

ERGENLERDE MAJOR DEPRESYON: RİSK ETKENLERİ, KORUYUCU ETKENLER VE DAYANIKLILIK

Esra TAŞĞIN*, Füsun ÇUHADAROĞLU ÇETİN**

ÖZET

Amaç: Bu gözden geçirme yazısında ergen depresyonunda risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ergen depresyonunda risk etkenleri ve koruyucu faktörlerle ilgili yayınlar yazından taranmış, değerlendirilmiş ve tartışılmıştır. **Sonuçlar:** Ergen depresyonu, oluşumu için biyolojik ve çevresel risk etkenlerinin birlikte rol oynadığı çok etkenli bir hastalıktır. Fakat belirlenmiş olan risk etkenlerine maruz kalan her ergende depresyon ortaya çıkmamaktadır. Bu ergenlerde kişisel, ailevi ve çevresel değişkenlerin yol açtığı koruyucu etkenler bulunmaktadır. **Tartışma:** Ergen depresyonun erken tanınması ve yüksek riskli gruplarda dayanıklılık ve koruyucu etmenlerin belirlenmesi ile yapılacak önleme çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: ergen, depresyon, risk etkenleri, koruyucu etkenler, dayanıklılık

SUMMARY: MAJOR DEPRESSION IN ADOLESCENTS: RISK FACTORS, PROTECTIVE FACTORS AND RESILIENCY: A REVIEW

Objective: The purpose of this review article, is to review the risk factors, preventive factors and resiliency in adolescent depression. **Method:** Articles about the risk factors and preventive factors in adolescent depression were screened from Medline. Selected articles were reviewed and results were discussed. **Results:** Adolescent depression is a multifactorial disorder in which biological and environmental risk factors play a role in its development. Not all adolescents exposed to these risk factors develop depression and these are called as resilient adolescents. **Discussion:** Prevention programs which cover early detection of adolescent depression and detection of resiliency and protective factors in high risk adolescents are needed.

Key words: adolescent, depression, risk factors, protective factors, resilience

GİRİŞ

Major depresyon, DSM IV' te iki haftalık dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte depresif duygudurum, ilgide azalma- zevk alamama, kilo kaybı ya da alımı, uyku düzeninde değişme, enerji kaybı, suçluluk duyguları, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon belirtilerinden ilk ikisinden birinin bulunması şartıyla en az beş belirtinin olması olarak tanımlanmıştır. Ergenlerde tanı ölçütleri erişkin major depresyon tanı ölçütlerine benzer olsa da bazı farklılıklar görülmektedir. Tanı ölçütlerinden çökkün ruh hali yerine irritabilite, kilo kaybı yerine beklenen kiloya ulaşamama, iş başarısındaki düşüklük yerine derslerde başarısızlık, ilgi kaybı ve zevk alamama yerine oyuna ve arkadaşlara karşı ilgi kaybı kullanılmaktadır. Ancak klinik deneyimlerimiz ergen depresyonunda erişkinden farklı olarak duygusal değil davranışsal belirtilerinin ön planda olduğunu göstermektedir. Arkadaş geçimsizliği, aile bireyleriyle çatışma ve davranış bozukluğu;

altta yatan başarısızlık duygusu, benlik saygısı düşüklüğü, kendini değersiz hissetme ve çaresizlik duygusunun ifadesi olabilmektedir.

Ergenlerde major depresyon yaygınlığını tam olarak söylemek zordur. Epidemiyolojik çalışmalar major depresyonun hayat boyu yaygınlığının yaşla birlikte artarak ergenliğin sonuna doğru %28' lere kadar vardığını, ergenlerde en sık görülen ve en çok fonksiyonel kayıp yaratan duygu durum bozukluğu olduğunu göstermektedir (Lewinsohn 1993, Reinherz 1993a, Lewinsohn 1998, Ford ve ark. 2003). Türkiye' de Toros ve ark (2004)' nin yaptıkları bir çalışmada ergenlerde depresyon yaygınlığı %12.55 bulunmuştur. Depresyon 13 yaşına kadar erkek ve kızlarda eşit oranda görülürken 13 yaşından sonra kızlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Reinherz 1993a, Lewinsohn 1998, Hoffman 2003). Komorbidite %33-62 arasında değişmektedir (Lewinsohn 1998, Avenevoli ve ark. 2001, Ford ve ark.2003).

Ergenlerde major depresyona ikincil olarak sıklıkla intihar davranışı ve alkol/ madde kullanımı ortaya çıkmaktadır (Birmaher ve ark. 1996). Ergenlik

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 13 (2) 2006

*Arş. Gör. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

**Prof. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

döneminde başlayan majör depresyon erken erişkinlik döneminde depresyon riskini normal topluma göre %30 - %63 oranında arttırmaktadır (Lewinsohn 1998, Rao ve ark. 1999, Weissman ve ark 1999). Ergenlerde majör depresyon tanısından çok depresif belirtilerin yol açtığı fonksiyon kaybı üzerinde durulmaktadır. Harrington ve Clark (1998) eşik altı depresyonu olan ergenlerin %60' ında en az bir depresif belirti bulunduğunu ve bu gençlerde fonksiyon kaybının depresyon tanısı alanlara göre çok daha yüksek oranlarda olduğunu göstermiştir. Depresyon fonksiyon kaybı ile birlikte hem çalışma gücünün azalmasına bağlı üretimi azaltmakta hem de tedavi maliyeti olarak büyük bir maddi kayıp yaratmaktadır (Simon ve ark. 1995, Von Korff ve ark. 1992).

Ergenlik dönemi gelişimsel olarak duygusal dalgalanmalara ve depresyon belirtilerine sıklıkla yol açabilen bir dönemdir. Ancak bu tür belirtiler gösteren gençlerin çoğunda majör depresyon tablosu görülmemekte veya eşik altı tanı alacak işlev kaybı ortaya çıkmamaktadır. Bu açıdan depresyona karşı dayanıklılığın ergenler için önemli bir koruyucu etken olduğu bilinmektedir.

Ergenlerde fonksiyon kaybı yaratan ve yaygın bir bozukluk olan majör depresyon sonucu ortaya çıkabilecek morbidite ve mortalitenin azaltılması için koruyucu ve önleyici çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu gözden geçirme yazısında ergenlik dönemindeki majör depresyon ile ilgili risk etkenleri, dayanıklılık ve koruyucu etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

RİSK ETKENLERİ

Risk etkenlerinin belirlenmesi hastalığın şiddetini, süresini ve uzun dönemli etkilerini azaltmak için erken tanı ve korumada önemli bir rol oynamaktadır. Ergen depresyonunda risk etkenlerini biyolojik ve çevresel etkenler ve bunların birbirleriyle olan etkileşimi oluşturmaktadır.

I- Biyolojik etkenler

Genetik ve Ailesel Etkenler

Ergen depresyonunun kalıtımsal yönünü araştırmak için aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmıştır.

Aile çalışmaları aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Aşağıdan

yukarıya aile çalışmalarında majör depresyonu olan ergenlerin 1. derece akrabalarında hayat boyu majör depresyon riskinin duygudurum bozukluğu olmayan kontrollerin akrabalarına göre yaklaşık 2 kat arttığı görülmektedir (Weissman ve ark 1999, Wickramaratne ve ark. 2000, Hoffman ve ark. 2003). Yukarıdan aşağıya aile çalışmalarında ise majör depresyonu olan anne ve/veya babaların çocuklarında hayat boyu depresyon riski 3-9 kat artarken başlangıç yaşı daha erken ve seyir daha ağır olmaktadır (Weissman ve ark. 1997, Hammen ve Brennan 2003, Klein ve ark. 2005).

Aile çalışmaları ergen depresyonunda kalıtımın etkisini gösterse de genetik ve çevresel etkenlerin etkilerini birbirinden ayıramamaktadır. Davranış örüntüsünün ortaya çıkışında genetiğin, paylaşılan ve paylaşılmayan çevrenin etkisini ikiz ve evlat edinme çalışmaları gösterebilmektedir (Rice ve ark. 2002b).

İkiz çalışmaları aile çalışmalarının aksine toplum tabanlı yapılmıştır ve depresif belirtiler taranmıştır. Ergenler ve ebeveynlerinden toplanan bilgi sonucunda ebeveynlere göre kalıtımın etkisi yüksekken (%30-80) ergenlere göre daha düşük olarak bulunmuştur (%15-80) (Thapar ve McGuffin 1994, Eaves ve ark. 1997, Silberg ve ark. 1999). Ebeveynlere göre kalıtımın etkisinin daha yüksek bulunmasının nedeninin farklı ölçeklerin kullanılmasından ve ölçekleri dolduran kişilerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Rice ve ark. 2002a). Glowinski ve ark (2003)'ün benzer desende yaptıkları çalışmada ise sadece kız ergen ikizlerden bilgiye dayanarak kalıtımın etkisinin %40 olduğu gösterilmiştir. Araştırmaların öne sürdüğü diğer bir değişken de yaşla birlikte kalıtımın etkisinin değişmesidir. Thapar ve McGuffin (1994) ikiz çalışmalarının sonucunda çocukluktan ergenliğe geçişte kalıtımın etkisinin arttığını ve paylaşılan çevrenin etkisinin azaldığını belirtmişlerdir. İki çalışmada (Eley ve Stevenson 1999, Rice ve ark. 2002b) ise bu farklılığın cinsiyetler arasındaki farklılıktan kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Çocukluktan ergenliğe geçişte erkeklerde genetik, kızlarda çevresel faktörlerin daha etkili olduğu ve bu nedenle genç kızlarda depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Silberg ve ark. (1999) ise kız ergenlerde kalıtımın etkisinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Paylaşılmayan çevre ve ergen gelişimi projesi (Pike ve ark 1996) ise kalıtımın yaşla etkisinin artmadığını ve paylaşılmayan çevrenin daha etkili olduğunu ileri

sürmüştür. Davranışsal genetik modele göre çevresel etkenler üzerinde genetiğin çok fazla etkisi vardır. Çocukların kişisel özelliklerinin annelerinin tepkilerini etkilediği bilinmektedir. Çocukların kişisel özelliklerinin genetik olarak belirlendiğini düşünürsek annelerin tepkileri de kalıtım ile şekillenmektedir. Gen çevre etkileşimi sonucu aynı aile içinde farklı tepkilere ve etkilere maruz kalan çocuklarda bu farklılığın nedeni farklı paylaşılmayan çevreden çok genetik farklılıktır da diyebiliriz.

Depresif belirtilerin değerlendirildiği iki evlatlık çalışmasında ise gözardı edilebilir genetik etki bulunmuştur (Eley ve ark. 1998, van der Oord ve ark. 1994).

Prenatal ve postnatal dönemlerde beyin gelişimindeki farklılıklar çevresel faktörlere tepki ve algıda kalıcı farklılıklar yaratabilmektedir. Bunlar hayvan deneyi sonuçları olsa da bazı çocukların stresle karşılaşınca genetik olarak daha çok etkilendiği gösterilmiştir (Silberg 1999). Kalıtımın depresyona mı yoksa depresyona yol açan kişilik özelliklerine mi yol açtığı bilinmemektedir. Genlerin bilişi etkileyen, depresyon riskini arttıran diğer psikiyatrik bozukluklara ait olabileceği belirtilmektedir. (Eley ve Stevenson 1999).

Sonuç olarak örneklemelerin ve ölçüm araçlarının farklılıklarına bağlı olarak net bir tablo ortaya çıkmamaktadır. Aile çalışmalarına bakarak ergen depresyonunun kalıtımsal olduğunu söyleyebiliriz.

Hormonal etkenler

Ergenlik döneminde majör depresyonun görülme sıklığının artması özellikle kızlarda ergenlikte meydana gelen hormonal değişikliklere dikkati çekmiştir. Depresyonun nedenleri olarak östrojen ve testosteronun beyin fonksiyonlarını etkilemesi, cinsel gelişime neden olan anatomik değişikliklerin sosyal rolleri etkilemesi, erken cinsel gelişimde kızların sosyal grupların normlarıyla uyum sağlaması gibi bazı hipotezler öne sürülmüştür. Bu durum sadece hormonların yükselmesiyle açıklanamaz, fakat bu hormonların beyni nasıl etkilediklerini anlamak yüksek risk grubundaki kızları korumada önemli olabilir (Costello ve ark. 2002).

Ergenin yaşından bağımsız olarak ergenliğe girme zamanının ve ergenlik süresinin nasıl yaşandığının

daha önemli olduğunu ileri süren iki çalışma bulunmaktadır (Angold ve ark. 1998, Patton ve ark. 1996). Ergenliğe girme zamanının her iki cinsten de erken ya da geç olmasının depresyon riskini arttırdığı diğer çalışmalarda da belirtilmiştir (Lewinsohn 1998, Kaltiala-Heino ve ark. 2003a, Lam 2004). Erken ergenliğe giren gençlerde hem içselleştirme hem de dışsallaştırma davranışları artmaktadır (Kaltiala-Heino ve ark. 2003b). Belirtisi olmayan ailesel yüksek riskli olan genç kızlarda depresyon riskini biyolojik farklılıkların oluşturduğunu işaret eden bir gösterge diğer risk altındaki ergenlerden tek farklarının erken menstruasyon görmeleri olmuştur (Kutcher ve ark. 2004).

Kadınlar için psikososyal ve psikolojik etkenlerin etkileşimi ve fizyolojik ve endokrin cevaplarla bağlantılarının araştırılmasına ihtiyaç vardır. Hayat boyu süren ve kültürler arası değişen kişisel risk etkenleri de akılda tutulmalıdır.□

Yüksek riskli ergenlerde son bir yıldaki olayların yanında son bir aydaki stres etkenlerinin (hayal kırıklıkları ya da kişisel kayıplar) de depresyon oluşumunda önemli rol oynadığı ve bu ergenlerde psikososyal ortamlarından bağımsız olarak sabah kortizol seviyelerinin ve akşam DHEA seviyelerinin arttığı gösterilmiştir. Böylece nöroendokrin etkenlerin de depresyon oluşumunda rol oynayabileceği varsayılıyor (Goodyer ve ark. 2000). Goodyer ve ark (2003)' nın başka bir çalışmalarında artmış kortizol DHEA oranlarının hastalığın sürmesinde etkili olduğu ileri sürülmüştür.

II-Çevresel Etkenler

Depresyon gelişimi için birçok etkenin bir arada bulunması gerekmektedir. Gelişimsel yatkınlığı olan kişilerde stresli yaşam olayları depresyonu tetikleyebilmektedir. Psikososyal risk etkenlerinden biri düşük özdeğer duygusudur (Lewinsohn 1993, Reinherz 1993b, Hoffman 2003). Yüksek özdeğer duygusunun hem kız hem de erkeklerde koruyucu olduğu belirtilmektedir (Smari ve ark. 2001). Ergenler, kendine güven ve yeterli aile desteği olmadan yaşadıkları streslerle başarılı bir şekilde başa çıkamazlar (Lewinsohn 1993). Birçok çalışmada aile içindeki çatışmalar ve eleştiriler arttıkça ergenlerin stresten etkilenme oranlarının arttığı gösterilmiştir (Lewinsohn 1993, Silberg ve ark. 1999, Haavisto 2004, Toros ve ark. 2004). Aile desteğinin yanı sıra arkadaş desteğinin yetersiz olması, arkadaş ilişkilerinde yaşanan zorluklar, akran istismarı, ikiden az yakın arkadaşın olması da depresyon riskini arttırmaktadır

(Saluja ve ark. 2004, Denny ve ark. 2004, Haavisto 2004). Kişilerarası ilişkilerdeki diğer risk etkenleri güvensiz bağlanma ve aşırı onay beklentisidir. Kesitsel ve uzunlamasına çalışmalarda güvensiz bağlanmanın depresif belirtilerle ilişkili bulunmasıyla birlikte uzunlamasına çalışmalarda güvensiz bağlanması olan ergenlerde kişilerarası stresin yüksek olduğu ve anne babalarında depresif belirtilerin arttığı zamanlarda ergenlerin depresif belirtilerinde artış olduğu gösterilmiştir (Hammen ve ark 1995, Abela ve ark 2005). Ayrıca anne babalarıyla güvensiz bağlanma ilişkisi olan ergenlerde aşırı onay beklentisi depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Abela ve ark 2005).

Fiziksel hastalıklar ve somatik yakınmalar uzun süreli stres yaratan risk etkenleridir (Goodwin 2004, Saluja ve ark 2004, Haavisto ve ark 2004). Fiziksel hastalıkların yanı sıra geçirilmiş sağlık sorunları da ergen depresyonunda risk etkeni olarak belirtilmektedir. Erken doğum hikayesi olan kızlarda olmayanlara göre ergenlikte depresyon anlamlı olarak yüksek bulunurken (Patton ve ark 2004) düşük doğum ağırlığı olanlarda bu ilişki gösterilememiştir (Gale ve Martyn 2004). Başka bir çalışmada erkeklerde yeni doğan dönemindeki, kızlarda ise 10- 15 yaşları arasındaki sağlık sorunlarının risk etkeni olduğu belirtilmektedir (Reinherz 1993b). Sağlık sorunlarının yanı sıra bu çalışmada kızlarda doğduğu aile ortamı (üçüncü ya da daha büyük çocuk olması, anne yaşının 30, baba yaşının 35' den büyük olması, üç ya da daha fazla kardeşin olması), erkeklerde bir ebeveynin yeniden evlenmesi ilişkili bulunmuştur (Reinherz 1993b).

Sosyoekonomik düzeyin ergen depresyonunda etkisi tartışmalıdır. Reinherz (1993b) etkisiz olduğunu belirtirken, diğer çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzey (Denny ve ark 2004) ve düşük anne baba eğitiminin hayat boyu depresyon riskini arttırdığı gösterilmiştir (Gilman ve ark. 2003, Goodman ve ark. 2003). Ayrıca fakir ailesi olan 1420 çocuğun gelir düzeylerinde iyileşme sağlanarak yapılan deneysel bir çalışmada fakirliğin direkt etkisinden çok gen çevre etkileşimi üzerine etkisiyle dolaylı olarak depresif belirtilere neden olabileceği belirtilmiştir (Costello ve ark. 2003).

Akademik başarısızlığın bir risk etkeni olduğunu (Lewinsohn 1993, Silberg ve ark. 1999, Toros ve ark. 2004) ve olmadığını (Reinherz 1993b) belirten çalışmalar da mevcuttur. Diğer risk etkenlerini şöyle sıralayabiliriz: 1. veya 2. derece akrabanın

ölümü ya da çok yakın bir arkadaşın ölümü (Harrison ve Harrington 2001, Bridge 2003), sevgiliden ayrılma (Monroe 1999), evsiz olma (Rohde 2001), sigara içmek (Brown 1996, Burns ve ark 2004), fiziksel ya da cinsel taciz hikayesi (Burns ve ark 2004, Sadowski ve ark 2003), cinsel kimliğinden memnun olmama, aynı cinsi çekici bulma, erken cinsel deneyim (Lam ve ark 2004).

DAYANIKLILIK VE KORUYUCU ETKENLER

Ergenlik dönemindeki sorunlara ilişkin risk etkenleri ve bunların birbirinin etkilerini arttırıcı yönde etkileşimleri olduğu iyi bilinse de risk altında yaşayan bütün ergenlerde ruhsal hastalıklar ya da uyum sorunları oluşmamaktadır. Araştırmacılar bazı ergenlerin neden daha dayanıklı olduğu sorusuna yanıt ararken bir çok koruyucu etken olduğu saptanmış ve dayanıklılık kavramı ortaya çıkmıştır. Koruyucu etkenlerin dayanıklılığı doğurduğu belirtilmektedir (Monasterio 2002).

Literatürde çeşitli dayanıklılık tanımları bulunmaktadır. Risk açısından bakıldığında dayanıklılık zor şartlar altında başarılı olma, olgunlaşma ve uyum sağlama yetisidir (Monasterio 2002). Dayanıklı olan ergenlerin erişkin dönemde fiziksel sağlık sorunları ve sosyal iletişim zorlukları olduğu gösterilmiş, bu ergenlerde yüksek kaygı ve depresif belirtiler saptanmıştır (Werner 1992, Luthar ve Zigler 1991b). Luthar (1991a) dayanıklı ergenleri, ağır stres altında depresif ya da anksiyeteli olsalar da sosyal alanlarda başarılı bir şekilde hayatlarını sürdürebilenler olarak tanımlamıştır.

Koruyucu etkenler hem sabit (cinsiyet, ırk gibi) hem değiştirilebilir (bağlılık, kendilik algısı gibi) etkenlerden oluşur. Risk altındaki ergenlerle çalışırken değiştirilebilir koruyucu etkenler üzerinden etki ederek hayatlarında değişiklik ve iyileşme sağlayabiliriz. Koruyucu etkenler ergen, aile ve toplum kaynaklıdır.

Yüksek riskli ergenlerde belirlenen koruyucu etkenleri şu şekilde gruplayabiliriz:

I-Kişisel değişkenler: İyi huylu, bilişsel becerileri daha iyi olan, güçlü sözel ve iletişim becerileri olan, olayların gülünç tarafını görebilen, olumlu özdeğer duygusu olan, vicdanlı, sosyal olarak etkileyici olan kişiler dayanıklı kişiler olarak nitelendirilmektedirler (Luthar 1991a, Neighbors ve ark. 1993, Monasterio ve ark. 2002). Bu etkenler

ergenlerin hayatları üzerinde kontrollerinin olduğunu hissettirmektedir. Böylece öğrenilmiş çaresizlikten uzaklaşıp zor durumların üstesinden gelmek için girişimlerde bulunmaktadır. Beardslee ve ark.'nın (2003) yaptıkları çalışmada anne-babasinda duygu-durum bozukluğu olan ergenlerde kontrol duygusunun koruyucu bir etken olduğu saptanmıştır. Kontrol duygusu, hastalığı anlama ve hastalık süreci hakkında farkındalığının olmasını, hastalıktan sorumlu olmadığı ve değiştiremeyeceği şeyler olduğunu anlamasını ve ailelerine bağımlı olmadan ayrı ilişkiler kurmalarını sağlamaktadır. Zekanın koruyucu bir etkisi olduğunun belirtilmesinin (Fergusson ve ark. 1996) yanı sıra yüksek streste ergenleri çevrelerine karşı daha hassas kılarak incinebilirliği arttırdığı (Luthar 1991a) ileri sürülmüştür.

II-Ailenin özellikleri ve bakım verme yöntemleri: Tam bir ailenin olması dayanıklılık için şart değildir. Yeterli tek ebeveynin kayıp ya da boşanmayı telafi ettiği gözlenmektedir. Güvenilir bir figür, aile içi rollerin net olarak belirlenmiş olması, sıcaklık ve yakınlık, kilit zamanlarda bir ebeveynin fiziksel olarak hazır bulunması ve özellikle ebeveynlere bağımlı bir çok risk durumu için dayanıklılığa yol açan koruyucu etkenler olarak belirtilmektedir (Monasterio ve ark. 2002). Bu etkenler öz güven ve yeterlilik hissi oluşturmaktadır. Annesinde depresyon hikayesi olan ergenlerde annenin daha çok sıcak ve kabul edici, daha az olarak ruhsal açıdan kontrol edici ve girici olarak algılanmasının koruyucu bir etken olduğu gösterilmiştir (Brennan ve ark. 2003). Bu çalışmada babanın düşük oranda ruhsal olarak kontrol yaratması koruyucu bir etki olarak saptanmıştır. Ayrıca yüksek oranda çatışma yaşayan ailelerde anne ile iyi bir ilişkinin olması koruyucu etken olarak işlev görmektedir (Neighbors ve ark. 1993).

III-Bağlılık (connectedness): Bağlılık stresli ortam ve durumlarda koruyucu bir etken olarak dayanıklılığı artırır ve ergenlerdeki riskli davranışları azaltır. Dayanıklılığı arttırabilecek değiştirebilir bir etken olduğu için ilgi çeken bir alandır. Bağlılık aile, arkadaş ya da ev dışındaki bir yetişkin, okul, din (Miller 2002) ve diğer toplumsal birimlere karşı güçlü bir bağlanma ve yakınlık duygusu olarak tanımlanmaktadır. Ergenin bir yere ait olma, kabul edilme duygusunun gelişmesine ve varlığının anlamlı hale gelmesine neden olmaktadır. Bu da kendilik algısını olumlu yönde arttırmaktadır (Monasterio ve ark. 2002).

Dayanıklılık oluşturan en belirgin ve sürekli bağlanma, ebeveyn ve ergen arasında olsa da diğer sosyal destek birimlerinin çeşitli risk etkenlerine karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir. Özellikle okula bağlanma ergenleri intihar davranışı, madde bağımlılığı ve şiddet davranışlarından korumakta ve olumlu rol modelleri ve destek kaynakları oluşturmaktadır (Monasterio ve ark. 2002). Destekleyici bir sosyal çevre ergenleri fakirlik, istismar, boşanma, erken ebeveyn kaybı, ailede ruhsal hastalık ve düzensiz aile gibi risk etkenlerinden korumaktadır (Wolkow 2001).

Koruyucu etkenler arasında dinamik bir süreç bulunmaktadır. Dayanıklılık oluşturmak birçok aşamadan oluşan uzun süreli çok yönlü bir durumdur. Örneğin sosyal destek ergeni riskten uzaklaştırarak ya da olayın kabulü ile ilgili sağlıklı yollar göstererek ya da ergenin kişisel koruyucu özelliklerini destekleyerek koruyucu olabilir (Wolkow 2001) .

TARTIŞMA

Ergen depresyonu oldukça yaygın ve sıklıkla tekrarlayan bir hastalıktır. Ergen depresyonunda genetik yatkınlığı en çok aile çalışmaları desteklemektedir. Yaş ve cinsiyetle birlikte yaygınlığın değişmesi nedeniyle ergenlik dönemi hormonal değişikliklerinin etiyolojideki etkisi üzerinde de durulmaktadır. Gözden geçirilen yazılardan elde edilen geçerli sonuçlara göre kişilerarası ilişkilerde bozukluk, fiziksel hastalıklar, sosyoekonomik düzey ve akademik başarı-sızlık gibi çeşitli çevresel risk etkenleri genetik yatkınlıkla birlikte hastalığı ortaya çıkarmaktadır. Ergenlerde depresyon sosyal ve akademik alanlarda fonksiyon kaybına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastalığın erken tanınması ile morbidite ve mortalite oranları azaltılabilir. Bu amaçla yüksek riskli gruplarda koruyucu etmenler ve dayanıklılığın belirlenmesi ile yapılacak önleme çalışmalarına ihtiyaç vardır. Çeşitli bireysel, ailesel ve çevresel (bağlılık ve sosyal destek) dayanıklılık etkenleri belirlenmiş olmasıyla birlikte dayanıklılık ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu retrospektiftir. Bu nedenle elde edilen veriler geçmiş olayların yorumlanmasına bağlı olarak yanlış olabilir. Koruyucu etkenlerin birbiriyle etkileşiminden dolayı tek bir koruyucu etkene yönelik araştırmada bir çok karıştırıcı değişken olabilmektedir. Risk durumunun tanımı da önemlidir. Yüksek risk durumunun belirlenmesinde tek bir risk etkeninden hareket edilmemeli, çeşitli çocukluk yaşantılarının toplam etkisi değer-

lendirilmelidir. Bu nedenle dayanıklılık tanımı tek bir sorunun olup olmadığı ile değil bir çok ölçümle yapılmalıdır. Ancak çalışmaların çoğunda ortaya çıkabilen böyle bir yöntemsel sorun nedeniyle araştırmaların sonuçlarının genelleştirilmesi zorlaşmaktadır. Ancak ortak sonuçlar daha çok aile ilişkileri ve ergenin hayatında bağ kurduğu, iç yatırım yaptığı şeylerin üzerinde durmaktadır.

Dayanıklılığı geliştirmek için ailelerin bakım verme becerilerine ve ergen gelişimine yönelik programlar geliştirilebilir. Ailelerin bakım verme becerilerinin geliştirilmesi destekleyici aile ilişkilerinin sürekliliğini sağlamada önemlidir. Bakım verme becerileri, ailelerin iletişim becerilerini geliştirerek ve ergen gelişiminin özellikleri hakkında bilgilendirerek yapılabilir. Destekleyici aile ilişkileri, ekonomik düzey, çalışan ebeveyn gibi etkenlerden etkilenebilir. Bu bağlamda ergenlere ve ailelerine yönelik sosyal hizmet etkinliklerinin artırılması gereklidir. Ergen gelişim programları ergenlerin güçlü yanlarını destekleyerek ihtiyaçlarını karşılamalarını ve olgunlaşmalarını sağlamaktadır. Fiziksel, sosyal, bilişsel aktiviteler ve uygun desteklenme buna olanak oluşturmaktadır. Ergen gelişimi programlarının bazı alanlarda problem odaklı programlardan daha yararlı olduğu gösterilmiştir. Bu programların sonucunda en üretici ve en etkili bulunan etkileşimler (Monasterio 2002): (1) ergenlerin üretici aktivitelere katılımını sağlayarak kendi üretkenliklerinin farkına varmalarını sağlamak (2) kılavuzluk yapmak (3) sabit ve koruyucu olarak erişkinlerle etkileşim (4) erişkinler ve arkadaşlar tarafından duygusal destekte ve pratik önerilerde bulunulması (5) ergenin farklı bir hikayesi olan ayrı bir birey olarak kabulüdür.

Ergenlerin bağ kurup içyatırım yapabilecekleri çevresel seçeneklerin artırılması da dayanıklılığın artırılmasında önemli olacaktır. Bu çevresel seçenekler çeşitli etkinlikleri, örneğin gitar çalma gibi bir uğraşı içerdiği gibi gencin sıcak ilişkiler kurabileceği erişkinlerin bulunmasını da kapsamaktadır. Bu bağlamda ev dışında girişim amaçlı ulaşılabilecek en kolay yer okullardır. Ülkemizde ergen nüfusunun çok büyük bir kısmının okula devam ettiği de göz önüne alındığında öğretmenlere ergenlerle ilişkiler temelinde meslek içi eğitimler verilmesi de ergenlerin depresyona dayanıklılığını arttırmada çok önemli rol oynayacaktır.

KAYNAKLAR

- Abela JRZ, Hankin BL, Haigh EAP ve ark. (2005) Interpersonal vulnerability to depression in high risk children: the role of insecure attachment and reassurance seeking. *J Clin Child Adolesc Psychiatry* 34:182-192
- Angold A, Costello EJ, Worthman CM (1998) Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 28(1):51-61.
- Avenevoli S, Stolar M, Li S ve ark. (2001) Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biol Psychiatry* 49:1071-1081.
- Beardslee WR, Gladstone T, Wright EJ ve ark. (2003) A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics* 112:119-131.
- Birmaher E, Ryan ND, Williamson DE ve ark. (1996) Childhood and adolescent depression: A review of the Past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427-1439.
- Brennan PA, Brocque RL, Hammen C (2003) Maternal depression, parent-child relationships, and resilience. *Outcomes in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(12):1469-1477.
- Bridge JA, Day NL, Day R ve ark. (2003) Major depressive disorder in adolescents exposed to a friend's suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(11):1294-300.
- Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR ve ark. (1996) Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(12):1602-1611.
- Burns JJ, Cottrell L, Perkins K ve ark. (2004) Depressive symptoms and health risk among rural adolescents. *Pediatrics* May;113(5):1313-20.
- Costello EJ, Pine DS, Hammen C ve ark. (2002) Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 52:529-542.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A ve ark. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60:837-844.
- Denny S, Clark TC, Fleming T ve ark. (2004) Emotional resilience: risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *Am J Orthopsychiatry* Apr;74(2):137-49.
- Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM ve ark. (1997) Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study Of Adolescent Behavioral Development. *J Child Psychol Psychiatry* 38:965-980.
- Eley T, Deater-Decard K, Fombonne E ve ark. (1998) An adoption study of depressive symptoms in middle childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 39:337-345.

- Eley T, Stevenson J (1999) Exploring the covariation between anxiety and depression symptoms: A genetic analysis of the effects of age and sex. *J Child Psychol Psychiatry* 40:1273-1282.
- Fergusson DM, Lynskey MT (1996) Adolescent resiliency to family adversity. *J Child Psychol Psychiatr* 37(3):281-292.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(10):1203-1211.
- Gale CR, Martyn CN (2004) Birth weight and later risk of depression in a national birth cohort. *Br J Psychiatry* Jan;184:28-33.
- Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM ve ark. (2003) Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood:Relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med* 33(8):1341-55.
- Glowinski AL, Madden PAF, Bucholz KK ve ark. (2003) Genetic epidemiology of self-reported lifetime DSM-IV major depressive disorder in a population based twin sample of female adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 44(7): 988-996
- Goodman E, Slap GB, Huang B (2003) The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *Am J Public Health* 93(11):1844-50.
- Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ (2004) Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychol Med* Nov;34(8):1465-74.
- Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A ve ark. (2000) Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high risk adolescents. *Br J Psychiatry* 177:499-504.
- Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A (2003) Psychoendocrine antecedents of persistent first-episode major depression in adolescents: A community-based longitudinal enquiry. *Psychol Med.* 2003 33(4):601-10.
- Haavisto A, Sourander A, Multimaki P ve ark. (2004) Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *J Affect Disord* Dec;83(2-3):143-54.
- Hammen C, Burge D, Daley SE ve ark. (1995) Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *J Abnorm Psychol* 104:436-443
- Hammen C, Brennan PA (2003) Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 60(3):253-8.
- Harrington R, Clark A (1998) Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 248:32-45.
- Harrison L, Harrington R (2001) Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *J Adolesc* 24(2):159-169.
- Hoffman JP, Baldwin SA, Cerbona FG (2003) Onset of major depressive disorder among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(2):217-224.
- Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Rimpela M (2003a) Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *J Adolesc* 26(5):531-45.
- Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Rantanen P ve ark. (2003b) Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Soc Sci Med* 57(6):1055-64.
- Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P ve ark. (2005) Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychol Med* Mar;35(3):353-6.
- Kutcher S, Kusumakar V, LeBlanc J ve ark. (2004) The characteristics of asymptomatic female adolescents at high risk for depression: The baseline assessment from a prospective 8-year study. *J Affect Disord* 79(1-3):177-85.
- Lam TH, Stewart SM, Leung GM ve ark. (2004) Depressive symptoms among Hong Kong adolescents: relation to atypical sexual feelings and behaviors, gender dissatisfaction, pubertal timing, and family and peer relationship. *Arch Sex Behav* Oct;33(5):487-96.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE ve ark (1993) Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abn Psychology* 102(1):133-144.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1998) Major depressive disorder in older adolescents:Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 13(7):765-794.
- Luthar SS (1991a) Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Develop* 62:600-616
- Luthar SS, Zigler Z (1991b) Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *Am J Orthopsychiatry* Jan;61(1):6-22.
- Miller L, Gur M (2002) Religiosity, Depression, and physical maturation in adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(2):206-214.
- Monasterio EB (2002) Enhancing resilience in the adolescent. *Nurs Clin N Am* 37:373-379.
- Monroe SM, Rohde P, Seeley JR ve ark. (1999) Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *J Abn Psychology* 108(4):606-614.
- Neighbors B, Forehand R, McVicar D (1993) Resilience adolescents and interparental conflict. *Amer J Orthopsychiat* 63(3):462-471.

TAŞĞIN VE ÇETİN

Patton GC, Hibbert ME, Carlin J ve ark. (1996) Menarche and the onset of depression and anxiety in Victoria, Australia. *J Epidemiol Community Health* 50(6):661-6.

Patton GC, Coffey C, Carlin JB ve ark. (2004) Prematurity at birth and adolescent depressive disorder. *Br J Psychiatry* 184:446-7.

Pike A, Reiss D, Hetherington EM ve ark. (1996) Using MZ differences in the search for nonshared environmental effects. *J Child Psychol Psychiatry* 37(6):695-704.

Rao U, Ryan ND, Dahl RE ve ark. (1999) Factors associated with the development of substance use disorder in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(9):1109-17.

Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES ve ark. (1993a) Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(2):369-377.

Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B ve ark. (1993b) Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(6):1155-1163.

Rice F, Harold G, Thapar A (2002a) The genetic etiology of childhood depression: A review. *J Child Psychol Psychiatry* 43 (1): 65-79.

Rice F, Harold GT, Thapar A (2002b) Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic etiology of depression in childhood and adolescent depression. *J Child Psychol Psychiatry* 43 (8): 1039-1051.

Rohde P, Noel J, Ochs L ve ark. (2001) Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents. *J Adolesc* 24:447-460.

Sadowski H, Trowell J, Kolvin I ve ark. (2003) Sexually abused girls: patterns of psychopathology and exploration of risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* Oct;12(5):221-30.

Saluja G, Iachan R, Scheidt PC ve ark. (2004) Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* Aug;158(8):760-5.

Silberg J, Pickles A, Rutter M ve ark. (1999) The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry* 56:225-232.

Simon G, VonKorff M, Barlow W (1995) Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatry* 52:850-856.

Smari J, Petursdottir G, Porsteinsdottir V (2001) Social anxiety and depression in adolescents in relation to perceived competence and situational appraisal. *J Adolesc* 24(2):199-207.

Thapar A, McGuffin P (1994) A twin study of depressive symptoms in childhood. *Br J Psychiatry* 165:259-265.

Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R ve ark. (2004) Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *Eur Psychiatry* Aug;19(5):264-71.

Van der Oord EJCG, Boomsma DI, Verhulst FC (1994) A study of problem behaviors in 10 to 15 year old biologically related and unrelated international adoptees. *Beh Genetics* 24:193-205.

Von Korff M, Ormel J, Katon WJ, ve ark. (1992) Disability and depression among high utilizers of health care. *Arch Gen Psychiatry* 49:91-100.

Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P ve ark. (1997) Offspring of depressed parents. 10 Years later. *Arch Gen Psychiatry* 54(10):932-40.

Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB ve ark. (1999) Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999 12;281(18):1707-13.

Werner EE (1992) The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *J Adolesc Health* Jun;13(4):262-8.

Wickramaratne PJ, Greenwald S, Weissman MM (2000) Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(11): 1396-1405

Wolkow KE, Ferguson HB (2001) Community factors in the development of resiliency: considerations and future directions. *Commun Ment Health J* 37(6):489-498.