

Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluklarında DSM-5 Ayrımı Mı? ICD-11 Birleşmesi Mi? Kesitsel Bir Araştırma

DSM-5 Distinction or ICD-11 Union for Disruptive Mood Dysregulation and Oppositional Defiant Disorders? A Cross-sectional Study

Baran Çalışgan¹, Zehra Hangül², Mehmet Karadağ²

¹Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kastamonu, Türkiye

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Amaç: Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu (YDDB) ve Karşıt Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) belirti kümeleri arasında tanısal bir örtüşme vardır. Bu çalışmada bu iki tanı grubu arasında Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği puanlarıyla ölçülen problemleri davranışlarla ilişkili belirtileri karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırmada Gaziantep Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na irritabilite veya öfke patlamaları yakınmalarıyla başvuran ve YDDB veya KOKGB tanısı alan 8-12 yaş arası 96 çocuktan oluşan bir örnekleme komorbiditeleri değerlendirmek için yarı yapılandırılmış klinik görüşme ve Conners' Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği uygulandı. Araştırmaya zaman aralığında tanı alan bütün çocuklar dahil edilip randomizasyon yöntemi uygulanmadı.

Bulgular: YDDB tanısı konan tüm hastalarda komorbidite vardı ve YDDB, KOKGB'den daha yüksek bir komorbidite sıklığı ile ilişkiliydi. Yaşam boyu en sık komorbidite %96,0 ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuydu. YDDB tanısı konan olguların %96,0'sı aynı zamanda KOKGB için tanı kriterlerini karşıladı. Conners Ölçeği toplam puan ortalaması, KOKGB grubunda 47,4±18,3, YDDB grubunda 64,3±20,1 bulundu ve ortalamalar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p<0,05). Alt ölçek puanları açısından YDDB grubunda daha yüksek olan Davranış Sorunları ve Kaygı Alt Ölçekleri'nde (p<0,05) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken, diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Örnekleminizde YDDB'de KOKGB'ye göre daha fazla komorbid ruhsal bozukluk, daha şiddetli davranış ve öğrenme sorunları ve kaygı belirtileri saptanırken, ataklık, hiperaktivite ve psikosomatik belirtiler bakımından farklılık saptanmadı. Aralarında tanısal örtüşme olan iki ruhsal bozukluğu kesitsel olarak karşılaştıran çalışmamız, kronik irritabilite ve öfke patlamaları yaşayan çocuklarda ruhsal bozukluk tanımlamaları bakımından öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: İrritabl duygudurum, öfke, dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozukluğu, çocuk psikiyatrisi

Objectives: There is a diagnostic overlap between the symptom clusters of Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) and Oppositional Defiant Disorder (ODD). In this study we aim to compare behavior problems in these two disorders as quantified by the Conners' Parent Rating Scale scores.

Materials and Methods: In a sample of 96 children between the ages of 8-12 who presented to Gaziantep University, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Gaziantep, Turkey with irritability or anger outbursts and were diagnosed with either DMDD or ODD, we conducted a semi-structured clinical interview to assess comorbidities and we obtained Conners' Parent Rating Scale Scores.

Results: All those diagnosed with DMDD had comorbidities, and DMDD was associated with a higher frequency of comorbidities than ODD. The most common lifetime comorbidity was Attention Deficit and Hyperactivity Disorder with 96.0%. 96.0% of the cases diagnosed with DMDD also met the diagnostic criteria for ODD. Conners' Scale results showed that there was a statistically significant difference between the two groups in terms of mean total score (p<0.05), which was 47.4±18.3 in the ODD group and 64.3±20.1 in the DMDD group. Regarding the subscale scores, these was a statistically significant difference among the groups in the Conduct Problems and Anxiety Subscales (p<0.05), which were higher in the DMDD group, whereas there was not a statistically significant in the other subscale scores (p>0.05).

*Bu araştırma 30 Kasım 2022'de 10. Uluslararası Bilimsel Çalışmalar Kongresi'nde (Elazığ) sözlü bildiri olarak yayınlanmıştır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Baran Çalışgan, Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kastamonu, Türkiye

Tel.: +90 366 214 10 53-2317 **E-posta:** baran.calisgan@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-3169-9825

Geliş Tarihi/Received: 19.08.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 20.10.2022

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır. Alıntı-GayriTicari-Türetilemez 4.0 Uluslararası (CC BY-NC-ND 4.0) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



ABSTRACT

Conclusion: In our sample, DMDD was associated with more comorbid mental disorders, more severe behavioral and learning problems and anxiety symptoms when compared to ODD, but no difference was found in terms of impulsivity, hyperactivity, and psychosomatic symptoms. Our cross-sectional study, which compared two mental disorders with a diagnostic overlap, is significant in terms of the definitions of mental disorders in children with chronic irritability and anger outbursts.

Keywords: Irritable mood, anger, attention deficit and disruptive behavior disorders, child psychiatry

Giriş

İrritabilite engellenme durumunda kolay veya aşırı öfkelenme halidir. Öfke patlaması ise öfke duygusunun kontrol edilemediği ve aşırı biçimde dışa vurulduğu durumdur.¹ Öfke patlamaları ve irritabl duygudurum çocuk ve ergenlerde gelişimsel olarak sık görülen özelliklerdir. Ancak öfke patlamaları ve irritabl duygudurum gelişimsel olarak beklenenden daha şiddetli, daha sık, daha uzun süreli olduğunda ve daha fazla ortamda görüldüğünde klinik ilgi odağı haline gelmektedir.

Öfke ve dürtüsel davranışlar sergileyen çocuk ve gençlere uygun bir tanısal sınıflama bulmak klinisyenler ve araştırmacılar için zorlayıcı olmuştur. Çocuklarda klinik olarak anlamlı irritabilitenin karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu (DB), bipolar bozukluk (BB), depresif bozukluklar ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozuklukta görülebileni, klinik özelliklerinin netleştirilmesini ve tanısal değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır.² Kronik irritabilite ve öfke patlamalarına dair farkındalığı artırmak, bu alandaki çalışmalara hız kazandırmak ve bu sorunlara sahip çocuklara tanısal anlamda ev sahipliği yaparak ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını sağlamak amacıyla Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'e (DSM-5) yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (YDDB), yeni bir tanı olarak eklenmiştir. YDDB, DSM-5 içerisinde depresif bozukluklar başlığı altında yer almaktadır ve ağır, episodik olmayan irritabilite ve öfke patlamaları ile karakterizedir. Altı-on yedi yaşlarda tanı konabilir ve tanı için belirtilerin 10 yaştan önce başlamış olması gerekmektedir.³ Klinik örneklemede YDDB sıklığı %26-31'dir.^{4,5}

YDDB tanısı DSM-5 içerisinde yer alan en tartışmalı tanılardan birisidir. Bozukluğun klinik eşik özelliklerinin belirlenmesi ve tanı kriterlerinin düzenlenebilmesi için epidemiyolojik kanıt tabanı oluşturulmasına ve veri bazı yaklaşımlar geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu ileri sürülmüştür.⁶ DSM-5'te YDDB tanısına yer verilmesi, normal gelişimsel düzeyde agresyon ve dürtü kontrol sorunları yaşayan çocuklara da psikiyatrik tanı konulmasına yol açabileceği ve çocuklarda antipsikotik ilaçların kullanım sıklığının artmasına neden olabileceği gerekçeleriyle eleştirilmiştir.⁷ Ayrıca irritabilite ve öfke patlamalarının KOKGB'nin de temel belirtileri arasında yer alması, bazı araştırmacıları YDDB ve KOKGB tanıları arasında kesin sınırlar olmadığı kanısına ulaştırmıştır.⁸ Tüm bu tartışmalı yönler sebebiyle, ICD-11'de YDDB tanısına yer verilmemiş, bunun yerine KOKGB tanısına kronik irritabilite ve öfke ile seyreden belirteci eklenmişti.⁹

YDDB ve KOKGB tanıları arasında yüksek düzeyde örtüşme mevcuttur. KOKGB tanısı için kontrolünü kaybetme, erişkinlerle tartışma, kurallara karşı çıkma, başkalarını isteyerek rahatsız etme, hatalarıyla ilgili başkalarını suçlama, alınganlık ve kolayca kızdırılma, kızgın ve güceniklik ve kinci ve intikamcı olma belirtilerinden en az 4 tanesinin en az 6 ay boyunca devam etmesi gerekmektedir.¹⁰

YDDB ve KOKGB tanı gruplarını değerlendiren retrospektif araştırmalara bakıldığında, 6-12 yaş grubunda YDDB tanısı alan çocukların %92,0'si KOKGB tanısı da almakta ve KOKGB tanısı alan çocukların %66,0'sında YDDB semptomlarına rastlanmaktadır.¹¹ Bu yüksek oranda örtüşme sebebiyle, YDDB ve KOKGB tanıların birbirinden ayrı bozukluklar mı olduğu yoksa aynı bozukluğun farklı boyutları olarak mı ele alınması gerektiği konusunda fikir ayrılıkları mevcuttur. Bu fikir ayrılıkları sebebiyle DSM-5 ve ICD-11 kronik irritabilite ve öfke patlamaları yaşayan çocukları farklı şekillerde tanımlamaktadır.

Literatürde yer alan çalışmalar ve tüm bu tartışmalara zemin oluşturan çalışmalar büyük oranda retrospektif tarzda yürütülmüş, geçmişte bipolar bozukluk ya da yıkıcı duygudurum düzensizliği (bipolar bozukluk geniş fenotip olarak da bilinmektedir) tanısı alan çocuklara ait verilerin YDDB kriterlerine göre ikincil olarak analiz edilmesi ile elde edilmiştir. Yaptığımız taramalarda YDDB ve KOKGB tanılı çocukları direkt olarak inceleyen yayımlanmış bir makaleye rastlanmamış, ancak 18 YDDB ve 18 KOKGB olgusunun, farklı amaçlı bir araştırma verilerinin geriye dönük incelenmesiyle kıyaslandığı bir tez araştırmasına rastlanmıştır. Araştırma sonucunda iki grup arasında depresyon ve irritabilite belirtileri bakımından anlamlı fark saptanmadığı görülmektedir.¹²

Bu çalışmada klinik örneklemede DSM-5 kriterlerine göre YDDB ve KOKGB tanısı alan 8-12 yaş arası çocukların, davranım sorunları, hiperaktivite, öğrenme sorunları, kaygı, psikosomatik belirtiler ve eşlik eden psikopatolojiler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın hipotezi; YDDB'nin KOKGB'nin şiddetli bir alt tipi olduğu varsayımına dayalı olarak iki grup arasında sosyodemografik veriler ve komorbiditelerin dağılımı açısından anlamlı bir fark olmayacağı, bununla birlikte YDDB grubunda psikometrik ölçümlerle saptanan sorunların daha şiddetli olacağı yönündedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde klinik örneklemede gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Araştırma kapsamında Ocak ve Haziran 2020 tarih

aralığında kliniğe iritabilite veya öfke patlaması yakınmaları ile başvuran 8-12 yaş aralığındaki çocuklar değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü çocuk ve ebeveynler dahil edilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik, kronik nörolojik veya fiziksel hastalık tanısı alan, anne veya babası ile yaşamayan ve çocuk veya ebeveynin psikometrik ölçeği okuyup anlayacak kadar okuma yazma becerisinin olmadığı olgular dahil edilmemiştir.

Kliniğimize iritabilite ve öfke patlaması yakınması ile başvuran çocuklar, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında görev yapan araştırma görevlisi tarafından, aileleri eşliğinde, son 2 ay içerisindeki YDDB veya KOKGB tanıları açısından yarı yapılandırılmış klinik görüşme ile değerlendirilmiştir. Bu amaçla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5'in 3. bölümünde yer alan YDDB ve KOKGB modüllerinin şimdiki kısımları kullanılmıştır. Yapılan görüşmede YDDB veya KOKGB tanısını karşılamadığı saptanan çocuklar araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu tanıları karşıladığı saptanan bütün çocukların ebeveynlerinden katılımcı ile ilgili sosyodemografik veri formu doldurtulmuş, Conners' Kısa Form Anababa Derecelendirme Ölçeği'ni (CADÖ-48) doldurmaları istenmiş ve çocuklar ve ebeveynleri ile yine aynı araştırmacı tarafından ÇDŞG-ŞY DSM-5 yarı yapılandırılmış klinik görüşmesinin tamamı yapılmıştır.

Araştırma için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'ndan 2019/433 karar numarası ile onay alınmıştır (tarih: 05.02.2020). Çocuklar ve ebeveynleri araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır.

Psikometrik Ölçüm Araçları

Conners' Kısa Form Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48): Goyette ve ark.¹³ tarafından çocuklardaki problemleri davranışları belirlemek ve psikiyatrik tanıyı desteklemek amacıyla geliştirilmiş, Dereboy ve ark.¹⁴ tarafından Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir. CADÖ-48 ile veri olarak problemleri davranış şiddetini niceleyen toplam puan ve Davranım Sorunları (DS), Ataklık/Hiperaktivite (A/H), Öğrenme Sorunları (ÖS), Kaygı (K) ve Psikosomatik (PS) alt ölçek puanları elde edilmiştir.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (ÇDŞG-ŞY DSM-5): ÇDŞG-ŞY DSM-5, DSM-5 tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerin şu andaki ve yaşam boyu psikopatolojilerini değerlendirmek adına Kaufman ve ark.¹⁵ tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme olup, Türkçe uyarlaması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve ark.¹⁶ tarafından yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY DSM-5 ile katılımcıların şimdi (son 2 ay) ve yaşam boyu: majör depresyon, süregelen depresyon, mani, hipomani, siklotimi, BB, YDDB, şizoaffektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi, seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB),

DEHB ve kombine, dikkat eksikliği baskın ve hiperaktivite baskın alt tipleri, DB, KOKGB, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervroza, bulimiya, tıknırcasına yeme bozukluğu, geçici tik bozuklukları, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu tanılarında hangilerini karşıladıkları konusunda veri elde edilmiştir. ÇDŞG-ŞY DSM-5'e göre YDDB tanısı alan çocuklara KOKGB tanısı konulmamalıdır, ancak YDDB tanısı alan çocuklar araştırma amacıyla KOKGB tanısını karşılayıp karşılamadıkları konusunda değerlendirilebilmektedir. Yarı yapılandırılmış klinik görüşme ile bütün katılımcılar için KOKGB tanısı alıp almadıkları, tanı alıyorlarsa KOKGB'nin şiddeti verisi de alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri verilmiştir. Elde edilen ölçek puanlarının Kolmogorov-Smirnov testi ile parametrik dağıldığı görülmüş ($p > 0,05$), bu doğrultuda YDDB ve KOKGB tanısına göre puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. YDDB ve KOKGB tanısına göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır. Beklenen değeri beşten küçük olan kategori sayısının toplam kategori sayısının %20'sini aşması veya herhangi bir kategorilerde bu değer bir den küçük olması durumunda, Fisher düzeltmesi kullanılmıştır. Analizler SPSS 22.0 programı (IBM Inc., Armonk, NY) yardımıyla gerçekleştirilmiştir. $P < 0,05$ anlamlılık seviyesi seçilmiştir (çift yönlü).

Bulgular

Çalışmaya toplam 96 olgu dahil edilmiştir. ÇDŞG-ŞY DSM-5'e göre 48 çocuk YDDB, 48 çocuk ise KOKGB tanısı almıştır. 8-12 yaş aralığındaki çocukların yaş ortalaması $10,2 \pm 1,4$ yıldır. KOKGB ve YDDB hastalarının yaş ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Çalışmaya dahil edilen olguların 26'sı kız, 70'i ise erkektir. KOKGB ve YDDB gruplarındaki cinsiyet dağılımlarında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tanısal değerlendirmede tüm örnekleme en sık görülen komorbiditeler sırasıyla DEHB (%90,6), anksiyete bozuklukları (%46,9), davranış bozukluğu (%17,7) ve OKB (%15,6) olmuştur. Örneklemin tamamında görülen komorbiditeler ve oranları Tablo 1'de gösterilmektedir.

En sık görülen tanıların KOKGB ve YDDB gruplarına göre dağılımına bakıldığında, KOKGB grubunda DEHB 43 olguda (%89,6), DB 7 olguda (%14,7), anksiyete bozuklukları 22 olguda (%45,8) ve OKB 5 olguda (%10,4) saptanmıştır. YDDB grubunda ise DEHB 43 (%89,6), DB 7 (%14,7), anksiyete bozuklukları 23 (%47,9) ve OKB 10 (%20,8) çocukta saptanmıştır. KOKGB ve YDDB grupları şimdiki tanılar açısından karşılaştırıldıklarında hiçbir tanı grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 2).

DSM-5'e göre YDDB tanısı alan bireyler KOKGB tanısı alamamaktadır. Ancak YDDB tanılı çocukların KOKGB tanısı ve şiddeti açısından değerlendirilmesi araştırmaya yönelik mümkün olmaktadır. KOKGB şiddeti açısından KOKGB ve YDDB gruplarındaki dağılıma bakıldığında, KOKGB tanısı alan 10 (%20,8) çocuk hafif, 26 (%54,2) çocuk orta, 10 (%20,8) çocuk ise ağır şiddette KOKGB iken, YDDB grubunda 3 (%6,2) çocuk hafif, 14 (%29,2) çocuk orta, 31 (%64,6) çocuk ağır şiddette KOKGB tanısını karşılamaktadır. KOKGB ve YDDB tanısı ile

KOKGB şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,01$). Buna göre YDDB hastalık grubunda KOKGB şiddeti daha ağır olarak derecelendirilen olgular yer almaktadır (Tablo 3).

Örneklem içerisindeki en yüksek oranda görülen komorbidite DEHB olmuştur. YDDB ve KOKGB grupları DEHB alt tipi dağılımına göre değerlendirildiğinde, KOKGB grubunda 36 (%75,0) çocuk kombine tip, 3 (%6,3) çocuk dikkat eksikliği baskın tip, 4 (%8,3) çocuk ise hiperaktivite baskın tip DEHB

Tablo 1. ÇDŞG-ŞY DSM-5'e göre psikiyatrik bozukluk tanı gruplarındaki hasta sayıları

	Şimdi N (%)	Yaşam boyu N (%)
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	87 (90,63)	87 (90,63)
Davranış bozukluğu	17 (17,71)	17 (17,71)
Anksiyete bozuklukları	45 (46,88)	48 (50,00)
Obsesif kompulsif bozukluk	15 (15,63)	17 (17,71)
Travma sonrası bozukluklar	3 (3,13)	8 (8,33)
Enürezis	13 (13,54)	20 (20,83)
Enkoprezis	6 (6,25)	8 (8,33)
Depresif bozukluklar	5 (5,21)	13 (13,54)
Yeme bozuklukları	5 (5,21)	6 (6,25)
Tik bozuklukları	10 (10,42)	14 (14,58)

ÇDŞG-ŞY DSM-5: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

Tablo 2. KOKGB ve YDDB gruplarında ÇDŞG-ŞY DSM-5 şimdiki tanı sıklıkları ve tanı sıklığı açısından gruplar arasında oranların karşılaştırılması

Şimdiki Tanılar	KOKGB	YDDB	χ^2	p
DEHB N (%)	43 (89,6)	44 (91,7)	0,123	1,000
DB N (%)	7 (14,7)	10 (20,8)	0,643	0,423
Anksiyete bozuklukları N (%)	22 (45,8)	23 (47,9)	0,042	0,838
OKB N (%)	5 (10,4)	10 (20,8)	1,975	0,160
Travma sonrası bozukluklar N (%)	1 (2,1)	2 (4,2)	0,344	1,000
Enürezis N (%)	7 (14,7)	6 (12,5)	0,089	0,765
Enkoprezis N (%)	2 (4,2)	4 (8,3)	0,711	0,677
Depresif bozukluklar N (%)	0	5 (10,4)	5,275	0,056
Yeme bozuklukları N (%)	0	5 (10,4)	5,275	0,056
Tik bozuklukları N (%)	4 (8,3)	6 (12,5)	0,447	0,504

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, ÇDŞG-ŞY DSM-5: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, N: Sayı, %: Yüzde, DB: Davranış Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, $p<0,05$

Tablo 3. KOKGB ve YDDB gruplarının KOKGB şiddeti açısından karşılaştırılması

	KOKGB Şiddeti			χ^2	p
	Hafif	Orta	Ağır		
KOKGB N (%)	10 (20,8)	26 (54,2)	10 (20,8)	18,091	0,001
YDDB N (%)	3 (6,2)	14 (29,2)	31 (64,6)		
Toplam N	13	40	41		

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, %: Yüzde, $p<0,05$

tanısı almış, YDDB grubunda ise 34 (%70,8) çocuk kombine tip, 9 (%18,8) çocuk dikkat eksikliği baskın tip, 1 (%2,1) çocuk hiperaktivite baskın tip DEHB tanısı almıştır. KOKGB ve YDDB grupları arasında DEHB alt tiplerinin dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,108$) (Tablo 4).

Şimdiki komorbidite sayılarına bakıldığında, KOKGB ve YDDB grupları arasında komorbid psikiyatrik bozukluk sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,026$). Buna göre YDDB grubundaki katılımcılar KOKGB grubundakilere göre anlamlı derecede daha fazla sayıda şimdiki komorbid tanı almaktadır (Tablo 5). YDDB grubunda ortalama komorbidite sayısı $3,1\pm 1,7$ olarak saptanmıştır.

Son olarak YDDB ve KOKGB grupları arasında CADÖ-48 ölçeği toplam puan ortalamaları ve 5 alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. YDDB grubunda 3, KOKGB grubunda ise 2 olgunun eksik işaretleme sebebiyle ölçek puanları elde edilememiştir. Elde edilen puanlara bakıldığında, toplam CADÖ-48, CADÖ-48 Davranım Sorunu, CADÖ-48 Öğrenme Sorunu ve CADÖ-48 Kaygı puan ortalamaları YDDB grubunda KOKGB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,037$ ve $p=0,001$) (Tablo 6). Gruplar arasında CADÖ-48 Ataklık/Hiperaktivite ve CADÖ-48 Psikosomatik puan ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,758$ ve $p=0,059$) (Tablo 6).

Tartışma

Araştırmamızda Gaziantep Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran, sinirlilik veya öfke patlamaları şikayeti olan ve ÇDŞGY DSM-5'e göre

YDDB veya KOKGB tanısı alan 8-12 yaş aralığındaki 96 çocukta ÇDŞGY DSM-5 tanıları ve CADÖ-48 ile ölçülen dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ilişkili davranış sorunları değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Bilimsel yazında YDDB tanısı alan çocuklarla ilgili kesitsel bilgiler kısıtlıdır. YDDB ve KOKGB'nin belirti kümeleri yüksek oranda kesişmektedir, bu sebeple bu bozuklukların ayrı bozukluklar olarak mı yoksa bir bozukluğun farklı boyutları olarak mı değerlendirilmesi konusunda farklı tanı sistemleri (DSM-5 ve ICD-11) arasında fikir ayrılıkları oluşmuştur.

Araştırmamızda her iki tanı grubunda da erkeklerin oranı daha yüksektir. Toplamda 96 çocuğun 70'i (%73,0) erkektir. Erkek/kız oranı 2,7/1'dir. KOKGB ve YDDB grupları karşılaştırıldığında, cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar literatür bilgisiyle uyumludur. 2020 yılında ABD'de çocuk ve ergen sağlık kayıtlarının incelenmesiyle yapılan bir çalışmada YDDB tanısı alan çocukların yüksek oranda erkek çocuklar oldukları görülmüştür.¹⁷ Yıkıcı davranış bozuklukları erkeklerde daha yüksek oranda görülmektedir. 2012 yılında Manik Semptomların Uzunlamasına Analizi (Longitudinal Assessment of Manic Symptoms, LAMS) çalışmasını geriye dönük YDDB açısından inceleyen bir çalışmada, 184 katılımcı YDDB fenotipi göstermiş olup, YDDB fenotipini karşılayanların %66,0'su bu çalışmadakine benzer bir oranla, erkektir.⁴ Ağır duygudurum düzensizliği bozukluğu (ADDDB) DSM-IV-TR'de araştırılması gereken bozukluklar başlığı altında yer alan bir tanıdır ve büyük oranda ADDDB üzerinde yürütülen çalışmalara dayanarak YDDB tanısı oluşturulmuştur. ADDDB'nin tanı kriterlerinde küçük değişiklikler yapılarak DSM-5'e YDDB tanısı eklenmiştir. Great Smoky Mountains Araştırması verileri

Tablo 4. KOKGB ve YDDB gruplarının DEHB alt tipi açısından karşılaştırılması

	DEHB tipi			χ^2	P
	Kombine tip	Dikkat eksikliği baskın tip	Hiperaktivite baskın tip		
KOKGB N (%)	36 (75,0)	3 (6,3)	4 (8,3)	4.610	0,108
YDDB N (%)	34 (70,8)	9 (18,8)	1 (2,1)		
Toplam N	70	12	5		

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, N: Sayı, %: Yüzde, $p<0,05$

Tablo 5. KOKGB ve YDDB gruplarının ÇDŞG-ŞY DSM-5'e göre şimdiki komorbidite sayısı açısından karşılaştırılması

	Şimdiki komorbidite sayısı							
	0	1	2	3	4	5	6	7
KOKGB N (%)	1 (2,1)	20 (41,7)	12 (25,0)	9 (18,8)	5 (10,4)	1 (2,1)	0	0
YDDB N (%)	0	10 (20,8)	20 (41,7)	5 (10,4)	5 (10,4)	7 (14,6)	0	1 (2,1)
Toplam N	1	30	32	14	10	8	0	1
χ^2	12.702							
p	0,026							

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, ÇDŞG-ŞY DSM-5: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5, N: Sayı, %: Yüzde, $p<0,05$

Tablo 6. KOKGB ve YDDB gruplarının CADÖ-48 puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	Ortalama ± SS	t	p
CADÖ-48-DS	KOKGB	46	12,91±6,42	4.334	0,001
	YDDB	45	19,22±7,44		
CADÖ-48-A/H	KOKGB	46	4,65±3,03	0,309	0,758
	YDDB	45	4,84±2,89		
CADÖ-48-ÖS	KOKGB	46	6,09±2,80	2.121	0,037
	YDDB	45	7,42±3,20		
CADÖ-48-K	KOKGB	46	8,13±3,36	4.845	0,001
	YDDB	45	11,91±4,06		
CADÖ-48-PS	KOKGB	46	2,63±3,06	1.909	0,059
	YDDB	45	3,80±2,78		
CADÖ-48 Toplam	KOKGB	46	47,39±18,34	4.197	0,001
	YDDB	45	64,31±20,09		

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, CADÖ-48: Connors' Kısa Form Anababa Değerlendirme Ölçeği, N: Sayı, SS: Standart Sapma, DS: Davranım Sorunu, A/H: Ataklık/ Hiperaktivite, ÖS: Öğrenme Sorunu, K: Kaygı, P: Psikosomatik, p<0,05

kullanılarak ADDB'nin değerlendirildiği bir çalışmada olguların %77,6'sı erkekken¹⁸, ülkemizde yürütülen bir çalışmada İstanbul ve Bolu illerinde YDDB tanısını karşılayan 36 hastanın %77,8'inin erkek olduğu bulunmuştur.¹⁹ 2016 yılında Mulraney ve ark.²⁰ toplum örnekleminde ulaşılan 140 DEHB tanısı alıp YDDB tanısı almayan ve 39 DEHB ve YDDB tanısı alan çocuğu kesitsel olarak değerlendirmiştir. DEHB ve YDDB grubunda erkek oranı %85,6, DEHB grubunda ise bu oran %65,0 bulunmuştur. Ancak daha düşük yaş gruplarıyla yapılan çalışmalarda cinsiyet oranlarıyla ilgili tutarsız sonuçlar olduğu görülmektedir. Altı yaşında YDDB tanısını karşılayan 462 çocuğun klinik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, olguların %54,1'i erkektir.¹² Buna rağmen 4-6 yaş aralığında öfke patlamaları ve kronik irritabilitesi olan 63 çocuğun klinik özelliklerini değerlendiren bir çalışmada, bu çocukların %73,0'unu erkekler oluşturmuştur.²¹

DSM-5'e göre YDDB tanısı konduğu durumda KOKGB tanısı konulamaz, ancak araştırma amacıyla YDDB olgular özellikle bilimsel araştırmalar kapsamında KOKGB tanısını karşılayıp karşılamadıkları açısından değerlendirilebilir. Bu çalışmada bütün katılımcılar ÇDŞG-ŞY DSM-5 yarı yapılandırılmış klinik görüşmesinde KOKGB tanısı alıp almadıkları, tanı alıyorsa KOKGB'nin şiddeti açısından değerlendirilmiştir. YDDB tanısı alan 48 olgunun 46'sının (%95,7) KOKGB tanısını da karşıladığı, 2'sinin (%4,3) bu tanıyı karşılamadığı görülmüştür (bu iki olgu irritabilite ve öfke patlamalarıyla ilişkili 3 kriteri karşılamakla beraber, karşı gelme, tartışmaya girme ve kin besleme ile ilgili kriterleri karşılamamış bu sebeple tanı almamıştır). KOKGB şiddeti açısından KOKGB ve YDDB grupları incelendiğinde, KOKGB grubundan 10 (%76,9) çocuk hafif, 26 (%65,0) çocuk orta, 10 (%24,4) çocuk ise ağır şiddette, YDDB grubundan ise 3 (%23,1) çocuk hafif, 14 (%35,0) çocuk orta, 31 (%75,6) çocuk ağır şiddette KOKGB tanısını karşılamaktadır. KOKGB ve YDDB

grupları arasında KOKGB şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Buna göre YDDB grubunda KOKGB şiddeti daha ağır olan olgular yer almaktadır. YDDB'nin KOKGB şiddeti açısından değerlendirilmesiyle ilgili literatür bilgisine ulaşılamamıştır.

YDDB'de KOKGB tanısını karşılama oranı sık gündeme gelmiş bir konudur. Araştırmalarda YDDB tanısı alan çocuk ve gençlerde en yüksek komorbiditenin KOKGB olduğu (%96,0), bunu sırayla DEHB (%81,0) ve DB'nin (%13,0) takip ettiği görülmüştür.²² Yapılan araştırmalar YDDB'li çocuk ve ergenlerin %57,0-96,0'sının KOKGB kriterlerini de karşıladığını bildirmektedir.^{4,5,23,24} KOKGB'de ise YDDB tanısını karşılama oranı %20,0-40,0'tır.²⁴ 2016 yılında Mulraney ve ark.²⁰ araştırmalarında Çocuklar İçin Tanısal Görüşme 4. Versiyonu (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC-IV) ile komorbidite değerlendirmesi yapılmış, 179 DEHB tanısı alan 6-8 yaşlarındaki çocuktan 39'unda (%21,8) YDDB komorbiditesi saptanmıştır. YDDB tanısı alan çocuklar %89,7 oranında KOKGB tanısını da karşılamışlardır. 2013 yılında 3 toplum örneklemleri çalışmadan 2-17 yaş aralığındaki 3.258 katılımcının verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada YDDB tanısı alanlarda KOKGB tanısını karşılama %57,4-70,6 oranlarında saptanmıştır. YDDB tanısının başka psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek üzere yapılmış olan klinik görüşmelerden geriye dönük değerlendirilerek konmuş olması bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı olmuştur.²⁴ Axelson ve ark.⁴ LAMS verilerini geriye dönük olarak, YDDB açısından inceledikleri çalışmalarında, YDDB olgularının %78,0'i KOKGB tanısını da karşılamıştır. Ayrıca, YDDB tanısı alan çocuk ve gençlerin %96,0'sı KOKGB veya DB tanılarını karşılamıştır. Altı-on sekiz yaş arasındaki 597 çocuğun retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada, YDDB tanısı alan her çocuğun KOKGB tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür.²⁵ Great Smoky Mountains Araştırması verileri

kullanılarak Ağır Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu'nun (ADDB) geriye dönük değerlendirildiği bir araştırmada, 9-19 yaş aralığında 1.420 çocuk arasında 96'sı ADDB tanısını karşılamıştır. ADDB'ye KOKGB'nin %24,5 oranında eşlik ettiği bulunmuştur.¹⁸ Dört-6 yaş çocukların değerlendirildiği çalışmada öfke patlamaları ve kronik irritabilitesi olan, YDDB kliniği ile uyumlu 63 çocuğun klinik özellikleri incelenmiş, olguların %82,5'i KOKGB tanısını da karşılamıştır.²¹ Altı yaşında YDDB tanısını karşılayan 462 çocuğun klinik özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada ise hastaların toplamda %60,5'i komorbid duygu veya davranış bozukluğu tanısı alırken, %55,3'ü KOKGB tanısı almış ve YDDB, KOKGB tanısıyla ilişkili bulunmuştur.¹² Literatürde YDDB olgularının KOKGB tanısını karşılama oranlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir ve çalışmamızda da yüksek oranlar veren araştırmalarla uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Bazı araştırmalarda daha düşük oranlar bulunmasının sebebi çalışmaların geriye dönük olması ve klinik görüşmeye dayandırılmamış olmasına bağlı olabilir.

KOKGB veya YDDB grupları arasında toplam komorbid psikiyatrik bozukluk sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Buna göre YDDB grubundaki katılımcılar KOKGB grubundakilere göre anlamlı derecede daha fazla sayıda şimdiki komorbid tanı almaktadır. YDDB grubunda en sık görülen komorbiditeler sırasıyla DEHB (%89,6) ve anksiyete bozukluklarıdır (%47,9). KOKGB ve YDDB grupları arasında komorbidite dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. YDDB tanısı alan çocuklarda psikiyatrik komorbiditelerin değerlendirildiği araştırmalara bakıldığında, tanı alma oranlarının benzer olduğu ve sonuçlarımızın literatürle genel olarak uyumlu olduğu görülmektedir. Mulraney ve ark.²⁰ araştırmasında YDDB tanısı alan hastaların %41,0'inde anksiyete bozukluğu görülürken, sadece DEHB tanısı alanların %20,0'ında anksiyete bozukluğu görülmüştür. YDDB tanılı grupta en yüksek oranda karşılanan tanıları anksiyete bozuklukları (%41,0) ve DB (%25,6) olmuştur.²⁰ Axelson ve ark.⁴ LAMS verileri ile yürüttüğü çalışmada, YDDB fenotipindeki olguların %79,0'unun DEHB, %20,0'sinin anksiyete bozuklukları, %20,0'sinin depresif bozukluklar, %18,0'inin ise DB tanıları karşıladıkları gösterilmiştir. Axelson ve ark.⁴'ün çalışmasında YDDB tanısı alanlarla KOKGB veya DB tanısı alan çocuklar komorbiditeler açısından karşılaştırılmış ve iki grup arasında depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve DEHB komorbiditesi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Altı-18 yaş arasındaki 597 çocuğun retrospektif olarak incelendiği bir başka çalışmada ise, YDDB tanısı alanların KOKGB'ye göre daha fazla DEHB ve DB komorbiditesi gösterdikleri, ancak diğer komorbiditeler açısından bu iki bozukluğun birbirinden ayrılmadığı görülmüştür.²⁵ Gerek bizim çalışmamızda gerekse diğer araştırmalarda komorbiditelerin dağılımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Toplam komorbidite sayısının YDDB'de daha yüksek olmasının ve/veya sadece DEHB ve DB gibi, KOKGB ile aynı kategoride (yıkıcı davranış bozuklukları) olan bozuklukların komorbidite oranlarının daha yüksek saptanmasının, YDDB'nin KOKGB'nin şiddetli bir versiyonu olabileceği hipotezimizi desteklediğini düşünmekteyiz.

CADÖ-48 Toplam puan ortalamaları KOKGB grubunda 47,4, YDDB grubunda 64,3 bulunmuştur. CADÖ-48 ile DEHB ile ilişkili davranış sorunları ölçülmektedir. Sonuçlara göre YDDB grubunda KOKGB tanılı çocuklara göre daha fazla davranış sorunu, öğrenme sorunu ve kaygı sorunu bulunmaktadır. Ataklık ve hiperaktivite seviyeleri ve psikosomatik belirtiler bakımından ise grupların birbirlerinden ayrılmadığı görülmüştür. KOKGB ve YDDB tanısı alan çocuklarda DEHB komorbidite oranlarının yüksekliği düşünüldüğünde CADÖ-48 ile ölçülen DEHB ile ilişkili davranışsal belirtilerin yüksek bulunması beklenilen bir durumdur. YDDB tanısı alan çocuklarda davranış, öğrenme ve kaygı belirtilerinin daha yüksek şiddette saptanması, bu çocukların kronik irritabilitesinin bir sonucu olabilir. Ataklık hiperaktivite alanında iki bozukluk arasında anlamlı fark bulunmaması, kronik irritabilitenin hiperaktivite ile ilişkili olmadığı, daha çok DEHB'ye eşlik eden duygu regülasyonu ve yürütücü işlev sorunları ile ilişkili olabileceği anlamına gelebilir. Psikosomatik belirtiler puanında iki bozukluk arasındaki fark eğilim düzeyinde olup, bu alanın yorumlanabilmesi için daha geniş örneklemli araştırmalar gerekmektedir.

Çalışma sonuçlarımız YDDB'nin KOKGB'nin şiddetli bir versiyonu olduğunu destekler nitelikte olmakla birlikte, bu alan hala tartışmaya açık bir alandır. 2020 yılında farklı ülkelerden 196 klinisyenin katıldığı bir araştırmada katılımcılardan DSM-5, ICD-10 ve ICD-11 tanı sistemlerini kullanarak vakalarda kronik irritabilite, normatif irritabilite, irritabilitenin eşlik etmediği karşıt olma davranışı, bipolar bozukluk ve süregelen depresyon ayrımı yapabilmeleri test edilmiştir. Çalışma sonucunda ICD-11 kullanılarak yapılan değerlendirmede klinisyenlerin daha doğru tanıya ulaştıkları, ICD-11'e kıyasla DSM-5 kullanılan değerlendirmelerde gerekli olgularda sıklıkla YDDB tanısının atlandığı ve normatif irritabiliteye daha sık psikiyatrik tanı konduğu görülmüştür.²⁶ Literatürde YDDB'ye ait en önemli kaygılardan biri de normal gelişimsel irritabilitenin patojenik olarak algılanma ihtimaline yol açması ve gereksiz yere ilaç kullanımına sebebiyet verebileceği endişesidir. Söz konusu çalışma bu kaygıları haklı göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızın sonuçları kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Çalışma tek ilde ve tek bir üniversite hastanesi kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Genel popülasyonu temsil eden bir örnekleme ulaşılabilmesi için ülke genelinde gerçekleştirilen randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırmamıza yalnızca klinik örneklem dahil edilmiş olup bir kontrol grubu kullanılmamış, busebeple normatif örneklem verileri ile kıyaslama yapılması mümkün olmamıştır. Son olarak araştırmamızda öfke patlamaları, irritabilite ve eşlik eden yakınmalara yönelik ilaç tedavisi ve psikoterapi uygulamaları konusunda değerlendirme yapılmamıştır. Gruplar arasında tedavi alma durumu semptom şiddetlerini etkilemiş olabilir. İki tanı grubunun karşılaştırılmasında henüz herhangi bir tedavi uygulanmamış hastalarda yürütülecek araştırmalar sayesinde bu karıştırıcı faktör giderilebilir.

Sonuç

YDDB 2013 yılında DSM-5'e dahil edilmesine rağmen halen tartışmalı bir tanı olarak varlığını sürdürmektedir. YDDB'nin KOKGB olan çocuklarda görülen şiddetli bir alt tip mi olduğu yoksa ayrı bir bozukluk mu olduğu henüz netleştirilememiştir. Bununla birlikte, çalışmamızdan elde edilen; YDDB ve KOKGB grupları arasında belirgin sosyodemografik farklılıkların olmayışı, YDDB tanısını karşılayanların hemen hepsinin (%95,7) KOKGB tanısını da karşılaması, YDDB'de komorbid tanı sayısı daha fazla olmakla birlikte komorbid tanıların içeriği ve dağılımı açısından farklılık saptanmaması, CADÖ-48 şiddetinin YDDB'de daha yüksek olması gibi sonuçlar dikkate alındığında çalışma sonuçlarımız YDDB'nin şiddetli bir KOKGB versiyonu olduğunu destekler niteliktedir. Komorbidite oranlarının yüksekliği de dikkate alındığında kronik irritabilite ve öfke patlamaları yaşayan çocukların kapsamlı bir ruhsal değerlendirme ve tedaviye ihtiyaç duydukları unutulmamalı ve hak ettikleri sağlık hizmetlerinden en doğru şekilde faydalanabilmeleri için konuyla ilgili ileri araştırmalar yapılmalıdır.

Teşekkür

Verilerin istatistiksel analizi konusundaki katkılarından dolayı Gaziantep Üniversitesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Doç. Dr. İlker Doğan'a teşekkür ederiz.

Etik

Etik Kurul Onayı: Araştırma için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'ndan 2019/433 karar numarası ile onay alınmıştır (tarih: 05.02.2020).

Hasta Onayı: Çocuklar ve ebeveynleri araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: B.Ç., Konsept: B.Ç., Z.H., M.K., Dizayn: B.Ç., Z.H., M.K., Veri Toplama veya İşleme: B.Ç., Z.H., Analiz veya Yorumlama: B.Ç., Z.H., M.K., Literatür Arama: B.Ç., Yazan: B.Ç., Z.H.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV. Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Braz J Psychiatry*. 2013;35):S32-S39.
- Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, de la Peña FR, Reed GM. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clin Psychol Rev*. 2017;53:29-45.
- Hendrickson B, Girma M, Miller L. Review of the clinical approach to the treatment of disruptive mood dysregulation disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32:202-211.
- Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, Arnold LE, Frazier TW, Ryan N, Demeter C, Gill MK, Hauser-Harrington JC, Depew J, Kennedy SM, Gron BA, Rowles BM, Birmaher B. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:1342-1350.
- Margulies DM, Weintraub S, Basile J, Grover PJ, Carlson GA. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children?. *Bipolar Disord*. 2012;14:488-496.
- Laporte PP, Matijasevich A, Munhoz TN, Santos IS, Barros AJD, Pine DS, Rohde LA, Leibenluft E, Salum GA. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Symptomatic and Syndromic Thresholds and Diagnostic Operationalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60:286-295.
- Rao P, Moore JK, Stewart R, Hood SD, Runions K, Zepf FD. Diagnostic inexactitude - Reframing and relabelling Disruptive Mood Dysregulation Disorder for ICD-11 does not solve the problem. *Med Hypotheses*. 2015;85:1035-1036.
- Axelson D. Taking disruptive mood dysregulation disorder out for a test drive. *Am J Psychiatry*. 2013;170:136-139.
- Lochman JE, Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Reed GM, de la Peña FR, Matthys W, Ezpeleta L, Siddiqui S, Elena Garralda M. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry*. 2015;14:30-33.
- Quy K, Stringaris A. Oppositional defiant disorder. *IACAPAP E-textb child Adolesc Ment Heal Geneva Int Assoc Child Adolesc Psychiatry Allied Prof*. 2012.
- Mayes SD, Waxmonsky JD, Calhoun SL, Bixler EO. Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Association with Oppositional Defiant and Other Disorders in a General Population Child Sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26:101-106.
- Cimino KR. Distinguishing disruptive mood dysregulation disorder from oppositional defiant disorder: The nuances of childhood depression and irritability. *Diss. University of Hartford*; 2022.
- Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *J Abnorm Child Psychol*. 1978;6:221-236.
- Dereboy C, Senol S, Sener S, Dereboy F. Validation of the Turkish versions of the short-form Conners' teacher and parent rating scales. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007;18:48-58.
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D, Ryan N. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version for DSM5 (K-SADS-PL-DSM5). *West Psychiatr Inst Clin Adv Cent Interv Serv Res Early Onset Mood Anxiety Disord Yale Univ Child Adolesc Res Educ Progr*. Published online 2016.
- Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Aydos BS, Kütük F, Taşyürek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30:42-50.
- Le J, Feygin Y, Creel L, Lohr WD, Jones VF, Williams PG, Myers JA, Pasquenza N, Davis DW. Trends in diagnosis of bipolar and disruptive mood dysregulation disorders in children and youth. *J Affect Disord*. 2020;264:242-248.
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 2006;60:991-997.
- Tufan E, Topal Z, Demir N, Taskiran S, Savci U, Cansiz MA, Semerci B. Sociodemographic and Clinical Features of Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Chart Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26:94-100.

20. Mulraney M, Schilpzand EJ, Hazell P, Nicholson JM, Anderson V, Efron D, Silk TJ, Sciberras E. Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6-8-year-old children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:321-330.
21. Martin SE, Hunt JI, Mernick LR, DeMarco M, Hunter HL, Coutinho MT, Boekamp JR. Temper Loss and Persistent Irritability in Preschoolers: Implications for Diagnosing Disruptive Mood Dysregulation Disorder in Early Childhood. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017;48:498-508.
22. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, Zoccali RA, Muscatello MRA. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature *Psychiatry Res*. 2019;279:323-330.
23. Sparks GM, Axelson DA, Yu H, Ha W, Ballester J, Diler RS, Goldstein B, Goldstein T, Hickey MB, Ladouceur CD, Monk K, Sakolsky D, Birmaher B. Disruptive mood dysregulation disorder and chronic irritability in youth at familial risk for bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:408-416.
24. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2013;170:173-179.
25. Freeman AJ, Youngstrom EA, Youngstrom JK, Findling RL. Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Community Mental Health Clinic: Prevalence, Comorbidity and Correlates *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26:123-130.
26. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Rebello TJ, de la Peña F, Lochman JE, Burke JD, Fite PJ, Ezpeleta L, Matthys W, Youngstrom EA, Matsumoto C, Andrews HF, Elena Medina-Mora M, Ayuso-Mateos JL, Khoury B, Kulygina M, Robles R, Sharan P, Zhao M, Reed GM. Diagnostic classification of irritability and oppositionality in youth: a global field study comparing ICD-11 with ICD-10 and DSM-5. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021;62:303-312.