduğunu göstermiştir.[59] Araştırmacılar, aynı çalışmayı 2006’da 99 gebe kadın ile antepartum dönemdeki 4 görüşmeye, postpartum üçüncü ayda bir güçlendirme görüşmesi ekleyerek tekrarlamışlar ve terapi uygulanan grupta postpartum depresyon gelişme oranının daha az olduğunu göstermişlerdir.[60]

O’Hara ve arkadaşları kişilerarası psikoterapinin postpartum depresyonu olan kadınlarda etkinliğini göstermek için yaptıkları çalışmada, 120 postpartum depresyonu olan kadının bir grubu randomize olarak kişilerarası psikoterapi grubuna, diğer grubu da plasebo etki olması amacıyla bekleme listesine alınmıştır. Haftada bir görüşme ile yapılan 12 haftalık tedavi sonrasında hem depresyon skorları hem de kişilerarası işlevsellik açısından değerlendirildiğinde terapi grubunda belirgin düzelmeler görülmüştür.[48]

Kişilerarası psikoterapinin temel varsayımı, kişinin duygudurumu ile kişilerarası dünyasında yaşadığı olayların birbiriyle bağlantılı olduğudur. Hastaları anlamak için biyopsikososyal modeli kullanır. Depresyona sebep olan ya da yatkınlık yaratan biyolojik ya da diğer psikolojik sebepleri göz ardı etmez ve depresyonu sosyal bağlamda ortaya çıkan tıbbi bir rahatsızlık olarak kavramsallaştırır.[61] Müdahale alanı olarak akut dönemde ortaya çıkmış kişilerarası sorunlarla ilgilenir, bilişsel süreçler ve geçmiş ilişkiler tedavinin odak noktası değildir.[55] Genel olarak akut tedavi için kullanıldığında kısa sürelidir (12-20 seans).[62]

Kısa süreli olması ve “şimdi ve burada”ki sorunlara öncelik veriyor olması bu yaklaşımı depresyonu olan gebe kadınlarda ya da postpartum depresyonu olan kadınlarda diğer birçok kısa süreli psikoterapiye göre avantajları olan bir tedavi yaklaşımı haline getirebilir.[63] Depresif belirtiler sıklıkla günlük hayatta yaşadığımız psikososyal stres etkenleri ile ilişkilidir. Evlilik problemleri,

iletişim problemleri, yetersiz sosyal destek, iş yerinde aile içinde ya da toplum içindeki pozisyonunda oluşan değişimlere uyum gibi süreçlerden etkilenir. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlar aile içi şiddet ve kronik stres etkenleri gibi farklı kişilerarası stresli yaşam olayları ile karşı karşıyadırlar.[63] Bunlara ek olarak, gebelik bir kadın için biyolojik değişimlerin yanısıra önemli psikososyal değişimlerin yaşandığı ve kadının stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Gebelik, kadının bağımsız halinden annelik gibi daha bağımlı bir duruma geçiş sürecidir. Hem gebelikte hem de postpartum dönemde kadının bu yeni sosyal rolüne uyum sağlaması beklenmektedir. Yenidoğana bakım vermek mutluluk verici bir olay olsa da, kadın çocuğun ihtiyaçları ile kendi ihtiyaçlarını ve ailesinin gereksinimlerini dengelemeye çalışırken, bu yeni toplumsal rolü yeni sorumlulukları ve yükleri beraberinde getirecektir. Birçok anne bu yeni sorumlulukları günlük hayatı içerisine bütünlüştirebilir. Fakat postpartum depresyonu olan kadınlar için yenidoğanın bakımı çok yoğun ve boğucu gelebilir, stresin, kaygının ve yalıtılma duygularının artmasına neden olabilir.[64]

Bununla birlikte perinatal dönemde birçok kadın yaşadıkları sıkıntının bu rol değişimine ve eşleriyle olan ilişkilerinde yaşadıkları sorunlara bağlı olduğunu bildirmektedir.[48] Kadınlar bu dönemde bebekleri için hızlı ve sürekli ilgi ve bakım sağlamaya çalışırken bir yandan eşleriyle ilişkilerinde başa çıkmak zorunda oldukları çocuğun bakımı, evin bakımı, birbirine zaman ayıramama gibi sorunlarla karşılaşabilirler. Sıklıkla aile üyeleri ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerini yeniden tanımlamaları gerekir. Çoğu kez bebeklerinin ihtiyacı olan bakımı sağlayabilmek için iş hayatları ile ilgili de yeni düzenlemeler yapmaları gerekir.[48] Gebelik ve doğum sürecinde ortaya çıkan bu tür sorunlar kişilerarası terapinin dört temel sorun alanı ile çok uyumlu olduğu için terapist hastanın bu çatışmalarını çözmek için kişilerarası terapiyi rahatlıkla kullanabilir.

Terapinin Yapısı

Kişilerarası psikoterapinin beş temel aşaması vardır: 1.Değerlendirme, 2.Başlangıç görüşmeleri, 3.Ara görüşmeler, 4.Akut tedavinin sonlandırılması ve 5. Sürdürüm tedavisi.

Değerlendirme görüşmesinde klinisyen standart bir görüşme yaparak hastanın kişilerarası psikoterapi için uygun olup olmadığına karar verir. Terapinin başlangıcında yapılacak ilk şey ise hastanın depresyon, depresyonun kişilerarası etkileri, depresyonun tedavi edilebilir tıbbi bir rahatsızlık olduğu ve tedavinin amaçları konusunda eğitilmesidir. Hastanın yaşamındaki önemli

kişileri, bu kişilerle şu an ve geçmişteki ilişkilerinin ayrıntılarını öğrenmek için kişilerarası ilişkiler envanteri oluşturulur.[55,65] Perinatal dönemde hastanın ilişkileri ile ilgili bilgiler hastanın çocuğun doğumundan önce yaşamındaki önemli kişilerden sosyal destek ile ilgili beklentilerini, ilişkilerinin ve iletişimlerinin doğasını, ilişkilerinin tatmin edici olan ve olmayan yönlerini ve bu ilişkileri ne şekilde değiştirmek istediğine ilişkin bilgiyi içermelidir. Ayrıca hastanın annelik ile ilgili beklentileri, çocuğu ile ilgili duyguları, çocuğuyla ilişkisi, hamileliğin ayrıntıları ve çocuğun bakımıyla ilgili diğer önemli kişilerle olan ilişkileri de öğrenilmelidir.[61]

Envanter tamamlandıktan sonra hasta ve klinisyen birlikte odaklanacakları bir veya iki sorunu ilişki belirlerler. Sorun alanının hastanın mevcut depresif atağının başlaması ya da sürmesi ile en ilişkili olabilecek alan olmasına çalışılır. Terapist hastanın sorununu kişilerarası düzeyde çerçevelemeli ve bu sorunun dört sorun alanından birine hangi yolla uyduğunu özel örnekler vererek göstermelidir. Ara görüşmelerde terapist ve hasta belirledikleri sorun alanı üzerinde çalışırlar. Kişilerarası terapide ele alınan sorun alanları: 1.yas ve kayıp; 2. kişilerarası çatışmalar; 3. rol değişimi ve 4. kişilerarası yetersizlik olarak adlandırılır. Hastalar tarafından yaşanan kişilerarası sorunlar birbirine benzerdir. Hemen hepsi hastaya yeterince güç vermeyen sosyal destek sistemine akut kişilerarası bir stres etkeninin eklenmesinden kaynaklanır. Bu nedenle, sorunu ele alırken çaba her zaman hastanın sosyal desteklerini iyileştirmeye yönlendirilmelidir.[55,65]

Tedavi sonlandırılırken amaç hastanın sorunlarının üstesinden gelmek için sahip olduğu kaynaklarını ve becerilerini kavramasına yardımcı olmak ve tedaviye ait kazanımlarını hastanın kendisine bağlamaktır. Tedavi kazanımları gözden geçirilir, güçlendirilir, semptomların şiddetindeki değişim değerlendirilir ve depresyonun tekrarlaması durumunda yapılacaklar planlanır.[65] Yapılan çalışmalar depresyon düzeldikten sonra kişilerarası psikoterapi ile sürdürüm tedavisinin sağlanmasının nüksün önlenmesine yardımcı olduğunu göstermiştir. Sürdürüm tedavisinde aylık ya da daha geniş aralıklarla düzenlenen görüşmelerle kişilerarası işlevselliğin sürmesini sağlamak amacıyla takip görüşmeleri yapılır.

Kişilerarası Psikoterapinin Sorun Alanları

Yas ve Kayıp

Yas, özellikle hasta için önemli bir kişinin ölümü ile ilgili bir sorun alanıdır.[62] Yas ve kayıp perinatal hastalarda da sıklıkla karşımıza çıkabilecek bir

konudur. Hastalar düşük yapmış olabilirler ya da postpartum dönemde bebeklerinin kaybetmiş olabilirler. Kendileri için önemli başka birini kaybetmekten dolayı yaşla ilgili belirtileri olabilir ya da antepartum dönemde yaşadıkları bir kaybın postpartum dönemde ertelenmiş yasını tutuyor olabilirler. Bir yas sorunu tedavinin odağı olduğunda terapistin hedefi hastanın yas tutma sürecini kolaylaştırmak, hastaya yaşamına devam etmesinde, yeni kişilerarası ilişkiler geliştirmesinde ve daha fazla sosyal destek temin edebilmek için mevcut ilişkilerini düzenlemesinde yardımcı olmaktır.[62]

Kişilerarası Çatışmalar

Kişilerarası çatışmalar genellikle ya zayıf bir iletişimden ya da karşılıklı beklentilerin uyuşmamasından kaynaklanır.[61] Perinatal dönemdeki kadınların özellikle eşleriyle çok sık yaşadıkları bir durumdur. Özellikle ülkemizde geniş ailelerde hastalar birlikte yaşadıkları diğer aile üyeleriyle sorun yaşayabilirler. Bu noktada hem annenin hem de eşinin yenidoğana olan uyumunu, bunu nasıl algıladıklarını, çocuk bakımı ile ilgili veya birbirlerine zaman ayırmak ile ilgili beklentilerini anlamak önemlidir. Eşin maddi-manevi desteği, diğer çocuklar da dahil olmak üzere ailedeki önemli kişilerin rolleri, tüm bu ilişkilerin gebelik öncesindeki ve sonrasındaki durumları değerlendirilir.[61]

Terapide öncelikle hastanın iletişimi ve davranış örüntüleri incelenir. Çünkü öncelikli hedefimiz hastaya iletişim şeklini düzenlemede yardımcı olmaktır. Karşılıklı iletişimin ayrıntıları iletişim analizi denilen teknikle öğrenilmeye çalışılır. Hastadan yakın zamanda yaşanmış bir tartışma üzerinden hem sözel hem de sözel olmayan tepkileri ayrıntısıyla anlatması istenir. Daha sonra hasta ile birlikte yaşadığı bu durumla başka nasıl başedebileceği, nasıl farklı iletişime geçebileceği ile ilgili yollar bulunmaya çalışılır. Beyin fırtınası yapılır ve bu farklı olasılıkların olumlu ve olumsuz tarafları değerlendirilir. Terapist hastaya nasıl daha açık bir şekilde iletişime geçeceği konusunda model olabilmek için seans içinde rol yapma tekniğini kullanabilir.[55]

Rol Değişimi

Rol değişimi, kişinin ilişkilerindeki önemli sosyal rollerde büyük değişikliklere sebep olan, yaşamsal değişiklikleri kapsayan ergenlik, evlenme, boşanma, doğum, emeklilik, bir ilişkiyi bitirmek gibi olaylardır. Perinatal dönemde kadınlar için esas zorluk anne olarak yeni sosyal rollerini daha önce aile içindeki, toplum içindeki, iş yerlerindeki sosyal rolleri ile bütünleştirebilmeleridir. Her yeni sosyal rol, kendi gerekliliklerini ve sorumluluklarını da beraberinde geti-

recektir.[55,61] Bu dönemde kadın anne rolünü benimsemeye çalışırken, diğer yandan bu sosyal rolün daha fazla bağımlılık gerektiren sorumlulukları ile de karşı karşıya kalacak, bir yandan kendine ayırdığı zaman azalacak, bedninde değişiklikler yaşayacak, kariyeri kesintiye uğrayacak, arkadaşları ile eskisi kadar sık görüşemeyecektir.

Bu alandaki tipik sorunlar eski ve tanıdık olan rolün kaybından duyulan üzüntü ve yeni role karşı geliştirilen zayıf uyum ya da yeni rolün tamamen reddedilmesidir. Böyle bir değişim yaşandığında hastanın hayatındaki önemli sosyal desteklerde ya da bağılıklarda da kayıplar yaşanabilir. Yeni sosyal role uyum farklı sosyal becerilerin öğrenilmesini gerektirebilir. Bu alanla ilgili çalışırken terapi sürecinde öncelikle hastanın eski rolünün yani perinatal dönemde kadınların bebek doğmadan önceki durumlarının olumlu ve olumsuz yönleri değerlendirilir. Aslında yas durumunda olduğu gibi hastanın kaybı ile ilgili üzüntüsünü yaşaması ve eski rolünden vazgeçebilmesi konusunda ona yardımcı olmaya çalışılır. Kaybının yarattığı duyguları konusunda, kızgınlık, suçluluk gibi olumsuz duygularını da içerecek şekilde konuşmak için cesaretlendirilir. Yeni ortaya çıkan rolünün zorlukları ve sunduğu fırsatlar beraberce değerlendirilir, öncelikleri belirlenir, hasta fırsatları değerlendirmesi konusunda cesaretlendirilir. Hastanın iletişimi değerlendirilir ve her sorun alanında olduğu gibi sosyal desteğinin güçlendirilmesine çalışılır.[55]

Kişilerarası Yetersizlik

Kişilerarası yetersizlik, hastanın kişilerarası ilişkiler kurmak ve devam ettirmek konusunda zorluklar yaşaması anlamına gelir.[55] Bu tür hastaların terapide konuşmak için çok az miktarda ilişkileri olabilir. Hastanın tek sahip olduğu ilişki aile üyeleriyle olabilir veya terapi ilişkisi tek bağlandığı ilişki olabilir. Öncelikle hastanın depresif belirtilerinin sosyal yalıtımı ile olan bağlantısı gösterilir. Geçmiş ilişkilerindeki davranış kalıpları, şu anki sorunları ve iletişim şekli değerlendirilerek hastaya geribildirim verilir. Başkalarıyla nasıl ilişkiye girebileceğini örneklemek için tedavi ilişkisi ve aktarım kullanılabilir ve seans içinde rol yapma tekniğinden faydalanılabilir. Eski arkadaşlarıyla iletişime geçerek ya da yeni arkadaşlıklar kurup onlarla dışarı çıkarak, sosyal aktivitelere katılarak yeni öğrendiği becerileri uygulaması için hasta cesaretlendirilir.[55]

Sonuç

Perinatal dönemde kadınlar en çok özellikle rol değişimi ve kişilerarası çatışmalar gibi iki temel sorun alanı ile ilgili zorluklar yaşar. Gebe bir kadın hem

kendisi ile ilgili hem de toplumdaki sosyal rolü ile ilgili birçok değişim yaşar. Beden imgesinde önemli bir değişikliği yaşar ve ebeveynlikle ilgili yeni kimliğini ve sorumluluklarını üstlenirken, kariyerinin kesintiye uğraması olasılığı ile de karşı karşıyadır. Bu süreç farklı ilişkileri veya kayıpları ile ilgili duygularının tekrar canlanmasına neden olabilir. Bebeği ile ilgili bağımlılık gerektiren ihtiyaçlar artarken, kendi bireyselliğini kaybetme korkusu yaşar. İşte bu anneliğe geçiş süreci bir rol değişimi olarak kabul edilebilir. Şaşırtıcı olmayacak bir şekilde bu süreçte birçok gebe kadın partnerleriyle, çocuklarıyla, ailenin diğer üyeleriyle sorunlar yaşayabilirler. Özellikle stresli bir aile yapısı içerisine yeni bir bebek ekleniyorsa, bu başatmesi güç kavgalara neden olabilir.

Kişilerarası psikoterapi etkinliği ile ilgili birçok çalışmanın olduğu bir tedavi yaklaşımıdır. Kısa süreli olması, akut kişilerarası sorunlarla ilgilenmesi ve yapılandırılmış bir terapi olması özellikle toplumumuzdaki gibi kadından annelik ile ilgili yüksek beklentilerin olduğu, geniş ailelerin, aile içi çatışmaların ve şiddetin yüksek oranda görüldüğü ve sosyal desteğin çoğu zaman yetersiz kalabildiği durumlarda perinatal depresyon için tercih edilebilecek bir tedavi olmasını sağlamaktadır.

Kisilerarası terapidaki özgül sorun alanlarının dışında anne ile bebek arasındaki ilişkiye dikkat etmek de önemlidir. Bebeğin korunma ve güvenlik duygusu geliştirebilmesi için anne ile bebek arasındaki bağlanma çok önemlidir. Bağlanma biçimi yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomendir. İlk temel ilişkide ortaya çıkan yetersizlikler ya da meydana gelen aksamalar bağlanmayı olumsuz yönde etkileyecektir. Eksik ya da bozulmuş bir bağlanma sürecinin ya da bu sürece neden olan etkenlerin devam etmesinin sonraki gelişim basamaklarına da etkisi olumsuz olacaktır. Postpartum depresyonu olan annelere çocuklarıyla, onlara ilgi gösterecek, bakım sağlayacak şekilde ilişkiler kurmalarında yardımcı olunabilir. Hastaların bebeklerine daha uyumlu, daha duyarlı olmaları ve onların ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde davranmaları, bu süreçte de çocuğun bakımı için yakınlarından yardım talep edebilmeleri konusunda yardımcı olunabilir.[61,66]

Kaynaklar

1. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. J Am Med Womens Assoc 2004; 59:181-191.
2. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. Science 1995; 269(5225):799-801.

3. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:805-815.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106:1071-1083.
5. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698-709.
6. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005.
7. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25:344-356.
8. Graff LA, Dyck DG, Schallow JR. Predicting postpartum depressive symptoms and structural modeling analysis. *Percept Mot Skills* 1991; 73:1137-1138.
9. O'Hara MW. Childbearing. In *Psychological Aspects of Women's Reproductive Health* (Eds MW O'Hara, S Reiter, S Johnson, J Milburn, J Engeldinger):26-48. New York, Springer, 1995.
10. Walther V. Postpartum depression: a review for perinatal social workers. *Soc Work Health Care* 1997; 24:99-111.
11. Hobofoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:445-453.
12. Jablesky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162:79-91.
13. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Yliorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95:487-490.
14. Nakano Y, Oshima M, Sugiura-Ogasawara M, Aoki K, Kitamura T, Furukawa TA. Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions: a cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:440-446.
15. Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Hum Reprod* 2002; 17:2580-2584.
16. Jesse DE, Seaver W, Wallace DC. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery* 2003; 19:191-202.
17. Moncuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosom Med* 2004; 66:762-769.
18. Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156:797-802.
19. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001; 63:830-834.

20. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn: a review. *Infant Behav Dev* 2006; 29:445-455.
21. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol* 2000; 19:535-543.
22. Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49:1099-1107.
23. Marakoğlu K, Şahsivar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:525-532.
24. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy: overview of clinical factors. *Clin Drug Invest* 2004;24:157-179.
25. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004;49:726-735.
26. O'Connor TG, Heron J, Glover V; Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:1470-1477.
27. Mennes M, Stiers P, Lagae L, Van den Bergh B. Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:1078-1086.
28. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS . The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol* 2004; 16:231-252.
29. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl 15):26-32.
30. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 2):18-28.
31. Bronwyn L, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008; 8:24.
32. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan M-Y, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1064-1070.
33. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J-M, O'Keane V. Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PloS ONE* 2010; 5(9): e12942.
34. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first time mothers? *Womens Health Issues* 2010; 20:96-104.
35. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:5-14.
36. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009; 19:67-74.

37. Westdahl C, Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110:134-140.
38. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 104:467-476.
39. Ritter C. Social supports, social networks, and health behavior. In *Health Behavior. Emerging Research Perspectives* (Ed DS Gochman):149-168. New York, Plenum, 1998.
40. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65:1243-1258.
41. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3:142-162.
42. Şahin NH, Soypak F. Erken Lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2010; 41:187-194.
43. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-786.
44. Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale: implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:309-315.
45. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998; 49:167-180.
46. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Gen Pract* 2003; 53:614-619.
47. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician* 1999; 59: 2247-2254.
48. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:1039-1045.
49. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Prim Care* 2009; 36:151-165.
50. Hostetter A, Ritchie JC, Stowe ZN. Amniotic fluid and umbilical cord blood concentrations of antidepressants in three women. *Biol Psychiatry* 2000; 48(10): 1032-1034
51. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92. April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008; 111(4): 1001-1020.
52. Gonsalves L, Schuermeyer I. Treating depression in pregnancy: practical suggestions. *Cleve Clin J Med* 2006;73:1098-1104.

53. Buist A, Bilszta J, Barnett, Milgrom J, Ericksen J, Condon J et al. Recognition and management of perinatal depression in general practice. *Aust Fam Physician* 2005; 34:787-790.
54. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:971-982.
55. Stuart S. Brief interpersonal psychotherapy. In *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A Practitioner's Guide*. Eds (MJ Dewan, BN Steenbarger, RP Greenberg):119-155. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004.
56. Klerman GL, Weissmann MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books, 1984.
57. Stuart S, O'Hara MW. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:75-76.
58. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1028-1030.
59. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001; 158:638-640.
60. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1443-1445.
61. Grigoriadis S, Ravitz P. An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Can Fam Physician* 2007; 53:1469-1475.
62. Stuart S, Robertson M. *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. London, Edward Arnold, 2003.
63. Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, Zuckoff A, Houck PR, Frank E. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatr Serv* 2009; 60:313-321.
64. McGrath JM, Records K, Rice M. Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behav Dev* 2008; 31:71-80.
65. Robertson M, Rushton P, Wurm C. Interpersonal psychotherapy: an overview. *Psychotherapy in Australia* 2008; 14:46-54.
66. Kesebir S, Kavzođlu SÖ, Üstündađ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3:321-342.

Gamze Ergil Altın, Uzm.Dr., Serbest Hekim, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Gamze Ergil Altın, Bađdat Cad. 256/8 Göztepe, İstanbul, Turkey.

E-mail: gamzeergil@yahoo.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no2/

Çevrimiçi yayım / Published online 03 Mart/March 03, 2012; doi:10.5455/cap.20120412
