

ERGENLERDE DEPRESİF BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞI VE DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN ÖZELLİKLERİ

Türkay Demir*, Demet Eralp Demir*, M. Levent Kayaalp**, Banu Büyükkal*

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada lise öğrencisi ergenler arasında depresif bozukluğu olanların belirlenmesi ve bu ergenleri diğerlerinden ayırt eden özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** İstanbul Bakırköy'deki dört lisenin birinci sınıf öğrencilerine (n=955) Çocuk Depresyon Ölçeği verilmiş ve kesme puanı üzerinde puan alan öğrencilerle DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu kullanılarak tanısal görüşme yapılmıştır. Kontrol grubu öğrencileri, tanısal görüşme sonrasında tanı alan öğrencilerle aynı sınıftan ve cinsiyetten öğrencilerden oluşturulmuştur. Her iki gruptaki öğrenciler için tarafımızdan hazırlanan genel bilgi formu doldurulmuştur. **Sonuç:** 28 ergen majör depresif bozukluk, 12 ergen distimik bozukluk tanısı almıştır. Herhangi bir depresif bozukluğu olan ergenlerin oranı %4.3 olarak belirlenmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında aile içinde sık eleştirilme ve suçlanma; aile içinde şiddetin varlığı; kendine zarar verici davranışlarda bulunma; evden kaçma öyküsünün bulunması gibi değişkenler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. **Tartışma:** Kliniğe başvurmamış genel nüfustan ergenlerde depresif bozuklukların birtakım çevresel etmenlerle ilintili olduğu görülmektedir. Bu etmenlerin belirlenmesi hem bozukluğun tanınmasına ve önlenmesine hem de tedavi yaklaşımlarına yardımcı olabilecektir.

Anahtar sözcükler: Ergenler, depresif bozukluklar, yaygınlık.

SUMMARY: THE PREVALANCE OF DEPRESSIVE DISORDERS AMONG ADOLESCENTS AND THE CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT WITH DEPRESSIVE DISORDER

Objective: In this study we aimed to detect cases of depressive disorders among adolescent students and scrutinize the peculiarities that separate these students from others. **Method:** Child Depression Inventory was administered to the ninth graders of four high schools in İstanbul, Bakırköy (n=955) and the students who scored equal to or above the cutoff point were interviewed using Structured Clinical interview for DSM-III-R. Control group consisted of classmates of depressive adolescents from the same sex. For each student a quite detailed questionnaire prepared by the investigators was filled. **Results:** Twenty eight adolescents had major depressive disorder and another 12 had dysthymic disorder. Adolescents with any kind of depressive disorder constituted 4.3% of total number. Statistically significant differences were found between two groups with regard to discrepancies in the family, being criticized and accused by parents, physical violence in the family, running away non-clinic population seems to be related certain environmental factors. Recognition of these factors can help detection and prevention of depressive disorders as well as their treatments.

Key Words: Adolescent, depressive disorders, prevalence.

GİRİŞ

Ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyonun incelenmesi, hem bu dönemde önemli yaşamsal tercihlerin yapılması, hem de ergenlikteki depresyonun daha sonraki yaşam dönemlerinde de ciddi etkileri olması nedeniyle önemlidir (Lewinsohn ve ark. 1993). Ergenlerde depresyonla ilgili çalışmalar ağırlıklı olarak klinik örneklerle yürütülmüş, alan çalışmaları ise özellikle

yaygınlık konusunda yoğunlaşmıştır. Klinik olmayan örneklerdeki depresif bozukluklar hakkındaki bilgiler sınırlıdır (Connelly ve ark. 1993).

Ergenliğin fırtınalı ve çalkantılı bir dönem olduğu yolundaki genel kanı, bir dönem boyunca, depresyon da dahil olmak üzere bir takım güçlüklerin olağan gelişim sürecinin bir parçası kabul edilmesine yol açmıştır. Ancak daha sonraları, ergenlikte ortaya çıkan ruhsal sorunların erişkinlikte ciddi ruhsal bozukluklar biçiminde

* Uzm. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

** Doç. Dr., Cerrahpaşa Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı.

sürdüğü gösterilmiştir. Böylelikle ergenlik dönemindeki depresyonun bu döneme özgü güçlüklerden birisi olarak değil, şimdiki ve geleceği etkileyebilecek önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak görülmesi gerektiği anlaşılmıştır (Kutcher ve Marton 1989).

Çocuk ve ergenlerde depresyon erişkinlerle aynı ölçütler kullanılarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte depresif belirtilerin dışavurumunda gelişimsel farklılıkların olabileceği düşünülmektedir. Ergenlerde depresif bozuklukların yaygınlığını araştıran çalışmaların çoğu öz bildirim dayalı ölçeklerle yapılmıştır. Yapılandırılmış formlar kullanılarak yapılan çalışmalarda öz bildirim dayalı ölçeklerle olduğundan daha düşük oranda tanı konmuştur. Öte yandan klinik muayene ile, yapılandırılmış görüşmelerle olduğundan daha az tanı konmaktadır. Sistematik tanısal ölçütlerin kullanılmasının ergenlerde depresif bozukluk tanımlarını iki ila dört kat artırdığı bildirilmektedir (Kutcher ve Marton 1989).

Depresif bozukluğu olan ergenlerin ayırt edici özelliklerini belirlemeye yönelik çalışmalar, özellikle alan çalışması söz konusu olduğunda oldukça azdır. Depresif bozukluklarla bağlantıları en sık araştırılmış olan değişkenler yaş, ırk, cinsiyet, anabadağı psikopatoloji, benlik saygısı, aile içi etkileşim, travmatik yaşam olayları ve sosyoekonomik durumdur (Garrison ve ark. 1992).

Bu çalışma hem ergenlerde depresif bozulduğın yaygınlığını belirlemeyi hem de tanı alan ergenlerin sosyodemografik, ailesel, kişisel özellikler bakımından ayırt edici özelliklerini saptamayı, depresif bozukluğu olan ergenlerin bir profilini çıkarmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Çalışmada kullanılan araçlar şunlardır:

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: (Children's Depression Inventory) (ÇDÖ): Kovacs (1981, 1985) tarafından geliştirilen bu ölçek 6-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede üç ifade vardır. Bu ifadeler sorgula-

nan belirtinin varlığına ve şiddetine göre 0, 1 ya da 2 olarak puanlanır. Ölçek puanı 0-54 arasında olabilir, kesme puanı olarak 19 önerilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu- Sağlıklı Kişi (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient) (SCID-I-NP): ÇDÖ'de kesme puanının üzerinde puan alan ergenlerle tanısal görüşme yapmak için Spitzer, Williams ve Gibbon (1987) tarafından geliştirilen yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. Formun Türkçe versiyonu Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından hazırlanmıştır. SCID formu DSM-III-R ölçütlerini esas aldığı için konan tanımlar DSM-IV'e uygunlukları açısından denetlenmiştir.

Genel Bilgi Formu: Araştırmacılarca hazırlanan bu formda sosyodemografik bilgiler, aile içi etkileşim, okulla ilişki, önemli yaşam olayları, travmatik yaşantılar, ergenin ve ailesinin fiziksel sağlığı, alışkanlıklar, patolojik davranışlar hakkında sorular bulunmaktadır.

Çalışma için İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü'nün, ilgili okulların yönetimlerinin ve öğrencilerin onayı alınmıştır. İstanbul ili Bakırköy ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı liselerden küme örnekleme yoluyla seçilen ikisi özel ikisi devlet okulu statüsündeki dört lisenin birinci sınıf öğrencilerine ÇDÖ verilmiş (n=955), ölçeği doğru biçimde dolduranlar arasından (n=939) kesme puanı olan 19 ve üzerinde puan alanlar belirlenmiştir (n=91). Bu öğrencilerle SCID kullanılarak tanısal görüşme yapılmıştır. Kontrol grubu, tanı alan öğrencilerin her biri için aynı sınıftan ve cinsiyetten kesme puanı altında puan almış öğrencilerden oluşmaktadır. Genel bilgi formları görüşme yapılan tüm öğrenciler için, soruların araştırmacılar tarafından sorulması ve gerektiğinde başka sorular eklenecek hedeflenen bilgiye ulaşılması yoluyla doldurulmuştur. Araştırmanın yapıldığı okul ve sınıflardaki toplam öğrenci sayısı 1018 olup ölçeklerin doldurulması sırasında hastalık, devamsızlık ya da başka nedenlerle sınıfta bulunamayan 63 öğrenci, okul kayıtlarından elde edilen bilgilere göre, sosyodemografik bakımdan diğer öğrencilerden farklı değildir. Ancak bu öğrenciler ara-

sında erkek öğrencilerin oranı (%63) genel örnekleme göre daha yüksektir.

İstatistiksel değerlendirmeler "SPSS for Windows" paket programıyla IBM uyumlu bilgisayarda yapıldı. Nicel verilerin değerlendirilmesinde t testi kullanıldı, gerektiğinde sonuçlar Mann-Whitney U testiyle de doğrulandı. Nitel verilerin değerlendirilmesinde ise ki kare yöntemi kullanıldı, gerektiğinde Fisher tam olasılık testi uygulandı. Sonuçlar $p \leq 0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Örneklemdaki öğrencilerin 651'i (%68) devlet okullarında, 304'ü (%32) özel okullarda okumaktadır. Öğrencilerin 533'ü kız (%55.8), 422'si (%44.2) erkektir. Çalışmaya alınan ergenlerin 28'ine majör depresyon 12'sine distimik bozukluk tanısı konulmuştur. Majör depresyon grubunda 22 kız 6 erkek, distimik grubunda 9 kız 3 erkek vardır. Böylelikle herhangi bir depresif bozukluğu olan ergenlerin oranı %4.3 olarak belirlenmiştir. Majör depresif bozukluğun yaygınlığı %3, distimik bozukluğun yaygınlığı ise %1.3'tür.

Olgu ve kontrol grubundaki öğrenciler yaş, anne yaşı ve baba yaşı bakımından farklı değildi. Ancak, depresif bozukluklu ergenlerin annelerinin yaşı kontrollerine göre daha büyük ol-

ma eğilimindeydi. İki grup, aylık toplam aile geliri ve haftalık harçlık miktarı bakımından farklı değildi. Annelerin ve babaların eğitim durumları benzerdi. Olgu grubundaki öğrencilerin kardeş sayısının kontrol grubuna göre anlamlılığa yakın düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tek erkek çocuk ya da tek kız çocuk olma bakımından gruplar farklı değildi. Sosyo-ekonomik düzeyler arasında da farklılık yoktu. Annelerin çalışıp çalışmadığı ya da baba mesleği açısından da gruplar arasında farklılık bulunmadı.

Aile üyelerinin birbirlerine fiziksel şiddet uygulaması ve anababa arasında geçimsizlik olgu grubunda belirgin olarak daha fazlaydı. Aile üyeleri tarafından sevilmediğini düşünen ve aile üyelerinden hiçbirisini kendisine yakın hissetmeyen öğrencilerin oranı olgu grubunda anlamlı biçimde daha yüksekti. Depresif bozukluğu olan ergenler daha yüksek oranda diğer aile üyeleri tarafından eleştirildiklerini ve suçlandıklarını bildirdiler. Ergenin çalışmayı okumayla birlikte sürdürmek, kendinden küçük kardeşinin ya da bakıma muhtaç anababanın bakımını üstlenmek gibi ağır sorumluluklar alması durumu olgu grubunda daha sık görülüyordu, ancak istatistiksel farklılık saptanmadı. İki grup aile üyelerindeki suçluluk oranı bakımından farklılık göstermiyordu. Birlikte oturulan aile üyeleri arasında aile işlevselliğini etkileyecek düzeyde

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

| | Olgular (SS) | Kontroller (SS) | t değeri | p değeri |
|---------------------------|--------------|-----------------|----------|---------------------|
| Yaş (Yıl) | 15.7±0.8 | 15.5±0.7 | 1.33 | 0.19 ^{AD} |
| Anne Yaşı (Yıl) | 40.4±4 | 38.5±4 | 1.92 | 0.052 ^{AD} |
| Baba Yaşı (Yıl) | 44.6±6.2 | 42.6±4.7 | 1.56 | 0.12 ^{AD} |
| Gelir (Milyon TL) | 25.3±16.6 | 34.8±97.2 | -0.56 | 0.57 ^{AD} |
| Haftalık Harçlık (Bin TL) | 340±190 | 320±240 | 0.41 | 0.68 ^{AD} |
| Anne Eğitimi (Yıl) | 6.9±3.7 | 7±2.9 | -0.13 | 0.89 ^{AD} |
| Baba Eğitimi (Yıl) | 8±4 | 7.9±3.4 | 0.24 | 0.8 ^{AD} |
| Kardeş Sayısı | 3.2±1.3 | 2.7±1 | 1.97 | 0.053 ^{AD} |

SS: Standart Sapma AD: Anlamlı Değil

alkol kullanımı olgu grubunda daha fazla görü-
lüyordu. (Tablo 2)

rak değerlendirilmiştir. Olgu grubunda yaşamı-
nın herhangi bir döneminde cinsel tacize uğra-

Tablo 2: Aile İçi Etkileşim

| | Olgular (%) | Kontroller (%) | χ^2 | p değeri |
|--------------------------------|-------------|----------------|----------|---------------------|
| Ailede Suçlanma ve Eleştirilme | 47.5 | 20 | 6.8 | 0.0009** |
| Ailede Fiziksel Şiddet | 37.5 | 2.5 | 15.3 | 0.00009*** |
| Ailede Geçimsizlik | 15 | 4 | 8.35 | 0.0038** |
| Sevilmediğini Düşünme | 25 | 2.5 | 8.5 | 0.0035** |
| Yakın Kişinin Olmaması | 30 | 10 | 5 | 0.025* |
| Ağır Sorumluluk | 25 | 10 | 3.1 | 0.077 ^{AD} |
| Ailede Suçluluk | 10 | 2.5 | 1.92 | 0.16 ^{AD+} |
| Ailede Alkol Kullanımı | 32.5 | 7.5 | 7.8 | 0.0052** |

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.0001 AD: Anlamli Değil + Fisher tam olasılık testi

Önemli yaşam olayları ve travmatik yaşantılar açısından bakıldığında; ergenin eski çevresiyle bağlarının kopmasına yol açan son iki yıl içindeki göçler, taşınmalar ya da okul değişiklikleri iki grupta birbirine yakın oranlarda bulunmuştur. Son yıl içinde ailesinden ya da yakın arkadaşla-

muş olma öyküsü daha yüksek olmakla birlikte farklılık anlamlı bulunmamıştır; ancak fiziksel taciz öyküsü olgu grubunda anlamlı biçimde daha yüksektir. Tatiller, kurslar gibi nedenler dışında zorunlu olarak aileden bir aydan daha uzun süreyle ayrı yaşamak zorunda kalma öyküsü ise farklılık göstermemektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Önemli Yaşam Olayları ve Travmatik Yaşantılar

| | Olgular (%) | Kontroller (%) | χ^2 | p değeri |
|--------------------|-------------|----------------|----------|----------------------|
| Göç ya da Taşınma | 27.5 | 27.5 | 0 | 1 ^{AD} |
| Okul Değişikliği | 32.5 | 25 | 0.55 | 0.46 ^{AD} |
| Kayıp | 25 | 17.5 | 0.67 | 0.41 ^{AD} |
| Kaza, Yangın vb | 17.5 | 17.5 | 0 | 1 ^{AD} |
| Fiziksel Taciz | 25 | 7.5 | 4.36 | 0.036* |
| Cinsel Taciz | 15 | 2.5 | 3.75 | 0.086 ^{+AD} |
| Aileden Ayrı Kalma | 17.5 | 10 | 0.95 | 0.33 ^{AD} |

*p<0.05 AD: Anlamli Değil + Fisher tam olasılık testi

rından birisini ölüm ya da sürekli ayrılık nedeni ile yitirenler iki grupta benzer oranlardadır. Önemli bir kaza geçirme ya da yangın, deprem, sel gibi bir felakete maruz kalma oranı her iki grupta eşittir. Ergenin kendisini rahatsız eden cinsel yaklaşımlara maruz kalması cinsel taciz; fiziksel şiddete maruz kalması fiziksel taciz ola-

Okula isteksizlik olgu grubunda kontrollerden belirgin biçimde fazla görülmektedir. Sınıfta kalma öyküsü olgularda biraz daha fazla olmakla birlikte farklılık anlamlı değildir. Olgu grubundaki ergenler aile üyelerinde daha fazla kronik fiziksel sağlık sorunu bildirmekteydi. Depresif bozukluğu olan ergenler kontrollere

göre daha fazla kendine zarar verme davranışı (kesici aletlerle kollarını çizmek, başını duvara vurmak, intihar girişimleri vb) sergilemekteydi. Başkalarına fiziksel olarak zarar verme davranışı bakımından iki grup farklı bulunmadı. Olgu grubundaki ergenlerden en az bir kez evden kaçtığını bildirenler 6 kişiydi, kontrol grubundaki öğrencilerde evden kaçma öyküsü yoktu. Olgu grubundan dört ergen uygun ortam bulunca alkol kullandığını bildirdi. Ayrıca olgu grubundaki ergenlerin 12'si kontrol grubundaki ergenlerin beşi uygun ortam bulunca sigara kullandığını bildirdi, bu farklılık istatistiksel anlamlılık düzeyine yakındı (Tablo 4).

(Akiskal ve Weller 1989, Fleming ve ark. 1989, Kutcher ve Marton 1989). Bu farklı sonuçlar genellikle kullanılan gerece, örneklem seçimine ve yöntemdeki farklılıklara bağlanmıştır (Connelly ve ark. 1993, Moreau 1990). Yüksek oranların elde edildiği çalışmalar daha çok öz bildirime dayalı ölçekler aracılığıyla yapılmış olanlardır. Bu oranlar, yapılandırılmış tanınal görüşme formları kullanıldığında dramatik biçimde, örneğin %50'lerden %2.9'a düşebilmektedir. Yapılandırılmış formlarla yapılan çalışmalara göre yaygınlık %3.7-8.7 gibi daha dar bir aralıkta yer almaktadır (Fleming ve ark. 1989, Lewinsohn ve ark. 1993). Çalışmamızda elde edilen sonuç,

Tablo 4: Okulla İlişki, Sağlık Durumu, Davranış ve Alışkanlıklar

| | Olgular (%) | Kontroller (%) | X ² | p değeri |
|--------------------------|-------------|----------------|----------------|---------------------|
| Okula isteksizlik | 47.5 | 12.5 | 11.7 | 0.0006** |
| Sınıfta Kalma | 22.5 | 15 | 0.73 | 0.39 ^{AD} |
| Ailede Sağlık Sorunu | 32.5 | 10 | 6.05 | 0.014* |
| Ergende Sağlık Sorunu | 15 | 2.5 | 3.9 | 0.11 ^{+AD} |
| Epilepsi | 0 | 2.5 | 1.01 | 1 ^{+AD} |
| Kendine Zarar Verme | 37.5 | 0 | 15.5 | 0.00008** |
| Başka Birine Zarar Verme | 7.5 | 0 | 3.1 | 0.24 ^{+AD} |
| Evden Kaçma | 15 | 0 | 6.48 | 0.025 ** |
| Sigara Kullanma | 30 | 12.5 | 3.6 | 0.056 ^{AD} |
| Alkol Kullanma | 10 | 0 | 4.2 | 0.12 ^{+AD} |

*p<0.05 **p<0.001 AD: Anlamlı Değil ⁺Fisher tam olasılık testi.

TARTIŞMA

Bulgularımıza göre depresif bozuklukların yaygınlığı %4.3'tür. Majör depresif bozukluk için bu oran %3, distimik bozukluk içinse %1.3 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ergen nüfusta yaygınlığı belirlemeye yönelik çalışmaların çoğunun yalnızca öz bildirime dayalı ölçekler aracılığıyla yapıldığı görülmektedir, öte yandan klinik olmayan örneklemde öz bildirime dayalı ölçeklerle yapılan çalışmalarda abartılı sonuçlar elde edildiği bilinmektedir (Connelly ve ark. 1993, Fleming ve ark. 1989). Klinik örneklemde %5'ten %59'a dek değişen sonuçlar bildirilirken, öğrencilerle yapılan çalışmalarda %0.4'ten %50'lere varan oranlar elde edilmiştir

benzer desendeki çalışmalarda bildirilenlerle uyumludur. Çalışmada kullanılan ölçeğin Türkçe biçiminin geçerlilik-güvenirlilik çalışmasının (Öy 1991) 9-13 yaş grubu için yapıldığı bulgular değerlendirilirken akılda tutulmalıdır. Ayrıca söz konusu çalışmada klinik değerlendirmeye alınan 59 öğrenciden 10'unda depresyon saptanmış, bunların dördünde ölçek puanı kesme puanının altında kalmıştır. Ölçeğin bu yalancı negatif sonuç verme oranı da bulgular değerlendirilirken hesaba katılmalıdır. Kesme puanı altında puan aldığı halde depresif bozukluğu olan öğrenciler bulunabilir. Bu nedenle, elde edilen yaygınlık oranlarının gerçek oranların bir miktar altında olması muhtemeldir.

Araştırmada belirlenen olguların dörtte üçünden fazlası kızdır. 12 yaş civarına dek kızlarla erkekler arasında depresyon prevalansı yönünden fark olmadığı, bu yaştan sonra kızlarda giderek artan oranda daha fazla depresyon görüldüğü kabul edilmektedir (Petersen ve ark. 1993). Kashani ve arkadaşları klinik olmayan örneklemede 14-16 yaşlarındaki öğrencilerle yaptıkları bir çalışmada kızlarda erkeklerden 5 kat daha fazla majör depresyon bildirmişlerdir (Kashani ve ark. 1987). Lewinsohn ve arkadaşlarının 1500'den fazla lise öğrencisiyle yaptıkları çalışmada depresif bozukluk oranı kızlarda erkeklerin iki katıdır (Lewinson ve ark. 1993). Cinsiyete ilişkin rollerin kızlar için daha az etkili başa çıkma mekanizmalarına olanak tanınması; kızların bu dönemde erkeklere oranla daha fazla güçlükle karşılaşması; kızların puberteye erkeklerden daha önce girmesi bu farklılığı açıklamak için öne sürülen varsayımlardan bazılarıdır (Petersen ve ark. 1993). Bir çalışmada erkek ergenlerin öz bildirime dayalı ölçeklerde bildirilen belirtiler açısından kızlardan pek farklı olmadıkları, ama yüz yüze görüşmede kızlardan daha az belirti bildirdikleri belirlenmiştir (Jolly ve ark. 1994). Araştırmacılar bu durumun erkeklerin öznel güçlüklerini, ölçeklerde daha kolay ifade edebilmelerine karşın bunları yüz yüze görüşmede bildirmeye zorlanmalarından; kızların ise ölçekte bildirdikleri belirtileri klinik görüşmede de ifade edebilmelerinden kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir. Bizim araştırmamızda da kesme puanı üzerinde puan alanlar arasında erkeklerin oranı %30 iken, tanısal görüşmeler sonrasında bu oran %17.5'e düşmüştür.

Olgu ve kontrol grubundaki öğrencilerin sosyodemografik özellikler bakımından farklı olmadığı görülmektedir. Her iki gruptaki öğrencilerin aynı okul, sınıf ve cinsiyetten seçilmiş olması bu durumu kısmen açıklamaktadır. Birçok çalışmada kardeş sayısının, doğum sırasının, sosyoekonomik durumun, anababanın eğitim durumunun ergenlerdeki depresyonla bir ilişkisi gösterilmemiştir (Akiskal ve Weller 1989, Mc Cauley ve ark. 1993). Petersen ve arkadaşları (1993) ekonomik güçlükle depresyon arasında bağıntı olabileceğini öne sürmüşler; Garrison ve arkadaşları (1992) ise yalnızca distimi ile yüksek sosyo-

ekonomik düzey arasında bir ilişki bulduklarını ve bu grupta distiminin daha az görüldüğünü bildirmişlerdir. 14-16 yaş grubuyla yapılan bir çalışmada depresyon da dahil olmak üzere hiçbir psikiyatrik bozukluğun sosyoekonomik düzeyle ilişkili olmadığı bulunmuştur (Kashani ve ark. 1987). Geniş bir yaş aralığında (4-16) yapılan başka bir çalışmada ise düşük sosyoekonomik düzeyin depresif bozukluklarla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Bird ve ark. 1989). Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992) ergenlerde, Aydın ve Doğan (1988) prepubertal çocuklarda düşük sosyoekonomik düzeyle depresyonun ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Anababanın eğitiminin yalnızca depresyonun başlama yaşı ile ilintili olduğu ve anababanın eğitim düzeyinin düşük olmasının depresif bozukluğun daha erken yaşta ortaya çıkmasıyla bağlantılı bulunduğu bildirilmektedir (Lewinsohn ve ark. 1994).

Ergenin ailesiyle ilişkisi ve etkileşimi ile ilgili değişkenler iki gruba en iyi ayıran değişkenlerdendir. Daha önceki çalışmalarda ailede geçimsizlik ve boşanma, anababıyla iletişimin bozuk olması, aile üyelerince eleştirilip suçlanma, sağlam bir emosyonel bağın olmayışı gibi etmenlere değinilmiştir (Harrington 1994, Cytryn ve Mc Knew 1978, Kandel ve Davies 1982, Goodyer ve ark. 1985). Marton ve Maharaj (1993) emosyonel bağın yetersizliğinin hem kendi başına, hem de ergenin stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmasında yarattığı güçlükler nedeniyle önemli olduğuna değinmekte; depresif ergenlerin anababalarıyla daha çok çatışma yaşadıklarını, onlardan daha az destek aldıklarını belirtmektedirler. Robertson ve Simons'a (1989) göre ergenlerin anababaları tarafından reddedildikleri biçimindeki algıları benlik saygısını düşürerek depresyonu artırmaktadır. Petersen ve arkadaşları (1993) anababa-çocuk ilişkisinin bozuk olmasının, aile dayanışmasının düşük düzeyde oluşunun, anababanın geçimsizliğinin önemini vurgulamaktadırlar. Bu bakımdan gerek genel olarak aile içi etkileşimle ilgili bulgularımız gerekse olgu grubundaki ergenlerin ailelerince sevilmediklerini ve onlardan saygı görmediklerini ifade etmeleri literatürle uyumlu bir bulgudur (Cytryn ve Mc Knew 1978, Petersen ve ark. 1993, Marton ve Maharaj 1993).

Önemli yaşam olayları ve travmatik yaşantılar bazı yazarlar tarafından depresyonla ilişkili

bulunmuştur. Bunlar arasında en önemlisi anababadan birisinin ölümü ya da boşanma vb. nedenlerle uzakta oluşudur. Marton ve Maharaj (1993) literatürü gözden geçirerek şu sonuca varmışlardır: uzun bir süre boyunca depresyon kayba karşı bir reaksiyon gibi kavranmışsa da anababadan birisinin ölümünün doğrudan doğruya depresyon riskini arttırmadığına ilişkin geniş bir veri yığını vardır. Aile etkilişimi ve önceki uyum yeteneği kayıp öyküsünden daha önemli görünmektedir (Marton ve Maharaj 1993). Bizim çalışmamızda kayıp öyküsü anababayla sınırlı olarak alınmamış aileden birisinin ya da aynı evde oturdukları bir yakınının kaybı araştırılmıştır. İki grup bu bakımdan farklı bulunmamıştır. Göç ve okul değişiklikleri iki grupta benzer oranlarda bulunmuştur. Her iki grupta oranların yüksek oluşu, Türkiye'de genel olarak göç olayının fazla olmasıyla ilintili olabilir. Fiziksel tacize maruz kalma olgu grubunda daha fazladır. Cinsel tacize uğramış olma bakımından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Cinsel ve/veya fiziksel tacizin depresyonla ilişkisinden söz eden yazarlar olmakla birlikte, araştırma sonuçları çelişik bulgular vermektedir (Harrington 1994). Tek tek olumsuz yaşam olaylarının özgül katkılarını araştıran çalışmalar azdır. Çoğu çalışmada olumsuz yaşam olayları tek tek incelenmemiş, birçokları bir arada sorulup genel olarak olumsuz yaşam olaylarının etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Goodyer ve ark. 1993, Harrington 1994, Marton ve Maharaj 1993, Garrison ve ark. 1992).

Okulla ilişkileri açısından değerlendirildiklerinde olgu grubundaki ergenler, kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla okula karşı isteksizlik bildirmişlerdir. Literatürde de, depresif ergenlerin normal kontrollere göre arkadaşlık ilişkilerinde daha çok güçlük yaşadıkları ve daha fazla okula isteksizlik gösterdikleri bildirilmektedir (Petersen ve ark. 1993).

Ergende ve/veya ailesinde fiziksel hastalığın varlığının da depresyonla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Marton ve Maharaj 1993, Mc Culey ve ark. 1991). Bunun, anababanın fiziksel hastalık nedeniyle çocuklarıyla daha az ilgilenmesi, çocuğun da daha fazla sorumluluk üstlen-

mesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ailede fiziksel hastalığı olanlar olgu grubumuzda istatistiksel olarak anlamlı biçimde fazlaydı. Ancak ergenin kendisinde fiziksel hastalık olması bakımından iki grup arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa erişmiyordu. Olgu grubundaki ergenlerde kendine zarar verme davranışları anlamlı olarak daha yüksek oranda görülmektedir. Başkalarına zarar verme davranışı bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatür bilgileriyle uyumludur (Hollis 1996, Rao ve ark. 1993, Brent ve ark. 1993, Borst ve Noam 1993).

Alkol ve sigara kullanımı olgu grubunda daha fazla olmakla birlikte iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli değildi. Literatürde depresif bozukluğu olan ergenlerde alkol ve madde kullanımının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Botvin ve Botvin 1992, Covey ve Tam 1990, Harford ve Mills 1978). Bir çalışmada ergenlerde sigara kullanımı depresyonla ilişkili bulunmuş, ancak başka psikiyatrik bozuklukların komorbid olarak bulunduğu olgular dışlandığında arada anlamlı ilişki kalmadığına dikkat çekilmiştir (Brown ve ark. 1996).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresif bozukluğu olan ergenleri en iyi ayırtımdan değişkenlere bakıldığında cinsiyetin, anababa arasında boşanma girişimlerine ya da boşanmaya varan geçimsizliğin, ergenin ailesi tarafından suçlanmasının ya da öyle hissetmesinin, aile içinde fiziksel şiddetin varlığının önemi dikkat çekmektedir. Depresif bozukluklu ergenler kontrollere göre daha çok kendine zarar verici davranış sergilemektedirler. Aile içinde yeterince sevilmediklerini ve saygı görmediklerini düşünmektedirler. Okula isteksizlikleri kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı derecede yüksektir. Ailelerinde kendilerine yakın hissettikleri hiç kimsenin olmadığını kontrol grubundakilere göre daha sık ifade etmektedirler. Ayrıca, aile üyelerinde kronik fiziksel hastalık bulunması olasılığı da kontrol grubundaki yaşlılarına göre daha yüksektir.

Bu sonuçlar klinik olmayan örneklemdeki depresif bozukluklu ergenlerin özellikleri konusun-

da bir fikir vermektedir. Ortaya çıkan sonuçlar hem depresyonun tanınması ve önlenmesinde hem de tedavi yaklaşımlarında yol gösterici olabilir. Ergen nüfus içinde daha fazla risk altında olanların belirlenmesinde burada ortaya çıkan profilden yararlanılabilir. Bu profil ergenlerde depresyonla ilgili olarak koruyucu hekimlik alanında yapılması gerekenler hakkında da fikir vermektedir. Risk altında olan ergenler başta olmak üzere bu topluluğa yardım ve destek olanaklarını tanıtmak ve bu amaçla aile ve okul yönetimi ile işbirliği yollarını araştırmak gerekli görünmektedir.

KAYNAKLAR

Akiskal HG, Weller EB (1989) Mood disorders and suicide in children and adolescents. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/5, Vol:2* içinde, HI Kaplan, BJ Saddock (ed). Williams and Wilkins, Baltimore, s:1981-1994.

Aydın C, Doğan L (1988) Normal prepubertal çocuklarda depresif bulguların araştırılması. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, Ankara, s:311-327.

Bird HR, Gould MS, Yager T ve ark. (1989) Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:847-850.

Borst S, Noam GG (1993) Developmental psychopathology in suicidal and nonsuicidal adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 501-508.

Botwin GJ, Botwin EM (1992) Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assesment issues. *J Dev Behav Pediatr* 13: 290-301.

Brent DA, Perper JA, Moritz G ve ark. (1993) Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 521-529.

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: 1602-1610.

Connelly B, Johnston D, Brown IDR ve ark. (1993) The prevalence of depression in a high school population. *Adolescence* 28: 149-158.

Covey LS, Tam D (1990) Depressive mood, the single parent home, and adolescent cigarette smoking. *Am J Public Health* 80: 1330-1333.

Cytryn L, McKnew D (1978) *Affective disorders. Basic Handbook of Child Psychiatry Vol 2* içinde, J Noshpitz (ed), Basic Books, New Yoork, s: 321-340.

Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1992) Adolesanlarda depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29(3): 145-150.

Fleming JE, Offord DR, Boyle MH (1989) Prevalance of childhood and adolescent depression in the community. *Br J Psychiatry* 155, 647-654.

Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL ve ark. (1992) Major depressive disorders and dysthymia in young adolescents. *Am J Epidemiol* 135: 792-802.

Goodyer İ, Kolvin I, Gatzanis S (1985) Recent undesirable life events and psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Br J Psychiatry* 147: 517-523.

Goodyer IM, Cooper PJ, Vize CM ve ark. (1993) Depression in 11-16 year old girls: the role of past parental psychopathology and exposure to recent life events. *J Child Psychol Psychiat* 34: 1103-1115.

Harford TC, Mills GS (1978) Age related trends in alcohol consumption. *J Stud Alcohol* 39: 207-210.

Harrington R (1994) *Affective disorders. Child and Adolescent Psychiatry* içinde, M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed), Blackwell Scientific Publications, Oxford, s:330-350.

Hollis C (1996) Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 35: 622-630.

Jolly JB, Wiesner DC, Wherry JN ve ark. (1994) Gender and the comparison of self and observer ratings of anxiety and depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1284-1288.

Kandel DB, Davies M (1982) Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1205-1212.

Kashani JH, Carlson GA, Beck NC ve ark. (1987) Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 144: 931-934.

Kovacs M (1981) Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiat* 46: 305-313.

Kovacs M (1985) The Children's Depression Inventroy (CDI). *Psychopharmacol Bull* 21: 995-998.

Kutcher SP, Marton P (1989) Parameters of adolescent depression. *Psychiatric Clinics of North America* 12: 895-918.

- Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR ve ark. (1994) Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 809-818.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE ve ark. (1993) Adolescent psychopathology: I. Prevalance and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 102 (1): 133-144.
- Marton P, Maharaj S (1993) Family factors in adolescent unipolar depression. *Can J Psychiatry* 38: 373-381.
- Mc Cauley E, Carlson G, Calderon R (1991) The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30: 631-635.
- McCauley E, Myers K, Mitchell J ve ark. (1993) Depression in young people: Initial Presentation and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 715-722.
- Moreau DL (1990) Major depression in childhood and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America* 13: 355-368.
- Öy B (1991) Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2(1): 132-136.
- Petersen AC, Compas BE, Brooks-Funn J ve ark. (1993) Depression in adolescence. *American Psychologist* 48 (2): 155-168.
- Rao U, Weismann MM, Martin JA ve ark. (1993) Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 21-27.
- Robertson JF, Simons RL (1989) Family factors, self-esteem, and adolescent depression. *J Mar Family* 51: 125-138.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID) Kullanım Kılavuzu. Ege Üniversitesi Yayınevi, İzmir.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987) Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York State Psychiatric Institute-Biometrics Research, New York.