

ERGENLİK DÖNEMİNDE DEPRESYON, KAYGI VE STRES*

Dr. Zeynep AKKUŞ ÇUTUK**

Özet

Depresyon, kaygı ve stres, her gelişim döneminde olduğu gibi ergenlik döneminde de oldukça önemlidir. Ergenlik dönemi hızlı büyümenin, bedensel, zihinsel, sosyal vb. her alanda değişimin yaşandığı bir dönemdir. Bu çalışmanın amacı, ergenlik döneminde sıklıkla görülen depresyon, kaygı ve stres ile bunlarla başa çıkma konularını incelemektir. Çalışma, ergenlik dönemindeki depresyonunun, kaygının ve stresin tanımlanması, nedenleri, özellikleri ve başa çıkma yolları ile ilgili yapılan araştırmalar doğrultusunda literatür taramasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Kaygı, Stres

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS IN ADOLESCENCE

Abstract

Depression, anxiety and stress are important in adolescence as well as in every developmental period. Adolescence is a time of rapid growth, physical, mental, social change and so on. It is a time when every area undergo changes. The aim of this study is to examine depression, anxiety and stress frequently encountered during adolescence and coping with them. The study was based on the literature review of researches on adolescent depression, anxiety and stress, their causes, characteristics and ways of coping.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress

Giriş

İnsan gelişimi yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Bu süreç içerisinde insanlar, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi çeşitli gelişim dönemlerinden geçerler. Bu

* Bu makale, Zeynep AKKUŞ ÇUTUK'un "Duygusal Dışavurum Amaçlı Psiko-Eğitim Programının Ergenlerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi" isimli doktora tezinin bir kısmını oluşturmaktadır.

** Milli Savunma Üniversitesi, zeynepdr1001@hotmail.com

dönemler içerisinde ergenlik, her bireyin yaşamının önemli bir kısmını oluşturan, çocukluk ile yetişkinlik arasında bir geçiş dönemidir.

Ergenlik döneminin en belirgin özelliği, hızlı büyüme ve gelişmenin yaşanmasıdır. Bu dönemde ergen biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal açıdan pek çok değişiklik ile karşılaşır (Yavuzer, 2015). Çocukluk dönemiyle kıyaslandığında, ergenlik de karşılaşılan biyopsikososyal sorunlar da artış meydana gelmektedir (Eskin, 2012). Bu dönemde ergen, vücudunda oluşan değişikliklere uyum sağlamak ve bunlara bağlı ortaya çıkan cinsel dürtülerle başa çıkmak durumundadır. Ergen, bilişsel yetilerinde meydana gelen olgunlaşma sonucunda hem kendisi hem de çevresiyle ilgili yeni değerlendirmeler ve soyutlamalar yapar. Bu dönemin gelişimsel ödevi olarak kimlik gelişimi önem kazanır. Ergen "ben kimim?" sorusuna yanıt bulmaya çabalar. Bu çabalama bazen bocalamalarla sonlanabilir. Sosyal açıdan ergenden beklentiler artar ve bu beklentiler doğrultusunda ergenin sorumluluklar alması gerekir (Alpaslan, 2012).

Gelişimsel bu zorluklar psikiyatrik bozuklukların oluşmasına zemin hazırlayabilmekle birlikte, ergen, bu dönemde akademik başarısızlık yaşama, sevdiği birini kaybetme, ailenin parçalanması gibi pek çok olumsuz durumla, travmatik ve stresli yaşam olaylarıyla da karşılaşabilmektedir. Ergenlerin söz konusu bu olumsuz yaşantılara tepkileri ve bu durumlarla başa çıkma stratejileri farklılık gösterir. Bazı gençlerin, karşılaştıkları bu zorluklarla yüzleşme ve üstesinden gelme konusunda diğerlerine göre daha başarılı oldukları ve daha iyi başa çıkma stratejileri kullandıkları görülmektedir. Bazı gençler ise bu olumsuz yaşantılar karşısında kendini güçsüz hissetmekte, yetişkinlik dönemi boyunca da katlanarak devam edebilen depresyon ve kaygı gibi çeşitli psikolojik bozukluklar yaşayabilmektedir.

1. Ergenlerde Depresyon

Depresyonda ergenlik dönemiyle birlikte belirgin bir artış görülmektedir. Majör depresyon çocuklarda yaklaşık %2 ve ergenlerde %5 oranında görülür. Distimi çocuklarda yaklaşık %2 ve ergenlerde %4 oranında görülür. 12 yaş altı çocuklarda depresyon yaşayanlar, sadece %1 ila %3 arasında oldukça düşük iken; 18 yaşında ağır depresyon vakası yaşayan ergenlerin oranının %20 olması ile oldukça yüksektir. Ülkemizde, Eskin, Ertekin, Harlak ve Dereboy (2008) yaptıkları araştırmaya katılan lise

öğrencilerinin yaklaşık %18'ine depresyon tanısı konabileceğini belirtmektedir. DSM depresyon tanısı açısından süre, sıklık ve şiddet kriterleri karşılanamayan önemli depresyon belirtileri gösteren ergenler de dâhil edildiğinde bu oranlar gerçekten oldukça yüksektir (Lewis ve Simons, 2009; Austin ve Sciarra, 2012).

Ergenlerdeki depresyon, intihar için büyük bir risk faktörüdür ve intihar eden ergenlerin yarısından fazlasında depresif bozukluk olması ile bu yaş grubundaki ölümlerin önde gelen ikinci-üçüncü nedenidir. Depresyon, aynı zamanda sosyal ve eğitimsel alanlarda ciddi bozulmalar ile birlikte hastalık riskinin artmasına, sigara içme oranında artışa, madde kötüye kullanımına ve obeziteye yol açar. Bu nedenle, bu bozukluğu teşhis etmek ve tedavi etmek önemlidir (Sharp ve Lipsky, 2002; Thapar, Collishaw, Pine ve Thapar, 2012).

Bozukluğun klinik ve tanısal özellikleri, ergenlerde ve yetişkinlerde genel olarak benzerdir. İki ana sınıflandırma sistemi (Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 [ICD-10] ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı-5 [DSM-5]) depresyonu benzer şekilde tanımlar. Ancak çocuklar ve ergenler için depresif ruh hali yerine sinirlilik temel bir tanı belirtisi olarak kabul edilmektedir. Depresyondaki ergenler üzgünden çok huzursuz görünürler, suçluluk duyguları, ümitsizlik, gelecek kaygıları gibi belirtiler dikkati çeker. Yaş ilerledikçe hayattan zevk almama, hezeyanlar (mantık dışı düşünceler), zihinsel ve bedensel durgunluk, uyku fazlalığı daha sık görülür. Ergenler, bedensel şikâyetlerden daha az yakınırlar. İntihar düşünceleri, konsantre olamama, mutsuzluk ve uykusuzluk hemen her yaşta dikkat çeken depresyon belirtileridir. İntihar düşünceleri her yaşta görülmekle birlikte, intihar girişimleri ve intihara bağlı ölümler hemen hemen sadece ergenlerde ortaya çıkar. Erişkin depresyonunda kilo kaybı sık rastlanan bir depresyon belirtisidir. Ergenlerde kilo kaybından çok, yaşa göre beklenen kilonun alınıp alınmadığı üzerinde durulmalıdır. Sinirliliğin belirgin olması, ruhsal tepkisellik ve değişken belirtiler nedeniyle ergenlerdeki depresyon, yetişkinlere göre daha sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Ayrıca, ergenin var olan başlıca problemleri, açıklanamayan fiziksel belirtiler, yeme bozuklukları, kaygı, okulu bırakma, okul başarısında düşme, madde kötüye kullanımı ya da davranış problemleri olduğunda depresyon gözden kaçabilir. Klinik ve klinik olmayan örneklerle üzerinde yapılan boylamsal çalışmalarda ergenlerdeki depresyon vakasının % 60-90'ının bir yıl içinde gerilediği bulunmuştur.

Bununla birlikte, izleme çalışmalarında, gerileyen hastaların %50-70'i, 5 yıl içinde tekrar depresyon yaşamıştır. Ergenlerdeki depresyon ile sonraki nüks etme arasında güçlü bir ilişki olması nedeniyle eşdeğer yetişkin bozukluğun ergen başlangıçlı alt formu olarak kabul edilir. Ayrıca, çok az yetişkinde, kalıntı belirtiler ya da bozulma ile depresyon arasında tamamen semptomatik ve işlevsel iyileşme görülür. Sonuç olarak, ergenlikteki depresyon yetişkinlikteki birçok ruhsal bozukluğu öngörür, bunlar, intihar davranışı, işsizlik ve fiziksel problemlerin yanı sıra özellikle kaygı bozuklukları, madde bağımlılığı ve bipolar bozukluktur. Dolayısıyla, ergenlik dönemindeki depresyon, genellikle kronik veya nükseden bir hastalığın habercisidir (Parker ve Roy, 2001; Mufson, Dorta, Moreau ve Weissman, 2004; Thapar ve diğerleri, 2012; Tan, 2014).

1.1. Komorbidite (Eştanı)

Belirlenebilen etiyolojik etmenler, ergenlikte "saf depresyon" yaşama ihtimalini azaltmaktadır. Komorbidite psikiyatrik durumların fazlalığı, depresyonun daha uzun sürmesine, nüks etme riskinin artmasına ve tedaviye yanıtın azalmasına yol açar. Depresyonla ilişkili komorbidite hastalık oranının %40 ile %95 arasında olduğu tahmin edilmektedir. En sık görülenler, kaygı bozuklukları (agarofabi, sosyal fobi, ayrılma kaygısı, altını ıslatma, obsesif kompulsif bozukluk) ve distimik bozukluktur. Sonraki en sık görülen bozukluklar, nikotin bağımlılığı da dahil olmak üzere madde bağımlılığı, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozukluğudur. Bununla birlikte, sigara içme, antisosyal ve diğer kişilik bozukluklarının gelişimiyle bağlantılı, dışavurma davranış biçiminin bir parçası olarak yaygın bir şekilde görülür (Parker ve Roy, 2001).

1.2. Epidemiyoloji

Birmaher ve diğerleri (2004) tarafından yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda, majör depresyonun (ya da eşdeğeri) ortaya çıkışının çoğunlukla sinsi olduğu ve sadece çok azının akut olduğu belirtilmektedir. İzleme çalışmaları, 2 yıl içinde depresyonun nüks etme olasılığının %40 ve 5 yıl içinde %70 olduğunu göstermektedir.

Çocukluk depresyonunda cinsiyet farklılığı daha azdır, ancak ergenlik döneminde bu farklılık büyük ölçüde artar. Ergenlik döneminde görülen depresyondaki ani artışlar özellikle kızlar açısından dikkat çekmektedir ve ergen depresyonunda iyi bilinen cinsiyet farklılıklarına yol açmaktadır. Epidemiyoloji çalışmaları, kadın:erkek ömür boyu risk oranlarının 1.7:1'den 2.4:1'e kadar dağılım gösterdiğini bildirmektedir. Bu farklılığın ortaya çıkması, 11 ile 13 yaşları arasında başlar ve görece olarak 15 yaşlarında özellikle daha çok görülür. Ergenliğin belirgin biyolojik ve sosyal değişimler ile tanımlanan bir gelişim dönemi olması nedeniyle birçok faktör erenlik sonrası (post-pubertal) bu artışı açıklayabilir. En yaygın kabul edilen faktörler, puberte ile beyin ve bilişsel olgunlaşmadır. Bunların dışında, gelişmiş sosyal anlayış ve öz-farkındalık, ödül ve tehlike tepkileri ile ilgili beyin devrelerindeki değişiklikler, stres düzeylerinin artmasıdır ve bunlar özellikle kızlarda yer alır. Ayrıca ergenlik depresyonu kronolojik yaşa göre kadın hormonal değişimleriyle daha yakından ilişkilidir. Bu cinsiyet farklılığı, bazı ergen alt gruplarında (nörogelişimsel ve tıbbi bozukluğu olan hastalar gibi) büyük ölçüde zayıflamış, yok olmuş ve hatta tam tersi olabilir (Lewis ve Simons, 2009; Thapar ve diğerleri, 2012). Ayrıca ergenlerin cinsiyetlerine göre depresyona verdikleri tepkilerde de farklılık görülür. Özellikle erkekler duygularını ve davranışlarını dışavurarak ifade ederler ve saldırgan davranışlarda bulunabilirler. Kızlar ise çoğu zaman depresyonu içselleştirerek, endişelenerek veya kaygılı hale gelerek ifade ederler (Geldard ve Geldard, 2013).

İzleme çalışmalarında, depresyonun iyileşmesinden sonra bile, erken yaşta hamilelik, fiziksel problemlerde ve sigara kullanımında artış, genel olarak işlevsellikte ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, subklinik belirtiler ve olumsuz atıfların devam edebileceği belirlenmiştir. Düşük sosyo-ekonomik ve eğitimsel koşullarda olan ergenler, tekrarlayan epizodlara karşı daha fazla risk altındadır. Bununla birlikte, yetişkinlikte sosyal zorlukların ortaya çıkması daha olası görülse de, eğer depresyondaki iyileşme uzun süreli hale getirilebilirse, yetişkinlikte ortaya çıkabilecek psikososyal zarar ortadan kalkabilir (Parker ve Roy, 2001).

1.3. Etiyolojisi

Klinik olarak heterojen ve çeşitli nedenleri olmasından dolayı, ergenlik dönemindeki depresyonun sebebinin anlamak zordur. Diğer birçok yaygın bozukluklar gibi, çeşitli risk

faktörleri, depresyon riskini artırabilir. Hormonsal ve olgunlaşmayla ilgili değişimler, stres verici olaylara karşı bireyin duyarlılığını da değiştirebilir. Ergenlik döneminde yeni sosyal roller kazanma, cinsellikle ilgili çatışmaların sonucunda oluşan endişeler ve hormonal değişimler bir araya gelince klinik düzeyde depresyonun gelişmesi anlaşılabilir bir durumdur. Ergenin ailesinden birisini ya da sevdiği bir insanı kaybetmesi veya kendisi için önemli kişilerden ayrılığı genellikle depresyonu hazırlayan önemli bir etken olarak kabul edilir. Bu konuda doğal gelişim süreci içinde anne babadan kopma, uzaklaşma ergenin içinde ikircikli duygulara neden olabilir; hem onlardan bağımsız olmayı ve onlara ihtiyaç duymamayı ister hem de onlardan ayrılmakla büyük bir boşluk, güvensizlik ve doldurulması zor bir eksiklik içine düşebilir. Önemli kişiden ayrılma üzerine eklenen ve bardağı taşıran bazı son olaylar klinik bir depresyona yol açabilir. Kalıtsal faktörler ve erken dönemdeki sıkıntılar gibi riskler de doğrudan ve dolaylı şekilde depresyon için zemin hazırlar. Bu tür riskler, mizaç ve kişilik özellikleri (olumsuz duygusallık, azalan olumlu duygusallık ve dikkat kontrolü, davranışsal ketlenme ve nevroitiklik) ve biliş yoluyla etkileri aracılık edebilir. Bu risk faktörleri, nöroendokrin sistem ile beyin yapısı ve işlevindeki değişimler gibi biyolojik riskleri etkiler. Bu değişimlerin ergenler arasında depresyon gelişimi ile nasıl ilişkili olduğu aşağıdaki kısımda ayrıntılı tartışılacaktır (Ekşi, 1999: 153; Parker ve Roy, 2001; Sims, Nottelmann, Koretz ve Pearson, 2006; Thapar ve diğerleri, 2012).

1.3.1. Beyin Gelişimi

Ergenlikle ilgili fiziksel (bedensel) değişimler kolaylıkla görülebilmektedir. Daha az gözlenebilmesine karşın beyin yapısı ve fonksiyonundaki diğer biyolojik değişimler, ergenlik depresyonunun anlaşılması bakımından daha önemli olabilir. Ergenliğin, hipotalamus, gonadotropin hormonu salmaya başlayınca beyinde başladığı ve özellikle prefrontal kortekste olmak üzere önemli değişimler ile devam ettiği belirtilmektedir. Prefrontal korteksin olgunlaşması, daha mantıklı ve soyut bir şekilde düşünme yeteneği, bireyin kendi düşüncelerini yansıtmaya yeteneği, uzamış zaman kavramını anlama yeteneği ve geleceği tahmin etme yeteneği gibi bilişsel işlevlerde önemli değişimler meydana getirmektedir (Lewis ve Simons, 2009; Parker ve Roy, 2001).

1.3.2. Genetik Faktörler

Literatür çalışmaları, ergenlik depresyonunun bu dönemde ortaya çıkan yeni genetik etkilerle birlikte önemli bir kalıtsal bileşen olduğunu göstermektedir. Ergenlik dönemi depresyonunun en güçlü tahmin unsurlarından birisi, depresyon tanısı konan bir ebeveynin olmasıdır. Depresyon geçiren bir ebeveynin çocuklarının, yaşamları boyunca depresyon geçirme ihtimali, sağlıklı ailelerin çocuklarına göre yaklaşık olarak 3 kat daha fazladır. Bu riske hem genetik hem de kalıtsal olmayan faktörler neden olur. Anneleri ile genetik olarak ilişkisiz olan çocuklarla ilgili uzun dönemli araştırmalar ve anne depresyonunun tedavi girişimleri, annenin erken depresyon risk etkilerinin, devam eden anneyle ilgili belirtiler ya da ilişkili psikososyal sıkıntı ile birlikte daha sonra maruz kalma yoluyla aracılık ettiğini bulmuştur. Babanın ruh sağlığının önemi son zamanlarda bilinmeye başlamasına rağmen ergenlik dönemi boyunca depresyon üzerindeki uzun süreli etkileri henüz araştırılmamıştır. Bu dönemde kalıtsal faktörler de önemli rol oynar. Çoğu ikiz çalışmaları, depresyonun çocukluktan (düşük kalıtım, derecesi sıfır) ergenliğin sonuna doğru (az oranda kalıtsal, yaklaşık %30-50) gittikçe arttığını göstermektedir. Geç ergenlik boyunca kalıtsal oranlar, yetişkin yaşamındaki oranlar ile aynıdır. Ayrıca, depresyon geçiren çocukların birinci derece yakınlarında depresyon oranlarının da arttığı bulunmuştur. Bununla birlikte bu ailesel bileşene bakılmaksızın ergenlerin yaklaşık 1/3 ile 1/2'i, herhangi bir ailesel rahatsızlık öyküsü yokluğunda depresyon geliştirmektedirler (Lewis ve Simons, 2009; Silk ve diğerleri, 2009; Rudolph, 2009; Parker ve Roy, 2001).

Kalıtsal faktörlerin ergenlerde depresyona iki şekilde neden olduğu görülür- sadece doğrudan riski artırarak değil, aynı zamanda dolaylı olarak gen ve çevrenin karşılıklı etkileşimi yoluyla - özellikle zihne duyarlılığı artırarak (gen ve çevrenin etkileşimi) ve riskli çevreye maruz kalma olasılığını artırarak (gen ve çevrenin ilişkisi). Birçok ikiz ve aile araştırmaları, depresyonun kalıtsal ve ailesel riski yüksek olan (özellikle kızlar) ergenlerin, stresli yaşam olayları ve aile içi anlaşmazlık gibi psikososyal risk faktörlerine (gen ve çevre etkileşimi) duyarlılığını artırdığını ve bu tür risklere maruz kalma ihtimallerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Spesifik gen değişkenleri, beyin işlevleri ve klinik sonuçlar üzerinde zorluğun etkilerini azaltır mı? Birçok rapor, serotonin taşıyıcı genindeki (5-HTTLPR) bir değişikliğin, depresyon riskini, aynı zamanda olumsuz yaşam stresörleri ya da erken kötü muamelenin karşısında, artırabileceğini göstermektedir. Önemli biçimde, bu aynı gen değişkeninin, depresyonu değiştiren korkuyla ve tehlikeyle

ilişkili beyin devresini etkilediği bildirilmektedir, özellikle korkulu yüzler karşısında sağlıklı bireylerde amygdalanın faaliyetinin artması ile ilişkilidir. Bununla birlikte, depresyon ve depresyonla ilişkili beyin mekanizmaları hakkındaki bazı bulgular, sadece genler değil, aynı zamanda yaş, cinsiyet ve belirtilerin şiddeti ile değiştiğini göstermektedir ve aynı zamanda güçlük ve depresyonun güvenilir nitelikli ölçümlerine de bağlıdır (Lewis ve Simons, 2009; Silk ve diğerleri, 2009; Rudolph, 2009; Parker ve Roy, 2001).

1.3.4. Bilişsel Faktörler

Depresyonun risk faktörleri açısından bilişsel faktörler büyük ilgi görmektedir. Depresyonun bilişsel teorileri, olumsuz inançları olan bireylerin stresli yaşam olaylarıyla karşılaştığında stres etkenlerini ve sonuçlarını olumsuz bir şekilde değerlendireceğini ve dolayısıyla bu bireylerin olumsuz bilişsel tarzları olmayan bireylere göre depresyon yaşamasının daha muhtemel olduğunu belirtir (Garber, 2006). Depresyon gelişmesine savunmasız olma açısından en fazla dikkati çeken bilişsel faktörler; nedenler, sonuçlar ve kendisi hakkında olumsuz çıkarımsal tarz, işlevsel olmayan tutumlar, depresif ruh hali ile ilgili derinlemesine düşünme eğilimi ve öz-eleştiridir. Olumsuz çıkarımsal biçime sahip bir birey, olumsuz olayların sonuçlarını felaketleştirme ve olumsuz olaylardan sonra kendini eksik ya da kusurlu görme eğilimindedir. İşlevsel olmayan tutumlara sahip bir birey, özdeğerini mükemmel olmaya ya da diğerlerinden onay almaya göre belirler ve “mükemmel değilsem değersizim” diye düşünür. Derinlemesine düşünme, bireylerin depresif ruh halinin olası sebep ve sonuçları üzerine tekrarlayıcı ve pasif bir şekilde düşünmesidir. Aşırı özeleştirici yapan bireylerin ise, zihni, öztanımlama, yeterlik ve değerle ilgili konularla sürekli meşguldür. Bu bireyler, kendilerini suçlu ve başarısız olarak görme eğilimindedirler, beklentilerini ve amaçlarını gerçekleştiremediklerinde özsaygı da düşme yaşarlar (Hankin, 2006).

“İçe yöneltme” eğilimi-stili olan çocuk ve gençlerde, örneğin davranışsal inhibisyonu olan, utangaç, anksiyöz, bağımlı veya kaygılı, özellikle popüler olmadığı, güvenlikte olmadığı, kendine güvensiz olduğu konusunda sürekli düşünce uğraşları olan çocuk ve ergenlerde depresyon riski artmaktadır (Tamar ve Özbaran, 2004).

Kızlardaki depresyonun daha yüksek oranlarını açıklamaya yardımcı olacak bu bilişsel faktörlerinin bir kısmında (örn. aynı konu üzerinde düşünüp durma) cinsiyet farklılığı bulunmaktadır. Bu bilişsel faktörlerin büyük bir olasılıkla gelişimsel gidişatı takip ettiğine ve depresyonun gelişiminde taşıdıkları yükte değişim olacağına dikkat edilmesi gerekmektedir. Diğer bir ifade ile bilişsel faktörlerin depresyon üzerindeki etkisi bireyler büyürlerken değişebilir. Örneğin olumsuz yükleme tarzının ortaokul öğrencilerinde (6-8. sınıflar) -daha küçük öğrencilerde (3-5. sınıflar) değil -depresyonu tahmin etmede yaşam olayları ile etkileşimde bulunduğu görülmüştür. Araştırılmasına rağmen depresyon açısından bilişsel faktörler henüz tam olarak belirlenememiştir. Bu durum, bu değişkenlerin ölçülmesindeki tutarsızlıkların yanı sıra kısmen farklı yaş gruplarının bir araya getirilmesinden de kaynaklanabilir (Lewis ve Simons, 2009; Parker ve Roy, 2001).

1.3.5. Yaşam Stresi

Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri çocukluktan yetişkinlik dönemi boyunca depresyonun gelişmesinde önemli bir rol oynar. Ergenlik dönemi ile birlikte strese neden olan etkenlerin sıklık ve türünde gelişimsel değişimler meydana gelir. Stres etkenlerinin artan gidişatı, gelişimde bir geçiş dönemi olan erenlik ile başlar, kontrol edilemeyen olumsuz yaşam olaylarının sayısında belirgin bir artış olur ve stres etkenlerinin bu artan gidişatı ergenlik dönemi boyunca depresif belirtilerin artması ile yakın bir şekilde benzerdir (Hankin, 2006; Hazel, Hammen, Brennan ve Najman, 2008). Ayrıca, yaygın sosyal değişimler ve rol geçişleri dikkate alındığında çevresel olaylar, özellikle ergenlik döneminde etkilidir. Ergenler, daha fazla bağımsız olmak için çaba sarf ederken aile dinamiği değişmektedir ve akran gruplarının önemi daha da artmaktadır (Lewis ve Simons, 2009; Parker ve Roy, 2001). Matos, Barrett, Dadds ve Shortt (2003) ergenlerde depresyon ile akran ilişkileri arasında orta düzeyde bir ilişki olduğunu, komorbidite depresyon/ kaygı grubu çocukların, daha az pozitif akran ilişkileri gösterdiğini bulmuşlardır. Bu dönemde, aile çatışmaları, akran reddi, fiziksel şiddet, ilişkisel saldırı ve ilişkilerin bozulması ya da kopması gibi kişiler arası ilişkiler ve olaylar daha fazla dikkat çekmektedir (Lewis ve Simons, 2009; Parker ve Roy, 2001). Ayrıca okulu erken bırakan ya da okula bağlılığı ve okul performansı düşük olan öğrencilerin depresyon puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Gencin okulda başarısız olması, kişisel gelişim ve öğrenme hedeflerine ulaşmasını engellediği ve anne babasının belirlediği standartlara

ulaşamamanın yarattığı hayal kırıklığı sebebiyle olumsuz yönde etkiler (Wade, Cairney ve Pevalin, 2002; Eskin ve diğerleri, 2008).

Birçok çalışmada, ciddi stresli olaylara (kişisel zarar, yas) ve kronik sıkıntıya (kötü muamele, aile içi geçimsizlik, akran zorbalığı, yoksulluk, fiziksel hastalık) maruz kalma gibi çevresel faktörler ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Ancak genetik olarak yüksek riskli olanlar özellikle bu tür stres vericilerin etkilerine daha yatkın gibi görünmelerine rağmen maruz kalmalar ergenlerde her zaman depresyonun gelişmesine neden olmaz. Stresli yaşam olaylarının, depresyonun nüks etmesinden daha ziyade ilk başlangıcı ile daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu görülür, risk, kızlarda ve olumsuz birçok yaşam olayları yaşayan ergenlerde oldukça fazladır. İlişkileri etkileyen kronik, ciddi stres verici olaylar, en önemli etkenler olarak görülür. Olumsuz aile ilişkileri, akran zorbalığı ve kötü muamele depresyon için yaygın risklerdir. Savaş, işkence, yer değiştirme, yetim kalma ya da HIV virüsü gibi travmatik olaylara maruz kalan bazı çocuklar, özellikle bu bozukluklar aile geçmişinde varsa ya da çoklu travmaya maruz kalmışsa, uzun dönemli psikiyatrik bozukluklar geliştirebilir (Parker ve Roy, 2001; Lewis ve Simons, 2009; Lue, Wu ve Yen, 2010).

Brown, Cohen, Johnson ve Smailes (1999), çocuğa kötü muamele ile karşılaşan ergenlerde ergenlik dönemi depresyon geliştirme olasılığının 3-4 kat arttığını bulmuşlardır. Özellikle cinsel istismar, literatürde suistimale (örneğin ebeveyn katılımının yeterli olmaması, ebeveyn sıcaklığının/şefkatinin yeterli olmaması, aile gelirinin düşük olması) eşlik ettiği saptanan bağlamsal risklerden bağımsız olarak daha ciddi depresyon ve intihar riskini beraberinde getirmektedir. Depresyon riskinin artması özellikle kadınlarda göze çarpmaktadır. Karma ergen ve genç yetişkin örnekleminde çocukluk döneminde cinsel istismar yaşayan kadınlardaki tahmini depresyon oranı, 3:8 bulunmuştur. Daha sonraki dönemde artan depresyon riskinin yanı sıra erken dönemdeki sıkıntılı süreç de, özellikle kişiler arası zorluklar olmak üzere sonraki olumsuz olaylar ve stres etkenleri, riski artırıyor gibi görünmektedir. Erken dönemdeki sıkıntılı süreç de daha sonraki stres etkenlerine karşı daha fazla psikolojik hassasiyete yol açabilir (Parker ve Roy, 2001; Lewis ve Simons, 2009; Lue, Wu ve Yen, 2010).

1.4. Tedavi

Ergen depresyonunun tedavisi, klinik değerlendirmede izlenen yola paralel olmalı, yani çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi göz önüne alınmalıdır. Tedavide ilk önce azaltma ve daha sonra düşünme ve hissetme şeklinin değiştirilmesi ve ilaç tedavisi yoluyla temel depresyon belirtilerinin azaltılması hedeflenmektedir (Kayaalp, 1999; Thapar ve diğerleri, 2012).

Ergenlerde psikoterapinin çok önemli bir yeri vardır. Psikoterapide, ergeni dinlemek, anlamaya çalışmak, paylaşmak, açıklayıcı bilgiler sunmak, olumsuz düşüncelerini fark edip değiştirme becerileri kazandırmak, ümitsizlik duygularını gidermek, yetenek ve özelliklerinin farkında olmasına yardımcı olmak, problemlerini nasıl çözeceklerini öğretme yolları üzerinde çalışmak, gerektiğinde yönlendirmek ve planlarına yardımcı olmak psikoterapinin temel amaçlarından olmalıdır. Ayrıca, kendilerine güvenleri artırılır, yeterlilik duyguları kazandırılır, toplum içinde daha iyi olmalarını sağlayacak yöntemler üzerinde durulur. Ergen depresyonlarında aileyle ve akranlarla yaşanan sorunlar genellikle büyük önem taşıdığı için, hastanın başka insanlarla ilişkilerinin düzeltilmesi önemlidir. Dolayısıyla ergen, iletişim becerileri konusunda eğitilir. Anne veya babayla mutlaka görüşülüp onlarında tedaviye aktif biçimde katılmaları sağlanır. İntihar riski olması durumunda dikkatli denetim ve okul-aile işbirliği mutlaka gereklidir. Öğretmenle temas kurulur, onun da görüşü alınır ve kendisine önerilerde bulunulur. Ancak psikoterapide intihar riski dışında hekim gizliliği ve güvenilirliği özellikle vurgulanmalıdır (Weller ve Weller 1990; Tan, 2014). Ergen depresyonunda psikoterapiyle birlikte birçok antidepresan ilaç kullanılmaktadır. Hastalık çok ağır düzeydeyse ve başka tedavi yöntemleriyle düzelmediyse elektroşok tedavisi de uygulanmaktadır (Tan, 2014).

2. Ergenlerde Kaygı

Ergenlik döneminde kaygı yaşamak yaygındır. Çoğu ergen için kaygı hisleri, geçici ve zararsızdır ya da gelişimin belirli bir dönemiyle ilgilidir. Ergenlerde kaygı, yetersizlik duygularının belirtilerinden birisidir. Bu dönemde ergenler, düşük özsaygı, kendilerinden şüphe duyma, kendilerini daha fazla sorgulayıp olumsuz özelliklerine odaklanma ve kendilerine karşı daha fazla eleştirel olma eğilimindedirler. Bazıları geleceğe umutsuz bakarlar ve yetişkin görevleriyle karşılaşma yeteneğinden kuşku duyarlar. Bu durum

kaygı yaratabilir ancak ergenlerde normal kaygıyı, patolojik kaygıdan ve kaygı belirtilerini, kaygı bozukluklarından ayırt etmek önemlidir (Wolman, 1998).

Kaygı bozuklukları, birçok ergende ara sıra olan yaygın ancak normal korkular arasından seçilen bir dizi klinik olarak ilişkili korkudan oluşmaktadır. Her kaygı bozukluğu, bazı yönleri ile kaçınmaya yol açan veya ciddi sıkıntı ile tahammül edilen asıl korku ile karakterize olmaktadır. Bu korku, bireyin davranışlarını yönlendirir ve genellikle korkulan duruma yaklaşma veya karşılaşmak zorunda olunan herhangi bir durumdan kaçınma ile sonuçlanmaktadır. Kaygı bozuklukları, çocukluk çağında tanı konma oranı %15-30, yaşam boyunca yaygınlık oranı %31 ile en yaygın psikiyatrik bozukluklardan birisidir (March ve Albano, 2002; Grant, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Genel olarak ergenler arasındaki kaygı bozukluklarından birkaç sonuç çıkarılabilir. Öncelikle literatürden yola çıkarak, ergenlik boyunca kaygı belirtilerinin klinik görünümünün yetişkinlerinkine benzer olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Gelişimsel süreçler, hem değerlendirme yöntemlerini hem de bu psikolojik rahatsızlıkları tedaviyi etkileyebildiğinden önemlidir. İkinci olarak kaygı semptomatoloji, bu popülasyon arasında oldukça baskındır. Ergenlik, kaygı bozukluklarının neredeyse tamamının önemli belirtilerinin ortaya çıkması açısından en hassas dönem gibi gözükmektedir. Üçüncü olarak kaygı bozukluklarından birçoğunun ya yanlış teşhis edildiği ya da eşlik eden bozukluk gelişene değin tedavi edilmeden bırakıldığına dair deliller mevcuttur. Kaygı bozukluğu olan ergenler, çoğu zaman bir bozukluğu olduğunun bile farkında değildir; bu yüzden birçoğu uygun tedavi almaz. Kaygı bozuklukları, tedavi edilmeden gerilemesi mümkün olmayan kronik koşullara dönüşme eğilimindedir. Tedavi edilmeyen kaygı bozuklukları, depresyona, intihar eğilimine ve madde kötüye kullanımına yol açar. Ayrıca, erken başlangıçlı kaygı bozuklukları, daha kötü sonuçlarla ilişkilendirilir. Kaygı bozukluklarının sonuçlarını önleme potansiyeli, en fazla ergenlik döneminde olduğu için; bu bozuklukların fark edilmesi ve tedavi edilmesi çok önemlidir (Grant, 2013).

2.1. Komorbidite (Eştanı)

Kaygı bozukluklarında komorbidite yaygındır. Bir kaygı bozukluğu açısından DSM kriterlerini karşılayan bireyler, yüksek bir olasılıkla başka bir kaygı bozukluğunun da

kriterlerini karşılamaktadırlar. Depresyon, kaygı bozuklukları ile birlikte yüksek komorbidite göstermektedir. Kaygı bozukluğu olan ergenlerin eşzamanlı bir depresif bozukluk yaşama ihtimali 27 kat daha fazladır. Kaygı, madde kullanım bozuklukları riskini de artırmaktadır. Örneğin araştırmalar, bireylerin kaygı belirtileri ile başa çıkmak için sıklıkla madde kullandıklarını göstermektedir. Kaygılı hisseden bazı ergenler, alkol ya da uyuşturucu madde kullanarak kendilerini rahatlatmaya çalışır. Ayrıca, kaygı bozuklukları -başta ergen kızlar arasında olmak üzere- gelişen yeme bozukluğu riskinin artması ile de ilişkilidir. Komorbiditenin yüksek düzeyde olmasından dolayı kaygı bozukluğu olan ergenlerde, tedaviden önce kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Bazı durumlarda kaygıyı tedavi etmede etkili olan yaklaşımlar eş tanımlı durumları da tedavi etmede kullanışlıdır ancak zaman zaman komorbidite, tedavi sonucunu olumsuz olarak etkileyebilir. Bu sebepten ötürü kaygı bozuklukları ile ilgili özelliklerin kapsamlı olarak anlaşılması büyük önem arz etmektedir (Miller, 2008; Grant, 2013; Mullin, McDunn, McKay ve Oland, 2015).

2.2. Etiyolojisi

Ergenlik dönemi, bireyin ebeveynlerinden bağımsız olmasında artış, benlik algısının ve diğerleri ile ilişkilendirme şeklinin oluşumu ile sonuçlanan birkaç alandaki önemli değişim dönemini temsil etmektedir. Bu değişimler, ergen açısından yüksek düzeyde stresle sonuçlanabilir ve psikopatolojinin zeminini hazırlayabilir (Grant, 2013). Bu değişimlerin ergenlerde kaygı gelişimi ile nasıl ilişkili olduğu aşağıdaki bölümde tartışılacaktır.

2.2.1. Biyolojik faktörler

Erinlik döneminde geniş çaplı biyolojik değişimler meydana gelir ve çoğunlukla hipotalamus ve hipofiz bezi aracılığı ile hormon düzeylerinde artışlar işe karışmaktadır. Bu hormonlar, boy ve kilonun artmasına, vücudun yağ ve kas bileşiminin değişmesine ve cinsiyet organlarının olgunlaşmasına yol açar. Vücut organlarının boyutlarının ve biçimlerinin değiştiği bu dönemde, ergenler bedenlerinin yapısı ve görünüşü ile ilgili kaygılar taşırlar. Yüzün ve vücudun görünüşü, saçın şekli, boy ve kilo, ergenlerin ilgilendikleri konular arasındadır. Özellikle buluş çağında, bedene karşı bir

memnuniyetsizlik vardır ve kızlar, erkeklere göre vücutlarının görünüşünden ve biçiminden daha çok mutsuzluk duyarlar. Bu durum, toplumun ideal vücut görünümüne yaptığı vurgudan kaynaklanmaktadır. Ergenlik dönemi boyunca beden imgesi yerine oturmaya başlar (Grant, 2013; Kulaksızoğlu, 2014; Siyez, 2015).

Bazı çalışmalar, erinliğin gelişmekte olan kaygı bozuklukları riskini artırdığını, özellikle akranlarından daha önce erinliğe giren bireylerin -özellikle kızlar arasında olmak üzere zamanında veya daha geç gelişen akranlara oranla- semptomatoloji geçirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte erinlik ile ilişkili fiziksel değişimler de kaygı riskini artırabilir. Beden algısı, özellikle kızlar açısından önem kazanmaktadır ve bu durum streste artışa ve öz-saygıda azalmaya yol açabilir (Grant, 2013).

2.2.2. Kişilerarası Stres

Kaygı bozuklukları gelişmesinin en güçlü yordayıcılarından birisi, ebeveynler ile çocuklar arasındaki ilişkinin işlevselliğidir. Kaygı bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının, kaygı tanı kriterlerini karşılamayan ebeveynlerin çocuklarına göre kaygı bozukluğu geliştirme riskinin daha yüksek olduğu, ayrıca, erken çocukluk dönemindeki bağlanma biçimlerinin, ergenlik dönemindeki kaygı bozukluklarının gelişimini yordadığı bulunmuştur. Kaygı bozuklukları açısından risk faktörleri olan ebeveyn davranışları, aşırı koruyucu tutum, reddedici tutum, kayıtsız ya da kopuk ebeveyn tutumlarıdır. Çocuk, temel yeterliliklerde ustalaşma ve olumlu bir benlik kavramı elde etmede yeterince desteklenmediğini hissedebilir. Zayıf öğrenme becerilerinden kaynaklanan tekrarlanan başarısızlık girişimleri, daha sonra görülecek “tehditkâr” durumlar karşısında ortaya çıkan kaygı ya da geri çekilme örüntülerine neden olabilir. Diğerleri ise yeterince başarılı olsalar bile kendilerini acımasızca eleştirirler ve anne babanın sevgi ve saygısını kazanmaya yetecek kadar başarılı olmadıklarını düşünerek yoğun bir kaygı ve değersizlik duygusu hissederler. Bu yüzden ergenlerin girişimlerine müdahale eden ebeveyn davranışları, kaygı geliştirme riskini artırmaktadır (Van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhulst, Huizink, 2011; Butcher, Mineka ve Hooley, 2013; Grant, 2013).

Ayrıca, ergenlik döneminde akran ilişkileri, bireyin işlevselliği açısından, ebeveyn ilişkilerine göre daha önemlidir. Yakın arkadaşların olmaması ve yakın ilişkilerin

kurulmasında yaşanan güçlükler ile akran zorbalığı gibi faktörler kronik strese yol açabilir ve bu da bireyi, psikopatolojinin gelişmesine karşı savunmasız bırakabilir. Ergenlerin bu ilişkiler içerisinde nasıl işlev gördüğü hem gelecekteki ilişki gelişimlerini etkileyebilir hem de kaygı belirtilerinin gelişmesinde etkili olabilir. Bu yüzden olumlu akran ilişkileri, ergenleri kaygı bozukluklarının gelişmesine karşı koruyabilirken; sorunlu ilişkiler, kaygı geliştirme riskini artırabilmektedir (La Greca, 2001; Van Oort ve diğerleri, 2011; Grant, 2013).

Ergenlik, psikolojik bozukluk riskleri açısından cinsiyet farklılıklarının ortaya çıktığı bir dönemdir. Kızlarda, kaygı bozuklukları daha fazla görülür ve belirtilerin sonucunda daha fazla bozulma meydana gelir. Kızların, kaygı (ve depresif) bozuklukları geliştirmesi bakımından daha fazla risk taşımalarının bir nedeni, strese hassas olmalarıdır. Kızlar, ilişki işleyişine daha çok odaklanmakta ve bu yüzden bu ilişkiler içinde yaşanan strese karşı da daha duyarlı olmaktadır. Artan stres, diğerleri ile ilişki kurma yollarında sorunlara neden olur ve çeşitli içselleştirme belirtilerine yol açar (Hankin, Mermelstein ve Roesch, 2007; Zolog ve diğerleri, 2011; Grant, 2013).

2.2.3. Bilişsel Faktörler

Bilişsel hassasiyetler, bireyin kendisi ve dünyası hakkındaki düşünme biçimini içerir. Özel bilişsel hassasiyetler, dikkat ile ilgili önyargıları (birey, dünyayı nasıl görür ve tehlide nasıl tepki verir), olayların yorumlanmasını ve hafıza süreçlerini kapsamaktadır. Dikkat ile ilgili önyargılar, tehdit edici veya kaygıyı tetikleyici uyarıcılara aşırı odaklanma ile karakterize olmaktadır. Bu önyargılar, bireylerin nötr ya da olumlu uyarıcılardan daha çok kaygıyı tetikleyen uyarıcılara odaklanmalarına neden olur ve böylece kaygı belirtilerinin sürmesine yol açar. Yorumlama önyargıları, belirsiz ya da olası tehdit edici bir durum karşısında en kötü sonucu beklemesine, olayları felaketmiş gibi algılamasına ve kendi başa çıkma becerileriyle ilgili olumsuz düşünmesine yol açar. Hafıza önyargıları ise, geçmişteki durum ve olaylarla ilgili abartılı biçimde olumsuz bilgileri hatırlayı kapsamaktadır. Kaygının hafıza önyargıları ile ilişkili olup olmadığı özel bozukluğa bağlı olmasına rağmen dikkat ve yorumlama önyargılarına dair kaygının önemli kanıtları vardır (Grant, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Kaygı bozukluklarının gelişmesinde önemli olan bir diğer bilişsel faktör, anksiyete duyarlılığıdır. Anksiyete duyarlılığı, panik belirtiler korkusu, zihinsel yetersizleştirme ve yaşanan kaygıyı diğerlerinin fark etmesi gibi kaygı sonucunda oluşan korkuyu temsil etmektedir. Yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığının, temel kaygı belirtileri kontrol edildiğinde bile, panik atakların gelişmesini ve geleceğe ilişkin kaygı belirtilerini yordadığı bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığı, aynı zamanda, ergenlerdeki kaygı bozuklukları için de bir risk faktörüdür (Grant, 2013).

2.3. Tedavi

Ergenler arasında kaygı bozukluklarının tedavisi son derece karmaşık olabilir. Bazı ergenler, ebeveynin katıldığı tedavilere yanıt verebilirken; bazı durumlarda ebeveynlerin duruma müdahil olması, yakınlık kurulmasını veya tedaviye katılmayı önleyebilir. Ergenlerin tedavisi sırasında, gelişimsel süreçlerin ve idiyografik farklılıkların dâhil edilmesi önemlidir. Bu yüzden değerlendirme sürecinin bir parçası olarak ergenin ortamı, sosyal destek biçimleri ve hasta tarafından saptanan yakın ilişkilerin farkında olunmalı ve gerektiğinde aile ve diğer destekleyici ilişkilerin önemi, kaygının tedavisinde ve önlenmesinde vurgulanmalıdır (March ve Albano, 2002; Grant, 2013; Skrove, Romundstad, Indredavik, 2012).

Kaygı bozuklukları, psikoterapi ve bazı durumlar için ilaç tedavisi olmak üzere genel anlamda iki şekilde tedavi edilmektedir. Psikoterapi yöntemleri içerisinde kaygı bozukluklarına yönelik geliştirilen ve deneysel olarak desteklenmiş tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar, psiko-eğitim, gevşeme becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma (örneğin kaygı ile ilişkili düşüncelerin daha dengeli veya nötr düşüncelere dönüştürülmesi) ve maruz bırakmadır (March ve Albano, 2002; Miller, 2008; Grant, 2013). Kaygı bozukluklarının tedavisinde psikotropik ilaçlar da yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalar, bilişsel davranışçı tedavi ile ilaç tedavisi birlikte kullanıldığında kaygı bozukluğu belirtilerinde önemli ölçüde azalmalar olduğunu göstermiş ve etkili olduklarını desteklemiştir (March ve Albano, 2002; Grant, 2013).

3. Ergenlerde Stres

Ergenlerde strese neden olan etkenler üç kategoriye ayrılır. Bunlar, normal olaylar, normal olmayan olaylar ve günlük sıkıntılardır. Strese yol açan normal olaylar, bütün ergenlerin yaşadığı pubertal gelişimle ilişkili içsel ve dışsal değişimlerdir (Suldo, Shaunessy ve Hardesty, 2008). Bu değişmeyi yapan iç salgı bezlerinin işlevi, dengeleşimi bozmaktadır. Yeni dengeleşime uyum sürecinde, strese bağlı belirtiler ve şikâyetler görülmektedir. Diğer yandan, erinlik ve ergenlik döneminde, gencin temel ilgi alanı, bedeninde meydana gelen değişme ve gelişmelerdir. Gençte bedeninde oluşan bu değişimlerle ilgili birbirine karşıt, çelişik değerlendirmeler görülür. Kızlarda aybaşı döngüsü, göğüslerin büyümesi; erkeklerde sakal çıkması, erkeklik organının gelişmesi, kızda ve erkekte boyun uzaması ve kılların artması erişkinlik belirtisi olarak değerlendirilmektedir. Ergen, bunlardan söz etmek, bunları ortaya çıkartmak ve başkalarına göstermek için çaba harcarken; aynı zamanda bunların yüzünü ve bedenini çirkinleştirdiği düşünmektedir. Bu sebeple, genç sıkılır ve üzülür. Bu çatışma kaygı düzeyini yükseltebilmekte ve stres riskini artırmaktadır (Morgan, 1993). Bu fiziksel değişimlerle birlikte ergen, bu dönemde ailenin yakın ilişkilerinden, arkadaş çevresinin yakın ilişkilerine geçiş; ebeveynlerinden uzaklaşarak bağımsızlığa yönelme; kimlik arayışı; cinsel ve sosyal rolüne uyum sağlama; ideal beni bulmaya yönelik özdeşleşme çabası; değişik, farklı ve yeni şeyler arama ve yapma çabası; bedensel imajını kabul etme, benimseme ve onunla hoşnut yaşama gibi yaşanılması zorunlu olan bir takım gelişimsel stresler de yaşamaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1991).

Bu dönemde okul değiştirme ve eğitimle ilgili artan beklentiler de ergenlerin yaşadığı normal stres yaratan olaylardır (Suldo ve diğerleri, 2008). Ergenin temel eğitimden ortaöğretime geçişiyle birlikte akademik anlamda artan bir yoğunluk meydana gelmektedir. Ergenin eğitim hayatındaki bu hızlı değişime uyum sağlamasında çeşitli zorluklar yaşaması da kaçınılmaz olacaktır. Özellikle üst eğitim kurumunun seçimi, üniversite sınavı ve sınava hazırlanma süreci hem ergen hem de ailesi için önemli birer stres kaynağıdır (Güner, 2001 akt. Fırat, 2015). Bunlarla birlikte gelecek kaygısı, üniversite sınavına hazırlanma süreci, gelecekle ilgili karar verme ve sorumluluk almada yaşanan zorluklar dönemin başlıca stres kaynaklarıdır (Fırat, 2015).

Ergenlerin yaşadığı normal olmayan stres etkenleri, ebeveynin boşanması, sevdiği bir insanı kaybetme ya da doğal afetler gibi olaylardır. Bu olaylar normal stres süreçlerinden

farklılık gösterir, genellikle birden bire başlar, ergenlerin sadece küçük bir oranında görülür ve ergenlerin yaşamlarını aşırı derecede etkiler. Son kategori ise akran grubunun baskısı, ebeveyn-ergen çatışması gibi günlük sıkıntılardır (Suldo ve diğerleri, 2008; Compas, 1998). Bu sıkıntılar, bireyin çevresi ile etkileşiminin sonucu olan küçük, rahatsız edici ve hayal kırıklığı yaratan önemli yaşam olaylarıdır. Bunlar, küçük olmalarına karşın, toplamı ve süresi açısından ergenlerin iyi oluşunu olumsuz yönde etkileyebilir (Carter, Garber, Ciesla ve Cole, 2006). Ayrıca, bazı ergen alt grubu, yoksulluk, çevresel ya da ailevi şiddet, ırkçılık, cinsel ayrımcılık ve ailesel psikopatolojiyi içeren kronik stres ve olumsuzluğa maruz kalmaktadır. Anne veya babanın depresyon yaşaması, ergenlerin yaşamlarında ciddi ve kronik bir strestir ve bu ailelerdeki ergenlerde depresyon için ciddi bir risk bulunmaktadır. Ayrıca, ailesinde depresyon olan ergenler, çeşitli uyum problemleri ile içselleştirme ve dışsallaştırma problemleri için de aşırı bir risk altındadır (Compas, 1998).

Strese neden olan etkenlerin sayısı ergenlik dönemi ile birlikte artma eğilimindedir (Rudolph, 2002). Bazı stresli olumsuz olaylara maruz kalma, gelişimin normal bir parçası olarak kabul edilmesine rağmen, stresli yaşantılar, ergenlerin iyi oluşlarına ve sağlıklı gelişimlerine yönelik olası bir tehdit oluşturabilir. Yüksek oranda stresli yaşam olaylarına maruz kalma ve strese neden olan etkenlerdeki artış, ergenlerin depresyon, davranış bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gibi çeşitli psikolojik problemler yaşamalarına neden olabilir (Grant ve diğerleri, 2005). Ayrıca, ergenlik dönemi yetişkinlikte ortaya çıkabilecek olan kronik durumlar için risklerin başladığı da bir dönemdir (Byrne, Davenport ve Mazanov, 2007).

Kızlar, özellikle akranlar, romantik ilişkiler ve aile ilişkileri gibi kişilerarası stresörler ile ilişkili olarak erkeklere göre daha fazla stres yaşama eğilimindedir (Rudolph, 2002; Shih, Eberhart, Hammen ve Brennan, 2006; Hankin, Mermelstein ve Roesch, 2007). Kızların erkeklere göre stresin olumsuz psikolojik etkilerine karşı daha savunmasız olduğu (Moksnes, Moljord, Espnes, Byrne, 2010) ve daha fazla duygusal sorunlar gösterdikleri bulunmuştur (Kim, 2003; Compas, Connor-Smith ve Jaser, 2004). Bu cinsiyet farkının geç ergenliğin ortalarında arttığı görülür (Kim, 2003; Compas ve diğerleri, 2004).

Stres, ergenlerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkiler (Thaker ve Verma, 2014). Yapılan araştırmalara göre stresli olaylara maruz kalma, ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki depresyon (Larson ve Ham, 1993; Kendler ve diğerleri, 1995; Goodyer,

Herbert, Tamplin ve Altham, 2000; Ormel, Oldehinkel ve Brilman, 2001) ve kaygı (Kim, Conger, Elder ve Lorenz, 2003) belirtilerinin ortaya çıkması için bir risk faktörüdür. Ayrıca yapılan çalışmalar da ergenlik dönemindeki stres yaşantısının, obezite (Mellin, Neumark-Sztainer, Story, Ireland ve Resnick, 2002), fiziksel hareketsizlik (Allison, Adlaf, Ialomiteanu ve Rehm, 1999), erken başlangıçlı ve aşırı alkol kullanımı (Allison ve diğerleri, 1999) ve sigara başlangıcı (Byrne ve Mazanov, 2003) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak, stresli yaşam olaylarının psikolojik problemlere neden olup olmayacağı ergenlerin çeşitli genetik ve çevresel risk faktörlerinin tarafından etkilenen strese duyarlılığına bağlıdır (Bouma, Ormel, Verhulst ve Oldehinkel, 2008). Yaşamın erken dönemlerinde yaşanan stresin oranı, ileriki dönemlerde strese karşı daha duyarlı olunmasına neden olabilir. Daha önce yaşanan stresli yaşantılar bireyi biyolojik olarak daha duyarlı hale getirebilir ve sonraki stresli durumlara daha fazla tepki gösterilmesine yol açabilir. Kişinin ciddi bir hasar almadan strese dayanabilme yeteneği stres toleransı olarak tanımlanır (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013).

3.1. Ergenlerde Stresle Başa Çıkma

Ergenlerde stresle başa çıkma süreçleri ile ilgili nispeten çok az gelişme vardır ve bu konudaki literatür sınırlıdır. Yapılan araştırmalar, yetişkinler de başa çıkma modellerine dayanmaktadır (Compas, 1998). Başa çıkma, bireylerin içsel ve dışsal çevrenin yarattığı gereksinim ve zorlukları gidermek, onları denetim altına almak, gerginlikleri azaltmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalar (Basut, 2006). Bireylerin strese fizyolojik tepkisi, olayları değerlendirmeleri, olaylara ilgisi ve istediği hedefleri ya da sonuçları elde etmesi anlamına gelen başa çıkma aynı zamanda sosyal içeriğe ve kişilerarası ilişkilere de bağlıdır. Başa çıkma ile ilgili son kavramsallaştırmalarda iki sürecin önemi vurgulanmıştır. İlki, büyük ölçüde istemsiz olan ve davranışsal ile duygusal dürtüleri içeren strese tepkilerdir. İkincisi, amaçlı olan ve stresli olaylara tepkiselliği azaltmayı ya da artırmayı sağlayan davranış düzenlemesidir. Başa çıkma becerisi, tehdit, zorluk ya da kayıp durumunda bu sistemlerin iyi bir şekilde koordine edilmesine bağlıdır (Zimmer-Gembeck ve Skinner, 2008).

Aslında, stresli yaşantılar zararlı değildir, ergenlerin sağlık ve iyi oluşlarını olumsuz yönde etkileyen çeşitli stresörler ile yeterli bir şekilde başa çıkmalarını sağlayan bireysel ve çevresel kaynakların eksikliği sorunu meydana getirir (Moksnes, Byrne, Mazanov ve

Espnes, 2010). Stresli yaşantılar da, bireylerin stres ve olumsuzluk ile nasıl başa çıktığı önemlidir. Uyumlu başa çıkma biçimleri, geçici bozulmalara neden olan bazı stresli yaşantıları azaltabilir, daha az uyumlu veya uyumsuz başa çıkma biçimleri ise stresi artırabilir, depresyon, içselleştirme problemleri ve madde kullanımı gibi uzun süreli, kalıcı olumsuz sonuçlara yol açabilir (Compas, 1998; Hutchinson, Baldwin ve Oh, 2006).

İnsan, stres yaratan durumlar karşısında psikolojik ve sosyal bütünlüğünü korumak amacındadır. Bu korunmayı, gerek biliçdışı mekanizmalar gerekse bilinçli çabalar aracılığıyla yapar. Kişiliği koruyan mekanizmalardan birincisi “ben savunma mekanizmaları” olarak bilinen, bilinçdışı çalışan, gerçeği bozan korunma yollarıdır. Bu savunma mekanizmaları arasında en sık bastırma, unutma, karşı tepki geliştirme, yansıtma ve yer değiştirme kullanılır. Kişiliği koruyucu diğer mekanizmalar bilinç ve çaba gerektiren gayretleri kapsar. Stres karşısında bilinçli sistemlerin harekete geçmesiyle daha çok bilgi edinme, anlama, algı alanını genişletme ve değerlendirme, farklı şartlar deneme, yeni çözümler arama, yapıcı düşünceye yönelebilmek gibi karmaşık zihinsel süreçler etkinlik gösterir (Batlaş ve Baltaş, 2014).

Seiffge-Krenke (1995) tarafından yapılan çalışmada, yaşları 12-18 arasında değişen 1029 ergende, genellikle her gün strese neden olan etkenler ve onlarla başa çıkma yolları araştırıldı. Üç farklı başa çıkma biçimi tanımlandı. İlk yaklaşım, destek arama ve ebeveynler, akranlar ya da ilgili diğer kişilerle yaşanan problem hakkında konuşmayı içeren aktif başa çıkma biçimi, ikinci yaklaşım, olası çözümleri ve beklenen sonuçları düşünme gibi stresörlerle ilgili bilişsel yolları içeren içsel başa çıkma biçimi, üçüncü yaklaşım, dikkati dağıtma stratejisi ve duygusal çıkış arama gibi strese neden olan etkenlerden uzaklaşmayı içeren kaçınma başa çıkma stratejisidir (Seiffge-Krenke, Aunola ve Nurmi, 2009).

Richard Lazarus ve meslektaşları tarafından kavramsallaştırılan başa çıkmanın etkileşimsel teorisi, başa çıkma konusunda en sık atıfta bulunulan teoridir. Teori, strese neden olan bir etkenden dolayı oluşan ihtiyaç ve istekleri gidermek için davranışsal, duygusal ve bilişsel çabaları içerir. Teoriye göre başa çıkma, uyarıcılara karşı bireysel bir tepkidir, aktif ve amaçlı bir süreçtir. Teori, bireyleri başa çıkma davranışlarına göre yargılamaz, diğer bir deyişle, iyi ya da zayıf başa çıkma davranışlarına göre bireyler arasında ayırım yapmaz ve kişilerin başa çıkma becerilerinin gelişimini artıran yolları belirler (Frydenberg ve Lewis, 2004; Seiffge-Krenke, Aunola ve Nurmi, 2009). Teori,

başta çıkmayı problem odaklı ve duygu odaklı başta çıkma olarak ikiye ayırır (Frydenberg ve Lewis, 2004) ve başta çıkmanın her iki biçiminin, başta çıkma sürecinde, özellikle stresörlere karşı ilk tepki de, gerekli olduğu kabul edilir (Hutchinson, Baldwin ve Oh, 2006).

Problem odaklı başta çıkma, stresli olarak algılanan durumlarla ilgili kişi, çevre ya da ilişkinin bazı yönlerini değiştirmek ya da kontrol altına alma girişimleri olarak tanımlanır ve kontrol edilebilir olarak algılanan stresli olaylara karşılık daha az düzeyde duygusal sıkıntı ile ilişkilidir (Compas, 1998). Örneğin, eğer kişi sınavda başarısız olmaktan korkuyorsa, problem çözme stratejisi, konuları öğrenmek için sıkı çalışmak olmalıdır (Raheel, 2014).

Stresli olayla ilgili olumsuz duyguları yönetme ya da düzenleme girişimleri duygu odaklı başta çıkma olarak tanımlanır (Compas, 1998). Bazı duygu odaklı başta çıkma stratejileri (olumlu odaklanma, sosyal destek arama, arkadaşları ile uyumlu olma gibi) öz-yeterlilik algıları ve akademik başarı gibi istenen sonuçlarla olumlu bir şekilde ilişkili ve üretken stratejiler iken bazıları kendini suçlama ve endişe gibi yararsız stratejilerdir. Duygu odaklı başta çıkma stratejilerinin kullanımını tartışanların çoğu uyumsuz doğasını vurgularken, son araştırmalar, duyguların uyumlu doğasına odaklanmaktadır; diğer bir ifadeyle, bireylerin sosyal iletişim, hedefi gerçekleştirme ve ilk yaşlardan gelen bilişsel süreçleri nasıl düzenlediğine odaklanmaktadır (Frydenberg ve Lewis, 2004).

Stresli yaşam olaylarıyla başta çıkma yeteneğini, yüksek iyimserlik düzeyi, daha fazla psikolojik denetim ya da ustalık, yüksek benlik saygısı ve daha iyi sosyal destek gibi bireysel özellikler geliştirmektedir. Sosyal desteğin kullanımı genellikle başta çıkma sürecinin temeli olduğu kabul edilir. Aile, arkadaşlar ya da öğretmenlerden tavsiye veya destek alma ve beceri öğrenme, stresi azaltıcı bir faktör olarak kabul edilir. Bu etkenlerin yaşam olayları karşısında daha düşük bir sıkıntı düzeyi ve sağlık açısından daha olumlu sonuçlar ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir (Frydenberg ve Lewis, 2004; Butcher, Mineka ve Hooley, 2013).

Kaynakça

Allison, K., Adlaf, E., Ialomiteane, A. & Rehm, J., (1999). "Predictors of Health Risk Behaviors Among Young Adults: Analysis of the National Population Health Survey", *Canadian Journal of Public Health*, 90(2), 85-89.

Alpaslan, A. H., (2012). "Ergen Ruh Sağlığı ve Spor", *Kocatepe Tıp Dergisi*, 13,181-185.

Austin, V. L. ve Sciarra, D. T., (2012). *Çocuk ve Ergenlerde Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar*, (Çev. Ed. M. Özekes), Ankara: Nobel Yayıncılık.

Baltaş, A. ve Baltas, Z., (2014). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Baltaş, Z. ve Baltas, A., (1991). Gençlik Çağı ve Stres, *Aile Yazıları III*. (Der. B. Dikeçligil ve A. Çiğdem), Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.

Basut, E., (2006). "Stres, Başa Çıkma ve Ergenlik", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(1), 31-36.

Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Ryan, N. D., (2004). "Clinical Presentation and Course of Depression in Youth: Does Onset in Childhood Differ From Onset in Adolescence?", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 63-70.

Bouma, E. M. C., Ormel, J., Verhulst, F. C. ve Oldehinkel, A. J., (2008). "Stressful Life Events and Depressive Problems in Early Adolescent Boys and Girls: The Influence of Parental Depression, Temperament and Family Environment", *Journal of Affective Disorders*, 105, 185-193.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. ve Smailes, E. M., (1999). "Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.

Butcher, J. N., Mineka, S. ve Hooley, J. M., (2013). *Anormal Psikoloji*, (Çev. O. Gündüz). İstanbul: Kaknüs Yayıncılık.

Byrne, D. G. ve Mazanov, J., (2003). "Adolescent Stress and Future Smoking Behaviour: a Prospective Investigation", *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 313-321.

Byrne, D. G., Davenport, S. C. ve Mazanov, J., (2007). "Profiles of Adolescent Stress: the Development of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ)", *Journal of Adolescence*, 30(3), 393-416.

Carter, J. S., Garber, J., Ciesla, J. A. ve Cole, D. A. (2006). "Modeling Relations Between Hassles and Internalizing and Externalizing Symptoms in Adolescents: a Four-Year Prospective Study", *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 428-442.

Compas, B. E., (1998). "An Agenda for Coping Research and Theory: Basic and Applied Developmental Issues", *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 231-237.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. ve Jaser, S. S., (2004). "Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 21-31.

Ekşi, A., (1999). *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Eskin, M., (2012). *İntihar*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H. ve Dereboy, Ç., (2008). "Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 382-389.

Fırat, N., (2015). *Yurtta veya Ailesinin Yanında Kalan Öğrencilerin Sosyal Destek Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Stillерinin İncelenmesi*, (Yayımlanmamış) Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Frydenberg, E. ve Lewis, R., (2004). "Adolescents Least Able to Cope: How Do They Respond to Their Stresses?", *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(1).

Garber, J., (2006). "Depression in Children and Adolescents: Linking Risk Research and Prevention", *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6 suppl 1), 104-125.

Geldard, K. ve Geldard, D., (2013). *Ergenler ve Gençlerle Psikolojik Danışma*, (Çev. Ed. M. Pişkin), İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A. ve Altham, P. M. E., (2000). "First-Episode Major Depression in Adolescents", *British Journal of Psychiatry*, 176, 142-149.

Grant, K. E., Behling, S., Gipson, P. Y. ve Ford, R. E., (2005). "Adolescent Stress: The Relationship Between Stress and Mental Health Problems", *The Prevention Researcher*, 12(3).

Grant, D. M., (2013). Anxiety in Adolescence, *Handbook of Adolescent Health Psychology*. In W. T. O'Donohue, L. T. Benuto, L. W. Tolle (Editörler). s. 507-519. New York: Springer Science and Business Media.

Hankin, B. L., (2006). "Adolescent Depression: Description, Causes and Interventions", *Epilepsy & Behavior*, 8, 102-114.

Hankin, B. L., Mermelstein, R. ve Roesch, L., (2007). "Sex Differences in Adolescent Depression: Stress Exposure and Reactivity Models", *Child Development*, 78(1), 279-295.

Hazel, N. A., Hammen, C., Brennan, P. A. ve Najman, J., (2008). "Early Childhood Adversity and Adolescent Depression: the Mediating Role of Continued Stres", *Psychological Medicine*, 38, 581-589.

Hutchinson, S. L., Baldwin, C. K. ve Oh, S. S., (2006). "Adolescent Coping: Exploring Adolescents'Leisure-Based Responses to Stress", *Leisure Sciences*, 28, 115-131.

Kayaalp, L., (2-3 Aralık 1999). "Çocuk ve Ergende Depresyon". *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, İstanbul.

Mullin, B. C., McDunn, C., McKay, S., Oland, A., (2015). "Obsessive Compulsive Disorder and Anxiety Disorders in Children and Adolescents", *Colorado Journal of Psychiatry & Psychology, Child and Adolescent Mental Health*, 1(1), 5-12.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C.,... Eaves, L. J., (1995). "Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression in Women", *American Journal of Psychiatry*, 152, 833-842.

Kim, K. J., Conger, R. D., Elder, G. H. ve Lorenz, F. O., (2003). "Reciprocal Influences Between Stressful Life Events and Adolescent Internalizing and Externalizing Problems", *Child Development*, 74(1), 127-143.

Kim, Y. H., (2003). "Correlation of Mental Health Problems with Psychological Constructs in Adolescence: Final Results from a 2-Year Study", *International Journal of Nursing Studies*, 40, 115-124.

Kulaksızoğlu, A., (2014). *Ergenlik Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

La Greca, A. M., (2001). "Friends or foes? Peer Influences on Anxiety among Children and Adolescents", *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. In W. K. Silverman ve P. D. A. Treffers (editörler). Cambridge: Cambridge University Press.

Larson, R. ve Ham, M., (1993). "Stress and 'Storm and Stress' in Early Adolescence: The Relationship of Negative Events with Dysphoric Affect", *Developmental Psychology*, 29, 130-140.

Lewis, C. C. ve Simons, A. D., (2009). "Adolescent Depression", *The International Encyclopedia of Depression*. In R. E. Ingram (Editör). s.4-8. Springer Publishing Company.

Lue, B. H., Wu, W. C. ve Yen, L. L., (2010). "Expressed Emotion and its Relationship to Adolescent Depression and Antisocial Behavior in Northern Taiwan", *Journal of Formosan Medical Association*, 109(2), 128-37.

March, J. S. ve Albano, A. M., (2002). "Anxiety Disorders in Children and Adolescents", *Textbook of Anxiety Disorders*. In D.J. Stein ve E. Hollander (Editörler). s. 415-427. The American Psychiatric Publishing.

Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M. ve Shortt, A., (2003). "Anxiety, Depression, and Peer Relationships during Adolescence; Results from the Portuguese National Health

Behaviour in School-Aged Children Survey”, *European Journal of Psychology of Education*, 18(1), 3-14.

Mellin, A., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M. ve Resnick, M., (2002). “Unhealthy Behaviors and Psychosocial Difficulties among Overweight Adolescents: The Potential Impact of Familial Factors”, *Journal of Adolescent Health*, 31, 145-153.

Miller, A. R., (2008). *Living with Anxiety Disorders*. New York: An imprint of Infobase Publishing.

Moksnes, U. K., Moljord, I. E. O., Espnes; G. A. ve Byrne, D. G., (2010). “The Association Between Stress and Emotional States in Adolescents: The Role of Gender and Self-Esteem”, *Personality and Individual Differences*, 49, 430-435.

Moksnes, U. K., Byrne, D. G., Mazanov, J. ve Espnes, G. A., (2010). “Adolescent Stress: Evaluation of the Factor Structure of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N)”, *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 203-209.

Morgan, G., (1993). *İşte ve Yaşamda Stresi Yenmenin Yolları*, (Çev. Ş. Çağla), İstanbul: Ruh Bilim Yayınları.

Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D. ve Weissman, M. M., (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*, New York: The Guilford Press.

Ormel, J., Oldehinkel, A. ve Brilman, E., (2001). “The Interplay and Etiological Continuity of Neuroticism, Difficulties, and Life Events in the Etiology of Major and Subsyndromal First and Recurrent Depressive Episodes in Later Life”, *American Journal of Psychiatry*, 158, 885-891.

Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A., (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Parker, G. ve Roy, K., (2001). “Adolescent Depression: a Review”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 572-580.

Raheel, H., (2014). “Coping Strategies for Stress Used by Adolescent Girls”, *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(5), 958-962.

- Rudolph, K. D., (2002). "Gender Differences in Emotional Responses to Interpersonal Stress During Adolescence", *Journal of Adolescent Health*, 30, 3-13.
- Rudolph, K. D., (2009). "Adolescent Depression", *Handbook of Depression*. In I. H. Gotlib ve C. L. Hammen (Editörler). New York: The Guilford Press.
- Seiffge-Krenke, I., (1995). *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. ve Nurmi, J.E., (2009). "Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors", *Child Development*, 80, 259-279.
- Sharp, L. K. ve Lipsky, M. S., (2002). "Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for use in Primary Care Settings", *American Family Physician*, 66(6), 1001-1008.
- Shih, J. H., Eberhart, N., Hammen, C. ve Brennan, P. A., (2006). "Differential Exposure and Reactivity to Interpersonal Stress Predict Sex Differences in Adolescent Depression", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 103-115.
- Silk, J. S., Ziegler, M. L., Whalen, D. J., Dahl, R. E., Ryan, N. D.,... Williamson, D.E., (2009). "Expressed Emotion in Mothers of Currently Depressed, Remitted, High-Risk, and Low-Risk Youth: Links to Child Depression Status and Longitudinal Course", *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 36-47.
- Sims, B. E., Nottelmann, E., Koretz, D. ve Pearson, J., (2006). "Prevention of Depression in Children and Adolescents", *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 99-103.
- Siyez, D. M., (2015). "Fiziksel Gelişim", *Eğitim Psikolojisi*, A. Kaya (Editör). s.41-72. Ankara: Pegem Akademi.
- Skrove, M., Romundstad, P. ve Indredavik, M. S., (2012). "Resilience, Lifestyle and Symptoms of Anxiety and Depression in Adolescence: the Young-HUNT Study", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 407-416.

Suldo, S. M., Shaunessy, E. ve Hardesty, R., (2008). "Relationships Among Stress, Coping, And Mental Health In High-Achieving High School Students", *Psychology in the Schools*, 45(4), 273-290.

Tamar, M. ve Özbaran, B., (2004). "Çocuk ve Ergenlerde Depresyon", *Klinik Psikiyatri*, Ek 2, 84-92.

Tan, O., (2014). *Depresyon*. İstanbul: Timaş Yayınları.

Thaker, R. ve Verma, A., (2014). "A Study of Perceived Stress and Coping Styles among Mid Adolescents", *National Journal of Physiology, Pharmacy & Pharmacology*, 4(1), 25-28.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S. ve Thapar, A.K., (2012). "Depression in Adolescence", *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067.

Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Ormel, J., Verhulst, F. C. ve Huizink, A. C. (2011). "Risk Indicators of Anxiety Throughout Adolescence: the Trails Study", *Depression and Anxiety*, 28, 485-494.

Wade, T. J., Cairney, J. ve Pevalin, J. D. (2002). "Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence: National Panel Results from Three Countries", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 190-198.

Weller, E. B. ve Weller, E. A., (1990). "Depressive Disorders in Children and Adolescents", *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*, In B. D. Garfinkel, G. A. Carlson ve E. B. Weller (Editörler). s. 3-20. Philadelphia: WB Saunders Company.

Wolman, B. B., (1998). *Adolescence*, London: Greenwood Press.

Yavuzer, H., (2015). *Çocuk Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Zimmer-Gembeck, M. J. ve Skinner, E. A., (2008). "Adolescents Coping with Stress: Development and Diversity", *The Prevention Researcher*, 15 (4), 3-7.

Zolog, T., Jané, M. C., Bonillo, A., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Romero, K. ve Domènech, E., (2011). "Somatic Complaints and Symptoms of Anxiety and Depression in a School-Based Sample of Preadolescents and Early Adolescents. Functional Impairment and Implications for Treatment", *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11, 191-208.