

ÇOCUKLUK ÇAĞI DEPRESİF BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ

104.

BÖLÜM

Harun ERDEM¹

GİRİŞ

How Plato and Pythagoras for health and happiness (Platon ve Pisagor hayatınızı kurtarabilir. Antik Yunan'da sağlık ve mutluluğun reçetesi), APA 2011 konferansında sunulan bir kitaptır. Birçok tıbbî hastalık gibi insanlık tarihi kadar eski depresif bozukluk ve tedavisi için de Antik Yunan'dan temeller bulmak mümkündür. Varoluşçu psikiyatristler Epiküros'a, bilişsel terapistler Socrates'e ve Psikanalizin kurucusu Freud Oedipus'a sık sık atıfta bulunmuştur.

Modern psikiyatri ile beraber erişkinde önemi anlaşılan majör depresif bozukluk, çocuklar ve gençler için uzun bir süre göz ardı edilmiştir. Çocukta yeterli ego oluşmadığı için depresyon gelişmeyeceğini söyleyen psikiyatrik yaklaşım yerini erken tanı ve tedavinin önemine bırakmıştır.

Majör depresif bozukluk tedavisinin her aşamasında **Psikoeğitim, Destekleyici Yönetim, Aile ve Okul Katılımı** bulunmalıdır (1). Hafif dereceli depresif bozukluk tedavisinde bu yöntemler etkili olabilmekte iken, orta şiddetli depresyonda kişiler arası terapi, bilişsel davranışçı terapi veya destekleyici tedavi etkili bulunmuş, hatta tedavideki etki büyüklükleri benzerlik göstermiştir (2). Hem orta şiddetli depresyonda hem daha ileri depresyon düzeylerinde bütüncül tedavinin bir parçası olarak eklenen psikofarmakolojik tedaviye yanıt ise %60 dolaylarındadır (3).

WHO, depresyonu önleme programlarının depresif bozukluktan etkilenme riskini azalttığını iddia etse de ne tür programların ve hangi içeriğin etkili olduğu henüz belirlenmemiştir (4).

Çocuklarda ve gençlerde MDB tedavisinde tanımlamalar şu şekildedir:

Tedaviye cevap: Belirgin bir semptom olmayan geçen iki hafta

Remisyon: İki hafta ile iki ay arasında depresif semptomların hiç olmaması ya da depresif semptomlar olsa dâhi birkaçı ile sınırlı kalması

İyileşme: Belirgin bir şekilde iki aydan daha fazla bulguların yokluğu (bir ya da iki semptomdan fazlasının olmaması)

Relaps: Depresif semptomların tekrar DSM kriterlerince tanıyı karşılıyor olması

Rekürrens: İyileşme döneminde depresyon belirtilerinin ortaya çıkması (yeni bir epizod) (5)

A.Tedavi Başlangıcı:

1. Psikoeğitim

Psikoeğitim, mümkün olduğunca tüm aile üyelerinin katılımı ile gerçekleşen, depresif bozukluğun doğası, gidişi ve tedavi edilmemesi durumunda riskleri içeren, geniş kapsamlı bir eğitim olmalıdır. Depresyonun bir zayıflık olmadığı anlatılarak suçlayıcı bir dilden kaçınılan, problem çözme becerilerine odaklanılan, sürecin iyi kavranıldığı bir psikoeğitim süreci hem tedavinin başlangıcı için en önemli adımdır hem hastanın sonraki süreçte monitörizasyonu; takibi için kilit önemdedir. Psikoeğitimin tek başına depresif semptomları azalttığına dair kontrollü bir çalışma yoktur (6). Buna karşılık birçok psikoeğitimin bütüncül tedavide etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur (7). Özet olarak psikoeğitim; depres-

¹ Uzman Doktor, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, harunerdem@gmail.com
ORCID iD: 0000-0002-3645-822X

MDB'nin bu kronik doğası göz önüne alındığında tedaviye yanıt alındıktan sonra en az 6-9 ay tedavinin sürdürümü önerilmektedir. Sürdürüm tedavisinden sonra idameye yönelik net veri olmamakla birlikte aylık ya da iki haftalık görüşmeler ile izlem, özellikle riskli grupta önemlidir. Kesilme belirtilerini engellemek için ilaç tedavisi yavaşça bırakılmalı, eğer klinisyen risk görüyorsa idame bütüncül tedaviyi 1-2 yıla kadar çıkarmalıdır (39).

Tedavi kılavuzlarına bakıldığında sadece AACAP remisyonu açıkça tedavi amacı olarak hedefler. AACAP, BESt, CPG ve NICE ilacın veya psikoterapinin 6 ile 12 ay arasında iyileşme sağlanana kadar devamını önerir. AACAP ve NICE dirençli semptomların devamı durumunda daha da uzun bir tedaviyi savunur. BESt, remisyon sonrası en fazla 3 ay süre ile semptom monitörizasyonu ve suicidal düşünce izlemini tedavi devamına karar vermek için önerir (37-39).

Öne çıkan psikososyal tedaviler, bilişsel davranışçı yaklaşımlar, sosyal beceri ve problem çözme becerileri eğitimleri, anksiyete ile başa çıkma becerilerinin geliştirilmesini içerir ve bu girişimlerin de depresif bozukluğun asıl nedenlerine yönelik olduğu söylenirken bu yöntemler MDB'yi engellemiyor gibi görünmektedir. Tedavide etkin yöntemlerin koruyucu olarak depresif bozuklukta etkinliğinin gösterilememesinin nedeni MDB'nin multifaktöriyel doğası, önlemeye yönelik yaklaşımların okul, aile ve sosyal ortamlarının hepsine yönelik olmasındaki yönetsel zorluk, MDB'ye karşı ailesel yatkınlık gibi nedenler olabilir (67). Tedavi yaklaşımlarına rağmen sıklığı düşmeyen MDB'de etkin tedavi kadar önleyici müdahaleler üzerinde de çalışılmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. Brent, D. A., Poling, K., McKain, B. A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32: 770-774.
2. Barbe, R. P., Bridge, J., Birmaher, B. Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2004; 34: 44-55.
3. Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007; 297: 1683-1696.
4. World Health Organization (WHO) (2017). *Depression. Factsheet*. (26.05.2020 tarihinde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en> adresinden ulaşılmıştır).
5. Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 29-36.
6. Renaud, J., Brent, D.A., Baugher, M. Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 1184-1190.
7. Sanford, M., Boyle, M., McCleery, L. A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 386-395.
8. Beardslee, W. R., Versage, E.M., Van de Velde, P. Preventing depression in children through resiliency promotion: the prevention intervention project. in: RJ McMahon, R DeV Peters (Eds.) *The Effects of Parental Dysfunction on Children. Kluwer Academic/Plenum, New York*; 2003: 71-86.
9. Nomura, Y., Wickramaratne, P.J., Warner, V. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41: 402-409.
10. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for psychiatric consultation to schools. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 1068-1083.
11. Calear, A. L., Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J. Adolesc*. 33, 429-438. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.07.004.
12. Barrett, P., and Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *Br. J. Clin. Psychol*. 40, 399-410. doi: 10.1348/014466501163887.
13. Farrell, L. J., and Barrett, P. M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child Adolesc. Ment. Health* 12, 58-65. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00430.
14. Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial. *Behav. Ther*. 43, 450-464. doi: 10.1016/j.beth.2011.08.003.

15. Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34, 312–321. doi: 10.1097/00004583-199503000-00016.
16. Rooney, R., Pike, L., and Roberts, C. (2000). The Positive Thinking Program: Prevention Manual. Unpublished manuscript, Curtin University of Technology.
17. Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *J. Clin. Child Psychol.* 30, 303–315. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003_3.
18. Spence, S. H., Sheffield, J. K., and Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *J. Consult. Clin. Psychol.* 71, 3–13. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.3.
19. Young, J. F., and Mufson, L. (2003). Manual for Interpersonal Psychotherapy Adolescent Skills Training (IPT-AST). New York, NY: Columbia University.
20. Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., et al. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74:66. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.66.
21. Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P. (2013). Programa Fortius. Fortaleza Psicológica y Prevención de las Dificultades Emocionales [Fortius Program. Psychological Strength and Prevention of Emotional Difficulties]. Madrid: Pirámide.
22. American Psychological Association, Society of Clinical Psychology (APA) (2017). Depression. (20/05/2020 tarihinde <http://www.div12.org/psychologicaltreatments/disorders/depression/> adresinden ulaşılmıştır).
23. Kanfer, F. H. (1970). "Self-regulation: research, issues and speculations," in *Behavior Modification in Clinical Psychology*, (New York, NY: Appleton-Century-Crofts), 178–220. 2.
24. Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *J. Cogn. Psychother.* 1, 5–37.
25. Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. (1984). Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York, NY: Basic Books.
26. McCullough, J. P. (2000). Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). New York, NY: Guilford.
27. Martell, C. R., Dimidjian, S., and Herman-Dunn (2013). Behavioral Activation for Depression. A Clinician's Guide. New York, NY: Guilford.
28. Nezu, A. M., Nezu, C. M., and D'Zurilla, T. J. (2013). Problem-Solving Therapy. A Treatment Manual. New York, NY: Springer Publishing Company.
29. Ellis, A. (1994). Reason and Emotion in Psychotherapy, Rev. Edn. Secaucus, NJ: Birch Lane.
30. Higgins, E. (1997). Beyond pleasure and pain. *Am. Psychol.* 52, 1280–1300. doi: 10.1037/0003-066X.52.12.1280.
31. Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003;191(6):349–357. doi:10.1097/01.NMD.0000071582.11781.67.
32. Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clin. Psychol. Psychother.* 11, 3–16. doi: 10.1002/cpp.388.
33. Hayes, S. C. (2005). Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy. New York, NY: New Harbinger Publications.
34. Iruela, L. M., Picazo, J., and Peláez, C. (2009). Pharmacological treatment of depression in children and adolescents. *Inf. Técnico Sist. Nac. Salud* 33, 35–38.
35. Peiró, S., Cervera, P., and Bernal-Delgado, E., (2005). Selective inhibitors of serotonin reuptake in child depression: a "soap opera" that reflects important safety problems of medication. *Gac. Sanit.* 19. (20.05.2020 tarihinde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000500010 adresinden ulaşılmıştır).
36. US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: *US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics.* 2009;123(4):1223–1228.
37. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 28: Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community, and Secondary Care. London, UK: NHS; 2005.
38. Ariza, M. A., Merino, G. A., Linero, E. H. Clinical Practice Guideline on Major Depression in Childhood and Adolescence. Madrid, Spain: Ministry of Health and Social Policy, Galician Health Technology Assessment Agency; 2010.
39. Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(11):1503–1526.
40. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Best Evidence Statement (BEST): Treatment of Children and Adolescents With Major Depressive Disorder (MDD) During the Acute Phase. Cincinnati, OH: Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2010.
41. Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P.S.; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics.* 2007;120(5). (29.04.2020 tarihinde www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/5/e1313 adresinden ulaşılmıştır).
42. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter on the use of psychotropic medication in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48:961–973.
43. Vitiello, B., Swedo, S. Antidepressant medications in children. *N Engl J Med* 2004;350 (15) 1489–1491.
44. Emslie, G.J., Rush, A.J., Weinberg, W.A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54 (11) 1031–1037.
45. Emslie, G.J., Heiligenstein, J.H., Wagner, K.D. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41 (10) 1205–1215.

46. March, J., Kratochvil, C., Clarke, G. AACAP 2002 research forum: placebo and alternatives to placebo in randomized controlled trials in pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43 (8) 1046- 1056.
47. Melvin, G. A., Tonge, B. J., King, N. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45 (10) 1151- 1161.
48. Wagner, K. D., Ambrosini, P., Rynn, M. Sertraline Pediatric Depression Study Group. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA*. 2003 Aug 27;290(8):1033-41.
49. Wagner, K. D., Robb, A. S., Findling, R. L. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2004 Jun;161(6):1079-83. PubMed PMID: 15169696.
50. Carandang, C., Jabbal, R., Macbride, A. A review of escitalopram and citalopram in child and adolescent depression. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(4):315-324.
51. Keller, M.D., Ryan, N.D., Strober, M. et al. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(7): 762-72.
52. Emslie, G.J., Findling, R.L., Yeung, P.P. Venlafaxine ER for the treatment of pediatric subjects with depression: results of two placebo-controlled trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Apr;46(4):479-488. doi: 10.1097/chi.0b013e31802f5f03. PubMed PMID: 17420682.
53. Mandoki, M.W., Tapia, M.R., Tapia, M.A. Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33(1):149-54.
54. Haapasalo-Pesu, K.M., Vuola, T., Lahelma, L. Mirtazapine in the treatment of adolescents with major depression: an open-label, multicenter pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004 Summer;14(2):175-84.
55. Emslie, G. J., Prakash, A., Zhang, Q. A double-blind efficacy and safety study of duloxetine fixed doses in children and adolescents with major depressive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2014 May;24(4):170-9. doi: 10.1089/cap.2013.0096.
56. Brent, D., Emslie, G., Clarke, G. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008 Feb 27;299(8):901-913. doi: 10.1001/jama.299.8.901.
57. Birmaher, B., Waterman, G. S., Ryan, N.D. Randomized, controlled trial of amitriptyline versus placebo for adolescents with "treatment-resistant" major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, 37:527-535.
58. Kondo, D. G., Sung, Y. H., Hellem, T. L. Open-label adjunctive creatine for female adolescents with SSRI-resistant major depressive disorder: a 31-phosphorus magnetic resonance spectroscopy study. *J Affect Disord*. 2011 Dec;135(1-3):354-61. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.010.
59. Pathak, S., Johns, E.S., Kowatch, R.A. Adjunctive quetiapine for treatment-resistant adolescent major depressive disorder: a case series. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):696-702.
60. Zhou, X., Michael, K.D., Liu, Y. Systematic review of management for treatment-resistant depression in adolescents. *BMC Psychiatry*. 2014 Nov 30;14:340. doi: 10.1186/s12888-014-0340-6.
61. Ryan, N. D., Meyer, V., Dachille, S. Lithium antidepressant augmentation in TCA-refractory depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, 27:371-376.
62. Strober, M., Freeman, R., Rigali, J. The pharmacotherapy of depressive illness in adolescence: II. Effects of lithium augmentation in nonresponders to imipramine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31:16-20.
63. Vitiello, B., Ordoñez, A. E. (2016). Pharmacological treatment of children and adolescents with depression. *Expert Opin. Pharmacother*. 17, 2273-2279. doi: 10.1080/14656566.2016.1244530.
64. Birmaher, B., Arbelaiz, C., Brent, D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11: 619-637.
65. Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2002; 52: 529-542.
66. Geller, B., Fox, L. W., Clark, K. A. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12 year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33: 461-468.
67. Bernaras, E., Jaureguizar, J., Garaigordobil, M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol*. 2019 Mar 20;10:543. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00543.