

Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk: Bir gözden geçirme

Şahin BODUR,¹ Özden Şükran ÜNERİ¹

ÖZET

Çocuk ve ergenlerde görülen majör depresif bozukluk (MDB) çocukların ve ailelerinin yaşantılarını, sosyal, akademik ve ailesel işlevlerini olumsuz etkileyen, ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Yetmişli yıllarda çocuklarda depresyon görülebileceği bilimsel olarak kanıtlandığından beri, çocukluk çağı MDB'un belirtileri ile erişkin dönemi MDB'un belirtilerinin benzerlikleri ve farklılıkları tartışılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda çocukluk çağı depresyonunun erken tanınmasının bireyi olası psikopatolojilerden koruyacağından söz edilmektedir. Erken tanı ve tedavi için çocuklarda MDB belirtilerinin ve gelişim dönemlerine özgü farklılıkların iyi tanınması önemlidir. Bu gözden geçirme yazısında çocuk ve ergenlerde görülen MDB'un epidemiyolojisi, etiyolojisi, klinik özellikleri, gelişim dönemlerine özgü farklılıkları, klinik seyri, komorbidite ve ayırıcı tanısının tartışılması amaçlanmıştır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:105-110)

Anahtar sözcükler: Depresyon, çocuk, ergen

Major depressive disorder in children and adolescents: a review

ABSTRACT

Major depressive disorder in children and adolescents is a serious psychiatric disorder that unfavorably affects both children and their families' social, academic and family functions. Since 1970s when it was scientifically proved that depression could exist in children, the similarities and differences between symptoms of pediatric and adult depression have been discussed. Recent studies argued that the early recognition of pediatric depression is protective for later psychopathology. For early diagnosis and intervention, to recognize the symptoms of pediatric major depressive disorder and differences specific to developmental stages is important. The aim of this review is to discuss the epidemiology, etiology, clinical features, and differences specific to developmental stages, course, comorbidity and differential diagnosis of pediatric major depressive disorder. (Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:105-110)

Key words: depression, children, adolescent

GİRİŞ

Erişkinlerde olduğu gibi, çocuklarda da depresyon sık görülen psikiyatrik bir bozukluktur.¹ Son 20 yıldır yapılan araştırmalar affektif bozuklukların, sıklıkla yaşamın erken dönemlerinde başladığını göstermektedir.^{2,3} DSM-IV'te çocuk

ve ergenler için ayrı ölçütler bulunmamakta, erişkinler için majör depresif bozukluk ölçütleri küçük değişikliklerle çocuk ve ergenler için geçerli kabul edilmektedir.⁴

DSM-IV majör depresif bozukluk ölçütleri şunlardır:

¹ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı, ANKARA

Yazışma adresi: Dr. Şahin BODUR, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı, ANKARA
E-posta: sahinbodur@isnet.net.tr

1. Depresif duygu durumu (çocuk ve ergenlerde irritabilite bulunabilir),
2. Anhedoni,
3. Kilo kaybı ya da kilo alımı, iştah azalma ya da artma (çocuklarda beklenen kilonun alınmaması),
4. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,
6. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı,
7. Değersizlik ve suçluluk duyguları,
8. Düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük ya da kararsızlık,
9. Ölüm ve intihar düşünceleri, planları ya da girişimleri.

İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte yukarıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya depresif duygudurum, ya da ilgi kaybı, ya da artık zevk alamama olması gerekir.

EPİDEMİYOLOJİ

Majör depresif bozukluğun (MDB) yaygınlığı prepubertal çocuklarda %1-2, ergenlerde ise %3-4 olarak belirtilmektedir.¹ Yaş gruplarına göre ayırım yapıldığında yaygınlık 3-5 yaş grubunda %0.3-0.5, 6-8 yaş grubunda %2-4, 9-12 yaş grubunda %3-5, 13-18 yaş grubunda %5-10'dur. Toplum örnekleminde 18 yaş grubunda kümülatif sıklığı %20 olarak saptanmıştır. MDB ergenlik öncesi kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülürken, ergenlikten sonra kızlarda görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir.⁵ Ergenlik dönemindeki kızlarda depresyonun görülme sıklığının artışı hormonal ve çevresel etkilerin rol oynadığı düşünülmektedir.² Son zamanlarda hem akademik dergilerde, hem de medyada çocuklarda ve ergenlerde depresyon sıklığının arttığına ilişkin yayınların sayısında artış olmuştur.²⁴

ETİYOLOJİ

Depresif bozukluklar diğer psikiyatrik bozukluklara benzer olarak genetik, ailesel ve çevresel etkenler arasında karşılıklı etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır.³ Ailesinde depresyon görülen çocukların depresyon geçirme riski daha yüksektir.⁶ Klein ve ark.⁷ ergenlerde MDB'un özellikle anne depresyonu ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Depresif çocukların akrabalarının depresyon halinde geçirdiği süre, depresyon göstermeyen çocukların akrabalarınınkinin iki katıdır.⁸ Bu ve bunun gibi çalışmalar güçlü ailesel bağlara işaret etse de, literatürde çocuk-

lardaki depresif bozukluk üzerine genetik etiyolojiyi destekleyici bir ikiz veya moleküler genetik araştırmasına rastlanmamıştır.

Hem klinik, hem de toplum örnekleminde olumsuz yaşam olayları ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.⁹ Bu çalışmada kaybolma, anne babanın ayrılması, intihara yatkınlık depresyon başlangıcıyla özdeşleştirilen travmatik yaşantılar olarak belirtilmektedir. Anne-babanın depresyon veya başka psikiyatrik bozukluğunun olması, ailede çatışmalar ve duygusal ve fiziksel istismarı da içeren anne-baba kaynaklı sorunlar önemli ailesel etkenlerdir.⁶ Aile dışı etkenler arasında akranlarla ilişki sorunları önem taşımaktadır. Okuldaki zorluklar, örneğin farkında olunmayan bir öğrenme güçlüğüne dayalı akademik başarısızlık, çocuk veya ergenin benlik saygısını azaltabilir, düşük benlik saygısı psikososyal risk etkenlerinden biridir.¹⁰ Bazı stres yaratan tetikleyiciler çocuğun sosyal ve genel çevresinde sürekli var olan etkenlerdir. Çocuklar ve ergenler doğal olarak çevrelerine ve ailelerinin yardımına gereksinme duyar. Daha geniş çevrede depresyona temel hazırlayan etkenler barınılan yerin kötü olmasını, yoksulluğu, işsizliği, şiddete maruz kalmayı, cinsel yönelim ve ırkçılıkla bağlantılı olarak kurbanlaştırılmayı içerir. Bu tetikleyicilerin çoğu belirsizdir ve zor yaşam koşullarında yaşayanlar anksiyete kadar depresyon belirtileri de geliştirebilir.³ Biyolojik düzeneklerin depresif bozukluk etiyolojisindeki rolü halen araştırılmaktadır. Monoamin varsayımı, depresif bozukluğun beyinde serotonin gibi bir monoamin nörotransmitter sisteminin az çalışmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmektedir. Bu varsayımı kanıt, monoamini azaltan ilaçların depresyona neden olabilmesinden ve monoamin sağlayan ilaçların depresyonu azaltıcı etki yapmasından gelmektedir. Ancak bunu etiyolojik bir etken olarak destekleyecek doğrudan bir kanıt henüz saptanmamıştır.³

Depresyonlu bazı ergenlerin bazal kortizol düzeyinde anormallikler olduğu belirlenmiştir.¹ Araştırmalar sürekli şekilde zorluk veya stres yaşayan çocukların depresyon başlangıcını tetikleyecek şekilde yüksek düzeyde kortizol döngüsü olduğunu ortaya koymuştur.⁷ Yüksek düzeyde kortizolün nörotransmitter serotonin sisteminde zarara yol açacağı ileri sürülmüştür. Bu da, erken yaşta yaşanan olayların uzun vadeli biyokimyasal etkilerinin olma olasılığını yükselttiğini ve bu nedenle ergenlerde depresyon riskini artırdığını düşündürmektedir.^{1,7}

KLİNİK GÖRÜNÜM VE GİDİŞ

İzleme çalışmalarında MDB'un ana belirtilerinin yaşam boyu benzer olduğu, ancak çocuğun fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal gelişim düzeyinin belirtilerin ortaya çıkış şeklini etkilediği bildirilmektedir.¹ Örneğin, çocuklarda depresyon belirtileri duygudurumda değişkenlik, iritabilite, öfke nöbetleri, engellenme eşiğinde düşme, bedensel belirtiler ve/veya depresif duyguları dile getirme dışında var olan bir toplumsal içe çekilme olarak da görülebilir.¹¹ Çocuklarda görülen depresyon belirtileri gelişim özellikleri yaş gruplarına göre dikkate alınarak 4 gruba ayrılabilir:¹²

1. 13-18 yaş grubu: Yakınmalar erişkinlerinkine benzer, ama dürtüsellik, iritabilite ile davranış değişiklikleri daha çoktur. Okul performansında düşme görülebilir. Bu yaş grubunda daha küçük yaş gruplarına göre daha çok uyku ve iştah değişiklikleri, erişkinlere benzer intihar düşüncesi ve girişimleri bulunmaktadır.
2. 9-12 yaş grubu: Yakınmalar erişkin yaş grubuna benzese de sıkıntı, düşük özgüven, suçluluk, ümitsizlik, evden kaçma isteği ile ölüm korkusu yakınmalarına daha sık rastlanır.
3. 6-8 yaş grubu: Daha büyük yaş gruplarından farklı olarak hissettiklerini dile getirmede zorluk yaşarlar. Karın ağrısı, baş ağrısı gibi bedensel yakınmalar büyük yaş gruplarına göre daha çoktur. Nedensiz bağırmalar, açıklanamayan iritabilite, başkalarının gözlemlenen anhedoni temel yakınmalar arasında olabilir.
4. 3-5 yaş grubu: Bu gruptaki yakınmalar 6-8 yaş grubuna benzer. Ancak yakınmaların DSM-IV tanı ölçütlerinde belirtilen '2 hafta boyunca sürekli var olması' bu yaş grubunda olmayabilir. Ayrıca yakınmalar arasında oyuna ilgide belirgin azalma, özellikle oyunda kendini belli eden yıkıcılık bulunabilir.

Nöbet süresi kliniğe gönderilen depresyonlu çocuklarda ortalama 7-9 ay iken, bu oran toplum örnekleminde ortalama 1-2 ay olarak belirtilmektedir.² Bazı çalışmalar genç depresyonluların yaklaşık %90'ının ilk nöbetten 1-2 yıl sonra yeni bir nöbet geçirdiğini ve yaklaşık %6-10'unun kronikleştiğini göstermiştir.¹³ Kronikleşmeyi etkileyen etkenler, başlangıç depresyonun çok şiddetli olması, sürmekte olan uzun süreli olumsuzluklar, birlikte başka psikiyatrik bozuklukların da varlığı, ailede psikiyatrik bozukluğu olanların bulunması ve sosyal destek eksikliği olarak bildirilmektedir.¹⁴ MDB'u olan çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20-40'ında başlangıç depresyonundan sonra yaklaşık 5 yıl içinde bipolar bozukluk geliştiği saptanmıştır.^{15,23} Bu

konuda risk etkenleri psikomotor yavaşlama, psikotik depresyon, ailede bipolar bozukluk öyküsünün varlığı ve farmakolojik olarak indüklenmiş mani olarak bildirilmektedir.¹⁶ MDB'u olan çocuk ve ergenlerde depresyonun gidişini etkileyen etkenler Tablo1'de özetlenmiştir.²

DEĞERLENDİRME VE TANI

Depresif bozuklukların tanısı tam bir tıbbi ve psikiyatrik değerlendirmeyi gerektirir.^{25,26} Psikiyatrik değerlendirme sırasında duruma gelişimsel açıdan bakmak önemlidir. Depresyon tanısı birçok kaynaktan (anne-baba, doğrudan çocuk, çocuğun öğretmeni ve diğer aile bireyleri) alınan bilgilere dayanarak konur.²⁷

KOMORBİDİTE

MDB'u olan çocuk ve ergenlerde erişkinlerden daha sık psikiyatrik komorbidite izlenmektedir. Çocuklarda en sık görülen komorbid durumlar, anksiyete bozukluğu (özellikle ayrılma anksiyetesi), davranım bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur. Ergenlerde madde kullanımı ve yeme bozukluğu sık görülen komorbid durumlardır.¹⁷ Genel olarak komorbid tanılar, depresyonun yineleme riskini, depresif nöbetin süresini, intihar girişimi veya intihara yönelik davranışlarda bulunmayı, işlevsel durumu, tedaviye yanıtı ve psikiyatri servislerinin kullanımını olumsuz etkilemektedir.⁸ Özellikle çifte depresyonu olanlarda (MDB ve distimik bozukluk) olmayanlara göre, depresif nöbetlerin daha uzun ve ağır olduğu, komorbidite oranlarının daha yüksek olduğu, intihar girişimlerinin daha çok görüldüğü ve toplumsal yönden olumsuz etkilenme düzeyinin daha ağır olduğu bulunmuştur.¹⁸ Anksiyete bozukluğu komorbiditesinin de benzer şekilde depresif belirtilerin süresini ve ciddiyetini artırdığı, madde kötüye kullanımı riskini artırdığı, intihar girişiminin böyle olgularda daha yüksek olduğunu, psikoterapiye yanıtı azalttığını ve psiko-sosyal sorunların daha çok bulunduğunu gösteren çalışmalar vardır.⁸ MDB ile yıkıcı davranış bozukluklarının birlikteliğinde çocuk ve ergenlerde daha az melankolik belirtiler gösterme, suça yönelik davranışlarda artma, intihar girişimi olasılığında artma bildirilmiştir. Ayrıca bu çocuklarda depresyonun yineleme olasılığının daha düşük olduğu, duygudurum bozukluklarının ailede daha az bulunduğu, aile tutumlarında eleştirinin yaygın olduğu saptanmıştır.¹⁹ Bu bulgulara göre, bazı araştırmacılar komorbid yıkıcı davranış bozukluğu tanısı konan MDB'u olan çocukların, farklı bir etiyolojik alt grubu

Tablo 1. MDB olan çocuk ve ergenlerde depresyonun gidişini etkileyen etkenler

Nöbet süresini etkileyen etkenler	Relapsı etkileyen etkenler	Rekürrensi etkileyen etkenler	Bipolar bozukluk riskini artıran etkenler
Başlangıç depresyonunun şiddeti Süren kronik olumsuz yaşam olayları Komorbid psikiyatrik bozukluklar Kişilik bozuklukları Kötü psikososyal işlevler	Tedaviye uyumsuzluk Tedavinin aniden kesilmesi Kronik olumsuz yaşam olaylarının varlığı	Çok erken başlangıç Psikososyal destek eksikliği Önceki nöbet sayısı Psikotik belirti varlığı Distimik bozukluk varlığı Komorbid psikiyatrik bozukluklar Tedaviye uyumsuzluk	Erken başlangıç Psikomotor yavaşlama Psikotik belirtiler Bipolar bozukluk ya da psikotik depresyon için aile öyküsü İlacın indüklediği hipomani

Tablo 2. Çocuk ve ergen MDB'u için risk etkenleri

Biyomedikal etkenler	Psikososyal etkenler	Diğer etkenler
Kronik hastalıklar (örn., diyabet) Kadın cinsiyet Ergenlikte hormonal değişiklikler Depresyon için aile öyküsü Spesifik serotonin-transporter gen varyantının varlığı Belli ilaç kullanımı (örn., serotoninle ilgili)	Çocukluk çağı ihmal ya da kötüye kullanma (fiziksel, duygusal ya da seksüel) Sosyoekonomik sapmaları içeren genel stresörler Sevdiği birini, anne-babayı kaybetme	Anksiyete bozukluğu Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu ya da öğrenme güçlüğü Sigara içme Depresyon öyküsü

oluşturduğunu düşünmektedir.⁸ Enürezis ve enkoprezis sıklıkla depresyonla birlikte görülebilmekte, depresyondaki çocuğun gerilemeye ilişkin bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği belirtilmektedir.²⁰

RİSK ETKENLERİ

Çocuk ve ergen MDB'nda risk etkenleri biyolojik, psikososyal etkenler ve diğer etkenler olarak üç gruba ayrılabilir.²¹ Bu etkenler Tablo 2'de verilmiştir. Majör depresyon öyküsü olan bir anne-babaya sahip olmak çocuk ve ergen depresyonu için en güçlü tetikleyicilerden biri olarak saptanmıştır.²²

AYIRICI TANI

Çocuk ve ergenlerde MDB'un ayırıcı tanısında psikiyatrik bozuklukları taklit eden veya neden olan genel tıbbi durumların (örneğin hipotiroi-

dizm, anemi, otoimmün hastalıklar, mononükleozis) öncelikli olarak ayırt edilmesi gerekir. Okul öncesi dönemde depresif belirtilerle getirilen çocuklarda malignite, çocuk ihmal ve kötüye kullanımı, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken durumların başında gelmektedir. Ergenler için ek olarak madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, erken başlangıçlı şizofreni tanıları ayırıcı tanıda önem taşır. Duygudurum bozukluğu ile şizofrenik bozukluğun ayırıcı tanısının tam yapılamadığı durumlarda, duygudurum bozukluğu tanısı ve tedavisine öncelik verilmesi önerilmekte ve yanıtı göre değişiklikler yapılabileceği belirtilmektedir. Bedensel yakınmalardan özellikle baş ağrısı hem yetişkinlerde, hem de çocuk ve ergenlerde depresyonda en sık görülen belirtidir. Çocuklarda bunu karın ağrısı izlemektedir.²⁰

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir.²⁸ Bu derece yaygın ve önemli olan bir halk sağlığı sorununa ilişkin önlem almak için risk gruplarının iyi belirlenmesi ve erken girişimde bulunulması gerekmektedir. Savaş, göç, olumsuz yaşam koşulları, fiziksel/cinsel istismar öykülerinin giderek yaygınlaştığı günümüz toplumunda çocukların güven ve sağlık içinde

yaşamlarını sağlamak giderek daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle ailelerin, öğretmenlerin, birinci basamakta çalışan hekimlerin ve çocuk hekimlerinin çocukluk-ergenlik çağı depresif bozuklukları belirtilerini anlamalarına ve tanımlarına yönelik yapılacak çalışmaların önemli olduğu düşünülmüştür. Tanı için önce akla getirmenin gerekli olduğu düşünülerek medya, sivil halk örgütleri ve devlet kurumları aracılığıyla yapılacak depresyon belirtilerine yönelik tanıtma çalışmaların duyarlılığı artırmaya yardımcı olacağı öngörülebilir.

KAYNAKLAR

1. Birmaher B, Heydl P. Biological studies in depressed children and adolescents. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001; 4:149-157.
2. Coghill D, Usala T. Mood disorders in children and adolescents. *Psychiatry* 2006; 5:4.
3. Baker K. Treatment and management of depression in children. *Current Paediatrics* 2006; 16:478-483.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Fourth ed., Washington, D.C., APA, 2000.
5. Sims BE, Nottelmann E, Koretz D, Pearson J. Prevention of depression in children and adolescents. *Am J Prev Med* 2007; 32:451-455.
6. Mc Cauley E, Myers K. Family interactions in mood disordered youth. *Child Adolescent Psychiatr Clin North America* 1992; 1:111-127.
7. Klein D, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Olino TM. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychol Med* 2005; 35:353-365.
8. Birmaher B, Dahl RE, Perel J, Williamson DE, Nelson B, Stull S, et al. Corticotropin-releasing hormone challenge in prepubertal major depression. *Biol Psychiatry* 1996; 39:267-277.
9. Williamson DE, Birmaher B, Anderson BP, al-Shabbout M, Ryan ND. Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34:591-598.
10. Hoffman JP, Baldwin SA, Cerbona FG. Onset of major depressive disorder among adolescent. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2003; 42:217-224.
11. Birmaher B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1427-1439.
12. Doppeide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health-Syst Pharm* 2006; 63:233-243.
13. Fleming J, Offord DR. The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:28-33.
14. Waslick B, Schoenholz D, Pizarro R. Diagnosis and treatment of depression in children and adolescents. *J Psychiatric Prac* 2003; 9:354-366.
15. Coryell W, Endicott J, Keller M, Andreasen N, Grove W, Hirschfeld RM, Scheftner W. Bipolar II illness: course and outcome over a five year period. *Psychol Med* 1989; 19:129-141.
16. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ. Switching from unipolar to bipolar II: an 11-yr prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:114-123.
17. Bahls CS. Depression in childhood and adolescence: Clinical features. *J Pediatr (Rio J)*. 2002; 78:359-366.
18. Malhotra S, Das PP. Understanding childhood depression. *Indian J Med Res* 2007; 125:115-128.
19. MacPhee AR, Andrews JJ. Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence* 2006; 41:435-466.
20. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 2:84-92.
21. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician* 2007; 75:73-80.
22. Beard WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:1134-1141.
23. Strober M, Lampert C, Schmidt S, Morrell W. The course of major depressive disorder in adolescent: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up study of psychotic subtypes. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:34-42.

24. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:1263-1271.
25. American Academy Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(Suppl.10):63-83.
26. Sheik RM, Weller EB, Weller RA. Prepubertal depression: diagnostic and therapeutic dilemmas. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8:121-126.
27. Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 42:1504-1512.
28. WHO. Health, lifestyles and services for elderly. *Public Health Europe*, 2001; 29:24.