

Çocuk ve Ergenlerde Depresyon

Doç. Dr. Müge TAMAR*, Dr. Burcu ÖZBARAN*

Çocuk ve ergen depresyonu ile ilgili araştırmalar iki önemli özelliği ortaya koymaktadır. Bunlardan birincisi ergenlikte depresyon ortaya çıkma riski artar. Diğeri ise depresyonun ilk epizodları önceden sanıldığından daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Destigmatizasyon, bu konuda çalışan profesyonellerin sayısındaki artış, depresyonu tanıma çalışmaları ve başka sosyokültürel etkenler tedavi arayışını artırmış olabilir, oranlardaki artış gerçek bir sıklık artışı veya başlangıç yaşındaki öne kaymayı değil bu belirtilenleri yansıtmaktadır. Gençler arasında özkıyımların artışı da toplum için bir uyarı etkisi yapmış ve özkıyımın belirleyicilerinin araştırılması gereksinimini doğurmuştur. Sonuçta erken başlangıçlı depresyonun tanınması ve önlenmesine yönelik çalışmalar önem kazanmış ve özellikle yüksek risk altındaki gruplara (davranışsal olarak inhibe mizacı olanlar, cinsel kötüye kullanıma maruz kalanlar, uyumsuz ailelerde yaşayanlar, alkol ve madde kullananlar) yönelik önleme çalışmaları hız kazanmıştır (Parker ve Roy 2001).

TARİHSEL BAKIŞ

Çocuklarda ve ergenlerde umutsuzluk ve depresyona ilişkin olgu bildirimleri 17. yüzyıla kadar dayanır. Melankoli 19. yüzyılın ortalarında bildirilmiştir. Genel

olarak 1960'lardan önce çocuklarda depresyonun ortaya çıkabileceğine kuşku ile bakılırdı, çocuğun olgunlaşmamış üstbenliğinin depresyon gelişimine izin vermeyeceği düşünülürdü. Bu görüşün 1970'te Avrupa Pedopsikiyatri Birliği'nin Stokholm'deki 4. Kongresinde değiştiği düşünülüyor. Bu kongrenin teması "Çocukluk Çağı ve Adolesansta Depresif Durumlar"dı. Bu kongrede çocuk ve ergenlikteki psikiyatrik bozuklukların önemli bir bölümünü depresif bozuklukların oluşturduğu konusunda uzlaşmaya varılmıştır. DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV çocuklarda depresyon tanısı için erişkinlerle aynı ölçütleri kullanmaktadır. Birkaç küçük uyum ölçütü çocuklar için eklenmiştir. Örneğin çocuklarda beklenen kilo artışının olmaması, erişkinlerde belirgin kilo kaybının yerine konabilir. Benzer şekilde distimik bozukluk için gerekli olan 2 yıllık süre, çocuklarda 1 yıl olarak kabul edilmektedir (Weller ve ark. 1996).

YAYGINLIK VE EPİDEMİYOLOJİ

Depresyon için değişik yaygınlık oranları bildirilmiştir. Bu farklılık değişik örneklem grupları ile çalışılması, değişik ölçütlerin kullanılması, değişik tanı araçlarının kullanılmasına bağlanmaktadır. ABD'de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda depresyon sıklığı okul öncesi dönemde %0.9, okul çağındaki çocuklarda %1.90, adolesanlarda %4.7 olarak bildirilmiştir (Kashani ve ark. 1987). Ayrıca özel pediatri grupları ile yapılmış çalışma sonuçları da vardır. Örneğin nörolojiye açıklanamayan baş ağrısı ile başvuran çocukların %40'ında depresyon saptanmıştır. Pediatri

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İZMİR

klifiklerinde yatan çocukların %7'sinde depresyon bildirilmiştir. Psikiyatri kliniklerinde izlenen çocukların %28'inde, yatarak tedavi gören çocukların %59'unda, yatarak tedavi gören ergenlerin ise %27'sinde depresyon tanısı konabilmektedir (Weller ve ark. 1996).

Depresyon oranlarının prepubertal dönemde kız ve erkeklerde benzer olduğu, erken ergenlikle birlikte kızlarda artış şeklinde bir cinsiyet farkının ortaya çıktığı ortaya konmuştur. Bazı çalışmalarda kız ergenlerin erkeklerden daha fazla sayıda ve daha ağır depresif belirti gösterdiği bildirilmiştir (Takakura ve Sakihara 2000).

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Depresyon etiyojisinde olası etkenler şu şekilde sıralanabilir;

Genetik model

Çevresel etkenler

Biyolojik etkenler

Çocuklukta nöroendokrin değişiklikler

Büyüme hormonu

Psikolojik etkenler (Weller ve Weller 1990)

Bu bölümde depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan biyolojik mekanizma ve varsayımlara ayrınıtı ile değinilmeyecektir. Önceki bölümlerde bu mekanizmalardan söz edilmiştir. Ancak özellikle puberte ile ortaya çıkan değişiklikler ve bunların depresyonun ortaya çıkışındaki olası rollerine ilişkin görüşlere ağırlık verilecektir.

Pubertal gelişimin depresyonun gelişmesi üzerine etkili olduğu düşünülmektedir. Depresif bozukluk görülme oranı erkeklerde 9 yaşından sonra düşerken, kızlarda 12 yaşından sonra yükselmeye başlar. Pubertal dönem birçok hormonal değişim ve gelişimi içerir. Hormon konsantrasyonu duygudurum üzerinde her iki cinste de etkilidir. Adrenal androjen konsantrasyonunun erkeklerde, FSH dolayısıyla östrojen artışının kızlarda olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Angold ve ark. 1998). Kızlarda depresif duygudurum artışının erken pubertal hormon artışıyla bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Brooks-Gunn ve Warren 1989). Yapılan çalışmalarda yorgunluk, iştah artışı gibi atipik depresif belirtilerin hem depresyonu olan kızlarda hem de sağlıklı kontrollerde adet dönemi öncesinde arttığı bulunmuştur

(Korkmaz 2002). Yine depresyon tanılı kızlarda daha şiddetli premenstrual dönem belirtileri olduğu saptanmıştır (Akdeniz ve ark. 2002). Tüm bu bulgular hormonal değişikliklerin duygudurum üzerine etkisinin önemini vurgulamaktadır.

Depresyon klinik bir bozukluk olarak ele alındığı gibi, özellikle ergenlerde, çocuklukta yoksunluklara tepki olarak normal ve gerekli bir affektif durum, gelişimsel bir basamak ve karakter stili olarak da tanımlanmaktadır. Blatt ve arkadaşları nesne ilişkileri temelinde "introjektif" ve "anaklitik" olmak üzere iki tip depresyon tanımlamışlardır. Introjektif depresyon, kendini eleştirme ve suçluluk duyguları nedeniyle yani kurama göre eleştiren nesne tasarımları sonucu oluşmaktadır. Anaklitik depresyon ise, bağımlılık ve nesne kaybı tehdidi varlığında sabit olmayan nesne ilişkileri nedeniyle oluşmaktadır (Milne ve Lancaster 2001, Birtchnell 1984).

Bazı depresyon tiplerinin de bipolar duygudurum bozukluğunda olduğu gibi genetik bir temele dayandığı bilinmektedir.

Risk Etmenleri

Depresyona yatkınlığa neden olan ailesel, psikososyal etmenler, öncülük eden psikopatoloji veya öncül bozukluklar, ortaya çıkartıcı stres verici yaşam olayları önemli araştırma hedeflerini oluşturmaktadır. Bu etmenler ilk depresif epizodun ortaya çıkmasına neden olabildikleri gibi; komorbid anksiyete bozukluğu, destek eksikliği, ebeveyn psikopatolojisi, aile çatışması, stres verici yaşam olaylarına maruz kalma ve düşük sosyoekonomik durum gibi risk etmenleri sağaltıma düşük yanıtın da öncülleri olabilmektedir (Parker ve Roy 2001).

Ailesel ve genetik risk etmenleri

İkiz ve evlat edinme çalışmaları genetik etmenlerin mizaç bozukluklarının aktarılmasında %50 etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Çocukluk çağında yaşanan aile ortamı ek bir etki oluşturur. Aile toplama (aggregation) çalışmalarında depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Her iki ebeveynde major depresyon epizodunun olduğu durumlarda bu oran daha da yükselmektedir. Ebeveyn depresyonunun çocuklarda medikal ve psikiyatrik durumları genel olarak artırdığı bilinse de, bunun depresyona özgünlüğü gösterilememiştir. Deprese çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar birinci derece akrabalarında

depresyon görülme oranlarını %20-46 arasında bildirmektedir. Depresyonun erken başladığı vakaların akrabalarında oranlar en yüksektir (Parker ve Roy 2001).

Ebeveynlerin ilk epizodlarını erken yaşta geçirdiği veya tekrarlayıcı depresyon tanımladığı durumlarda ergen depresyonu daha sık ortaya çıkmaktadır. Özellikle her iki ebeveynin de psikopatolojisi varsa anne babada ayrı ayrı bozukluklar da olsa (örneğin; annede depresyon, babada alkolizm) yine ergen depresyonu artmaktadır. Anne baba veya büyükanne büyükbaba da anksiyete ve depresyon olması çocuklarda da daha yüksek anksiyete ve depresyon riskini ortaya çıkarılmaktadır. İkiz çalışmalarında deprese ebeveynlerin çocuklarında özellikle komorbid anksiyete de varsa anksiyete oranları açısından yüksek konkordans saptanmaktadır (Parker ve Roy 2001).

Psikososyal aile etmenleri

Olumsuz aile ortamı depresyon, özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimleri riskini arttırmaktadır. Aile yapısı ve fonksiyonu, özellikle emosyonel destek azlığı özkıyım davranışıyla bağlantılı bulunmuştur. Depresyonu olan ergenler ailelerini daha çatışmalı, dışlayıcı, desteklemeyen ve kötüye kullanan gibi niteliklerle tanımlama eğiliminde olurlar. Ailede daha fazla çatışma olanlarda depresyonun tekrarlaması riski artar. Unutmamak gerekir ki aile çatışması, ebeveynin ergenin yıkıcı davranışını kontrol etme girişimlerinin sonucunda da ortaya çıkabilir (Parker ve Roy 2001). Ergen depresyonu riskini artıran diğer aile etmenleri sosyal desteğin olmayışı, boşanma, geniş aile, büyük kardeşin alkol madde bağımlılığıdır. Cinsel olarak kötüye kullanılmış olanlarda depresyon riski artar. Bu ailelerde genel işlev bozukluğu da eşlik etmektedir (Parker ve Roy 2001).

Mahler tarafından tanımlanan, ilk üç yaşta nesne sürekliliğinin oluşmasıyla sona eren ayrılma bireyleşme sürecinden sonra, P. Blos tarafından ergenlik ikinci ayrılma bireyleşme süreci olarak tanımlanmıştır. Bu süreç ergen gelişiminin temel özelliğidir. Herhangi bir gelişim basamağındaki ayrılma bireyleşme de bağlanma ile yakın ilişkilidir. Aileden ayrılma ve yeni kimlik oluşum sürecinde ve bağlanma ile ilişkili sorunlar ergenlik dönemi depresyonu ve özkıyım ile yakın ilişkili bulunmuştur (Milne ve Lancaster 2001).

Davranışsal ve emosyonel risk etmenleri

"İçe yöneltme" eğilimi-stili olan çocuk ve gençlerde,

örneğin davranışsal inhibisyonu olan, utangaç, anksiyöz, bağımlı veya kaygılı, özellikle popüler olmadığı, güvenlikte olmadığı, kendine güvensiz olduğu konusunda sürekli düşünce uğraşları olan çocuk ve ergenlerde depresyon riski, artmaktadır. Tersine dışa yöneltme eğilimi-stili, madde kullanımı ve davranım bozukluğu riskinde artışa neden olur. Bazı dışa yönelik davranışlar örneğin agresyon hem depresyon hem de madde kullanımı açısından risk oluşturur.

Kronik fiziksel hastalıklar

Fiziksel hastalıklar depresyona neden olmakla beraber varolan depresyonu da alevlendirebilmektedirler (Ekici ve Savaş 2001).

KLİNİK GÖRÜNÜM

Çocuğun klinik görüntüsünde çocuğun yaşı, psikolojik bilmişliği başlıca etkiyi oluşturur. Yedi yaşın altındaki çocuklar bilgi alışverişinde dili etkin biçimde kullanmazlar. Bu nedenle sözel iletişimin yeterli olarak gelişmesinden önce tanı koymak zorlaşmaktadır. Ancak sözel olmayan iletişime, örneğin çocuğun yüz ifadesi ve dışavurumuna, beden duruşuna dikkat edildiğinde tanı kolaylaşabilir. Spitz (1946) ve Bowlby (1960) birincil bakıcılarından erken dönemde ayrılmış kurum çocuklarında "Anaklitik Depresyon"u tanımlamışlardır. Bu çocuklarda kayıtsızlık, geri çekilme, ağlamaklılık, yemeği reddetme ve uyku bozuklukları ortaya çıkar (Weller ve ark. 1996).

Çocuk okula başlayıp sözel anlatımı iletişim aracı olarak daha iyi kullanabilmeye başlayınca duygularını daha iyi ifade edebilmeye başlar. Ayrıca okul çocuğun işlevselliği hakkında bilgi toplayabilmek için bir başka bilgi kaynağı olur. Günün 6-7 saatini okulda geçirdiğinden öğretmeni çocuğun davranışlarını gözlemleyebilir ve diğer yaşlıları ile karşılaştırabilir.

Depresyon aile içinde yayılma gösterir. Bu nedenle depresyonu olan çocukların en az bir ebeveyni de çoğunlukla depresedir. Bu durum çocuğun değerlendirilmesinde soruna neden olabilir. Çünkü depresyonu olan ebeveyn her şeyi olumsuz yönünden görme eğilimi nedeniyle çocuğun sorunlarını aşırı bildirebilir, veya tersine kendi semptomları nedeniyle kendi kendisiyle aşırı uğraşırken çevrede olup bitenleri daha az fark edeceğinden, çocuğun belirtilerini hafifletebilir. Okul dönemindeki çocukla görüşme yapılabilir ve duygu ve davranışları ile ilgili ayrıntılı bilgi alınabilir. Sıklıkla çocuklar anne-babalarının farkında olmadığı

üzüntü, özkıym düşünceleri ve uyku bozukluklarından söz edebilirler.

Ebeveyn daha çok iritabilite, huysuzluk, sızlanma, ilgi kaybı gibi davranış değişikliklerinden söz edebilir. Ayrıca belirtilerin süresini de daha iyi bilebilir. Bu nedenle hem çocuktan hem de ebeveyninden bilgi almak gerekir.

Üzgün görünüm, ağlamaya yatkınlık, hareketlerde yavaşlama, monoton ses tonu, umutsuz ve çaresiz davranış söz konusudur. Kendilerini olumsuz kelimelerle anlatırlar. "Ben aptalım", "ben kötüyüm", "ben cahilim", "kimse beni sevmiyor" gibi ifadeler kullanırlar. Okul başarıları azalır, en sevdiği okul dışı etkinliklerine bile katılmada isteksizlik gösterebilirler. Somatik belirtiler sıktır, en sık olanlar da karın ve baş ağrısıdır. Geç çocuklukta depresyon daha çok düşük öz güven ile birlikte. Çocuk kendisi ile ilgili hayal kırıklığı, apati, iritabilite ve konsantrasyon güçlüğünden söz eder. Kendini tehlikeye sokacak davranış ve özkıym girişimleri de olabilir. Deprese mizaç, konsantrasyon güçlüğü, insomnia, özkıym düşüncelerinin ortaya çıkışı, tüm yaş gruplarında aynıken, yaş ilerledikçe, depresif görünüm ve somatik yakınmalar azalır, anhedoni, günlük değişiklikler, çaresizlik, psikomotor yavaşlama ve delirler artar. Bir araştırmada deprese görünüm, somatik yakınmalar, psikomotor ajitasyon, ayrılma anksiyetesi ve fobilerin çocukluk depresyonunda; anhedoni, hipersomni, çaresizlik, kilo değişiklikleri, madde kullanımı gibi belirtilerin ise adolesanlarda artış gösterdiği vurgulanmıştır. Puberte ile birlikte özkıym girişimlerinde belirgin artış olur. Puberte ile birlikte depresyonun yaygınlığı kızlarda erkeklere göre artış gösterir (Weller ve ark. 1996).

Ergenlik depresyonunun belirgin özelliği iritabilite ve öfkenin varlığıdır. Erişkinlerde de "hostilite ve iritabilite"nin olduğu bir alt grubun varlığından söz edilmektedir. Bu gruptakilerin öfke nöbetleri gösterdiği ve farklı psikolojik ve nöroendokrin profil verdikleri ve farklı bir biyolojik tip oldukları şeklindeki görüşü destekleyenler vardır. Böyle bir kalıp, bilinen non-melankolik alt tipi (örneğin iritabl hostile depresyon) yansıtıyor olabilir. Ergenlerde daha çok görülen klinik görünüm budur ve hem olgunlaşmamış psikososyal, bilişsel yapının ve başatma yetilerinin hem de erken yaşta eşğin aşılmasına neden olan bir biyolojik yapının göstergesidir (Parker ve Roy 2001).

Yaşa Göre Klinik Özellikler

Bebeklik ve okul öncesi dönem:

Tedavi edilmemiş affektif bozuklukların doğal süreci her zaman epizodik olmaz, kronik seyredebilir. Çocuklarda başlangıç sinsi olabilir. Apati, sosyal içe çekilme, uykusuzluk, kilo kaybı ortaya çıkar. Birincil bakım veren kişilerden ayrılmak durumunda kalan çocuklarda anaklitik depresyon ve hospitalizm tanımlanmıştır. Poznanski'ye göre (1982) bu yaş grubunda sözel iletişim gelişmediği için, özellikle yüz ifadesi, beden duruşu, ses tonu, konuşmanın temposu, etkinlik düzeyi artmış öneme sahiptir. Çocuklarda değişik yaş gruplarında bilişsel ve dil becerilerindeki farklılıklar nedeniyle, soruları yorumlama ve yanıtlamaları da farklı olur. Örneğin okul öncesindeki dönemde çocuk üzüntülü olduğunu söylemede yetersiz kalır, ancak dikkatli bir gözlemlerle üzüntüsü anlaşılabilir. Bu dönemde uyku bozuklukları, gece korkuları, iştahta bozulmalar ki bu kilo alamama veya yeme tutumu bozuklukları şeklinde ortaya çıkabilir (Weller ve Weller 1990, Erdoğan 2002).

Puberte öncesi çocuklar:

İlerleyen yaşla birlikte çocuklar sorunlarını anlatmada sözel iletişimi daha iyi kullanır hale gelirler. Bu nedenle çocukla bireysel olarak görüşmek gerekir. Bu yaşta üzüntülerini sözel olarak bildirebilirler, anne-babalarının farkında olmadığı özkıym düşünceleri, uyku bozukluklarından söz edebilirler. Yanı sıra ebeveyn çocuğun küçültme eğiliminde olabileceği sosyal işlevsellikteki yetersizlik gibi bazı belirtileri daha iyi tanımlayabilir. İritabl duygudurum ve ilgi istek kaybı da ebeveyn tarafından daha iyi anlatılabilir. Sadece ebeveyn ile görüşülürse depresyonu olan çocukların %50'sinin tanısının atlanabileceği, sadece çocuk ile görüşülürse %25'inin tanısının atlanabileceği düşünülmektedir. Okul çağı çocuklarındaki depresyon, kendini geri çekme, okulda akran ilişkilerinde bozulma, akademik başarısızlıklar, ilgi ve etkinliklerde azalma, dikkatini toplayamama şeklinde de görülebilir. Enürezis, enkoprezis gibi bozukluklar, baş ve karın ağrıları gibi somatik yakınmalar da yine bu dönem depresif belirtileri arasında sayılabilir. Okul çağı çocuğundaki depresyonda intihar düşünce ve planlarının ergenlik dönemine göre daha az görüldüğü bilinmektedir. Ancak görüldüğünde ciddiye alınması gerekmektedir (Erdoğan 2002, Şenol ve ark. 1999).

Ergenler:

Ergenlik başlangıçlı depresyon prepubertal depres-

Yona göre erişkin depresyonuna daha çok benzerlik gösterir. Alkol ve madde kullanımı affektif semptomatolojiyi karışık hale getirebilir. Ergen depresyonunun ilk kez madde kullanımı ile başvurması mümkündür. Bunun bir kısmı kendi kendini tedavi etme girişimi olabilir. Duygudurum bozuklukları birincil veya başka bir ruhsal bozukluğa ikincil olabilir. Ergenler, içinde buldukları dönem itibarıyla duygu, düşünce ve ilişkilerinde ani değişiklikler yaşarlar. Depresyondaki ergenler bu değişiklikleri daha hızlı yaşayabildikleri gibi, yetişkinlere benzer şekilde sosyal geri çekilme, ilgi ve etkinlikte azalma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısında düşme, okul ve evden kaçma, madde ve alkol kullanma eğilimi ile intihar düşünce ve girişimleri şeklinde depresyon belirtileri gösterebilirler. Birincil durumlarda duygudurum bozukluğundan önce herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanımlanmaz. İkincil olanlarda ise Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Madde Kullanımı veya Ciddi Fiziksel Durum duygudurum bozukluğuna öncülük eder (Weller ve Weller 1990, Şenol ve ark. 1999).

DOĞAL GİDİŞ

Birmaher ve arkadaşları epidemiyolojik ve klinik araştırmalarında depresyonun ortaya çıkışının çoğunlukla sinsi, nadiren de akut olduğunu belirtmektedir. Epizodlar ortalama 7-9 ay sürer, %90'ı 1-2 yıl içinde düzeler, diğerlerinde depresyon daha uzun sürebilir veya kronikleşebilir. İzleme çalışmaları 2 yıl içinde depresyonun yinelenme olasılığını %40, 5 yıl içinde yinelenme olasılığını %70 olarak bildirmektedir. Yinelenmeyi etkileyen faktörler arasında önceki epizodların fazlalığı, ciddiyeti, psikotik özellikler olup olmaması, psikososyal faktörler, hastalığın erken başlama yaşı yer almaktadır. Çocukluk çağı boyunca kızlarla erkekler arasında oranlar benzerken, ergenlikte kızlarda depresyonun ortaya çıkması erkeklere göre iki kat daha fazla olmaktadır. Bunun belirleyicileri çok net değildir. Kızlarda puberte ile meydana gelen değişiklikler, sosyokültürel etkenler ve kızların stres verici olayları daha çok depresojenik olarak yaşamaları olası nedenler olabilir. Kızların daha çok eylemlerini içe yöneltme eğilimleri (bu nedenle depresyon ve anksiyete geliyor), erkeklerinse eylemlerini daha çok dışa yöneltme eğilimleri (davranışsal dışavurum ve alkol madde kullanımı) hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabilir. Ancak günümüzde genç kızlar ve kadınlar da dışa yönelik belirtiler olarak adlandırılan ve

erkeklere atfedilen aşırı ve hızlı alkol tüketimi, bir gecelik seks ilişkileri, tehlikeli araba kullanma gibi birçok belirtiyi gösterebilmektedir (Parker ve Roy 2001).

Depresyonun iyileşmesinden sonra da ergenler olumsuz atıflarını sürdürebilirler, subklinik belirtiler sürebilir, kişilerarası ilişkilerde ve genel işlevsellikte yetersizlik, sigara içme, fizik sorunlar, erken hamilelik gibi sonuçlarla ilişkilidir. Düşük sosyoekonomik ve eğitimsel koşulları olanların tekrarlayan epizodlar için daha çok risk altında olduğu ve bu gençlerde depresyon epizodlarının daha erken yaşlarda ortaya çıktığı öne sürülmektedir. İzleme çalışmalarında erişkin yaşamda sosyal zorlukların ortaya çıkışında bir artış görülse de, eğer depresyondaki iyileşme sürekli hale getirilebilirse erişkinlikte ortaya çıkacak psikososyal zarar ortadan kalkabilir (Parker ve Roy 2001).

Distimik bozukluk üzerine major depresyonun süperempoze olduğu ergenlerde (double depresyon), distimik bozukluğun veya major depresyonun yalnız başına ortaya çıktığı durumlara göre, daha uzun, şiddetli ve tekrarlayan depresif epizodlar ve artmış özkıyım riski, sosyal ve işlevsel bozulma ortaya çıkmaktadır (Parker ve Roy 2001).

AYIRICI TANI

Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde ayırıcı tanı çok önemlidir. Psikiyatrik bozuklukları taklit eden veya neden olan organik durumların öncelikle ayırt edilmesi gerekir. Okul öncesi dönemde depresif belirtilerle gelen çocuklarda malignite, çocuk ihmali ve kötüye kullanımı, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ayırt edilmelidir. Depresif bozukluğun birincil mi ikincil mi olduğunun belirlenmesi de önemlidir. Ergenler için madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, erken başlangıçlı şizofreni dikkatlice dışlanmalıdır. Duygudurum bozukluğu ile şizofrenik bozukluğun ayırıcı tanısının tam yapılamadığı durumlarda, duygudurum bozukluğu tanı ve sağaltımına öncelik verilmelidir. Yanıtı göre stratejide değişiklik yapılabilir (Weller ve Weller 1990). Somatik yakınmalardan özellikle baş ağrısı, hem yetişkinlerde hem de çocuk ve ergenlerde depresyonda en sık görülen belirtidir. Çocuklarda bunu karın ve göğüs ağrısı izlemektedir. Bu yakınmalarla çocuk sağlığı polikliniğine başvuran hastaların %15'inde depresyon tanısı olduğu bulunmuştur. Enürezis ve enkoprezis de sıklıkla depresyonla birlikte görülebilmekte, depresyondaki çocuğun ge-

rilemeye (regresyon) ilişkin bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Tunaoglu ve ark. 1995, Mc Couley ve ark. 1991).

KOMORBİDİTE

Belirlenebilen etiyolojik etmenler, ergenlikte "saf depresyon" yaşama olasılığını azaltmaktadır. Komorbid psikiyatrik durumların fazlalığı, tekrarlayan ve uzun depresyon epizodlarının ortaya çıkması ve aynı zamanda sağaltıma yanıtın azalması olasılığını artırmaktadır. Depresyona komorbid bozuklukların eşlik etmesi %40-%95 olarak bildirilmektedir. En sık görülenler, anksiyete bozuklukları (agorafobi, sosyal fobi, ayrılma anksiyetesi, aşırı anksiyete, enürezis, obsesif kompulsif bozukluk) ve distimik bozukluk olarak belirtilmektedir. Diğer en sık bozukluklar yıkıcı davranış bozuklukları- davranım bozukluğu, karşı olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları- antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu ve madde kullanımınıdır (Parker ve Roy 2001).

Major depresyon epizodu diğer psikiyatrik bozuklukların ardından ortaya çıkabilir. Epizodun öncesinde madde kullanımı olabileceği gibi gencin alkol-madde kullanımına devam etmesi depresif belirtileri arttırabilir. Deprese ergenler depresyonla baş etmeye çalışırken davranış bozuklukları geliştirebilirler. Bu davranışlar depresyon belirtileri düzeldikten sonra da sürebilir. Bunun tersine kişilik bozukluğu belirtileri depresif belirtiler geçtikten sonra düzelebilir. Depresyonu olan ergenlerde kişilik bozukluğu tanısını koyabilmek için depresyon belirtilerinin düzelmesinden sonraki işlevselliğin gözlenmesi gerekir (Parker ve Roy 2001).

Komorbidite dağılımı yaşa göre değişkenlik göstermekte olup çocuklarda en sık dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, ergenlerde ise en sık distimik bozukluğun eşlik ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle major depresif bozukluk tanı ve tedavisinde etkin sonuç elde edilebilmesi için komorbidite varlığı dikkatle değerlendirilmesi ve unutulmaması gereken bir durumdur (Erdoğan ve Tamar 2002).

Yıkıcı davranış bozukluklarının komorbid olduğu depresif durumların görece olarak ayrı bir etiyolojik grup olduğu düşünülmektedir. Bu alt grupta daha az melankolik belirti, mizaç bozukluklarına ait aile öyküsünün daha zayıf oluşu, ergenin ailesini daha çok eleştirel olarak tanımlaması, psikososyal etiyolojinin daha çok öne çıkması söz konusudur. Bu

bireylerde plaseboya yanıt daha fazla olmakla birlikte, sonlanış daha kötü olmaktadır. Depresyon belirtileri daha az görülmekle, rekürrens daha az olmakla birlikte, erişkin yaşamda suç işleme veya özkıyma ölüm daha yüksek oranlardadır. Anlaşılan, bu belirtiler depresyondan çok yıkıcı kişilik stillerinin öncüleri ve sonuçlarıdır (Parker ve Roy 2001).

Anksiyete bozukluklarının major depresyon ile komorbid olduğu ergenlerde depresif epizodlar çok daha ısrarlı olur. Bu gruptakiler madde kullanımına yatkındır, psikososyal sorunlar fazladır, ve özkıym düşünceleri daha çok görülür (Parker ve Roy 2001).

SAĞALTIM

Çocuklarda görülen duygudurum bozukluklarında sağaltımda biyopsikososyal yaklaşım gerekir. Birçok durumda çocuğun ve ailesinin bilgilendirilmesi büyük önem taşır. Anne baba pek çok kez çocuğun durumundan kendilerini sorumlu tutabilir ve dışlanmış hissedebilir. Geçmişte ebeveynlik becerilerinin yetersizliği ile ilgili suçlanmış olabilirler. Bu nedenle ebeveynin eğitimi ve çocuğun sorununa yardımının sağlanması sağaltımda en iyi sonuçlarla birlikte. Özellikle oyun çağında aile ile işbirliği çok önemlidir. Tedavide çocuğun yaşamına girerek ona özel zaman ayırmalı ve kendisine değer verildiği gösterilmelidir. Klinisyenin sıcak, koruyucu, destekleyici, çocuk ve ergene sınır oluşturan tutumu özellikle yardımcıdır. Duygularını tanımasına, belirtmesine ve olumsuz duyguların üstesinden gelmesine yardımcı olunmalı ve cesaretlendirilmelidir. Okul döneminde bu tedavilere ilaçlar da eklenebilir. Ergenlerde psikoterapinin çok önemli bir yeri vardır. Psikoterapi ilaç tedavisiyle birlikte uygulanabileceği gibi tek başına da etkili olabilir. Sık görüşmelerle ergeni dinlemek, anlamaya çalışmak, paylaşmak, açıklayıcı bilgiler sunmak, yeti ve özelliklerinin farkında olmasına yardımcı olmak, gerektiğinde yönlendirmek ve planlarına yardımcı olmak psikoterapinin temel amaçlarından olmalıdır. Özkıym riski dışında hekim gizliliği ve güvenilirliği özellikle vurgulanmalıdır. Özellikle özkıym riski için dikkatli denetim ve aile okul işbirliği şarttır. Ebeveyn-çocuk ilişkisini kolaylaştırmaya yönelik girişimler aile seansları şeklinde yapılmalıdır. Özellikle ergenlerde ebeveyn ile bireysel görüşmeler genellikle önerilmemektedir. Psikiyatrist aile ile çocuk arasında haber taşıyıcı rolüne girmemelidir. Erken sağaltım gencin okul sorunları ve devamsızlığından kaçınmada önemlidir. Bu tür sorunlar zaten var olan değerlilik ve özgüven sorunlarının artmasına neden olur.

Başlangıçta sağaltımın yatarak veya ayaktan sürdürülmesine karar verilmesi önemlidir. Sağaltım mümkün olduğunca az sınırlayıcı bir ortamda düzenlenmelidir. Ancak yine de bazı durumlarda hastaneye yatış gerekebilir. Eğer özkıyım riski varsa ve aile çocuğu sürekli izleyemeyecek durumdaysa gencin kendi güvenliği için yatış gerekir. Alkol ve madde kullanan gençlerde kullanım engellenemeyecekse gene yatış gerekebilir. Özellikle kendini yaralayan gençlerde hastaneye yatış kendine ve diğerlerine zarar verme riskini azaltabilir. Yatan hastalarda tanıya ilişkin kuşklar daha çabuk giderilebilir, özellikle ilk psikoz epizodlarının tanınması kolaylaşabilir. Hastane ortamı yapılandırılmış bir ortamı sağlayabilir ve hekim hastasıyla daha sık görüşme olanağı bulabilir (Weller ve Weller 1990).

Sürekli ve nitelikli anne çocuk ilişkisinin sağlam benlik gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir. Bebeklik döneminde yaşanan yoksunluğun giderilmesi olası değilse yerine koruyucu birtakım düzeneklerin geliştirilmesi iyi bir çözüm olacaktır. Altı yaş öncesi çocuklarda temel tedavi oyun terapisisidir. Bu yaş çocuklarına antidepresan sağaltım önerilmemektedir. Oyun tedavisinde çocuğun etkilendiği stres etkeni olayla başa çıkmasına yardımcı olunurken, aynı zamanda da özdeşim kurabileceği iyi bir örnek olmak, bilişsel yönden yanlış algılamalarını düzeltmeye çalışmak, göremediği değişik seçenekler sunmak başlıca hedeflerdendir (Şenol ve ark. 1999). Çocukluk çağı ve ergenlik depresyonu ciddi olarak şu anki ve gelecek işlevselliği etkilemektedir. Bu nedenle psikofarmakoloji çalışmaları halen sürmektedir. Kaslow ve Thompson'un (1998) psikososyal tedavi yöntemlerini inceleyen bildirimlerinde, bilişsel davranışçı terapilerin olumlu sonuçlarından bahsetmişlerdir. Ancak yine de bu tedavi yönteminde de 6 ila 24 ay içinde %25-50 vakada depresyonun yinelediği bildirilmiştir. Bir diğer terapi yöntemi olan "bağlanma temelli aile terapisinin" uygulandığı bir çalışmada, yalnızca %19 hastanın Beck depresyon envanter puanlarında düşme saptanmış, ancak gencin algıladığı aile içi çatışma düzeyinde bir azalma ve yine gencin anneye bağlanma algısı düzeylerinde artma saptanmıştır (Guy ve ark. 2002).

İlaç Sağaltımı

Trisiklik antidepresanlar, monoaminoksidaz (MAO) inhibitörleri, serotonin geri alım inhibitörleri, lityum karbonat deprese çocuk ve ergenlerin sağaltımında kullanılmaktadır.

Çocuk ve gençlerde ilaç metabolizmasının erişkinlerden daha hızlı olması nedeniyle, almaları gereken ilacın mg/kg miktarının erişkinlerden fazla olması gerekmektedir. Antidepresan metabolizma hızının en yüksek çocuklarda, daha sonra adolesanlarda, en yavaş olarak da erişkinlerde olduğu bulunmuştur. Çocuk ve gençlerin bedenlerinin küçüklüğüne bakarak, gerekenden az ilaç verilmesi, birçok hastada düşük doz tedavi yapılmasına yol açmaktadır. Çocuk ve gençlerde antidepresanların yarı ömrü de çok yaygın değişimler göstermektedir. Genellikle 12 yaşından küçük çocuklarda ilaç yarı ömürlerinin erişkinlerdekine üçte ikisi kadar olduğu söylenebilir. Çocuk ve gençlerde depresyon tedavisinde antidepresan kullanımı halen üzerinde çalışmaların yürütüldüğü bir konudur. Çocukluk depresyonunun tedavisinde imipramin, nortriptilin ve amitriptilinle yapılan kontrollü ve kontrolsüz çalışmaların bir kısmında antidepresanların plasebodan daha iyi sonuç verdiği, bir kısmında da farklılıkların istatistiksel anlamlı düzeylere ulaşmadığı bulunmuştur. Genel sonuçlar, puberte öncesi çocukların depresyonlarında antidepresanlarla alınan olumlu etkilerin gençlerin depresyon tedavisinden daha iyi olduğudur. Ergenlerde depresyon tedavisinde antidepresan etkinliğinin neden erişkin ve çocuklardan daha az olduğu sorusunun yanıtı kesin bilinmemekle birlikte, beyin noradrenerjik sistemi üzerinde önemli etkisi olan kortikosteroid ve cinsiyet hormonlarının ergenlik döneminde yüksek olması ve bu artan cinsiyet hormonlarının antagonistik etkileri olabileceği belirtilmiştir (Ryan ve ark. 1986). Diğer bir açıklama da, duygudurum düzenlenmesi üzerine etkili nörotransmitter sistemlerinin bu yaşlarda yeterince olgunlaşmamış olması konusundadır. Beynin noradrenerjik sisteminin anatomik ve işlevsel olarak genç erişkin yaşlara kadar tam olarak gelişmediği söylenmektedir (Goldman ve Brown 1982). Ergenlerde, depresyonun erişkin depresyonu ile benzer bir klinik tablo oluşturması, ergen depresyonu ile erişkin depresyonunun devamlılığı, nöroendokrin çalışmalarda alınan benzer sonuçlar ve ailesel geçiş ile ilgili veriler, erişkin depresyonunda etkinliği kanıtlanmış ilaçların, depresyondaki ergenlerde de aynı düzeyde etkili olacağını düşündürmüştür. Ancak bunu kanıtlamak için yapılan çalışmalar son derece sınırlı sayıdadır.

Trisiklik antidepresanların çocuklarda günlük dozu 3-5 mg/kg olarak ayarlanmakta ve metabolizma hızlı olduğu için verilecek toplam dozun günde iki ya da üç kerede uygulanması gerekmektedir. Kalp iletiminde

olumsuz etki gösterebilecek antidepresanlara özellikle trisiklik antidepresanlara başlamadan önce EKG çekilmesi gerekmektedir. EKG'de PR aralığı 0.20 saniyeden yüksekse ya da QRS aralığı 0.12 saniye ya da daha fazla ise trisiklik antidepresanla tedaviye başlanmamalıdır. Trisikliklerin istenmeyen yan etkileri arasında başlıcası antikolinergik yan etkidir.

Monoamino oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) trisikliklere cevap vermeyen çocuklarda kullanılabileceği bildirilmekle birlikte çalışmalar sınırlı sayıdadır. Erişkinlerde aşırı yeme, aşırı uyumanın olduğu atipik depresyonlarda, aşırı kaygı ile giden durumlarda MAOI'nin trisikliklerden daha etkili olduğu bilinmektedir. MAOI'nin serotonin yükseltici madde ve ilaçlarla birlikte kullanımı "hipermetabolik bir kriz" çıkarması riski açısından kesinlikle kontrendikedir.

Trisiklik antidepresanların 6-18 yaş arası depresyonlarda aktif tedavi etkinliğinin plasebodan çok az

anamlı farklılığı olması ve bu noradrenerjik mekanizmayla etki gösteren antidepresanların istenmeyen yan etkilerinin varlığı araştırmaları seçici serotonin geri alım inhibitörleri'ne (SSRI) yoğunlaştırmıştır.

Fluoksetin bu alanda en fazla çalışılmış SSRI'dır. Paroksetin ve sertralin çalışmaları halen sürmekte birlikte SSRI'ların depresyon tedavisinde yanıt oranları %64-74 arası değişmektedir.

Deprese çocuk ve ergenlerde depresyonunun rekürrens oranı oldukça yüksektir. Önceki çalışmalar geçirilmiş depresyonu olanların 6-7 yıl sonra tekrar değerlendirildiğinde %40-50 oranında hastada benzer problemlerin olduğunu göstermiştir (Emslie ve Rush 1998).

Genel görüş depresyonun antidepresanlarla tedavisine akut tedaviye cevaptan sonra 4-6 ay daha devam etmek şeklindedir. 6-9 ay daha devamını destekleyen görüşler de bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Akdeniz F, Korkmaz S, Tamar M ve ark. (2002) Depresyonu olan ve olmayan genç kızlar ve annelerindeki adet öncesi yakınmaların karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9:16-22.
- Angold A, Costello EJ, Worthman CM (1998) Puberty and depression: the roles of age, pubertal status, and pubertal timing. *Psychol Med*, 28:51-61.
- Birtchnell J (1984) Dependence and its relationship to depression. *Br J Med Psychol*, 57:215-225.
- Brooks-Gunn J, Warren MP (1989) Measuring physical status and timing in early adolescence: developmental perspective. *J Youth Adolesc*, 14:163-189.
- Ekici G, Savaş AH (2001) Tamamlanmamış intiharlarda iki önemli risk etmeni: fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji*, 11:168-173.
- Emslie GJ, Rush JA (1998) Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. *Depress Anxiety*, 7:32-39.
- Erdoğan İ (2002) Major depresif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde semptom dağılımı ve komorbidite. *Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı*.
- Erdoğan İ, Tamar M (2002) Çocuk ve gençlerdeki major depresif bozukluğa eşlik eden tanılarının dağılım ve sıklığının araştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 4:100-106.
- Fleming JE, Offord DR (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:571-580.
- Goldman-Rakic P, Brown R (1982) Postnatal development of monoamine content and synthesis in the cerebral cortex of the rhesus monkeys. *Dev Brain Res*, 4:339-349.
- Diamond GS, Reis BF, Diamond GM ve ark. (2002) Attachment-Based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1190-1196.
- Kashani JH, Carlson GA, Beck N (1987) Depression, depressive symptoms and depressive mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144:931-934.
- Korkmaz S (2002) Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda adet döngüsünün duygudurum üzerine etkileri. *Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı*.
- Mc Couley E, Carlson GA, Calderon R (1991) The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:631-635.
- Milne LC, Lancaster S (2001) Predictors of depression in female adolescents. *Adolescence*, 36:207-223.
- Parker G, Roy K (2001) Adolescent depression: a review. *Aust NZJ Psychiatry*, 35:572.
- Ryan N, Pug-Antich J, Cooper T (1986) Imipramin in adolescent major depression: plasma level and clinical response. *Acta Psychiatr Scand*, 73:275-288.
- Şenol S, Karacan E, Şener Ş (1999) Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*, A Ekşi (Ed), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s.335-344.
- Takamura M, Sakihara S (2000) Gender differences in the association between psychosocial factors and depressive symptoms in Japanese junior highschool students. *J Epidemiol*, 10:383-391.
- Tunaoğlu FS, Olgutürk R, Akçabay (Şener) Ş (1995) Chest pain in children referred to a cardiology clinic. *Pediatr Cardiol*, 16:69-72.

Weller EB, Weller EA (1990) Depressive disorders in children and adolescents. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (Ed), Philadelphia, WB Saunders Company, s.3-20.

Weller EB, Weller RA, Svadjian H (1996) Mood disorders. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Text Book, M Lewis (Ed), 2. Baskı, Philadelphia, Williams & Wilkins, A Waverly Company, s.650-666.