

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE BELİRTİ DAĞILIMININ KARŞILAŞTIRILMASI

İlker Erdoğan*, Müge Tamar**, Esin Erdoğan***

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada majör depresif bozukluk (MDB) tanısı alan çocuk ve ergenlerde belirtilerin dağılımı, sıklığı ve şiddetinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kliniğe başvuran, DSM IV tanı ölçütlerine göre MDB tanısı konulan ve Çocuk Depresyon Ölçeğinde (ÇDÖ) 19 ve üzeri puan alan 88 olgu (58 ergen, 30 çocuk) çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan 88 olgunun her birine yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan WASH-U-KSADS (Washington University at St. Louis- Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present State and Lifetime-1996 for DSM IV, Affektif Bozukluklar ve Şizofreni görüşme kılavuzu, okul çağı çocukları için) uygulanarak belirti dağılımı araştırılmıştır. **Bulgular:** Ergenlerde umutsuzluk karamsarlık, ilgi kaybı, anhedoni, sosyal içe çekilme, yorgunluk, özkıyım düşüncesi ve girişimi daha sık ve şiddetli iken çocuklarda ayrılık kaygısı daha sık ve şiddetli bulunmuştur. Bedensel yakınmalar, ağlama ve uyku bozuklukları genel olarak kızlarda daha sık rastlanmıştır. Ergen kızlarda, erkek ergenlere göre iştahsızlık ve özkıyım girişimi daha sık bulunmuştur. **Tartışma:** MDB'li çocuk ve ergenler arasında temel belirtiler değişmemekle birlikte yaşa ve cinsiyete göre göre sıklık ve şiddette önemli değişiklikler olmaktadır. Bu değişikliklerin bilinmesi çocuk ve ergen depresyonlarının tanınmasına ve sağaltım yaklaşımlarına yardımcı olabilecektir.

Anahtar sözcükler: Majör depresif bozukluk, çocuk, ergen, belirti

SUMMARY: A COMPARISON OF SYMPTOMATOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Objective: Comparison of the distribution, frequency and severity of symptomatology in children and adolescents with major depressive disorder (MDD) was aimed in this study. **Method:** Eighty-eight patients (58 adolescents, 30 children) who were admitted our child and adolescent psychiatry outpatient unit with major depressive disorder according to the criteria of DSM IV, and scored 19 and over in Child Depression Inventory were included in study. The distribution of symptomatology was investigated by using WASH-U-KSADS (Washington University at St. Louis- Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present State and Lifetime- 1996 for DSM IV), a semi structured clinical schedule, in each of 88 patients who were included in study. **Results:** While the hopelessness, sadness, lack of interest, anhedonia, social withdrawal, fatigue, suicidal ideas and suicidal attempts were found more frequent and severe among adolescents, separation anxiety was more frequent among children. Crying, sleep disturbance and somatic complaints were more frequent in female group. Anorexia and suicide attempts were more frequent among female adolescents than male ones. **Conclusions:** This study establishes that basic symptomatology does not vary among children and adolescents with major depressive disorder. On the other hand frequency and severity in symptomatology has some important differences based on age and sex. The ability to determine these differences may improve the diagnosis and treatment approaches to child and adolescent depression.

Key words: Major depressive disorder, children, adolescent, symptom

GİRİŞ

Depresif bozukluk çocuk ve ergenlerde sık görülen, yineleyici, özkıyım girişimi ile sonlanabilen bozukluklardan biridir. Erişkin depresyonlarının tersine, çocukluk depresyonlarının kabul edilmesi uzun zaman almıştır. Ancak 1970'li yılların sonlarına doğru çocukluk depresyonlarının var olduğu ve çocukluk çağının önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olduğu kabul edilmiştir (Öy 1990). Çocuk ve ergenlerin duygudurum bo-

zuklukları sınıflandırması, DSM IV ve ICD 10 da gelişimsel birtakım farklılıklar ile birlikte erişkinlerdeki gibi kabul edilmiştir. DSM IV, majör depresif bozukluk (MDB) tanı ölçütlerinde çokkün duygudurum yoksa kolay kızmayı (irritabilite), kilo kaybı yoksa beklenen kilo artışının olmamasını tanı için yeterli saymıştır. Distimi tanısı için ise en az iki yıl sürmesi gereken belirtilerin çocuklarda bir yıl olarak belirlendiği görülmektedir (APA 1994).

Majör depresif bozukluk sıklığının araştırıldığı çalışmalar, bozukluğun yaşla orantılı arttığını göstermiştir. Birçok çalışmada, MDB sıklığı okul

* Uzm. Dr., Doktor Behçet Uz Çocuk Hastanesi, İzmir.

** Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

*** Arş. Gör., Trakya Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne.

çağı çocuklarında yaklaşık olarak %2, ergenlerde ise %4-8 olarak bulunmuştur. MDB sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde, ilkokul döneminde erkek kız oranının eşit veya erkeklerde daha fazla olduğu, ergenlikle birlikte tıpkı erişkin depresyonlarında olduğu gibi MDB'nin kızlarda daha sık olduğu gözlenmektedir (Anderson ve Mc Gee 1994, Fleming ve Offord 1990, Kashani ve ark. 1987b, Lewinsohn ve ark.1994). Bu farklılıkların hormonal değişiklikler, kalıtımsal nedenler, olumsuz yaşam olaylarının artışı gibi nedenlerle ilgili olabileceği ileri sürülmektedir. Özellikle olumsuz yaşam olaylarının artışının kızlarda daha az etkili başa çıkma mekanizmalarına yol açtığı, ergenlik döneminde erkeklere oranla daha fazla güçlkle karşılaştıkları ve kızların ergenliğe erkeklerden daha önce girmelerinin MDB sıklığındaki bu farklılığı açıklayabileceği varsayılmaktadır (Peterson ve ark. 1993).

Çocuk ve gençlerde depresif bozukluk, tanıyı karıştıracak şekilde erişkinlerden daha sıklıkla psikiyatrik eş tanıya sahiptir (Carlson 2000, Goodyer ve ark. 1997, Pataki ve Carlson 1995, Sanford ve ark.1995). Eş tanı çalışmalarında; majör depresif bozukluğa %40-90 oranında en az bir, %20-50 oranında ise en az iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bildirilmiştir (Birmaher ve ark. 1996a, Goodyer ve ark. 1997, Kovacs 1996, Rohde ve ark.1991). Hem bu nedenle, hem de gelişim dönemi ve bilgi kaynağından kaynaklanan nedenlerle çocuklarda depresyon tanısı koymak erişkinlere göre daha zordur (Öy 1994). Çocukta eğer daha önce bir psikiyatrik bozukluk tanımlanmıyor ise tanı koymak güç olmayabilir. Fakat birçok olguda depresif belirtiler sinsi ve yavaş başlar. Bu olgularda daha önce çocukta aşırı hareketlilik, davranım sorunları ve kaygı bulgularının olması depresif bozukluk tanısı konmasını güçleştirebilir (Çuhadaroğlu 1993, Seligman ve Ollendick 1998).

Çocuk ve ergenlerde depresyon kliniği üzerine yapılan çalışmalarda temel fenomenoloji aynı bulunmuştur, fakat yaşa, cinsiyete ve psikososyal gelişim düzeylerine göre belirti sıklık ve şiddeti değişmektedir (Park ve Goodyer 2000, Son ve Kirchner 2000). Okul öncesi çocuklarda sözelleştirme yeterli olmadığı için daha sıklıkla dep-

resif görünüm, uyku ve iştah bozuklukları, içe kapanma belirtileri görülmektedir. Özellikle ayrılık kaygısı, fobiler, bedensel yakınmalar, davranış sorunları ergenlik öncesi çocuklarda daha belirgindir (Carlson ve Kashani 1988, Kolvin ve ark.1991, Mitchell ve ark.1988, Ryan 1987). Bedensel bulgular; baş ağrısı, karın ağrısı başta olmak üzere çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Bu nedenle nedeni bulunamayan bedensel yakınmaları olan çocuklarda depresyon olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır (Fritz 1995).Yine bu dönemde uyku bozukluğu, yalnız yatamama ve gece korkuları biçiminde, iştah bozukluğu ise kilo alamama ve yeme tutumlarında bozulma şeklinde ortaya çıkabilir (Dhavale 2001). Ergenliğe doğru, depresif bozukluk belirtilerinde; umutsuzluk karamsarlık, dürtüsel davranışlar, madde ve alkol kullanımı, özkıyım girişimi ve işlevsellikte bozulma (okula devamsızlık, okul başarısında düşme, evden kaçma, sosyal içe çekilme) daha ağırlık kazanmaktadır (Ryan ve ark. 1987, Şener 1994, Turgay 1998). Ergenlik döneminde daha sık olmak üzere uyku, iştah ve kilo artışı, psikomotor retardasyon, belirtileriyle belirli atipik depresif bulgular da görülebilir (Williamson 2000).

Depresif belirtiler araştırılırken, belirtilerin hem çocuk veya gence hem de anne baba, öğretmen ve diğer kişilere sorulması, tanının güvenilirliğini artırır ve tedavideki düzelmeyi ölçmesi bakımından da kolaylık sağlar. Buna dayanarak bazı araştırmacılar, özellikle puberte öncesi çocukların iç sıkıntısı, uyku sorunlarını ve ölüm düşüncelerini çoğunlukla ebeveynlerinden daha doğru olarak bildirdiklerini, okul başarısızlığı, davranış sorunları gibi belirtileri ise anne babaların daha doğru olarak bildirdiklerini ileri sürmüşlerdir (Angold ve ark. 1987, Edelbrock ve ark. 1985, 1986).

Çocuk ve ergen depresyonlarının belirti dağılımı üzerine yapılan araştırmalar genellikle çoğul bilgi vericiler kullanılarak yarı yapılandırılmış görüşmeler ile yapılmıştır (Ferro ve ark. 1994, Kovacs ve ark.1994ab, Ryan ve ark. 1987). Böylece ortak bir dil ve yöntem sağlanmış olup, bulguların tekrar edilmesi ve iletişim kolaylaştırılmıştır. K-SADS, WASH-U-KSADS bu yarı yapılandırıl-

muş görüşme kılavuzlarıdır. Bu kılavuzlar tanıya yönelik olarak ayrıntılı bir şekilde belirti taramayı hedeflemektedir. (Geller ve ark. 2001)

Bu çalışmada, majör depresif bozukluk (MDB) tanısı alan çocuk ve ergenlerde; WASH-U-KSADS kullanılarak MDB belirtilerinin dağılım sıklık ve şiddetinin araştırılması, karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmaya, Mayıs–Aralık 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve majör depresif bozukluk tanısı konulan 8-17 yaşlar arası 88 olgu alınmıştır. Olgular, 30 çocuk (8-12 yaş arasında) ve 58 ergen (13-17) olmak üzere iki grup olarak sınıflandırılmıştır.

Sistemik organik bir hastalık, epilepsi, zeka geriliğinin düşünülmesi, yaygın gelişimsel bozukluk ve şizofrenik bozukluk varlığı dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir. Ayrıca son iki haftalık dönem içerisinde psikofarmakolojik sağaltım görenler de çalışmaya alınmamıştır.

Veri Toplama Araçları

DSM IV tanı ölçütleri göz önünde bulundurulmuş olarak yapılan psikiyatrik görüşme ve Genel Bilgi Formu:

Olgu ile ilgili sosyodemografik bilgileri almayı amaçlayan tarafımızca oluşturulan bir formdur.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory):

Kovacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilen 6-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilen yirmi yedi maddelik bir ölçektir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0,1 veya 2 puan alır. En üst puan 54'tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. ÇDÖ'nün geçerlik güvenilirlik çalışması ülkemizde Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

Washington Üniversitesi Çocuk ve Gençler

için Affektif Bozukluklar ve Şizofreni Görüşme Kılavuzu (Washington University at St. Louis- Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- WASH-U-KSADS):

Geller ve arkadaşları tarafından 1994'te geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. KSADS'dan köken almış olup DSM IV'e göre düzenlenmiştir, hızlı döngülü ve prepubertal mani bölümleri eklenmiştir (Geller ve ark. 2001, Wozniak ve ark. 1995). Türkçe çevirisi Emiroğlu tarafından hazırlanmıştır (2001). Bizim çalışmamızda bu formun sadece depresif bozukluklar bölümü kullanılmıştır. Önerilen işlem önce anne baba ile daha sonra çocuk ile görüşülmesidir. Belirtiler kılavuzda çoğunlukla aşağıdaki gibi derecelendirilmiştir: 0.Bilgi yok. 1. Açık klinik belirti yok. 2. Çok az yada silik klinik belirti. 3. İlimli klinik belirtiler. 4. Orta derecede belirti. 5. Şiddetli. 6. Aşırı. Bazı belirtilerde ise daha az sayıda derecelendirme kullanılmıştır (ağlama; 0-3, çökkün duygudurum/ebeveynle rahatlama; 0-4, gibi).

İşlem

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran ve ilk gören hekim tarafından depresif bozukluk düşünülen 108 olguya Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Öy 1991) uygulanmış olup, 19 ve üzeri puan alan 94 olgu, ikinci görüşmeciye yönlendirilmiş ve çalışma için bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. DSM IV (APA 1994) 'e dayalı yapılan ikinci görüşmede MDB tanısı alan 88 olgunun her biri için genel bilgi formu doldurulmuştur. Daha sonra ise her olguda belirti dağılımını ve şiddetini araştırmak amacıyla, önce anne-baba sonra hastanın kendisiyle WASH-U-KSADS (Geller ve ark. 2001) "depresif bozukluklar bölümü" kullanılarak görüşülmüş ve her hasta için tek bir puanlama yapılmıştır. Bu çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 10.0 paket istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada kategorik değişkenler için Ki-kare, nicel verilerin değerlendirilmesi içinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. P<0.05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 88 olgunun 30'u (%34,1) çocuk, 58'i (%65,9) ise ergendir. Çocuk örnekleminde erkek olgu sayısı fazla (13 kız, 17 erkek) iken, ergen örnekleminde kızlar belirgin olarak daha fazladır (35 kız, 23 erkek). Yaş ortalamaları ise çocuklarda $10,5\pm 1,4$, ergenlerde $14,9\pm 1,3$ bulunmuştur (Tablo1). MDB'li ergenlerin 8'i (%13,80) okula devam etmemektedir. Çocuk örnekleminde okula devam etmeyen yoktur. Bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

ma ve öfke (87,5), konsantrasyon zorluğu ve dikkatsizlik (%86,4), çökkün görünüm (%77,3), umutsuzluk karamsarlık (%72,7), anhedoni ve ilgi kaybı (%70,4), insomni (%68,2), sosyal içe çekilme (%63,3), sevilme hisleri ve düşük üretkenlik (%60,3), olumsuz benlik algısı ve ağrı sızılar (%59,1), yorgunluk bitkinlik (%52,3) ve ağlama (%51,1) gelmektedir. Ayrılık kaygısı ise %50 sıklıkta bulunmuştur.

Çocuk örneklemindeki depresif belirtilerde ilk sıraları çökkün duygudurum (%100), kolay kız-

Tablo 1: Örneklemin yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı

	Çocuk		Ergen		Toplam	
Olgu sayısı	N:30	%34,1	N:58	%65,9	N:88	%100
Yaş ort.	10,53±1,40		14,98±1,34			
Erkek	N:17	%56,6	N:23	%39,6	N:40	%45,4
Kız	N:13	%43,3	N:35	%60,3	N:48	%54,5

WASH-U K-SADS ile yapılan görüşme sonucu çocuk ve ergenlerdeki her bir belirtinin sıklığı belirlenmiştir. Buna göre tüm örneklemin en yaygın belirtisi %98,9 oranla çökkün duygudurum bulunmuştur. Ardından sırasıyla; kolay kız-

ma (%86,6), zor odaklanma ve dikkatsizlik (%76,7), ayrılık kaygısı (%76,7), çökkün görünüm (%70) alırken, ergen örnekleminde ayrılık kaygısı (%36) dışında yukarıda sayılan belirtiler benzer oranlarda bulunmuştur (Tablo 2). Anhe-

Tablo 2: Çocuk ve ergen örnekleminde MDB belirti sıklığı

Belirti	Cocuk(%)	Ergen(%)	Belirti	Cocuk(%)	Ergen(%)
Çökkün duygudurum	100	98,3	Yorgunluk, bitkinlik	33,3	62,1
Reddedilmeye aşırı tepkisellik	96,7	91,4	Özkiyim düşüncesi	33,3	51,7
Kolay kızma	86,6	87,9	İştahsızlık	30,0	39,7
Zor odaklanma ve dikkatsizlik	76,7	91,4	Kilo kaybı	26,7	34,5
Çökkün görünüm	70	81	Suçluluk duygusu	26,6	39,6
İnsomni	66,6	69	Sosyal izolasyon	26,7	24,2
Sevilme ve yalnızlık hissi	60	60,4	Kendilik merhametinde düşme	23,3	44,8
Ağrı ve sızılar	60	58,6	Psikomotor retardasyon	20,0	29,3
İrritabl duygulanım ebeveynle rahatlama	76,7	27,6	Psikomotor ajitasyon	20,0	27,6
Umutsuzluk, karamsarlık	56,7	81	Diurnal değişiklik, akşam kötülüğü	13,3	22,4
Çökkün duygulanım ebeveynle rahatlama	76,7	36,1	Kilo alınımı	6,7	10,3
Olumsuz benlik algısı	56,6	60,3	Kendine zarar verici davranışlar	6,7	32,7
İlgi kaybı	53,3	79,3	Özkiyim girişimi	3,3	29,3
Düşük üretkenlik ve etkinlik	53,3	63,7	Hipokondriyazis	3,3	8,5
Disforik duygulanımın niteliği	50	70,7	Tatlılara güçlü istek	3,3	12
Zihinsel uğraşlar	46,6	43,1	Hipersomni	0	10,3
Sosyal içe çekilme	46,7	72,4	Özkiyim girişiminin ciddiyeti	0	15,9
Ağlama	40	56,9	Özkiyim girişimi ölümcüllüğü	0	38,9
Anhedoni	40,0	86,2	Diurnal değişiklik sabah kötülüğü	0	10,3
Uyaranlara azalmış tepkisellik	36,7	62,1			

doni çocuklarda %40, ergenlerde ise %86,2 oranında saptanırken, umutsuzluk, karamsarlık çocuk grubunda %56,7 ile dokuzuncu belirti, ergen grubunda %81 oranla beşinci belirti olmuştur (Tablo 2).

Disforik duygulanımın niteliği (ayrılık veya kayıp) incelendiğinde, çocukların %50'si, ergenlerin %70'i depresyonunu bir ayrılık veya nesne kaybına bağlamamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=.047$). Olumlu çevresel uyaranlara karşı tepkisellikte azalma ergenlerde daha anlamlı bulunmuştur (E:%62,1; K:%36,7) ($p=.021$). Genellikle nedensiz yere kendini sinirli, üzgün hissettiğini söyleyenler her iki grupta yakın oranlardadır (Ç:%46,6; E:%43,1).

Uyku değişikliklerine bakıldığında çocuk ve ergenlerde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. İnsomni çocuklarda %66,6, ergenlerde %69 iken, hipersomni ergenlerde %10,3 oranında bulunmuş, çocuklarda ise hiç gözlenmemiştir. İnsomni çeşitleri değerlendirildiğinde; başlangıç insomni çocukların %66,6 ergenlerin ise %67,2'sinde mevcuttur. Orta insomni çocukta %23,7, ergende %31,1; terminal insomni çocukta %13,4, ergende %22,4 olarak bulunmuştur. Bu fark an-

lamlı değildir. İştah ve kilo değişikliklerinin sıklığı çocuk ve ergen grubunda anlamlı farklılık yaratmamıştır. İştahsızlık ve kilo kaybına ergenlerde %39,7 ve %34,5 oranında rastlanırken çocuklarda %30 ve %26,7 bulunmuştur. Kilo alımı çocuklarda %6,7 ergen grubunda ise %10,3'dür. İştah artışı (%17,2; %3,3) ve tatlılara güçlü istek (%12; %3,3) ergenlerde fazla olmakla birlikte istatistiksel anlamlılık göstermemiştir.

Çocuklar cinsiyete göre ayrıldığında, MDB'li kız çocuklarında erkek çocuklarına oranla daha sık olarak ağlama, yorgunluk bitkinlik, bedensel yakınmalar, psikomotor retardasyon ve çökkün görünüm bulunmuştur. Bunlardan yalnızca çökkün görünüm (%92,3; %52,9) ve bedensel yakınmalar (%76,9; %47,1) anlamlılık göstermiştir ($p<.05$). Ergen kızlarda ise ergen erkeklere oranla anlamlı şekilde daha sık ağlama (%71,4; %34,8) bedensel yakınmalar (%74,3; %34,8), yorgunluk (%74,3; %43,5), anhedoni (%94,3; %73,9), uyuyamama (%80; %52,2), iştahsızlık (%51,4; %21,7) ve özkıyım girişimi (%42,9; %8,7) saptanmıştır. Ayrılık kaygısı (%56,5; %22,9) ve psikomotor ajitasyonun bazı belirtileri ise erkek ergenlerde daha sık bulunmuştur (Tablo3).

Tablo 3: Çocuk ve ergen örnekleminde cinsiyete göre belirti sıklığı

Belirti	Çocuk		Ergen		Belirti	Çocuk		Ergen	
	Kız(%)	Erkek(%)	Kız(%)	Erkek(%)		Kız(%)	Erkek(%)	Kız(%)	Erkek(%)
Çökkün duygudurum	100	100	100	95,7	Yorgunluk bitkinlik	53,8	17,6	74,3	43,5
Çökkün görünüm	92,3	52,9	88,6	69,6	Kuşun paralizi	0	0	14,3	0
Ağlama	61,5	23,5	71,4	34,8	Üretkenlikte düşme	53,8	52,9	60	69,6
Kolay kızma	84,6	88,2	85,7	91,3	Zor odaklanma, dikkatsizlik	76,9	76,5	85,7	100
Reddedilmeye aşırı tepkisellik	91,7	100	91,4	91,3	Psikomotor ajitasyon	15,4	23,5	22,9	34,8
Çökkün duygulanım a-b ile rahat.	69,2	82,4	22,9	56,5	Psikomotor retardasyon	38,5	5,9	31,4	26,1
İrritabl duygulanım a-b ile rahat.	69,2	82,4	22,9	34,8	Sosyal içe çekilme	46,2	47,1	77,1	65,2
Disforik duygulanım Niteliği	38,5	58,8	74,3	65,2	Sosyal izolasyon	38,5	17,6	25,7	21,7
Zihinsel uğraşlar	46,2	47,1	48,6	34,8	İnsomni	76,9	58,8	80	52,2
Tepkisellikte azalma	38,5	33,3	68,6	52,2	Hipersomni	0	0	5,7	17,4
Diurnal Değişim sabah kötülüğü	0	0	11,4	8,7	İştahsızlık	30,8	29,4	51,4	21,7
Diurnal Değişim akşam kötülüğü	23,1	5,9	20	26,1	Kilo kaybı	23,1	29,4	42,9	21,7
Aşırı suçluluk	23,1	29,4	37,1	43,5	Artmış iştah	0	5,9	20	13
Olumsuz benlik algısı	46,2	64,7	60	60,9	Tatlılara güçlü istek	0	5,9	17,1	4,3
Sevilmeme , yalnızlık	53,8	64,7	57,1	65,2	Kilo alımı	0	11,8	14,3	4,3
Umutsuzluk karamsarlık	53,8	58,8	82,9	78,3	Özkıyım düşüncesi	30,8	35,3	60	39,1
Kendilik merhametinde düşme	15,4	29,4	54,3	30,4	Özkıyım girişimi	7,7	0	42,9	8,7
Ağrı ve sızılar	76,9	47,1	74,3	34,8	Özkıyım girişimi ciddiyeti	0	0	20	8,7
Hipokondriyazis	0	5,9	11,4	4,3	Özkıyım girişimi ölümcüllük	0	0	40	33,3
İlgi kaybı	69,2	41,2	88,6	65,2	Kendine zarar verici davranışlar	0	11,8	31,4	34,8
Anhedoni	46,2	35,3	94,3	73,9	Psikotik belirti	7,7	0	2,8	0

Majör depresif bozukluklu çocuk ve ergenlerde, elde ettiğimiz bu belirtilerin şiddete göre değerlendirilmesi bize her iki grupta MDB'nin kliniği hakkında önemli bilgiler vermiştir (Tablo 4).

daha fazla bulunmuştur. Orta derece azalmış tepkisellikte anlamlılık belirgindir. Umutsuzluk, karamsarlık da yaş ile birlikte artış göstermiş, buna paralel olarak şiddeti de artmıştır. "Kendi-

Tablo 4: MDB tanılı çocuk ve ergenlerin karşılaştırılmasında istatistiksel anlamlılık gösteren belirtiler

Belirti	Çocuklar (%)				Çocuklar (%)				P
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	
Çökkün duygu durumu	0	53,3	40,0	6,7	1,7	25,9	53,4	19,0	.016
Çökkün görünüm	30	60	10	0	19	51,7	29,3	0	.047
Kolay kızma	13,3	33,3	43,3	10,0	12,1	12,1	36,2	39,7	.007
Çökkün duygulanım, ebeveynle rahatlama	23,3	20	43,3	13,3	63,8	22,4	10,3	3,4	.000
İrritabl duygulanım ebeveynle rahatlama	23,3	16,7	53,3	6,7	72,4	17,2	8,6	1,7	.000
Tepkisellik	63,3	26,7	3,3	6,7	37,9	29,3	22,4	10,3	.014
Umutsuzluk, karamsarlık	43,3	40,0	16,7	0	19,0	24,1	41,4	15,5	.000
Kendilik merhameti	30	46,7	23,3	0	13,8	41,4	37,9	6,9	.037
İlgi kaybı	46,7	26,7	23,3	3,3	20,7	34,5	32,8	12,1	.015
Anhedoni	60,0	16,7	20,0	3,3	13,8	29,3	41,4	15,5	.000
Yorgunluk	66,7	20,0	13,3	0	37,9	22,4	34,5	5,2	.005
Sessiz, düşük konsantrasyon	96,7	3,3	0		77,6	20,7	1,7		.021
Sosyal içe çekilme	53,3	20,0	23,3	3,3	27,6	29,3	31	12,1	.023
Özkıyım düşünceleri	66,7	33,3	0	0	48,3	31,0	13,8	6,9	.031
Özkıyım girişimi ciddiye	100,0	0	0	0	84,5	5,2	6,9	3,4	.024
Özkıyım sayısı	96,7	3,3	0	...	70,7	20,7	8,6004
Kendine zarar verici davranış	93,3	6,7	0	0	67,3	15,5	13,8	3,4	.005

Mann Whitney-U analizi, p<.05 anlamlı

WASH-U-KSADS: Belirti yok:0-2, ılımlı:3, orta:4, şiddetli:5-6

Çökkün duygudurum genel sıklık açısından çocuk ve ergenlerde aynı oranlarda (%100; %98,3) iken, ergenlerde daha belirgin ve şiddetli görülmüştür. Çökkün görünüm sıklığı iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Orta derece çökkün görünüm, ergenlerde çocuk grubunun 3 katı fazla saptanmıştır (%29,3) ve bu değer anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p=.047). Kolay kızma da tıpkı üstte bahsedilen iki belirti gibi genel sıklık açısından çocuk ve ergenlerde benzer oranlarda (%86,7; %87,9) bulunmuştur. Fakat şiddetli derecesinde kolay kızma ergenlerde %39,7 iken çocuklarda %10 oranında saptanmıştır (p=.007). Olumlu çevresel uyaranlara verilen tepkinin kişi depresyonda iken azaldığı bilinmektedir. Bu azalma bizim örneklem grubumuzda da bakılmış olup, hem genel sıklık hem de şiddet bakımından ergenlerde anlamlı olarak

lik merhametinde düşme"nin (kişinin geçmiş hayatı ve şimdiki sorunlarını tamamen olumsuz değerlendirmesi) sıklık ve şiddetinde, yaşla birlikte anlamlı artış saptanmıştır (p=.037). İlgi kaybı ve anhedoni ergen örnekleminde (anhedoni çok daha belirgin olmak üzere) daha şiddetli ve sık saptanmıştır. Ergenlerde hafif, orta ve şiddetli anhedoni %29,3, %41,4 ve %15,5 olmasına karşılık, çocuklarda %16,7, %20 ve %3,3 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar anhedoninin ergenlerde anlamlı olarak daha sık ve şiddetli görüldüğünü göstermektedir (p=.000). Yorgunluk bitkinlik, sosyal içe çekilme yaşla beraber sıklık ve şiddetinde artış gözlenen depresif bulgulardandır. Özkıyım düşüncesinin sıklığı ergenlerde fazla olmakla birlikte (%51,7; %33,3) istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Şiddete göre yeniden

karşılaştırıldığında ergen olguların %31'i hafif şiddette (seyrek olarak özkıyımı düşünmüş ve özel bir yöntemi olmayan) özkıyım düşüncelerine sahiptir, çocuklarda ise bu oran %33,3'tür. Çocuklarda orta ve şiddetli düzeyde özkıyım düşüncesi görülmemiştir. Ergen grubunda ise orta (sıklıkla özkıyımı düşünür ve özel bir yöntem düşünmüştür) ve şiddetli derecede (sıklıkla özkıyım planı yapar ya da tıbbi yönden zarar vermeyecek girişimden öldürücülüğü yüksek kararlı girişime kadar) özkıyım düşüncesi toplam %20,7 oranla anlamlılık göstermiştir ($p=.031$). Ergenlerin %20,7'si tek girişimde bulunurken, çocuklarda (1 olgu) bu oran %3,3'dür. İki ve daha fazla sayıda özkıyım girişimi çocuklarda hiç rastlanmamıştır. Ergenlerde ise %8,6 oranındadır ($p=.004$). Girişimin ciddiyeti sorgulandığında; çocuklarda bir olguda görülen özkıyım girişimi ciddi olarak değerlendirilmemiştir. Ergenlerde ise 17 olgunun 9'u ciddi özkıyım girişimidir. Bunlar arasında 3 olguda hafif, 4 olguda ciddi düzeyde, 2 olguda da çok ciddi düzeyde girişim vardır. Tüm ergenlerin %15,5'i ciddi sayılacak özkıyım girişiminde bulunmuştur ($p=.024$). Girişimler ölümcüllük riski bakımından değerlendirildiğinde ergen girişimlerinin %27,8'i (5 olgu) ılımlı ölümcüllük riski (ör.10 aspirinle hafif gastrit olma gibi), %8,6'sı (2 olgu) orta derecede risk (kısa süreli bilinç kaybı gibi) göstermişlerdir. Fakat istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Yaş ile artan son olarak bulduğumuz depresif belirti kendine zarar verici davranışlardır. Çocuklarda %6,7 oranla (2 olgu) nadir bulunmuştur. Ergenlerin %15,5'inde (9 olgu) nadir, %13,8'inde (8 olgu) sık (kendine zarar verici davranış yılda 4-11 kez), %3,4 oranında da (2 olgu) çok sık (yılda 12 ya da daha çok) saptanmıştır ($p=.005$).

Depresif ve irritabl duygulanımın ebeveynle rahatlaması (ayrılık kaygısı) çocuklarda yüksek sıklık ve şiddette görülmüştür. Çocukların %56,6'sı depresif duygulanımın ebeveynleri ile genellikle rahatladığını bildirmişlerdir. Ergenlerde bu oran %13,7'dir ($p=.000$). Diğer belirtiler arasından uygunsuz ve aşırı suçluluk duyguları, olumsuz benlik algısı, okul başarısı ve üretken-

likte düşme, iştahsızlık ve artmış iştah, ergenlerde daha şiddetli olarak bulunmuştur. Fakat istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, çocuk olgularda erkekler baskın (E/K=17/13; %56,6 erkek), ergenlerde ise kızlar daha fazla sayıda (K/E=35/23; %60,3 kız) bulunmuştur ve bu veri yazınla uyum göstermiştir. Yazındaki çalışmalarda depresyonu olan çocuklarda kız/erkek oranı eşit ya da erkekler daha fazladır. Ergenlerde bu oran kızlar lehine artmıştır (Fleming ve Offord 1990, Kessler ve ark. 1994a, Lewinsohn ve ark. 1994).

Majör depresif bozukluğun kliniğinde temel fenomenoloji çocuk ve ergenlerde değişmemektedir. Değişen, belirtinin görülme sıklığı ve şiddetidir. Yapılan birçok çalışmada bu düşünce doğrulanmıştır (Carlson ve Kashani 1988, Kolvin ve ark. 1991, Mitchell ve ark. 1988, Ryan ve ark.1987, Park ve Goodyer 2000). Çalışmamızda, örneklemin tümündeki çökkün duygudurum, kolay kızma, dikkat ve konsantrasyon zorluğu, çökkün görünüm, umutsuzluk karamsarlık, ilgi kaybı ve anhedoni sıklığı yazındaki çalışmalarla uyumludur. Ryan ve arkadaşlarının (1987) K-SADS-P kullanarak majör depresif bozukluk tanımlı çocuk ve ergenleri karşılaştırdıkları çalışmasında da tüm örnekleme %97 oranında çökkün duygudurum bulunmuş olup, kolay kızma %83, dikkat ve konsantrasyon zorluğu %86, çökkün görünüm %56, umutsuzluk karamsarlık %57, ilgi kaybı ve anhedoni ise %88 oranında görülmüştür. Uyuyamama ve sosyal içe çekilme %74 ile %68 oranında bildirilmiştir. Çalışmamızda ise %68,2 ve %63,6 olarak bulunmuştur. Psikomotor retardasyon ve psikomotor ajitasyon %26,2 ve %25 olarak, Ryan'ın çalışmasından (1987) (retardasyon %65, ajitasyon %68) çok farklı sıklıkta saptanmıştır. Bu farkın depresyonun şiddeti ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki çocuk (30) ve ergen (58) gruplarındaki belirti dağılımı ve sıklığına baktığımızda iki grupta da çökkün duygudurum, kolay kızma ilk sıralarda yer almıştır. Bu iki belirti sıklık ba-

kımından iki grup arasında anlamlı farklılığa yol açmamıştır. Birçok çalışmayla bu bulgumuz uyumludur. (Carlson ve Kashani 1988, Kolvin ve ark. 1991, Ryan ve ark. 1987). Bununla birlikte her iki belirtinin de “şiddetli” derecesi ergenlerde daha sık saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (çökkün dd:p=.016; kolay kızma:p=.007). İlgi kaybı ve anhedoni ergenlerde anlamlı şekilde sık ve daha şiddetli bulunmuştur. Yazın bilgileri yaş ile birlikte (çocuk ve ergenlerde) anhedoni ve ilgi kaybının şiddetinde artma olduğunu doğrulamaktadır (Turgay 1998, Dhavale 2001). Ryan’ın çalışmasında hafif ve orta derecede anhedoni çocuklarda daha sık iken, şiddetli ve ciddi anhedoni ergenlerde daha sık bulunmuştur.

Depresif ve irritabl duygulanımın ebeveynle rahatlama (ayrılık kaygısı) çocuklarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=.000). Çocuklarda %76,7 iken ergenlerde depresif duygulanımın ebeveynle rahatlama %36,2, irritabl duygulanımın ebeveynle rahatlama %27,6 oranındadır. Yazınla karşılaştırıldığında sonuçlar uyumludur. Çocuklardaki depresyon kliniğine ayrılık kaygısı, fobiler, bedensel bulguların sıklıkla eşlik ettiği birçok çalışmada bildirilmektedir (Carlson ve Kashani 1988, Fritz 1995, Kolvin ve ark. 1991, Mitchell ve ark. 1988, Ryan ark. 1987). Depresif ergenlerde görülen ayrılık kaygısının daha düşük sıklıkta çıkması, bu döneme özgü olan ayrılma bireyleşme çabaları ile ilişkilendirilmiştir. Bizim çalışmamızda ağrı, sızı yakınmaları açısından çocuk ve ergenler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır, yorgunluk, bitkinlik ise ergenlerde daha sık ve şiddetli bulunmuştur. Deprese çocuk ve ergenlerde K-SADS-P kullanılarak yapılan bir çalışmada olguların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede (%70-%34) bedensel yakınma gösterdikleri bildirilmiştir (Mc Cauley ve ark. 1991). Umutsuzluk, karamsarlık ve kendilik merhametinde düşme (geçmiş ve şimdiyi tümüyle olumsuz değerlendirme) ergenlerde daha sık ve şiddetli bulunmuştur. Çalışmamızda umutsuzluk ve karamsarlık ergenlerde daha yüksek bulunmuştur, buna neden olarak ergenlerdeki bilişsel olgunlaşmanın rolü düşünülmektedir.

Çalışmamızda çökkün görünüm, ergenlerde daha şiddetli bulunmuştur (orta çökkün görünüm, ergende %29,3, çocukta %10; hafif çökkün görünüm çocukta %60, ergen grubunda %51,7) (p=.047). Carlson ve Kashani’nin çocukluktan erişkinliğe MDB’li olguları içeren üç çalışmayı analiz ettikleri çalışmalarında; çökkün görünüm, okul öncesi çağda %88,9, okul çağı çocuklarında %24,2, ergenlerde ise %16,3 olarak bulunmuştur. Carlson’un bu çalışmasında orta ve şiddetli düzey çökkün görünüm dikkate alınmıştır. Kendi çalışmamızda da çökkün görünüm orta ve şiddetli düzey dikkate alındığında çocuklarda %10, ergenlerde %29,3 oranında bulunmaktadır. Ergenlerde çökkün görünümün daha sık bulunmasının nedenleri arasında, ergen depresyonlarının erişkin tipi depresyon kliniğine daha fazla benzemesi, bilişsel olgunlaşmanın olması ve kültürümüze özgü (ebeveynle ilişkiler, sık çatışma yaşanması) özellikler düşünülebilir.

Zor odaklanma ve dikkatsizlik ile üretkenlik ve etkinlikte (başta okul başarısı) düşme belirtileri hem genel sıklık hem de şiddet bakımından her iki yaş grubunda da anlamlı değişiklik göstermemiştir. Yapılan belirti dağılımı çalışmaları da bu iki belirtinin yaş ile değişmediğini göstermiştir (Kovacs ve ark.1984, Ryan ve ark. 1987). Bir çalışmada sosyal içe çekilme ergenlerde fazla bulunmakla birlikte anlamlılık göstermediği bildirilirken (Ryan ve ark. 1987), çalışmamızda depresyon tanılı ergen olgularda, sosyal içe çekilme daha fazla ve şiddetli, sosyal izolasyon her iki grupta yakın oranlardadır. Sevilmeme ve yalnızlık hisleri, olumsuz benlik algısı ve suçluluk düşünceleri açısından çocuk ve ergen grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ryan ve arkadaşlarının (1987) çalışmasında bizi desteklemektedir.

Çocukların %50, ergenlerin %70,7’inde duygudurumun niteliğinin, birinin kaybına veya ayrılığına verilen tepkiden farklı olduğu belirlenmiştir (p=.047). Bir başka deyişle, çocuklar çökkün duygudurumu ergenlerden daha sık olarak ayrılık veya kayıp ile ilişkilendirmişlerdir. Bu da bize çocuk depresyonlarında kayıp veya ayrılık gibi yaşam olaylarını mutlaka sorgulamak gerekti-

ğini Olumlu çevresel uyaranlara verilen tepkisellikte azalma, sıklık ve şiddet açısından ergenlerde (%62,1; %36,7) anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Çocukların %10'u orta ve şiddetli (çevresel uyaranlara yanıt kısmen- hiç yok arası) tepkisellik yokluğu gösterirken ergenlerde bu oran %32,7'dir. Bu da, depresyonda ergenlerde işlevsellik bozulmasının daha sık görüldüğünü göstermektedir. Çalışmamızda da çocukların hepsi okula devam ederken ergenlerin %13,8'i okulu bırakmıştır.

Sabah kötülüğü çocukta %0, ergen grubunda ise %10,3; akşam kötülüğü ise %13,3 ve %22,4 olarak bulunmuştur. Diurnal değişiklik diğer çalışmalara göre çocukta daha az çıkmıştır, bunun nedeni diurnal değişikliği çocukta saptamanın zorluğu ve çocuğun psikososyal gelişim özellikleri nedeniyle çevresel uyaranlarla çabuk değişebilmesi olabilir.

Araştırmamızda psikomotor ajitasyon ve psikomotor retardasyon çocuk ve ergenlerde benzer oranlardadır. Yapılan diğer çalışmalarda psikomotor retardasyon ve ajitasyonun her ikisi de bizim çalışmamızdan belirgin olarak yüksek çıkmıştır (Ryan ve ark.1987). Bu farkın çalışmaya alınan olgulardaki depresyonun ağırlığı ve öznel yorum farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uyku değişiklikleri bakımından her iki grupta anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yazındaki çalışmalara bakıldığında insomni sıklığının yaş ile anlamlı değişikliğe uğramadığı görülmektedir (Carlson ve Kashani 1988, Kolvin ve ark. 1991, Mitchell ve ark. 1988, Ryan 1987). Hipersomni gibi atipik depresif bulguların araştırıldığı bir çalışmada (Williamson ve ark. 2000), depresyonlu çocuk ve ergenlerin %15,5'inde hipersomni saptanmıştır. Çalışmamızda ise hipersomni ergenlerde %10 oranında bulunmuştur. İştah ve kilo değişiklikleri anlamlı farklılık olmamakla birlikte ergenlerde daha sık olarak gözlenmiştir. Yazında çok farklı veriler olmakla birlikte ergenlerde iştah ve kilo değişikliklerinin daha fazla görüldüğü bildirilmektedir.

Özkıyım düşüncesi, ergenlerde daha sık bulun-

muş, fakat istatistiksel anlamlılık yaratmamıştır. Ryan, Carlson ve diğer bazı yazarlar özkıyım düşüncesinin MDB'li çocuk ve ergenlerde anlamlı farklılık yaratmadığını, yaşla değişmediğini ileri sürmüşlerdir. (Ryan ve ark. 1987, Carlson 2000) Ryan'ın (1987) çalışmasında ergenlerin %34'ü, çocukların %25'i özkıyım girişiminde bulunmuştur, girişimin ölümcüllük puanı ergenlerde anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızda ise ergenlerde %29,3 çocuklarda %3,3 oranında özkıyım girişimi vardır ve ölümcüllük oranı da ergenlerde girişimin %39'u oranındadır. Kendine zarar verici davranışlar da ergenlerde daha sık bulunmuştur. Bu sonuç yazınla uyumlu görülmüştür.

Çalışmamızda tüm örnekleme kız olgularda bedensel yakınmalar ve yorgunluk-bitkinlik anlamlı olarak daha sık bulunmuştur. Yazın çalışmaları ile pek uygunluk göstermemektedir. Nedeninin kültüre özgü olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kız ergenlerde ağlama, anhedoni, insomni, iştahsızlık ve özkıyım girişimi erkek ergenlere göre daha sık ve şiddetli bulunmuştur. Ryan'ın çalışmasında kız-erkek ergenler arasında depresif belirti dağılımı bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır, fakat kızlarda özkıyım girişimi daha sık gözlenmiştir. (Ryan ve ark. 1987) Yazında da genel olarak kadınlarda özkıyım girişiminin daha fazla olduğuna ilişkin görüş birliği vardır.

Sonuç olarak, çökkün duygudurum, kolay kızma ve dikkat ve konsantrasyon güçlüğünün yaş ile sıklığı değişmemekte, fakat şiddetinde artış olmaktadır. İnsomni, sevilmeme hissi, olumsuz benlik algısı, okul başarısında düşme, bedensel yakınmalar, suçluluk düşünceleri ve iştahsızlık belirtilerinde de istatistiksel olarak çocuk ve ergen grubunda farklılık bulunmamıştır. Buna karşılık umutsuzluk karamsarlık, anhedoni, yorgunluk, sosyal içe çekilme, özkıyım düşüncesi, girişimi ve girişimin ciddiyeti ve kendine zarar verici davranışlarda yaşla artış görülmüş, ergen grubunda daha sık rastlanmıştır. Çocuklarda ise ayrılık kaygısı daha sık bulunmuştur. Kızlarda genelde bedensel yakınmalar ve ağlama daha sık ve şiddetli iken erkek ergenlerde ayrılık kaygısı

daha sık saptanmıştır.

Belirtilen verilerin ışığında majör depresif bozukluk belirti dağılımının yaş ve cinsiyete göre sıklık ve şiddetinin değiştiği görülmektedir. Bu çalışmada MDB'li olguların eş tanılı olanları da ayırım gözetilmeksizin çalışmaya alınmıştır. Bu nedenle ortaya çıkan belirtilerde eş tanının etkisi kaçınılmaz olmaktadır. Bu da çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır. Çocuk ve ergen depresif bozukluklarının yüksek eş tanı gösterdiği düşünülecek olursa tanı ve sağaltım da kliniğin önemi açığa çıkmaktadır. Hem bu nedenle hem de ülkemize özgü bazı özellikleri göstermesi bakımından bu çalışmanın ileride yapılacak (klinik tablodan depresyon alt tiplerini tanımlama gibi) çalışmalar için bir başlangıç olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanusal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)* (Çev.ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Anderson JC, Mc Gee R (1994) Comorbidity of depression in children and adolescents. *Handbook of Depression in Children and Adolescents* içinde. s: 581-601

Angold A, Weissman MM, John K ve ark. (1987) Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk for depression. *J Child Psychol Psychiatry* 28: 901-915.

Birmaher B, Ryan ND, Williamson D ve ark. (1996a) Childhood and adolescent depression. A review of the past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427-1439.

Carlson GA (2000) The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *J Affect Disord*. 61:3-8.

Carlson GA, Kashani JH (1988) Phenomenology of major depression from childhood through adulthood. Analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 145:1222-1225.

Çuhadaroğlu F (1993) Adölesanlarda depresyon ve anksiyetenin birlikte görülmesi: Gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4 (3): 183-188.

Dhavale HS (2001) Depression in children and adolescents. *J Indian Med Assoc* 99 (1): 34-35.

Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan M ve ark. (1985) Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Development* 56:265-275.

Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan M ve ark. (1986) Parent child agreement on child psychiatric symptoms

assessed via structured interview. *J Child Psychol Psychiatry* 27:181-190.

Emiroğlu N, Baykara A (2001) Bipolar I bozukluklu annebaba çocuklarının yıkıcı davranış bozuklukları ve duygudurum bozuklukları yönünden değerlendirilmesi. *Uzmanlık tezi. 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.*

Ferro T, Carlson GA, Grayson P ve ark. (1994) Depressive disorders: Distinctions in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:664-670.

Fleming JE, Offord DR (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 571- 580.

Fritz GK (1995) Child, adolescent depression distinct from the adult version. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter* vol 11, issue 1.

Geller B, Zimmerman B, Williams M ve ark. (2001) Reliability of the Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS) Mania and Rapid Cycling Sections. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:450-455.

Goodyer IM, Herbert J, Secher S ve ark. (1997) Short-term outcome of major depression I: Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:179-187.

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

Kessler RC, Mc Gonagle KA, Nelson CB ve ark. (1994a) Sex and depression in the national comorbidity survey: II. Cohort effects. *J Affect Disord* 30: 15-26.

Kolvin I, Barrett LM, Bhate SR ve ark. (1991) Issues in the diagnosis and classification of childhood depression. *Br J Psychiatry* 159 (suppl 11):9-21.

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

Kovacs M (1996) Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the lifespan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:705-715.

Kovacs M, Akiskal S, Gatsonis C ve ark. (1994a) Childhood onset dystimic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 51:365-374.

Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M ve ark. (1984) Depressive disorders in childhood. I: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 41:229-237.

Kovacs M, Gatsonis C, Pollock M ve ark. (1994b) A controlled prospective study of DSMIII adjustment disorder in childhood: short-term prognosis and long-term predictive validity. *Arch Gen Psychiatry* 51:535-541.

Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, (1994) Major

depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 33:809-818.

McCauley E, Carlson GA, Calderon R (1991) The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 30(4):631-635.

Mitchel J, McCauley E, Burle PM (1988) Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1:12-20.

Öy B (1994) Çocukluk depresyonu tanısı koymanın güçlükleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 5: (1) 40-44.

Öy B (1990) Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İzmir.

Öy B (1990) Çocukluk depresyonu : Tarihçe, sınıflandırma ve tanı ölçütleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1:21-24.

Öy B (1991) Çocukluk depresyonu derecelendirme ölçeği: Sağlıklı ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda uygulanması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:137-140.

Park RJ, Goodyer IM (2000) Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 9 (3):147- 161.

Pataki CS, Carlson GA (1995) Childhood and adolescent depression: a review. *Harv Rev Psychiatry* 3(3):140-51.

Peterson A C, Compas B E, Brooks-gunn J (1993) Depression in adolescents. *A Psychology* 48 (2) 155-168.

Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR (1991) Comorbidity of unipolar depression II: Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychiatry* 100:214-222.

Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrossini P ve ark. (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 44:854-861.

Sanford MB, Szatmari P, Spinner M ve ark. (1995) Predicting the one-year course of adolescent of major depression. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (12):1618-1628.

Seligman LD, Ollendick TH (1998) Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1(2):125-144.

Son SE, Kirchner JT (2000) Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 62(10): 2297-2308.

Şener Ş (1994) Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. *Depresyon monografileri serisi* 7:313-326.

Turgay A (1998) Çocukluk döneminde duygudurum bozuklukları ve intihar. *Depresyon Dergisi* 2: 99-114.

Williamson DE, Birmaher B, Brent DA ve ark. (2000) Atypical symptoms of depression in a sample of depressed child and adolescent outpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39 (10):1253-1259.

Wozniak J, Biederman J, Kiely K (1995) Mania like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:867-876.