

Çocukluk Çağı ve Ergenlik Dönemi Depresyonlarında Risk Etmenleri

RISK FACTORS OF DEPRESSION IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Fevziye TOROS*

* Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, MERSİN

Özet

Depresif bozukluklar majör depresif bozukluğu (unipolar depresyon), distimik bozukluğu (süregen, hafif depresyon) ve bipolar bozukluğu (mani-depresyon) içerir.

Çocukluk döneminde depresif bozuklukların kız ve erkeklerde görülme riski eşit oranlarda iken ergenlik dönemi boyunca kızlardaki risk erkeklerden iki kat daha fazladır. Çocukluk dönemi başlangıçlı depresyonu olanların ailelerindeki depresyon öyküsü, ergenlik ve erişkinlik dönemi başlangıçlı depresyonlara göre daha fazladır ve depresyonu olan çocukların ailelerindeki depresyonlar da daha erken başlangıçlıdır. Çocuklardaki ve ergenlerdeki depresyon için diğer risk faktörleri; kişilerarası ve psikososyal zorluklar, zayıf okul başarısı, gelir düzeyinin düşük olması gibi stresler, sigara içilmesi ve bağımlılık yapıcı diğer maddelerin kullanımı, anne ve babanın veya sevilen birinin kaybı, romantik bir ilişkinin sona ermesi, dikkat, davranım ve öğrenme bozuklukları, diyabet gibi kronik hastalıklar, psikolojik kötüye kullanım ve ihmal, doğal afetler gibi diğer travmalardır.

Depresif çocuklarda ve ergenlerde okul başarısızlığı ve özkiyım oldukça yüksek oranlardadır. Bu nedenle acil profesyonel yardım sıklıkla gerekir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Çocuklar ve ergenler, Risk etmenleri

T Klin Psikiyatri 2002, 3:75-79

Summary

Depressive disorders, which include major depressive disorder (unipolar depression), dysthymic disorder (chronic mild depression), and bipolar disorder (manic-depressive).

In childhood, boys and girls appear to be at equal risk for depressive disorders; but during adolescence, girls are twice as likely as boys to develop depression. Children who develop major depression are more likely to have a family history of the disorder, often a parent who experienced depression at an early age, than patients with adolescent or adult-onset depression. Adolescents with depression are also likely to have a family history of depression, though the correlation is not as high as it is for children. Other risk factors for depression in children and adolescents are stresses (such as interpersonal and psychosocial difficulties, poor school performance, low income families), cigarette smoking, substance abuse, a loss of parent or loved one, break-up of a romantic relationship, attentional, conduct or learning disorders, chronic illnesses such as diabetes, emotional traumas, including natural disasters.

The risk of school failure and suicide is quite high in depressed children and adolescents, prompt referral or close collaboration with a mental health professional is often necessary.

Key Words: Depression, Children and adolescents, Risk factors

T Klin J Psychiatry 2002, 3:75-79

Çocuklardaki karamsarlık ve umutsuzluk 17. yüzyılda doktorların dikkatini çekmeye başlamış ve 19. yüzyılın ortalarından itibaren artan sıklıkta çocuklar ve ergenlerde depresyon olguları bildirilmiştir (1). Günümüzde çocuklar ve ergenler arasında depresyon oldukça yaygın olarak görülmektedir. Ergenlik öncesi dönemde kız/erkek görülme oranı 1/1, ergenlik döneminde ise 2/1'dir (2-5). Amerika'da yapılan epidemiyolojik çalışmalarda

okul öncesi çocuklardaki depresyon sıklığı %0.9, okul çağı çocuklarında %1.9 ve ergenlerde %4.7 olarak bildirilmiştir (1,3). Yapılan diğer çalışmaların sonucunda da çocuklarda ve ergenlerde depresyon görülme sıklığının %0.4 ile %55.7 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu farklılığın, çalışmalarda kullanılan tanı yöntemlerinden ve incelenen örneklem gruplarındaki özelliklerden kaynaklandığı bildirilmektedir (6). Kessler ve ark., tüm yaşam

boyu ortaya çıkması olası depresyonun %25'inin ergenlik döneminde meydana geldiğini bildirmişlerdir (7). Çalışmalarda ergenlik döneminde depresyonun görülme sıklığının yaş ile birlikte arttığı da bildirilmektedir (2,6).

Ergenlik dönemi bir karmaşa (turmoil) dönemdir ve çocukluk dönemiyle karşılaştırıldığında ruh sağlığı sorunları genellikle artış gösterir. Bu dönemde en sık görülen ruh sağlığı sorunlarından biri olan depresyonun bir takım değişkenlerle ilişkili olduğu saptanmıştır (8). Bunlar ailesel, çevresel, psikososyal ve tıbbi etmenler olarak belirlenebilir.

Ailesel Risk Etmenleri

Duygulanım bozukluklarında genetik geçiş etyolojide önemli bir yer alır. Anne ve babanın birinde duygulanım bozukluğu var ise çocukta depresyon görülme riski %27-30, hem anne hem de babada duygulanım bozukluğu var ise çocukta depresyon görülme riski %50-75' dir. Depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin anne ve babalarındaki depresyonun da genellikle erken başlangıçlı olduğu saptanmıştır (4,9). Klein ve ark., majör depresyonu olan ergenlerin akrabalarında majör depresyon ve alkol bağımlılığının daha sık olduğunu bildirmişlerdir (10). Weissman ve ark., depresyonlu anne ve babaya sahip olan çocukları 20 yaşına kadar izlemişler ve bu çocukların %50' sinin majör depresyon atağı geçirdiğini saptamışlardır. Parçalanmış aile, anne ve/veya babanın ölümü, kalabalık ailede yaşama, düşük sosyoekonomik düzey (SED), kendisinin ve/veya kardeşinin bağımlılık yapıcı madde kullanımının olması depresyonun gelişmesi için risk etmenleridir. Lloyd 1980'de, çocukluk döneminde anne ve/veya babanın kaybının (ölüm ya da boşanmadan dolayı) çocuklardaki depresyon riskini 2-3 kat arttırdığını bildirmiştir (11-13).

Goodman ve ark., 55 majör depresyonu, 22 distimik bozukluğu ve 16 majör depresyon ile birlikte eştanı olarak distimik bozukluğu olan çocuklar ve ergenlerde çalışma yapmışlar. Çalışmanın sonucunda depresyon ile birlikte eştanı olarak distimik bozukluğu ve ailede depresyon öyküsü olanlarda depresyonun daha şiddetli seyrettiğini bildirmişlerdir (14).

Wals ve ark., 86 bipolar bozukluğu olan anne ve/veya babanın yaşları 12-21 arasında değişen 140 çocuğunu incelemişler, 58'inde bazı ruhsal sorunların olduğunu, ayrıntılı olarak 19' unda duygudurum bozukluğu (4'ünde bipolar bozukluk, 3'ünde majör depresif bozukluk, 6'sında distimik bozukluk, 2'sinde siklotimik bozukluk, 4'ünde depresif belirtiler ve bulgular), 11'inde anksiyete bozukluğu, 6'sında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 4'ünde yıkıcı davranış bozukluğu, 8'inde madde kullanımı bozukluğu ve 10'unda da diğer ruhsal sorunlar saptamışlardır (15).

Robertson ve Simons ergenlerin anne ve babaları tarafından reddedildiklerini algılamalarının, depresyonu hem doğrudan, hem de benlik saygısını düşürerek dolaylı olarak arttırdığını saptamışlardır (16).

Reinz ve ark., Mesman ve ark. ve Spencer ve ark., düşük SED, kalabalık ailede yaşama, genç anne ve babaya sahip olma, anne ve babanın boşanmış olması veya ayrı yaşaması, anne, baba ve kardeşlerde depresyon ve/veya alkol-madde bağımlılığı öyküsünün olması, çocukta ve ergende DEHB ve anksiyete bozukluğunun olması, akranlar ile sorunlar yaşanması ve saldırgan davranışların belirgin olması durumlarda çocuk ve ergenlerde depresyon riskinin arttığını saptamışlardır (17-19).

Çevresel ve Psikososyal Risk Etmenleri

Stres dolu yaşam olayları (fiziksel cezalandırmalar, anne-baba-çocuk arasında güvensiz bağlanma, fiziksel ve cinsel ihmal ve kötüye kullanım, romantik ilişkinin bitmesi gibi) çocukluk çağının her döneminde depresyon, zayıf okul başarısı gibi çeşitli ruhsal sorunlara yol açabilir (18,20). Çocuk ve ergenlerdeki güvensizlik hissi ve düşük benlik saygısı, akranları ve/veya kardeşleri arasında popüler olamama, arkadaş ve/veya öğretmen ilişkilerinde sorunlar yaşanması ve önceden bir depresyon atağının geçirilmiş olması çocuk ve ergenlerde depresyon görülme riskini arttırmaktadır (2,21).

Durant ve ark., 722 orta birinci sınıf öğrencisinde fiziksel şiddete maruz kalanlarda, hedeflerine ulaşmak ve sorunlarını çözmek için şiddete başvuran, saldırgan davranışı ve madde bağımlılığı olan

(alkol, sigara gibi) ergenlerde depresyon gelişme riskinin arttığını ve depresyonun şiddetinin artması ile bu davranış ve alışkanlıkların görülme olasılığının da arttığını saptamışlardır. Bu ergenlerde depresyon dışında umutsuzluk, hayatta ulaşmak istedikleri hedeflerinde azalma ve diğer ruhsal travmalar daha sık bulunmuştur (2).

Finzi ve ark., 6-12 yaşlar (41'i fiziksel istismara, 38'i fiziksel ihmale uğrayan ve 35'inde fiziksel ihmal ya da istismar belirlenmeyen) arasındaki 114 çocuk ve ergende, fiziksel istismara uğrayan grupta depresyon belirtisi, bulgularının ve özkıyım girişiminin diğer iki gruba göre çok daha fazla olduğunu bildirmiştir (22).

Deprem ve sel gibi doğal afetler de depresyon gelişmesinde önemli risk etmenleridir (20). Rutter ve ark. da stresli yaşam olaylarının (sel, deprem gibi) çocuklarda ve ergenlerde depresyon gibi ruhsal sorunların oluşmasında önemli risk etmeni olduğunu bildirmiştir (23).

Harrison ve ark., 11-16 yaşlar arasındaki 1746 ortaokul ve lise öğrencisinde yaptıkları bir çalışmada, %77.6'sının yakınlarının veya evcil hayvanlarının ölümünden sonra yas veya depresyon yaşadıklarını bildirmişlerdir (24).

Flament ve ark. da depresyonu olan 11-22 yaşlarındaki ergenlerde anksiyete bozukluğu, özkıyım girişimi ve alkol zehirlenmesinin depresyonu olmayanlardan daha sık meydana geldiğini ve bunların da depresyon oluşmasında birer risk etmeni olabileceğini vurgulamışlardır (25). Kessler ve ark., 5721 ortaokul öğrencisinde yaptıkları çalışmada depresif semptomlar ile bağımlılık yapıcı madde kullanımı arasında pozitif bir ilişki saptamışlardır (7). Wells ve ark., ergenlerde sigara kullanımı ile depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Pullen ve ark. da 15-16 yaşlarındaki 217 ergende depresyonun görülme sıklığının yaş ile arttığını, sigara kullanımının artışı ile depresyon görülme arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (11,26).

Amerika'da, ergenlerin yaklaşık olarak %10'unda cinsel kimlik bozukluğunun olduğu bildirilmektedir. Feldman ve ark., cinsel tercihleri ile ilgili çelişkiler yaşayan ergenlerde depresyon,

alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanma, özkıyım girişiminde bulunma, okuldan kaçma gibi ruhsal sorunların daha sık görüldüğünü bildirmiştir (9).

Egeland ve ark., erişkin dönemde bipolar bozukluğu olanların %59'a kadar varabilen oranlarda semptomlarının çocukluk ve ergenlik döneminde başlamasından yola çıkarak, 32 erkek ve 26 kadın bipolar bozukluğu olan hastada geriye dönük bir araştırma yapmışlardır. Bu hastaların özgeçmişinde sırayla en sık depresif duygu durumu (%56-%50, E/K) olmak üzere, yorgunluk, öfkeyi kontrol edememe ve tartışmaya yatkın olma, azalmış uyku isteği, sık ağlama, telaşlı ve kaygılı olma, somatik şikayetler, inatçılık, kendini üstün görme, suçluluk, aşırı hassasiyet gibi semptomların olduğunu saptamışlardır (27).

Çocuklar ve ergenlerde anksiyete bozukluğu, distimik bozukluk, davranım bozukluğu, karşı gelme-karşıt olma bozukluğu gibi diğer psikiyatrik sorunların olduğu durumlarda depresif belirtisi ve bulguların görülme riski artmaktadır. Kovacs ve ark., ergenlik öncesi dönemde depresyonu olan çocuklarda eşhastalanım oranının %79 olduğunu saptamışlardır (%38 distimi, %33 anksiyete bozukluğu, %7 davranım bozukluğu). Kashani ve Sherman, depresyonu olan ergenlerde yaptıkları bir çalışmada olguların %75'inde anksiyete bozukluğu, %50'sinde karşı gelme-karşıt olma bozukluğu, %33'ünde davranım bozukluğu, %25'inde alkol ve %25'inde ilaç bağımlılığı olduğunu bildirmişlerdir (28).

Distimik bozukluk ergenlik öncesi dönemdeki çocuklarda %0.6-1.7 oranında, ergenlik döneminde ise %1.6-8 oranında görülmektedir. Distimik bozukluğun daha sonraki dönemde uygulanım bozukluğu için bir risk etmeni oluşturduğu bildirilmektedir (2).

Roberts ve ark., fatalist (kaderci), karamsar, düşük benlik saygısı, daha az sosyal desteğe sahip olan ve daha çok strese maruz kalan ergenlerde depresyonun daha sık görüldüğünü; kızların erkeklerle göre daha kaderci olduğunu ve kızlarda depresyonun daha yüksek oranlarda bulunduğunu saptamışlar. Ayrıca kaderci olmak ile, streslerle

mücadele etme yeteneğinin azaldığını, dolayısıyla streslerle baş edebilme olasılığının da düştüğünü ve depresyon gelişme riskinin arttığını vurgulamışlardır (29). Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da düşük benlik saygısının depresyon için bir risk etmeni olduğu bildirilmiştir (30,31).

Ergenlik döneminde depresyon bir kez düzeldikten sonra tekrar görülme olasılığı %60 ile 80 arasında değişmektedir. Bu nedenle geçirilmiş depresif bozukluk da önemli bir risk etmenidir (32).

Tıbbi Etmenler ve İlaçlar

Hangi yaş grubunda olursa olsun çocuk ve ergenlerde depresif belirti ve bulgulara yol açabilecek organik (bedensel) bozukluklar ve etmenler gözden kaçırılmamalıdır. Okul öncesi çocuklarda özellikle santral sinir sistemi malign hastalıkları ve lösemi depresif belirti ve bulgulara yol açabilmektedir. Çocuklar ve ergenlerdeki diğer organik hastalıklardan enfeksiyöz mononükleozis, influenza, ensefalit, subakut bakteriyel endokardit, pnömoni, tüberküloz, hepatit, merkezi sinir sistemini tutan sifiliz ve AIDS gibi enfeksiyon hastalıkları; tümörler, epilepsi, subaraknoid kanama, serebrovasküler hastalıklar, multipl skleroz, Huntington hastalığı gibi nörolojik hastalıklar; diyabet, Cushing hastalığı, Addison hastalığı, hipotroidizm, hipokalsemi, hipopituitarizm gibi endokrin sistemle ilgili hastalıklarda depresif belirti ve bulgular görülebilir (2, 33,34).

Elektrolit anormallikleri (hipokalemi, hiponatremi, üremi gibi), anemi, sistemik lupus eritematozis, Wilson hastalığı, porfiri gibi sistemik hastalıklarda da depresyon oluşabilir (2,28).

Antihipertansif ilaçlar (klonidin, propranolol gibi), barbitüratlar, benzodiazepinler, kortikosteroidler, oral kontraseptifler, simetidin, aminofilin, antikonvülzanlar, dijitaller, tiazid grubu diüretikler, psikostimülanlar, kokain ve ketamin gibi ilaçların kullanımında ve bağımlılık yapıcı ilacın kesilme durumunda (kokain, amfetamin gibi) depresyon ve/veya duygudurum değişiklikleri oluşabilir

(2,34).

Sonuç

Depresyon, çocukluk çağında daha seyrek görülmesine rağmen ergenlikte yaşla beraber görülme sıklığı artmaktadır. Çocuk ve ergenlerde görülen depresyonda ailesel etmenler, çevresel etmenler, tıbbi etmenler ve ilaçlar önemli rol oynamaktadır. Bu nedenlerden dolayı depresyon tedavisinden olumlu sonuçlar alınabilmesi ve depresyonun yinelenmesini önlemek için risk etmenlerinin ayrıntılı öykü ve gerektiğinde organik incelemelerle (kan, görüntüleme yöntemleri gibi) belirlenmesi ve daha sonra tedavinin başlanması oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Tanrıöver S. Depresyon. III. Anadolu Psikiyatri Günleri. In: Bekaroğlu M, ed. Çocukluk çağı depresyonunda tarihsel geçmiş. Trabzon: Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği 1995;2:306-31432.
2. Sung E, Son M. Depression in children and adolescents. *American Family Physician* 2000; 62(10): 2297-308.
3. Harrington R. Affective disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Oxford, Blackwell Science, 1995: 330-50.
4. 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* 1996; 35(11): 1427-39.
5. Ward RK, Eyster AE, Makris GR. Evaluation and management of depressive illness in adolescence. *Clinics in Family Practice* 2000; 2(4): 251-60.
6. Öy B. Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995; 2(1):40-45.
7. Kessler RC, Avenevoli S. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry* 2001; 49(12): 1002-4.
8. Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışlarıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3:228-34.
9. Feldman E. Risks, resilience, prevention. The epidemiology of adolescent health. *Clinics in Family Practice* 2000; 2(7): 230-5.
10. Harrington R. Adolescent depression. Same or different? *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:21-22.
11. Wells VE, Deykin EY, Klerman GL. Risk factors for depression in adolescence. *Psychiatric Development* 1985; 3(1):83-108.
12. Lewinsohn DM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998; 18(7): 765-94.
13. Güney M. Ergenlik dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası* 1998;2:41-4.
14. Goodman SH, Stone MS, Lahey BB, et al. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a

- community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(6): 761-70.
15. Walls M, Hillegers MHJ, Reichart CG, et al. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 2000; 40(9): 1040-5.
 16. Robertson JF, Simons RL. Family factors, self-esteem and adolescent depression. *J Mar Family* 1989; 51:125-38.
 17. Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf Carmola AM, et al. General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(2): 223-31.
 18. Mesman J, Koot HM. Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnosis. *J Am Acad of Child and Adolesc Psychiatry* 2001; 40(9): 1029-36.
 19. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Ped Clin North Am* 1999; 46(5):915-27.
 20. Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP, et al. Suicide after natural disasters. *N Engl J Med* 1998; 338(6): 373-8.
 21. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(2): 197-205.
 22. Finzi R, Ram A ve ark. Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71(1): 98-107.
 23. Rutter M, McGuinness D, Pickles A, et al. Do High-treat life events really provoke the onset of psychiatric disorder in children?. *J Clin Psychol. Psychiat* 2001; 42(4):523-32.
 24. Harrison L, Harrington R. Adolescents bereavement experiences, prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *J Adolesc* 2001; 24(29): 159-69.
 25. Flament MF, Cohen D, Choquet M, et al. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(9): 1070-8.
 26. Pullen LM, Modrcin-McCarthy MA et al. Adolescent depression: important facts that matter. *J Child Adolesc Psychiatry Nurs* 2000; 13(2): 69-75.
 27. Egeland JA, Hostetter AM, Pauls DL, et al. Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(10): 1245-52.
 28. Weller E, Weller R. Mood disorders. In: M Lewis, ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Philadelphia, Williams&Wilkins, 1996: 650-65.
 29. Roberts RE, Roberts CR, Chen IG. Fatalism and risk of adolescent depression. *Psychiatry* 2000; 63(3): 239-50.
 30. Çuhadaroğlu F. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Adölesanlarda öz değerlilik duygusu ve çeşitli psikopatolojik durumlarla ilişkisi, İstanbul: 486-93.
 31. Çetin M, Sürmeli A, Burkovik Y. XXVII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı. In: Liseli adölesanların benlik saygılarını ve ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin araştırılması. İzmir: 17-22.
 32. Turgay Atilla. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Güleç Cengiz, Köroğlu Ertuğrul, ed. *Çocukluk döneminde duygudurum bozuklukları ve intihar*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1998: 1177-94.
 33. Kovacs M. Psychiatric disorders in youth with IDDM: Rates and risk factors. *Diabetes Care* 1997; 20(1):36-44.
 34. Özatalay E. Çocuk ve ergenlik depresyonunda ayırıcı tanı. Bekaroğlu M,ed. *Depresyon III. Anadolu Psikiyatri Günleri*. Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği, 1995: 321-6.

Geliş Tarihi: 11.12.2001

Yazışma Adresi: Dr.Fevziye TOROS
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD,
Zeytinlibahçe Cad.
33070 MERSİN
akguloglu@hotmail.com
fevziyet@mersin.edu.tr