

ÇOCUKLUK ÇAĞI DEPRESYONU

38.

BÖLÜM

S. Burak AÇIKEL¹

GİRİŞ

Çocuklarda ve ergenlerde majör depresif bozukluk, kişinin günlük yaşamında belirgin işlevsellik kaybına yol açan; sosyal uyumunu, bilişsel ve duygusal gelişimini etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur. Majör depresif bozukluk hem tek başına hem komorbid psikiyatrik bozukluklar ile bireyin işlevselliğini belirgin olarak etkiler. Bu bozukluğun tanısı, tedavisi ve majör depresif bozukluğa karşı koruyucu önlemlerin alınması oldukça önemlidir.

TANIM

Majör depresif bozukluk süregelen ve yineleyici çökkün veya irritabl duygudurumun yanında zevk veren etkinliklere karşı isteksizlik ile karakterize; bunun yanında dikkat, uyku, iştah gibi alanlarda da işlevsellik kaybı oluşturan belirtilerle giden bir psikiyatrik bozukluktur. DSM-5'te Depresif Bozukluklar başlığı altında tanımlanmakta olup tanı için en az biri çökkün veya irritabl duygudurum ve normalde zevk veren etkinliklere karşı ilgi ve istek kaybı (anhedoni) olmak üzere iştahta değişiklikler (kilo verme veya alma), uyku bozuklukları (fazla uyuma veya uykusuzluk), psikomotor aktivitedeki değişiklikler (ajitasyon veya retardasyon), enerji düşüklüğü, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, dikkat ve odaklanmada güçlük ve intihar düşüncesi veya girişimi gibi toplamda 9 farklı belirti alanından 5'inin en az iki hafta sürmesi ve işlevselliği bozması gerekmektedir (Tablo 1) (1). Bu belirtilerin madde kullanımı veya başka bir sağlık durumunun etkisi ile açıklanmaması gerekmektedir.

Bunun yanında DSM-5 depresyon ile yas sürecinin ayrımının yapılması gerektiğini de vurgular. Ek olarak majör depresif bozukluk tanısı için manik ya da hipomanik bir dönem geçirme öyküsünün olmaması gerekmektedir. Majör depresif bozukluk için şiddeti (hafif, orta, ciddi, psikotik özellikli) ve gidişi (kısmî düzelme gösteren, tam düzelme gösteren) kodlayan belirteçler vurgulanmıştır. Depresif atak dönemini kodlamak için ise bunaltıcı, karma özellikler gösteren, melankoli özellikleri gösteren, değişik tür (atipik) özellikler gösteren, duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren, duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren, katatoni ile giden, doğum zamanı başlayan ve mevsimsel örüntü gösteren şeklinde kodlamalar bulunmaktadır. DSM-5'te çocuk ile erişkin yaş grubu için tanı kriterleri ortaktır. Çocukluk yaş grubu için irritabl duygudurum ile iştah kriterinde beklenen kilo alımının sağlanamaması spesifik kriterler olarak belirtilmiştir. ICD-10 tanı kriterleri de DSM-5'e benzer, çocukluk yaş grubu için spesifik bir kriter bulunmamaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Majör depresif bozukluk prevalansı yaş gruplarına göre değişmektedir. Ergenlik öncesi dönemdeki prevalansı %1-2 olarak belirtilirken ergenlerde yaşam boyu majör depresif bozukluk prevalansı %11, 12 aylık prevalans ise %7,5 olarak bulunmuştur (2,3). Ülkemizde yakın zamanda yapılan yaygınlık çalışmasına göre de ergenlik öncesi dö-

¹ Uzman Doktor, SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH, acikel42@gmail.com
ORCID iD: 0000-0002-8964-9513

likler ve semptomlar açısından majör depresif bozukluk ile ayırıcı tanısı yapılması gereken önemli bir psikopatolojidir.

Depresif belirtilerin görülebildiği diğer tıbbi durumlar da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Epilepsi, multiple skleroz, migren, gerilim tipi veya küme tipi baş ağrısı gibi nörolojik durumlar, hipotiroidi ve cushing gibi endokrinolojik durumlar, otoimmün hastalıklar, kanser, enfeksiyöz hastalıklar da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Antibiyotikler, steroidler, oral kontraseptifler gibi kullanıldığında depresif belirtilere yol açabilecek ilaçlar da akılda tutulmalıdır.

SEYİR VE PROGNOZ

Çocukluk çağında görülen majör depresif bozukluğun ergenlik döneminde majör depresif bozukluk görülme riskini artırdığı belirtilmektedir. Kliniğe yönlendirilen çocuklarda ortalama depresif atak süresi 8-13 ay olup 12-78 ay süren izlemde bu çocukların %50-90'ı iyileşmektedir. Bunun yanında bu çocukların %30-70'inin ise iyileşmeden sonraki 24-70 aylık izlemde relaps veya rekürrens gösterdiği belirtilmektedir. Dolayısı ile çocukluk çağında görülen majör depresif bozukluk iyileşme oranı yüksek fakat uzun süreli izlemlerde tekrar nüksetme ihtimali de az olmayan bir bozukluktur. Çalışmalar, çocukluk çağında başlayan majör depresif bozukluğun intihar, davranış sorunları, madde bağımlılığı, akademik, sosyal ve ailevi sorun riski ile ilişkili olduğunu göstermiştir (39).

Ergenlerde depresif bir atağın ortalama süresi klinik örneklemde 4-9 ay, toplum örneklemde ise 3-6 ay olarak belirtilmektedir (39). Bu atağın kronik bir karakterde olması, yani öncesinde yineleyen başka depresif atakların varlığı, anksiyete bozuklukları ve madde kullanımı komorbiditesi, belirti şiddetinin yüksek olması, mevcut veya önceki intihar düşüncesi, ebeveyn depresyonu ve olumsuz aile ortamının varlığı atağın süresinin uzamasına yol açmaktadır (39). Klinik çalışmalarda 12-72 aylık izlemde majör depresif bozukluk tanısı alan gençlerin %50-90'ının iyileştiği, iyileşmeden sonraki 12-72 aylık izlemde ise %20-54'ünün tekrar tanı aldığı belirtilmektedir. Ergenlik dönemindeki depresyonun erişkin dönemdeki majör depresif bozukluk ve ilişkili psikiyatrik morbidite için risk oluşturduğu belirtilmektedir (39).

Majör depresif bozukluk tanılı çocuklarda ve ergenlerdeki bipolar bozukluk riski yapılan çalışmalarda %10 ile %20 oranında belirtilmektedir (40). Bipolar bozukluğun kimde gelişeceğini tahmin etmek zor olsa da psikoz varlığı, psikomotor retardasyon, medikal tedavi ile indüklenen hipomani veya mani varlığı ve ailede bipolar bozukluk öyküsünün manik atak riskini artırdığı belirtilmektedir (39).

SONUÇ

Majör depresif bozukluk çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen, etiyolojisinde beyinde nöroplastisite ve nöronal organizasyonda bozukluklar; bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörlerinin bulunduğu erişkinlik döneminde homotipik ve heterotipik devamlılığı yüksek olan bir duygudurum bozukluğudur. Farklı klinik görünümü ve tedaviye olan yanıtının yanı sıra, erken müdahalenin olumlu etkisi sebebiyle majör depresif bozukluğun klinisyen tarafından tanınması ve ayırıcı tanıda akla getirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. (Depresif bozukluk tedavisi 104. bölümde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.)

KAYNAKÇA

1. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. HYB Yayıncılık; 2013.
2. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003 Aug;60(8):837-44.
3. Avenevoli S, Swendsen J, He J-P, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Jan;54(1):37-44.e2.
4. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, Demirci E, Ozmen S, Hesapcioglu ST, et al. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. J Affect Disord. 2018 Oct;238:513-21.
5. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. Psychol Med. 1998 Jan 1;28(1):51-61.
6. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. Arch Gen Psychiatry. 2009 Jul;66(7):764-72.
7. Graber JA, Seeley JR, Brooks-Gunn J, Lewinsohn PM. Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004 Jun;43(6):718-26.

8. Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006 Oct;15(4):869–81, viii.
9. Weissman MM, Wickramaratne P, Gamberoff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *Am J Psychiatry*. 2016 Oct 1;173(10):1024–32.
10. Smith DJ, Escott-Price V, Davies G, Bailey MES, Colodro-Conde L, Ward J, et al. Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. *Mol Psychiatry*. 2016;21(11):1644.
11. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry*. 2010 May;167(5):509–27.
12. Lopez-Duran NL, Kovacs M, George CJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 Oct;34(9):1272–83.
13. Kraus C, Castrén E, Kasper S, Lanzenberger R. Serotonin and neuroplasticity - Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;77:317–26.
14. Branchi I. The double edged sword of neural plasticity: increasing serotonin levels leads to both greater vulnerability to depression and improved capacity to recover. *Psychoneuroendocrinology*. 2011 Apr;36(3):339–51.
15. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(4):473–81.
16. Novati A, Hulshof HJ, Granic I, Meerlo P. Chronic partial sleep deprivation reduces brain sensitivity to glutamate N-methyl-D-aspartate receptor-mediated neurotoxicity. *J Sleep Res*. 2012 Feb;21(1):3–9.
17. Sivertsen B, Harvey AG, Lundervold AJ, Hysing M. Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16–18 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Aug;23(8):681–9.
18. Miller CH, Hamilton JP, Sacchet MD, Gotlib IH. Meta-analysis of Functional Neuroimaging of Major Depressive Disorder in Youth. *JAMA psychiatry*. 2015 Oct;72(10):1045–53.
19. Schmaal L, Hibar DP, Sämann PG, Hall GB, Baune BT, Jahanshad N, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Mol Psychiatry*. 2017;22(6):900–9.
20. Hulvershorn LA, Cullen K, Anand A. Toward dysfunctional connectivity: a review of neuroimaging findings in pediatric major depressive disorder. *Brain Imaging Behav*. 2011 Dec;5(4):307–28.
21. Huang H, Fan X, Williamson DE, Rao U. White matter changes in healthy adolescents at familial risk for unipolar depression: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*. 2011 Feb;36(3):684–91.
22. Mills NT, Scott JG, Wray NR, Cohen-Woods S, Baune BT. Research Review: The role of cytokines in depression in adolescents: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Aug;54(8):816–35.
23. Copeland WE, Shanahan L, Worthman C, Angold A, Costello EJ. Cumulative Depression Episodes Predict Later C-Reactive Protein Levels: A Prospective Analysis. *Biol Psychiatry*. 2012 Jan;71(1):15–21.
24. Hankin BL. Future Directions in Vulnerability to Depression Among Youth: Integrating Risk Factors and Processes Across Multiple Levels of Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012 Sep;41(5):695–718.
25. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An Adoption Study of Parental Depression as an Environmental Liability for Adolescent Depression and Childhood Disruptive Disorders. *Am J Psychiatry*. 2008 Sep;165(9):1148–54.
26. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic Sensitivity to the Environment: The Case of the Serotonin Transporter Gene and Its Implications for Studying Complex Diseases and Traits. *Am J Psychiatry*. 2010 May;167(5):509–27.
27. Zwierynska K, Wolke D, Lereya TS. Peer Victimization in Childhood and Internalizing Problems in Adolescence: A Prospective Longitudinal Study. *J Abnorm Child Psychol*. 2013 Feb 6;41(2):309–23.
28. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc EM, et al. A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals. *Am J Public Health*. 2011 Aug;101(8):1481–94.
29. Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Walker Payne M, Brent DA. The Phenomenology and Course of Depression in Parentally Bereaved and Non-Bereaved Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 May;51(5):528–36.
30. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The Incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death. *Am J Psychiatry*. 2009 Jul;166(7):786–94.
31. Copeland WE, Shanahan L, Erkanli A, Costello EJ, Angold A. Indirect Comorbidity in Childhood and Adolescence. *Front Psychiatry*. 2013;4.
32. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Jan;40(1):S0021963098003448.
33. Horwood LJ, Fergusson DM, Coffey C, Patton GC, Tait R, Smart D, et al. Cannabis and depression: An integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Dec;126(3):369–78.
34. Burke JD. An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Nov;53(11):1176–83.
35. Brent D, Maaluf F. Depressive disorders in childhood and adolescence. In: Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scot S, Snowling MJ, Taylor EA, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. Wiley-Blackwell; 2015. p. 874–92.
36. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması [The validity and reliability study of the Turkish version of children's depression inventory]. *Turkish J Psychiatry*. 1991;2(2):132–61.
37. Güney S, Baykara H, Emiroğlu N. Psychometric properties of the Turkish adaptation of the Children's Depression Rating Scale: revised in Turkish adolescents. *Anatol J Psychiatry*. 2018;1.

38. Gormez V, Kılınçaslan A, Orengul AC, Ebesutani C, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version in a clinical sample. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2017 Jan 2;27(1):84–92.
39. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002 Jul;11(3):619–37, x.
40. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bipolar Disorder at Prospective Follow-Up of Adults Who Had Prepubertal Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry.* 2001 Jan;158(1):125–7.