

# Erken Başlangıçlı Depresyonlarda Aile Yüklülüğü (Gözden Geçirme)

Dilek ÖZER \*, Ahmet KOCABIYIK \*\*, Volkan GİRGİN \*\*, Pınar DEMİRARSLAN \*\*

## ÖZET

Aile çalışanları ailede psikiyatrik bozukluk varlığını saptamada önemli araçlardır. Erişkinlerle yapılan aile yük-lülüğü çalışmalarında, erken başlangıçlı (20 yaş altı) depresyon vakalarının akrabalarında majör depresif bozuk-luk riskinin en fazla olduğu bildirilmiştir. Bu yazıda özellikle "aşağıdan yukarı" (Bottom-Up) aile yük-lülüğü çalışmaları gözden geçirmiştir. Depresyonu olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında majör depresyon prevalansının % 20 ile % 53 arasında değiştiği bildirilmiştir. Aynı oran anneler için ise % 56 ile % 73 arasında bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Ergen, depresyon, aile yük-lülüğü

Düşünen Adam; 2002, 15(4): 215-220

## SUMMARY

Family studies are important instruments to determine family aggregation for psychiatric disorders. Family aggregation studies with adults report that the relatives of early-onset (under the age of 20) depression patient had the highest risk for major depressive disorder (MDD). In this article particularly bottom-up family aggrega-tion studies are reviewed. It is reported that prevalence of major depression was ranged between % 20 to % 53 in first degree relatives of child and adolescent with MDD. The same percentage was found between % 56 to % 73 for the mothers.

Key words: Adolescent, depression, family aggregation

## GİRİŞ

Aile yük-lülüğü çalışmaları ailede psikiyatrik bozuk-luk olup olmadığını saptamada önemli araçlardır. Teorik önemi yanında erken teşhis tedavi ve nüksü önleme açısından yararlı bilgiler sağlayabilir.

Psikiyatrik bozuklukların ailesel prevalansı ile ilgili bilgileri toplamada ya aile öyküsü (family history-FH) ya da aile çalışması yöntemi (family study-FS) kullanılır. Aile öyküsü yöntemi hastanın kendisinden veya aile bireylerinden birinden bilgi almaya dayanır. Aile çalışması yönteminde ise, hastanın tüm ak-rabaları ile şu andaki ve/veya geçmişteki hastalıkları

ile ilgili olarak mümkün olabildiğince yüz yüze gö-rüşme yapılır. Aile çalışması yöntemi, ailesel preva-lansları saptamada daha kesin ve doğru bilgi verir. Ancak akrabalar ile yüz yüze görüşme her zaman mümkün olamamaktadır. Erişkinlerle yapılan çalış-malar ve ikinci derece akrabalar söz konusu oldu-ğunda bu durum daha belirgindir. Çoğu zaman eriş-kin hastaların akrabalarına farklı bir bölgede yaşa-maları veya ölmüş olmaları nedeniyle ulaşılamaz. Dolayısıyla aile çalışması yöntemi kadar kesin bilgi vermemesine rağmen, akrabalar ile yüz yüze görüş-me her zaman mümkün olmadığı için, aile öyküsü yöntemi de yaygın olarak kullanılmaya devam et-mektedir. Aile öyküsü yönteminde tanı genellikle

\* Samsun-Havza Devlet Hastanesi, \*\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, \*\*\* Acıbadem Caroussel Hastanesi

“araştırma için tanı ölçütlerine” (Research Diagnostic Criteria-RDC) veya bu ölçütlerin modifiye edilmiş formlarına göre konur.

Aile Öyküsü Araştırma İçin Tanı Ölçütleri Formu'nda (Family History Research Diagnostic Criteria-FH-RDC) tanı kategorileri, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, depresyon, mani, alkol bağımlılığı, madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Yukarıda sayılan yedi FH-RDC tanısından herhangi birini alanlar aynı zamanda “herhangi bir psikiyatrik bozukluk” kategorisinde de kodlanırlar. “Herhangi bir psikiyatrik bozukluk” kategorisi, yukarıda sayılan yedi FH-RDC tanısından en az birinin akrabada var olduğunu gösterir. Bu yedi tanı kategorisi dışındaki tanılar, örneğin anksiyete bozuklukları, “diğer psikiyatrik bozukluklar” kategorisi altında kodlanır. Ayrıca aile üyesinde, yukarıda sayılan yedi tanı kategorisinden herhangi birinin olduğunu düşündürecek bazı bilgiler olmasına rağmen kesin bir tanıya ulaşılamıyorsa aile üyesi yine “diğer psikiyatrik bozukluk” kategorisi altında kodlanır. Aile yüklülüğü çalışmalarında verilerin analizinde ise iki farklı yaklaşım vardır:

- 1) Akrabaları temel alan analizler (yüklülüğü olan akrabaların, akraba popülasyonu içindeki oranı temel alınarak yapılan analizler).
- 2) Aileyi temel alan analizler (örneğin, ailesinde, -en azından bir aile üyesinde- yüklülük olan ergenlerin, ergen popülasyonuna oranı temel alınarak yapılan analizler)

Çalışmalarda genellikle akrabalar temel alınarak analizler yapılmıştır.

Erişkinlerle yapılan bir çok aile yüklülüğü çalışmasında erken başlangıçlı depresyonda aile yüklülüğünün arttığı bildirilmiştir. Bu konudaki ilk çalışmalarda 40 yaş altında başlayan depresyonlar erken ve 40 yaş üstünde başlayan depresyonlar geç başlangıçlı olarak tanımlanmıştır (1). 40 yaşın kesme noktası olarak ele alınmasının nedeni ise önceleri depresyonun orta ve ileri yaş hastalığı olduğu ve çocuklarda görülmediği görüşünden kaynaklanmıştır. Sonraki yıllarda çocuk ve ergenlerde depresyonun daha iyi tanınmasıyla birlikte erken ve geç başlangıç ayırımında yaş sınırı önce 30 yaş daha sonra da 20 yaş olarak tanımlanmıştır (2). Çalışmalarda, majör depresyon riskinin erken başlangıçlı (20 yaş altı) dep-

resyon vakalarının akrabalarında en fazla olduğu ve depresyonun başlangıç yaşı büyüdükçe akrabalaradaki riskin giderek azaldığı bildirilmiştir (3-7). Erken başlangıçlı (20 yaş altı) depresyon vakalarında aile yüklülüğünün daha fazla olduğunu bildiren yayınlar çocuk ve ergen depresyonlarında aile yüklülüğünü araştıran çalışmalara daha fazla yönelmesini sağlamıştır. Fakat bu çalışmalara daha fazla yönelmesini sağlamıştır. Fakat bu çalışmalarda çocukluk ve ergenlik çağı depresyonu ile ilgili aile çalışmalarında, çocuk ve ergen grubu iki farklı şekilde ele alınmıştır. Birincisi depresyonu olan anne ve/veya babaların çocuklarında, depresyon ve/veya diğer psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı “yukarıdan aşağı” (Top-Down) çalışmalar, diğeri ise depresyonu olan çocuk ve ergenlerin ailelerinde, depresyon ve/veya diğer psikiyatrik bozuklukların yüklülüğünün araştırıldığı “aşağıdan yukarı” (Bottom-Up) çalışmalarıdır.

### Depresyonu Olan Ailelerin Çocuklarıyla Yapılan Çalışmalar

Genel olarak depresyonu olan ailelerin çocuklarında yaşam boyu majör depresif bozukluk epizodu üç kat daha fazla görülür (8). Depresif ailelerin çocuklarında yaşam boyu majör depresif bozukluk riskinin, % 15- % 45 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (9-12).

Ayrıca ebeveynin depresyonunun erken başlangıçlı olması, epizodların şiddetli ve uzun sürmesi ve rekürrens oranının yüksek olması, çocukta depresyon görülme riskini arttırmaktadır (10,13-17).

Çocukta depresyon riski her iki ebeveynde duygudurum bozukluğu olduğunda daha da artmaktadır (8,18). Depresyonu olan ailelerin çocuklarında sadece depresyon gelişme riski değil anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları gibi diğer psikopatolojilerin de gelişme riski artmaktadır (10,11,15-17,19-22).

### Depresyonu Olan Çocuk ve Ergenlerle Yapılan Aile Yüklülüğü Çalışmaları

Depresyonu olan çocuk ergenlerin birinci ve ikinci derece akrabalarında depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların prevalansına ilişkin bildirilen sonuçlar geniş bir yelpazededir. Çünkü çalışmalarda genellikle çocuk ve ergenler bir arada ele alındığından seçilen yaş aralığı, tanı kriterleri, çalışmanın yöntemi,

çocuk veya ergende depresyonun yanı sıra komorbid tanının varlığı, semptom örüntüsü ve rekürrens olması aile yüklülüğünü etkilemektedir (23).

Mitchell ve ark.'ları (1989) tarafından, 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmada, majör depresyon tanısı alan çocukların anne babaları ile psikiyatrik kontrol grubunun (duygudurum bozukluğu dışında tanılar), anne ve babaları depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından karşılaştırılmıştır. Olgulara K-SADS-P ile değerlendirme sonrası RDC ile tanı koyulmuştur. Bu çalışmada da majör depresyon grubundaki çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu gibi komorbid tanılar oldukça sıktır. Annelerin tamamı, babaların ise bir kısmı ile "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime (SADS-L)" kullanılarak yüz yüze görüşme yapılmıştır. Majör depresyon grubu ve psikiyatrik kontrol grubunun annelerinde saptanan oranlar sırasıyla, majör depresyon % 56, % 53, bipolar bozukluk % 1, % 0, şizofreni % 1, % 0 ve antisosyal kişilik bozukluğu % 1, % 9 olmak üzere birbirine oldukça yakın bulunmuştur. Fakat panik bozukluğu, agorafobi, alkolizm, madde kullanım bozukluğu ve intihar girişimi majör depresyon grubunun annelerinde belirgin derecede daha yüksektir. Babalarda ise her iki grup arasında belirgin bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar anne babalardaki majör depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk öyküsü açısından iki grup arasında fark olmadığı, annedeki anksiyete bozukluğu, madde kullanımı, intihar girişimi ve erken yaşta psikiyatrik yardım talebi öyküsü ile depresyon arasında bağlantı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Daha küçük yaşta çocuklarda annelerdeki psikopatolojilerin daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca babadaki psikopatolojilerin majör depresyon grubu ile kontrol grubu arasında farka yol açmadığı fakat her iki ebeveynde birden depresyon bulunma öyküsünün majör depresyon grubunda daha fazla olduğu belirtilmiştir (24).

Kutcher ve Morton (1991) tarafından, 13-19 yaşları arasındaki unipolar grubu, bipolar grubu ve normal kontrol grubundan oluşan ergenlerle aile öyküsü yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada, ergenlere K-SADS görüşmesi ve klinik izlem ve DSM-III tanıları koyulmuş ve ayrıca unipolar grubun en az 1 yıldır, bipolar grubun en az 3 yıldır takip edilmekte olduğu belirtilmiştir. Fakat komorbid tanılar veya rekürrens

belirtilmemiştir. Sadece birinci derece akrabalarındaki aile yüklülüğü araştırılan çalışmada, birinci derece akrabada duygudurum bozukluğu var diyebilmek için duygudurum bozukluğu yanı sıra bu nedenle ayaktan veya yatarak tedavi görüyor olması şartı da kriterlere eklenmiştir. Birinci derece akrabalarındaki psikiyatrik bozukluklar araştırılırken, tüm EH-RDC tanıları ayrı ayrı ele alınmamış, unipolar depresyon, bipolar bozukluk ve bunların dışındaki diğer psikiyatrik bozukluklar olarak kodlanmıştır. Bipolar, unipolar ve normal kontrol grubunun birinci derece akrabalarında kodlanan psikiyatrik bozuklukların prevalansı sırasıyla şöyle saptanmıştır: Bipolar bozukluk: % 14.8, % 5.2, % 1.2, unipolar depresyon; % 18.5, % 20, % 3.6 ve diğer psikiyatrik bozukluklar % 24.7, % 21, % 6. Aile temelinde ele alındığında ise bipolar bozukluğu olan ergenlerin % 82.6'sının ailesinde, unipolar depresyonu olan ergenlerin % 73'ünün ailesinde ve normal kontrol grubu ergenlerin % 20'sinin ailesinde, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olan en azından bir aile üyesi bulunduğu bildirilmiştir. Bipolar grubun birinci derece akrabalarında, bipolar bozukluk anlamlı derecede daha yüksektir. Genel olarak bipolar ve unipolar grubun her ikisinde de psikiyatrik bozukluklar açısından yüklülük, normal gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Bipolar grupla unipolar grup arasında unipolar depresyon yüklülüğü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar, bipolar bozukluğa göre unipolar depresyonun daha heterojen bir bozukluk olduğu ve aile öyküsü varlığının, klinik olarak ergen depresyonlarının ayırıcı tanısında yararlı olamayacağı şeklinde yorumlanmıştır (25).

Williamson ve ark.'ları (1995), puberteye girmiş fakat 18 yaşını geçmemiş majör depresyon tanısı alan ergenler ve normal kontrol grubu ile aile öyküsü yöntemi kullanarak yaptıkları çalışmada, iki grubun birinci ve ikinci derece akrabaları depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların prevalansı açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca ergenlerde komorbid tanı varlığının aile yüklülüğünü etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Ergenlerde K-SADS-P ve K-SADS-E (Epidemiologic version) kullanılarak görüşme yapılmış, RDC kriterlerine göre tanı konulmuştur. Aile öyküsünün alındığı kişi ile SADS-L ile görüşülmüştür. Majör depresyon grubunun birinci derece akrabalarında % 25, normal kontrol grubunun birinci derece akrabalarında % 13 oranında majör depresyon

saptanmıştır. “Majör depresyon” ve “herhangi bir psikiyatrik bozukluk” majör depresyon grubunun birinci derece akrabalarında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer tanı kategorileri açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Birinci derece akrabalar içinde erkeklerde, kadınlara göre alkolizm ve “herhangi bir psikiyatrik bozukluk” anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kadınlarda ise erkeklere göre intihar girişim/tamamlanması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Majör depresyon grubunun ikinci derece akrabalarında ise normal kontrol grubunun ikinci derece akrabalarına göre “diğer psikiyatrik bozukluklar” ve “herhangi bir psikiyatrik bozukluk” anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer tanı kategorileri açısından ise iki grubun ikinci derece akrabaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. İkinci derece akrabalar içinde erkeklerde, kadınlara göre alkolizm anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada akrabaların temel alındığı analizlerin yanısıra, ailenin temel alındığı analizler de yapılmıştır. Ailenin temel alındığı analizlerde ise, majör depresyonu olan ergenlerin % 61’inin ve normal kontrol grubu ergenlerin % 27’sinin ailesinde, majör depresyonu olan en azından bir birinci derece akraba bulduğu ve istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğu bildirilmiştir. İkinci derece akrabalar, aile temel alınarak incelendiğinde ise majör depresyonu olan ergenlerin % 57’sinin ve normal kontrol grubu ergenlerin % 29’unun ailesinde, “diğer psikiyatrik bozukluklar” olarak kodlanan, en azından bir ikinci derece akraba bulunduğu ve istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada akrabaların temel alındığı analizlerin tersine, ailenin temel alındığı analizler de birinci derece akrabalarda, “herhangi bir psikiyatrik bozukluk” açısından, majör depresyon grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Komorbid tanılarının etkisine bakıldığında ise komorbid davranım bozukluğu olan ergenlerle olmayanlar arasında, birinci derece akrabalarda majör depresyon riski açısından fark olmadığı fakat komorbid davranım bozukluğu olan ergenlerin birinci derece akrabalarında, antisosyal kişilik bozukluğu riskinin anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir. Aynı şekilde komorbid anksiyete bozukluğu olan ergenlerle olmayanlar arasında birinci derece akrabalarda majör depresyon riski açısından fark olmadığı fakat komorbid anksiyete bozukluğu olan ergenlerin birinci derece akrabalarında, “diğer psiki-

yatrik bozukluklar” olarak kodlanan bozuklukların (genellikle anksiyete bozukluğu) riskinin istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı bildirilmiştir (23).

Kovacs ve ark.’ları (1997) tarafından aile öyküsü yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada, 8-13 yaşları arasındaki çocuklar 5 yıl izlenmiş ve izleme sonundaki tanıları dikkate alınmıştır. Majör Depresyon/distimik bozukluk, bipolar ve psikiyatrik kontrol grubu (duygudurum bozukluğu dışında tanıları) oluşturulmuş, grupların birinci ve ikinci derece akrabalarında yüküklük araştırılmıştır. Fakat “herhangi bir psikiyatrik bozukluk” ve “diğer psikiyatrik bozukluk” kategorileri değerlendirme dışı tutulmuştur. Çocuklara veya izleme döneminde ergenlere tanıları yapılandırılmış görüşmelere dayanarak DSM-III ölçütlerine göre konmuş, aile öyküsü genellikle annelerden alınmış ve annelerle SADS-L ile görüşülüp RDC kriterlerine göre tanı konmuştur. Tüm gruplarda % 63-% 83 oranında komorbid tanıları vardır. Majör depresyon/distimik bozukluk, bipolar ve psikiyatrik kontrol grubunun birinci derece akrabalarında majör depresyon sırasıyla % 53, % 70, % 40 oranında saptanmıştır. Bipolar grubun birinci derece akrabalarında majör depresyon, diğer iki grubun birinci derece akrabalarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu olan çocukların birinci derece akrabalarında, psikiyatrik kontrol grubunun birinci derece akrabalarına göre majör depresyon, alkolizm, madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğunun daha yüksek oranda bulunduğu belirtilmiştir. İkinci derece akrabalar açısından ise majör depresyon/distimik bozukluk grubunun ikinci derece akrabalarında rekürren unipolar depresyonun, normal kontrol grubunun ikinci derece akrabalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Ayrıca duygudurum bozukluğu olan çocukların ikinci derece akrabalarında, psikiyatrik kontrol grubunun ikinci derece akrabalarına göre alkolizmin anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Anneler açısından bakıldığında ise majör depresyon/distimik grubunun annelerinde % 73, bipolar grubun annelerinde % 76, psikiyatrik kontrol grubunun annelerinde % 54 oranında majör depresyon saptanmıştır. Babalardaki majör depresyon oranında ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Komorbid tanılarının aile yüküklüğüne etkisi incelendiğinde, duygudurum bozukluğu ve davranım bozuklukları (dikkat

eksikliği, davranım bozukluğu, madde kullanımı/bağımlılığı) birlikteliğinde, komorbid tanısı olanlarda, olmayanlara göre aile yüklülüğünün, alkolizm, antisosyal kişilik ve madde bağımlılığı açısından arttığı (fakat depresyon veya mani açısından değişmediği), bu artışın birinci derece akrabalarda anlamlılığa yaklaşacak düzeyde, ikinci derece akrabalarda ise istatistiksel olarak anlamlı derecede olduğu bildirilmiştir. Ayrıca birinci ve ikinci derece ayrımı yapılmaksızın akrabalar cinsiyete göre ayrı ayrı incelendiğinde duygudurum bozukluğu olan çocukların kadın akrabalarında, depresif bozukluklar, rekürren unipolar depresyon, alkolizm ve madde bağımlılığının psikiyatrik kontrol grubunun kadın akrabalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Duygudurum bozukluğu olan çocukların erkek akrabalarında ise, alkolizm ve antisosyal kişilik bozukluğunun psikiyatrik kontrol grubunun erken akrabalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (26).

Neuman ve ark.'ları (1997) tarafından yapılan çalışmada, 8-13 yaşları arasındaki bipolar bozukluk veya majör depresyon tanısı alan puberte öncesi çocuklarda (çocuklarda 2-5 yıl izlenmiş), ortalama yaşı 37 olan bipolar bozukluk veya majör depresyon tanısı alan erişkinlerin birinci derece akrabaları temel olarak duygudurum bozuklukları yüklülüğü açısından karşılaştırılmıştır. Bu çalışmadaki gruplar çocuklarda yapılan bir çalışmayla, erişkinlerde yapılan farklı bir çalışmanın bir araya getirilmesinden oluşmuştur. Bu iki çalışma farklı zamanlarda farklı tanı kriterleri kullanılarak yapılmıştır. Çocuklarda K-SADS-P ile görülmüş DSM-III ölçütlerine göre tanı konmuş, aile öyküsü bilgileri ile annelerden alınmıştır. Erişkinlerle SADS ile görülmüş RDC'ye göre tanı konmuştur. Erişkinlerin aile hakkındaki bilgiler ise şöyle toplanmıştır: daha önceki çalışmada erişkinlerin birinci derece akraba ile aile çalışması yöntemiyle yapılan görüşmeler SADS-L'ye uyarlanmış aynı zamanda bu çalışma içinde erişkinin kendisinden ve ikinci bir aile bireyinden aile öyküsü yöntemi kullanılarak bilgi alınmıştır. Çalışma benzeri yöntemleri kullanarak çocuk ve erişkinleri karşılaştıran ilk çalışmadır. Fakat çocuk veya erişkinlerdeki komorbidite, rekürrens hakkında bilgi vermişlerdir.

Ayrıca akrabalarındaki tüm FH-RDC tanılarını ayrı ayrı ele almak yerine tanıları, duygudurum bozuklukları ve diğer FH-RDC tanıları olarak sınıflandırdı-

mışlardır. Çocukların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk veya majör depresyon bulunma oranı % 54.4 iken erişkinlerde aynı oranın % 23 olarak saptanmıştır. Bunun anlamlı bir fark olduğu ayrıca grupları majör depresyon ve bipolar bozukluk olarak ayırdıklarında da bu farklılığın devam ettiği belirtilmiştir. Örneğin bipolar bozukluğu olan çocukların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk oranı % 11.9 iken bipolar bozukluğu olan erişkinlerin birinci derece akrabalarında aynı oranın % 4.9 olarak saptandığı bildirilmiştir. Aynı şekilde majör depresyonu olan çocukların birinci derece akrabalarında, majör depresyon oranı % 45.5 iken, aynı oran majör depresyonu olan erişkin grubunun birinci derece akrabalarında % 20.6 olarak saptanmıştır. Özetle çocukların birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluklarının, buna karşılık erişkinlerin birinci derece akrabalarında ise majör depresyon ve bipolar bozukluk dışındaki FH-RDC tanılarının (alkolizm, şizofreni, madde bağımlılığı, antisosyal kişilik gibi) yüksek olduğu bildirilmiştir (27).

Wickramaretna ve ark.'ları (2000) tarafından, 6-14 yaşları arasındaki puberte öncesi başlangıçlı majör depresyon grubu, puberte öncesi depresyonu olmayan kontrol grubu, 10-17 yaşları arasındaki puberte sonrası başlangıçlı majör depresyon grubu ve puberte sonrası depresyonu olmayan kontrol grubu oluşturularak yapılan çalışmada, çocuk ve ergenler 10-15 yıl izlemeye alınmış ve izlem sonucundaki tanıları dikkate alınarak, grupların birinci derece akrabalarındaki aile yüklülüğü araştırılmıştır. Başlangıç yaşı, rekürrens ve erişkin dönemde hastalığın devam etmesi gibi faktörlerle majör depresyon açısından ailevi riskin artıp artmadığı da incelenmiştir. Majör depresyon tanısı alan çocuk ve ergenlerde, % 23.2-% 68.4 oranında komorbid tanıları (anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu gibi) vardır. Aynı şekilde kontrol gruplarındaki çocuk ve ergenlerin yarıya yakını benzer tanıları alırken, geri kalanında herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. Birinci derece akrabaların bir kısmı ile SADS-L anksiyete bozuklukları çalışması için modifiye edilmiş versiyonu ile görülmüş, görülmeyenler hakkında bilgiler, birden fazla kişiden modifiye FH-RDC ve Family History Screen (FHS) kullanılarak toplanmıştır. Puberte öncesi başlangıçlı majör depresyon grubu, puberte öncesi depresyonu olmayan kontrol grubu, puberte sonrası başlangıçlı majör depresyon grubu ve puberte

sonrası depresyonu olmayan kontrol grubu için, birinci derece akrabalarındaki majör depresyon prevalansı sırasıyla; % 40.6, % 20.4, % 46.9, % 29.4 olarak saptanmıştır. Birinci derece akrabalarındaki alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı, mani, şizofreni, davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu prevalansı açısından puberte öncesi ve puberte sonrası grup için saptanan değerler birbirine yakındır. Bu sonuçlar hem puberte öncesi hem de puberte sonrası grup için majör depresyonun ailevi olduğu şeklinde yorumlanmış ve her iki grup arasında birinci derece akrabalarındaki psikopatolojiler açısından anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Puberte sonrası başlangıçlı majör depresyon grubunun birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre anksiyete bozukluklarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ve bu anlamlılığın ergenlerdeki, komorbid anksiyete bozukluğu tanısından kaynaklandığı belirtilmiştir. Ayrıca aile yüklülüğünü etkileyen diğer faktörler açısından da incelenmiştir. Puberte öncesi başlangıçlı grupta rückerrensi olan ve olmayanların aileleri, yüklülük açısından karşılaştırıldığında, rekürrensi olanların ailelerinde yüklülük istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Buna rağmen hastalığın erişkin döneme kadar devam etmesinin (18 yaş üstü) yüklülüğün artışı açısından sadece bir eğilim (trend) yarattığı belirtilmiştir. Fakat puberte sonrası grup ne rekürrensi ne de hastalığın erişkin döneme kadar devam etmesi ile yüklülük arasında anlamlı bir bağlantı olmadığı belirtilmiştir (28).

## SONUÇ

Depresyonu olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında majör depresyon prevalansının % 20 ile % 53 arasında değiştiği bildirilmiştir. Aynı oran anneler için ise % 56 ile % 73 arasında bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında erken başlangıçlı depresyonlarda ailenin yüklülük konusunda bilgilendirilmesi gerektiğinde aile bireylerinin tedaviye yönlendirilmesi ve aileyi de içine alan bütünsel bir yaklaşım gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Mandelwicz J, Baron M: Morbidity risks in subtypes of unipolar depressive illness: differences between early and late onset forms. *Br J Psychiatry* 139:463-466, 1981.
2. Price RA, Kenneth KK, Weissman MM: Early onset (under age 30 years) and panic disorder as markers for etiologic homogeneity in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 44:434-440, 1987.
3. Weissman MM, Wickramaretna P, Merkgangas RK, et al: Onset

- of major depression in early adulthood increased familial loading and specificity. *Arch Gen Psychiatry* 41:1136-1143, 1984.
4. Kupfer DJ, Frank E, Carpenter LL, Neiswanger K: Family history in recurrent depression. *J Affect Disord* 17:113-119, 1989.
5. Rende R, Weissman MM, Rutter M, et al: Psychiatric disorders in relatives of depressed probands. II. Familial loading for comorbid non-depressive disorders based upon proband age of onset. *J Affect Disord* 42:23-28, 1997.
6. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA: Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives. *Arch Gen Psychiatry* 56:322-327, 1999.
7. Weissman MM, Warner V, Wickramaretna P, et al: Early-onset major depression in parents and their children. *J Affect Disord* 15:269-277, 8-33, 1988.
8. Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C: Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 47:1112-1111, 1990.
9. Beardslee WR, Keller MB, Lavori PW, et al: Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *J Affect Disord* 15:313-322, 1988.
10. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG: Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years (Research update review). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:113-1141, 1998.
11. Beardslee WR, Keller MB, Seifer R, et al: Prediction of adolescent affective disorder, effects of prior parental affective disorders and child psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:279-288, 1996.
12. Orvaschel H: Early onset psychiatric disorder in high risk children and increased familial morbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:184-188, 1990.
13. Weissman MM, Gammon GD, Karen J, et al: Children of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 44:847-853, 1987.
14. Weissman MM, Warner V, Wickramaretna P, et al: Early-onset major depression in parents and their children. *J Affect Disord* 15:269-277, 1988.
15. Warner V, Mufson L, Weissman MM: Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanism of psychiatric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:786-797, 1995.
16. Grigoriou-Sarbanescu M, Histodorescu D, Magureanu S, et al: Adolescent offspring of endogenous unipolar depressive parents and normal parents. *J Affect Disord* 21:185-198, 1991.
17. Weissman MM, Prusoff BA, Gammon GD, et al: Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 23:78-84, 1984.
18. Weissman MM, Fendrich M, Warner V, et al: Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:640-648, 1992.
19. Weissman MM, Warner V, Wickramaretna P, et al: Offspring of depressed parents, 10 years later. *Arch Gen Psychiatry* 54:932-940, 1997.
20. Wickramaretna P, Weissman MM: Onset of psychopathology of offspring by development phase and parental depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:933-942, 1998.
21. Williamson DE, Ryan N, Birmaher B, et al: A case control family history study of depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1596-1607, 1995.
22. Mitchell J, McCauley E, Burke PM, et al: Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:352-357, 1985.
23. Kutcher S, Morton P: Affective disorders in first-degree relatives of adolescent onset bipolars, unipolars, and normal controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:75-78, 1991.
24. Kovacs M, Devlin B, Pollack M, et al: A controlled family history study of childhood-onset depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54:613-623, 1997.
25. Neuman RJ, Geller B, Rice JP, et al: Increased prevalence and earlier onset of mood disorders among relatives of prepubertal versus adult probands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:466-473, 1997.
26. Wickramaretna P, Greenwald S, Weissman MM: Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:1396-1405, 2000.
27. Neuman RJ, Geller B, Rice JP, et al: Increased prevalence and earlier onset of mood disorders among relatives of prepubertal versus adult probands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:466-473, 1997.
28. Wickramaretna P, Greenwald S, Weissman MM: Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:1396-1405, 2000.