

Ergenlerde Depresyon: Epidemiyoloji, Klinik Görünüm, Komorbidite, Seyir, Komplikasyonlar

Dilek ÖZER *, Ahmet KOCABIYIK **, Volkan GİRGIN **, Pınar DEMİRASLAN **

ÖZET

Ergenlerde depresyon, en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Bu yazıda özellikle ergen depresyonlarında epidemiyoloji, klinik özellikler, seyir, komplikasyonlar, rekürrensi belirleyen etkenleri içeren çalışmalar gözden geçirilmiştir. Ergenlerde depresyon, erişkinlikte de devam etme eğilimi gösteren sık ve tekrarlayıcı bir bozukluktur ve sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklara birlikte görülür.

Anahtar kelimeler: Ergen, depresyon

Düşünen Adam; 2002, 15(2): 90-96

SUMMARY

Depression is one of the most frequent psychiatry disorder in adolescent. In this article studies about adolescent depression covering epidemiology, clinical characteristics, natural course, sequelae, recurrence and factors associated with recurrence are reviewed. Adolescent depression is frequent and recurrent disorder that tend to continue into adulthood and frequently accompanied by other psychiatric disorders.

Key words: Adolescent, depression

GİRİŞ

Ergenlerde depresyon, en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Bununla birlikte standart tanı ölçütleri ve görüşme tekniklerinin geliştirilmesinden önce, 1970'li yıllara kadar depresyonun çocuk ve ergenlerde bulunmadığı, ergenlerde bulunsu bile ayrı bir fenomen olarak ve çok nadir bulunduğu veya erişkinlerde aynı ölçütlerle tanı koyulamayacağı düşünülmüştü (1,2). Bu tarihe kadar ergenlerdeki depresyona ilişkin tanımlar, erişkinlerdeki depresyon tanımı ile ilişkilendirilmekten çok, antisosyal davranış, okul fobisi, psikosomatik semptomlar ve öğrenme güçlüğü gibi semptomatoloji üzerine odaklanmıştır (2). Bunu "maskeli depresyon", depresyon eşdeğerleri", "depresyon benzeri durumlar" gibi terimlerin yaygın olarak kullanıldığı bir ara dönem izlemiştir, da-

ha sonra ergenlerde depresyon tanısının erişkinler için belirlenen ölçütlerin doğrudan kullanımıyla konabileceği eğilimi yerleşmeye başlamıştır. Carlson ve Catwell (1980) "çocuk ve ergenlerde maskeli depresyonun maskesini düşürmek" başlığıyla yayımladıkları ve "maskeli depresyon" kavramını ele aldıkları çalışmalarında, depresyon tanısı alan bazı çocukların, sıklıkla dikkat eksikliği davranım bozukluğu ve anoreksiya nervoza olmak üzere başka tanılarda aldığını saptamışlardır. Ayrıca eşlik eden bu tanılardan, genellikle onları psikiyatriste getiren problemler olduğunu ve dikkatin bu yakınmalara odaklandığını belirtmişlerdir. Kovacs ve Beck'inde dediği gibi "maskeleyici davranışlar" olarak adlandırılan davranışların, aslında dikkatin odaklandığı başvuru problemleri olduğunu belirtmişlerdir. Carlson ve Cantwell, bazı çocuk ve ergenlerde hiperaktivite, agresif,

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

antisosyal davranışlar ile depresyon bir arada bulunuyorsa, bu davranış bozukluklarının depresyonun gözden kaçmasına neden olabileceğini, ancak ayrıntılı bir klinik muayene ile bunun engellenebileceğini ve erişkinler için önerilen depresyon ölçütlerinin çocuk ve ergenlerde yeterli ve geçerli olduğunu belirtmişlerdir (3).

Strober ve ark.'ları (1981) ergenlerde, major depresyonun fenomenolojisi ve alt tipler üzerine yaptıkları bir çalışmada, depresyon eşdeğerleri olarak adlandırılan okul fobisi, kazaya eğilim, sıkılma yakınması, genel somatik yakınmalar, düşük okul başarısı, agresif patlamalar, ev ve okuldan kaçma, yangın çıkarma, yıkıcı davranışlar, genel itaatsizlik, kural ihlali, rastgele cinsel ilişki, madde ve alkol sorunları ve entrezisi incelemişlerdir. Bu davranışların sıklıkla ergenlerin depresyon dışı psikiyatrik bozukluklarında görüldüğünü saptamışlardır. Depresyonu olan ergenlerde görülse bile bunların zamansal ilişkisine baktığında, depresyon eşdeğeri olarak adlandırılan bu davranışların, nadiren depresyondan önce, fakat çoğunlukla depresyonla birlikte veya depresyona ikincil olarak çıktıklarını bildirmişlerdir (4).

Angold (1988) maskeli depresyon veya depresyon eşdeğeri kavramlarıyla, çok geniş bir belirtiler grubunun depresyona atfedilmesinden doğan bilirsizliğe dikkat çekmiştir. Ayrıca bu belirtileri sergileyen çocuk ve ergenlere, bu belirtileri depresyona bağlamaya olanak tanıyacak bazı depresif belirtilerin olmaması gerektiğinin altını çizerek, bu durumda sorunun depresyonun maskelenmiş olması değil, depresyona geniş bir tanı grubunun eşlik etmesi olduğunu vurgulamıştır (1).

Mitchell ve ark.'ları (1988) çocuk ve ergenlerde depresyonun fenomenolojisi üzerine yaptıkları bir çalışmada, depresyona eşlik eden somatik yakınmalar, anksiyete/fobik semptomlar ve daha az oranda davranım bozuklukları gibi sorunların, bu yaş gruplarında önemli ölçüde bulunduğunu ve bunların yanlış bir adlandırmayla maskeleyici semptomlar olarak anıldığını belirtmiş, depresyonu olan genç hastaların bu yakınmalarla başvurabileceğini, ancak öykünün ayrıntılı alınması ile bu sorunun ortadan kaldırılabileceğini öne sürmüştür (7).

EPİDEMİYOLOJİ

Ergenlerde depresif bozuklukların prevalansı, tanı ölçütlerinin, çalışmanın yapıldığı coğrafyanın, seçilen örneklemenin ve bilgi alınan kaynakların farklı olmasından dolayı geniş bir yalpaze oluşturur. Fleming ve Offord (1990), çocuk ve ergenlerde depresyonun epidemiyolojisine ilişkin yaptıkları derleme makalesinde, sadece alan çalışmalarını dikkate almışlar ve ergenlerde prevalansın % 0.4-% 8.3 arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Birmaher tarafından 1996 yılında yapılan derleme makalesinde ise aynı oran tekrarlanmıştır (5).

Erişkinlerde

Depresif bozukluklar kadınlarda daha fazla görülür. Ergenlerde ise cinsiyetin rolü yaşa göre değişir. Pek çok araştırmada bulgular, geç ergenlik dönemine kadar cinsiyetin önemli bir faktör olmadığı, geç ergenlik döneminde ise kızlarda, erkeklere göre iki kat daha fazla olduğu yolundadır (5-7).

Klinik ortamda ve toplumda yapılan çalışmalarda, 20. yüzyılın ikinci yarısında doğanlar için duygudurum bozukluğu gelişme riskinin arttığı ve bu bozuklukların daha erken yaşta başladığı gösterilmiştir (8,9). Bu artış eğilimi, şiddetli depresyondan çok, hafif ve orta dereceli depresyon vakaları için geçerli gözükmemektedir. Yüzyılın ikinci yarısında görülen bu artışın nedeni, henüz yeterince açıklanamamıştır. Genetik yapı henüz bu artışı açıklayacak kadar değişmediğinden artışın, büyük oranda çevresel faktörlerle genetik faktörlerin etkileşimine bağlı olabileceği öne sürülmüştür (9).

Ülkemizde ise prevalans çalışmaları sınırlıdır. Özbay ve ark.'ları (1991) tarafından yapılan 11-12 yaş arası, 1167'si çalışan, 1055'i öğrenci olmak üzere 222 kişiyi kapsayan alan çalışmasında, Beck Depresyon Ölçeği kullanılmış ve puanlar yaşlara göre karşılaştırıldığında, çalışan grup arasında 14 yaş, öğrenci olan grup arasında 17 yaş en yüksek puanları almıştır. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında ise en yüksek puanları sırasıyla öğrenci kızlar, çalışan kızlar, çalışan erkekler ve öğrenci erkekler almıştır (10).

Demir (1997) tarafından, İstanbul'da üç okulda,

ilkokul 4, 5 ve ortaokul öğrencilerini kapsayan çalışmada, "Çocuk Depresyon Ölçeği ile tarama yapıldıktan sonra belirli bir kesme puanının üzerindeki öğrencilerle "Çocuk ve Ergenler İçin Tanısal Görüşme-Yenilenmiş Form" kullanılarak görüşülmüştür. Toplam depresif bozukluk prevalansı % 4.2 olarak bulunmuştur. Tanı kategorilerine göre dağılım şöyledir: major depresif bozukluk % 1.6, distimik bozukluk % 0.3 ve başka türü adlandırılmayan depresif bozukluk % 0.6. Ortaokulda okuyan öğrenciler ilkokuldaakilere göre ve kızlar erkeklere göre daha fazla oranda tanı almıştır (11).

KLİNİK GÖRÜNÜM, TANI, KOMORBİDİTE

Ergenlerde depresyonun klinik görüntüsü erişkinlerdeki benzerdir (6,9,12). Depresyonu olan ergenler; depresyonu olan erişkinlerle klinik açıdan pek çok benzerlik göstermesine rağmen, gelişimsel olarak semptomatolojide bazı farklılıklarda gösterirler. Yaş ve gelişim, depresyonun bazı belirtilerini değiştirebilir ve bazı belirti ve bulgularını daha çok veya daha az belirgin hale getirebilir. Örneğin depresif erişkinlerde uyku bozuklukları daha çok uykusuzluk olarak görülürken, ergenlerde uyku artışı daha belirgindir. Diğer bir fark da, ergenlerde klasik vejetatif belirtilerin daha az, güvensizlik, çaresizlik, olumsuz benlik değerlendirmesi gibi bilişsel belirtilerin, daha sık görülmesidir (6). Genel olarak, ergen grubu içinde, melankoli, psikotik belirtiler intihar girişimleri, intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanması ve işlevsellik kaybı yaşla birlikte artar, somatik yakınmalar, eşlik eden ayrılık anksiyetesi ve davranış problemleri yaşla birlikte azalır (9).

Calson ve Kashani (1988) okul öncesi çocuklar, puberte öncesi çocuklar, ergenler ve erişkinler olmak üzere farklı yaş gruplarında, depresif belirti ve bulguları karşılaştırdıkları çalışmalarında, anhedoni, sabah sıkıntısı, umutsuzluk, psikomotor retardasyon ve hezeyanların yaşla birlikte arttığını, depresif görünüm, öz güven, somatik yakınmalar ve tek başına varsanı varlığının yaşla birlikte azaldığını, depresif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, uyku bozuklukları ve intihar düşüncesinin yaşla değişmeyen belirtiler olduğunu bildirmişlerdir. Yorgunluk, ajitasyon ve iştahsızlığın ise okul öncesi çocuklarda ve erişkinlerde sık, çocuk ve ergenlerde daha seyrek olduğunu da belirtmişlerdir (13).

McCauley (1991) çocuk ve ergenlerde yaptıkları çalışmada, depresif grubun % 70'inde somatik yakınmalar tespit etmişlerdir. Somatik yakınmaların sıklığının anksiyeteye bağlı veya sekonder olmadığını, ancak depresyonun şiddetiyle ilintili olduğunu belirlemişlerdir (14).

Strober ve ark.'ları (1981) ergenlerde, major depresyonun fenomenolojisi ve alt tipler üzerine yaptıkları bir çalışmada, erişkinlere göre daha nadir olsa da major depresyonun endojen, retarde ve psikotik gibi alt tiplerinin bu yaş grubunda da bulunduğunu bildirmişlerdir (4).

Ryan ve ark.'ları (1987) çocuklarla ergenlerde depresyon semptomatolojisini karşılaştırdıkları çalışmalarında, depresyon semptomlarının belirgin bir çoğunluğunda gruplar arasında fark saptamamışlardır. Bununla birlikte ergenlerde anhedoni, umutsuzluk, uyku artışı, kilo değişikliği (iştahta değişiklik olmasızın), alkol ve madde kullanımı, ve intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanmasını daha yüksek bulunmuştur (15).

Komorbidite ve Önemi

Klinik ve epidemiyolojik araştırmalarda, depresyonu olan çocuk ve ergenlerin % 40 ile % 70'inde komorbid psikiyatrik bozukluğu olduğu ve en azından % 20 ile % 50'sinin iki veya daha fazla komorbid tanısı olduğu saptanmıştır. En sık komorbid tanı distimik bozukluk ve anksiyete bozukluğudur. Bunları, davranış bozukluğu karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu gibi yıkıcı davranış bozuklukları ve madde bağımlılığı izler. Madde bağımlılığı dışında, majör depresif bozukluk, genellikle diğer psikiyatrik bozukluklardan sonra başlar. Ek olarak, davranım bozuklukları depresyonun komplikasyonları olarak gelişebiliyor olmasına rağmen depresyon kaybolduktan sonra da devam edebilir (9).

Genel kural olarak, komorbid tanıların depresyonda tekrarlama riski, depresif epizodların süresi, intihar girişimleri, işlev kaybı, tedaviye yanıt, yardım talebi ve sürdürülmesi üzerinde etkisi vardır (7,9). Özellikle "çifte depresyonu" (distimik bozukluk) olan ergenlerde, tek başına major depresif bozukluk veya distimik bozukluk olanlara göre, depresif epizodların daha şiddetli ve uzun sürdüğü, komorbid bozukluk-

ların oranının yüksek olduğu, intihar girişimlerinin sayısının arttığı, sosyal işlevlerdeki kaybin daha şiddetli olduğu saptanmıştır (9,16-18). Depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbiditesinde, depreseif semptomlar daha şiddetli ve uzun sürer (9,19). Yıkıcı davranış bozuklukları ve depresyon komorbiditesinde ise kısa dönemde tedaviye yanıt, daha olumsuz olma eğilimindedir ve melankoli, depresyonun tekrarlayıcılığı ve duygudurum bozuklukları için aile yüküğü daha azdır. Fakat bu olgularda intihar girişimlerinin sayısı, erişkin yaşamda suç işleme oranı, aile içi eleştirisi ve kınama, plaseboya verilen yanıt daha yüksektir (6,9,20,21).

BAŞLANGIÇ, SÜRE VE REKÜRRENSİ BELİRLEYEN ETKENLER

Erişkin popülasyonda yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmalarıyla majör depresyonda, genetik etkenlerin rolü gösterilmiştir. Fakat şu ana kadar ergenlerde depresyon oranını araştıran bir ikiz çalışması yoktur. erişkinlerde yapılan ikiz çalışmalarında, majör depresyon oranı, dizigotik ikizlerde % 13- % 28, mono-zigotik ikizlerde % 53 - % 69 olarak saptanmıştır (22).

Genetik çalışmalar aynı zamanda çevresel faktörlerin önemini de ortaya çıkarmıştır (23,24). Genetik olarak riski yüksek olan bireyler, riski düşük olanlara göre olumsuz çevresel etkenlere daha duyarlı gözükmektedir (24).

Erken başlangıçlı depresyonda, başlangıç süre ve rekürrensi etkileyen etkenler dört grupta toplanabilir; 1) Demografik etkenler: yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, 2) Psikopatoloji: önceki tanılar, eşik atı depresif semptomlar; negatif bilişsel yapı, 3) Ailesel etkenler: ebeveynlerdeki psikopatoloji, ailede erken başlangıçlı duygudurum bozukluğu olması, duygudurum bozuklukları için aile yüküğünün fazla olması, 4) Psikososyal etkenler: olumsuz yaşam olayları, yetersiz destek, annenin temel bakım ve ilgisindeki yetersizlikler (9,25).

Bu etkenler hastalığın ortaya çıkışını ve seyrini birbirinden bağımsız olarak etkilemektedirler (26,27).

Lewinsohn (1995) majör depresif bozukluk atağının başlaması için risk etkenlerini, stres (küçük veya büyük olaylar), fiziksel semptom veya hastalıklar, inti-

har öyküsü, geçirilmiş depresyon atağı ve anksiyete bozuklukları olarak belirtilmiş (28). Sayılan risk etkenlerinden bazıları aşağıda gözden geçirilmiştir.

Aile Ortamı: Depresyonu olan erişkinler, onların çocukları ve depresyonu olan ergenlerde yapılan çalışmalarda, aile ilişkilerinin normal kontrollere göre daha çatışmalı ve reddedici olduğu, iletişim problemlerinin daha fazla yaşandığı, duygunun daha az ifade edildiği ve destekleyici tutumların daha az olduğu gösterilmiştir (9,25). Ayrıca temel işlevleri yetersiz olan annelerin çocuklarında, annenin psikiyatrik durumundan bağımsız olarak, herhangi bir psikiyatrik bozukluk için riskin arttığı söylenmektedir (29).

Aile ilişkilerindeki bu problemlerin, depresyon gelişme riskini hangi mekanizmalarla etkilediği henüz açıklığa kavuşturulmamıştır (9). Anne ile kurulacak teke tek ilişkinin çocuğun sağlıklı gelişmesi için uygun olduğu vurgulanmıştır. Anne ile çocuk arasında, erken dönemi ilişkilerindeki sorun ve yetersizliklerin çocuğun stresle baş etme yollarını depresyona yakınlık sağlayacak şekilde geliştirmesine neden olduğu söylenmektedir (29).

Olumsuz Yaşam Olayları: Depresyonu olan erişkinlerde yapılan bir çok çalışma, % 60 - % 70'inin majör depresif bozukluk öncesi bir yıllık süre içinde bir veya daha fazla ciddi olumsuz yaşam olayı (özellikle kayıplar olmak üzere) yaşadığını göstermiştir (9). Ergenlerde yapılan çalışmalarda da olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında, anlamlı bir ilişki saptanmıştır (28,30-32).

Kayıp, boşanma, yas ve özellikle bir ihihara tanık olma gibi olaylar depresyonun başlamasıyla bağlantılı bulunmuştur. İntihara tanıklık ciddi ve stresli bir olaydır ve arkadaşlarda, kardeşlerde ve annede, akut veya rekürren majör depresyon riskini, üç kat artırır. İntihar sonrası depresyon gelişme riski intihar eden kişiye yakınlık ve maruz kalmanın yoğunluğu ile orantılıdır (18).

Negatif Bilişsel Tarz: Depresyonu olan ergenlerde bilişsel çarpıtmaların, sonuçları dışarıdan gelen kontrol edilemez olaylara bağlama eğiliminin, sosyal beceri eksikliklerinin ve düşük benlik saygısının normal kontrollere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (9). Depresyonu olan ergenlerin iyileşmeden sonra

bile benlik saygılarının düşük olması yeni bir epizod riskini arttırmaktadır (9).

SEYİR, KOMPLİKASYONLAR

Seyir

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda, ergenlerde majör depresyon atağının ortalama süresi yaklaşık olarak 7 ile 9 ay olarak saptanmıştır (7,9,19,2,33). Majör depresyon epizodlarının yaklaşık % 90'ı, başlangıçtan 1.5 ile 2 yıl sonra düzeler, % 6 ile % 10'u ise devam eder (9,26,34). Klinik izlem çalışmaları ve epidemiyolojik çalışmalar ergenlerde majör depresif bozukluğun tekrarlayıcı bir durum olduğunu ve kümülatif olarak tekrarlama olasılığının, ilk 2 yıl için % 40 ve 5 yıl için % 70 olduğunu göstermiştir (7,9,19,26,33,36). Ergenlerin erişkinlik dönemlerinde izlenmeleri ve klinik verilerin geriye dönük olarak taranmasından elde edilen bilgiler, ergen depresyonunun, erişkinlik döneminde de devam eden kalıcı bir durum olduğunu göstermiştir (33,36,37).

Ergen depresyonlarında, psikososyal ve biyolojik etkenlerin tekrarlayıcılığa etkisini araştıran çok az sayıda araştırma vardır. Örneğin çatışmalı bir aile ortamı içinde yaşayanlarda tekrarlama riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (9).

Tekrarlama oranında cinsiyet farklılığı ile ilgili bulgular tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda kızlarda tekrarlayıcılığın daha azla olduğu bildirilmişse de bu konuda kızlarda erkekler arasında hiçbir fark olmadığını bildiren çalışmalarda vardır (38).

İzlem çalışmalarında depresyonu olan ergenlerin yaklaşık % 20 - % 40'ında, depresyonun başlangıcından sonraki 5 yıllık dönem içinde, bipolar I bozukluğu geliştiği saptanmıştır (9,22,33). Ergen depresyonunda, bipolar I bozukluk gelişme riskini arttıran klinik özellikler, erken başlangıçla birlikte psikomotor retardasyon veya psikotik özellikler olması, ailede bipolar öyküsü veya aile yükünlüğünün fazla olmasıdır (9). Kutcher ve Morton ise bu klinik özellikleri, ani başlayan depresyonda psikomotor retardasyon veya duygu durumla uyumlu psikotik özellikler, ailede bipolar öyküsü olması ve farmakolojik olarak tetiklenen hipomani olarak bildirmişlerdir (6). Ergenlerde, bipolar II bozukluğun klinik görünümü kolay-

lıkla yıkıcı davranış bozuklukları veya klinik bozukluklarıyla karışabilir. Bu nedenle ergenlerde bipolar II bozukluğunun tanınması ve saptanması önemlidir (9).

Komplikasyonlar

Depresyonu olan ergenler, depresyonu olmayan yaşlılarına göre sosyal olarak daha az uyum göstermektedirler. Depresyon atağı boyunca ergenlerde sıklıkla okul başarısında düşme ve kişiler arası ilişkilerde bozulma görülür (33,35,39). Bilişsel ve entelektüel yeteneklere göre güncel okul performansı depresyondan daha uzun süreli olarak etkileniyor gözükmektedir (40). Yapılan kişisel çalışmalar depresyonun belli bilişsel ve sosyal alanlarda olumsuz etkisi olduğu yolunda bulgular sağlamıştır. İzlem çalışmaları da depresyonlabirlikte nonverbal bilişsel ve entelektüel performans da kayıpların olduğunu fakat bu kayıpların geçici olduğunu, depresi atağın bitmesiyle kaybolduklarını göstermişlerdir (40).

Ergenlerde depresyonla birlikte görülen bu psikososyal kayıpların, ergenliğin diğer psikopatolojilerinde de görülmesi, bu kayıpların ergen depresyonuna özgü olmadığını gösterir. Üstelik psikososyal kayıpların depresyonun sonucu mu, yoksa depresyonun ortaya çıkmasınaneden olan etkenler mi olduğu konusunda aydınlatacak uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır (9). Depresyon tedavisi ile birlikte eşlik eden diğer sorunlarda ele alınmalıdır. Çünkü depresyondan bağımsız olarak, komorbid psikiyatrik bozukluklar, olumsuz aile tutumları, düşük sosyoekonomik seviye ve olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma psikososyal işlevselliği etkiler (9,41). Ergenlerde depresyon, geç ergenlik ve erişkinlik döneminde, intihara yönelik davranışları, homosid düşüncesini, sigara kullanımını, alkol ve diğer maddelere bağımlılık riskini artırır (33,42,43). Ergenlerde, alkol veya madde bağımlılığının majör depresif bozukluktan ortalama 4.5 yıl sonra başlaması, ergenleri bağımlılıktan koruma fırsatı için şans tanır (9).

İzlem çalışmalarında, ergenlerin iyileşmeden sonra bile eşik altı düzeylerde depresyon semptomları, negatif algılama, kişiler arası ilişkilerde bozulma, sigara kullanımında artış, global olarak işlevselliğe bozulma, erken yaşta hamilelik ve fiziksel sorunlarda artış göstermeye devam edebileceği saptanmıştır

(9,33,42). Semptomatik iyileşme sağlandıktan sonra bile devam eden sosyale işlevlerdeki bu kayıp ve sorunlar, ergenlerde devam eden öğrenme ve sosyal uyum sürecini belirgin olarak bölüp, aksatabileceğinden, majör depresyonun ergenin gelişimi üzerinde uzun dönemli olumsuz etkileri olabileceği söylenmektedir (40). Burada ilginç olan nokta ise iki veya daha fazla sayıda depresif atağı olan ergenlerin genel olarak işlevsellik kayıplarının ciddi olması fakat rekürrensi olmayan ergenlerin psikososyal gelişimlerinin normal kontrollerinkine benzer olmasıdır (33,41).

Majör depresyonu olan ergenlerde, üzerinde önemle durulması gereken bir başka komplikasyon ise intihar girişimleridir. Çünkü ergenlerde erişkinlere göre hem ölümlerle sonuçlanan vaka sayısı daha fazladır hem de yüzyılın ikinci yarısında majör depresif bozuklukta görülen artışa koşut olarak, intihar oranları da giderek artmaktadır. Ergenlerde intihar 1950 yılından beri 4 kat artmıştır ve bu yaş grubundaki mortalitenin % 12'sini oluşturmaktadır (9,44). Ergenlerde intihar girişimlerinde ölüm oranı 20:1 olarak tahmin edilmektedir (6). Her ne kadar intihar girişimi kızlarda daha fazla ise ölüm oranı, erkeklerde % 3-4 daha fazladır. Fakat cinsiyetler arasındaki bu fark gittikçe azalmaktadır (5). Aynı şekilde 6 ergenlik dönemi boyunca, yaş ilerledikçe intiharlarda, ölüm oranı artmaktadır. Depresyon dışında intihara neden olan durumlar anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, bipolar bozukluk madde bağımlılığı ve kişilik bozukluklarıdır. Bunlara ek olarak aile öyküsünde duygudurum bozukluğu veya intihar bulunması, aile içi şiddete maruz kalma ve dürtü kontrolünde güçlük, intihar riskini arttıran etkenler olarak saptanmıştır (7,9,44,45).

KAYNAKLAR

1. Angold A: Childhood and adolescent depression II: Research in clinical population. *Br J Psychiatry* 153:476-492, 1988.
2. Mitchell J, McCauley E, Burke PM, et al: Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27(1):12-20, 1988.
3. Carlson GA, Cantwell DP: Unmasking masked depression in children and adolescent. *Am J Psychiatry* 137(4):445-449, 1980.
4. Strober M, Green J, Carlsson G: Phenomenology and subtypes of major depressive disorder in adolescence. *J Affect Disord* 3:281-290, 1981.
5. Fleming JE, Offord DR: Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(4):571-580, 1990.
6. Kutcher SP, Morton P: Parameters of adolescent depression. *Psychiatric Clinics of North America* 12(4):895-919, 1989.
7. Lewinsohn PM, Clarke GN, Secley JR, et al: Major depression

in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(6):809-818, 1994.

8. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, et al: A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(4):600-605, 1992.
9. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427-1439, 1996.
10. Özbay MH, Şahin N, Haçal G, ve ark.: Ergenlikte benlik imajı: Çalışan ve öğrenci ergenler arasında karşılatırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2(2):82-95, 1991.
11. Demir DE: İlkokul ve ortaokul öğrencilerinde depresif bozuklukların görülme sıklığı ve depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin özellikleri. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, 1997.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
13. Carlson GA, Kashani CH: Phenomenology of major depression from children through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 145:1222-1225, 1988.
14. McCauley E, Carlson GA, Calderon R: The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30(4):631-635, 1991.
15. Ryan ND, Paug-Antich J, Ambrossini P, et al: Clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 44:854-861, 1987.
16. Lewinsohn PM, Rohde P, Secley JR, et al: Comorbidity of unipolar depression: I. Major depression with dysthymia. *J Abnorm Psychology* 100(2):202-213, 1991.
17. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, et al: Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 51:365-374, 1994.
18. Goodman SH, Schwab-Stone M, Lahey BB, et al: Major depression and dysthymia in children and adolescent: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 3(6):761-770, 2000.
19. McCauley E, Myers K, Mitchell J, et al: Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(4):714-722, 1993.
20. Harrington R, Fudge H, Rutter M, et al: Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30(3):434-439, 1991.
21. Puig-Antich J, Goetz D, Davies M, et al: A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 46:406-418, 1989.
22. Pataki SC: mood disorders and suicide in children and adolescent. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 7th ed. Volume II Baltimore: Williams and Wilkins p.2740-57, 2000.
23. Kendler KS, Prescott CA: A population based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 56:39-44, 1999.
24. Kendler KS: Genetic epidemiology in psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 52:895-899, 1995.
25. Barrera JM, Garrison-Jones C: Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 20(1):1-15, 1992.
26. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA, et al: Depressive disorders in children in childhood I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 41:229-237, 1984.
27. Sanford M, Szatmari P, Spinner M, et al: Predicting the one-year course of adolescent major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(12):1618-1628, 1995.
28. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR: Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1221-1229, 1995.
29. Mufson L, Aidala A, Warner V: Social dysfunction and psychiatric disorder in mothers and their children. *J Am Acad Child*

Adolesc Psychiatry 33(9):1256-1264, 1994.

30. Williamson DE, Birmaher B, Anderson BP, et al: Stressful life events in adolescent. The role of dependent events during the depressive episod. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:591-598, 1995.
31. Goodyer IM, Althom PME: Lifetime exit events and recent social and family adversities in anxious and depressed school-age and adolescent-I. *J Affect Disord* 21:219-228, 1991.
32. Goodyear I, Kolvin I, Gatzans S: Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *Br J Psychiatry* 147:517-523, 1985.
33. Rao U, Ryan ND, Birmaher B, et al: Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(5):566-578, 1995.
34. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, et al: Depressive disorders in childhood II. Alongitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry* 41:643-649, 1984.
35. Hammen C, Burge D, Burney E, et al: Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 47:1112-1117, 1990.
36. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, et al: Natural course of adolescent major depressive disorder I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:56-63, 1999.
37. Harrington R, Fudge H, rutter M, et al: Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Arch*

Gen Psychiatry 47:465-473, 1990.

38. Simpson HB, Nee JC and Endicott J: First-episode major depression few sex differences in course. *Arch Gen Psychiatry* 54:633-639, 1997.
39. Williamson De, Ryan N, Barmaher B, et al: A case control family history study of depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(12):1596-1607, 1995.
40. Kovacs M, Goldston D: Cognitive and Social cognitive development of depressed children and adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30(5):388-392, 1991.
41. Warner V, Mufson L, Weissman MM: Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(6):786-797, 1995.
42. Kandel DB, Davies M: Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 43:255-262, 1986.
43. Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, et al: Cigarette smoking, major depression and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1602-1610, 1996.
44. Brent DA, Perper JA, Goldstein CF, et al: Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 45:581-588, 1988.
45. Shaffer D, Garland A, Gould M, et al: Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27(6):675-687