

## ÇOCUK VE ERGENDE DEPRESYON

*Doç. Dr. M. Levent Kayaalp*

Klinik tablo olarak olmasa da, teorik kurgu temelinde çocukta depresif durumdan ilk kez Melanie Klein 1934’de söz etmiştir (Klein, 1934). Buradaki depresif durum, şizoparanoide evreyi izleyen ve 1-2 yaş arasında yer alan normal bir gelişim evresidir. Daha sonraki yıllarda Spitz, anneden ani olarak ayrılan 6-8 aylık bebeklerde ağlama ve inlemelerin ardından içe kapanma ve çevreye kayıtsızlık şeklinde ortaya çıkan tabloyu “anaklitik depresyon” olarak tanımlamıştır (Spitz, 1945; Spitz, 1965). Ancak, çocukta yetişkindekine benzer klinik görünümlü depresif tabloların varlığı, yetişkin depresyonunun klinik bir antite olarak netlik kazandığı 1960 sonrası dönemde araştırılmıştır.

Bu çalışmalarda yetişkin depresyonunu andıran semptomatolojik tablolar yanında, okul fobisi (Ling, Oftedal, Weinberg, 1970), enürezi, enkoprezi (Frommer, 1968), öfke nöbetleri, okuldan kaçma (Renshaw, 1974) gibi semptomların yer aldığı tablolar da tanımlanmıştır. Yetişkin depresyonu ile çocuklarda görülen depresyon arasındaki farklılık ve dolayısı ile de yetişkin ölçütlerinin çocuklara uygulanıp uygulanamayacağı uzun süren tartışmalara yol açmış, ancak sonuçta her iki gruba da aynı ölçütlerin uygulanabileceği görüşü ağır basmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Ancak, çocukluk olarak adlandırılan dönemin, oldukça uzun bir süreyi kapsamaması, homojen olmayıp birbirinden farklı dönemlere ayrılması, çocuğun sürekli gelişim halinde olması nedeniyle normal ile patolojinin ayırılmasının güçlüğü bu görüşün uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Bu durumda çocuk depresyonunu gelişim evrelerine göre belirli yaş gruplarında ayrı ayrı ele almak daha gerçekçi görünmektedir (Ajuriaguerra, Marcelli, 1989).

### **A- Bebeklik ve izleyen dönem (24-30. aylara kadar)**

Bu dönemin en önemli özelliği konuşmanın başlangıçta hiç olmaması ve ortaya çıktığında yetersiz kalmasından dolayı iletişim ve duyguları dışlaştır-

ma olanaklarının kısıtlılığıdır. Dolayısıyla çocuğun yaşının küçük olması ölçüsünde, uyku ve yeme bozuklukları, cilt belirtileri (egzama) gibi somatik ifadeler ön plana çıkacaktır. Spitz'in anneden ayrılan bebeklerde tarif ettiği "anaklitik depresyon" tablosu ağır affektif yoksunluk durumlarında aile içinde yaşayan bebeklerde de ortaya çıkabilir. Bu bebekler bitkin, durgun, donuk bakışlı ve çevreye kayıtsız bir görünüm sergilerler. Yaşına uygun ses oyunlarını (ağu v.b.) ve el oyunlarını gerçekleştirmediği gibi, çevreyi merak ve keşif davranışlarını da göstermezler. Bunların yerine kendi kendini uyardırma yönelik stereotipik davranış örüntüleri sergilerler. Tablonun daha da ağırlaştığı durumlarda bebeğin psikomotor gelişimi yavaşlayabilir.

### **B- Küçük çocukluk dönemi (30 ay - 5-6 yaş)**

Bu dönemdeki semptomatoloji oldukça değişkendir ve genellikle davranış temelinde dışlaştırılır. Aşırı hareketlilik ve hırçınlık, çevreye ve kendine zarar verme, kompulsif masturbasyon yanında, içe kapanma ve aşırı sükunet de gözlemlenebilir. Duygusal alanda ise istikrarsızlık ve anlık değişiklikler egemendir. Sevgi ve ilgi açlığı içinde yetişkine yaklaşan çocuk bir anda onu itebilir. Uyku ve yeme bozukluğu gibi somatik ifadelere bu yaş grubunda da rastlanabilir. Öte yandan edinilmiş beceriler alanındaki gerilemeye bağlı olarak enürezi ve enkoprezi görülebilir.

### **C- Çocukluk dönemi (5-6 yaş - 12-13 yaş)**

Yaşın büyümesiyle gelişen zihinsel kapasite ve kendini ifade olanaklarına bağlı olarak semptomatoloji daha içselleştirilmiş bir nitelik kazanır. Başka bir deyişle yetişkindeki depresyon tablosuna benzemeye başlar. Depresif ruh durumu "yapamam", "bilmiyorum", "yorgunum" gibi ifadelerle aktarılır. Ancak bunun yanında depresif afektlere karşı koymayı amaçlayan, saldırgan ve dürtüsel davranışlar, hırsızlık, yalan, okuldan veya evden kaçma gibi tutumlara başvurulabilir. Okul başarısızlığı ise hemen hemen her olguda mevcuttur.

### **D- Ergenlik dönemi**

Ergenlik dönemi depresyonu gerek yetişkin depresyonunun başlangıcı olma potansiyeli taşıması (Kovacs, Obrosky ve ark., 1997; Garrison, Waller ve ark., 1997), gerekse ergenin intihar girişimiyle yakından ilgili olması (Flisher, 1999) nedeniyle özel bir ilgi odağı olmuştur. Bu iki özellik ergen depresyonunun yetişkin depresyonundan farksız olduğunu, dolayısıyla da ergen depresyonu ölçütleriyle değerlendirilebileceği düşüncesini uyandırabilir. Ancak ergenin ruhsal organizasyonu yetişkine ait öğeler yanında, çocuğa ait öğeler de taşır. Bu özelliğe, ergende çok sık rastlanılan ve neredeyse bu döneme

damgasını vuran dürtüsellik ve acting-out eğilimi de eklenince ergen depresyonu yetişkin depresyonundan farklı bir görünüm kazanabilir. Başka bir deyişle, ergen depresyonunda sık rastlanan davranış bozuklukları tablonun kişilik patolojisine benzetilmesine yol açabilir.

Ergenlik, sekonder cinsel karakterlerin gelişmesine bağlı olarak cinselliğin uyandığı, bedenin cinselleştiği bir geçiş dönemidir. Bu geçiş döneminde ruhsal yapının da bu bedensel değişikliğe ayak uydurması, değişiklikle alevlenen eski çatışmalar yanında yeni ortaya çıkan çatışmalarla da baş etmesi gerekmektedir. Ruhsal yapının bu çatışmalarla baş edemediği durumlarda ortaya çıkabilecek dekompansementasyon tablosu da, ergenlik döneminin yukarıda belirtilen özellikleri nedeniyle ergen depresyonuna benzer bir görünüm sunabilir.

## TEDAVİ

Çocuk ve ergen depresyonlarının tedavisinde izlenecek yol, klinik değerlendirmede izlenen yola paralel olmalı, yani çocuğun yaşını ve gelişim düzeyini göz önüne almalıdır. Anne-çocuk terapisi, aile terapisi, bireysel terapi ve antidepresan tedavisi seçiminde çocuğun yaşı yanında tablonun ağırlığı ve eşlik eden diğer patolojilerin de göz önüne alınması gerekir. Ergenlerde antidepresan tedavisi ise depresyonun arka plandaki psikotik yapıyı gizleyebilme olasılığı nedeniyle ayrı bir özellik taşır.

## KAYNAKLAR

1. Ajuriaguerra J, Marcelli D. (1989) Psychopathologie de l'enfant, Paris, Masson.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
3. Flisher AJ. (1999) Annotation: Mood Disorder in Suicidal Children and Adolescents: Recent Developments. *J Child Psychol Psychiat* 40, 315-324.
4. Frommer E. (1968) Depressive Illness in Childhood, *Br J Psychiatry* 2, 117-123.
5. Garrison CZ, Waller JL ve ark. (1997) Incidence of Major Depressive Disorder and Dysthymic Disorder in Young Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36; 4, 458-465.
6. Klein M. (1934) A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States, In Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945, London, Hogart Press and Institute of Psycho-Analysis 1948.
7. Kovacs M, Obrosky DS ve ark. (1997) First-Episode Major Depressive and Dysthymic Disorder in Childhood: Clinical and Sociodemographic Factors in Recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36; 6, 777-784.
8. Ling W, Oftedal G, Weinberg W. (1970) Depressive Illness in Childhood Presenting as Severe Headache. *Am J Dis Child* 120, 122-124.
9. Renshaw DC. (1974) Suicide and Depression in Children. *J School Health* 44, 487-489.
10. Spitz RA. (1945) Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1; 53-74.
11. Spitz RA. (1965) The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations, New York, International Universities Press.