



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUK VE ERGENDE İRRİTABİLİTENİN PSİKOPATOLOJİ VE EBEVEYN
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
UZMANLIK TEZİ

Dr. Seda Güneysu

TEZ DANIŞMANI: Doç.Dr. Muhammed Tayyib Kadak

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Asistanlık dönemimin ve tez sürecimin başından sonuna kadar klinik bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım eğitimimde büyük emeği olan ve bundan sonraki hekimlik hayatımda mesleki yönelimimi belirlememi sağlayan değerli Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Burak Doğanğün Hocama

Asistanlığımın tüm aşamalarında, ihtiyaç duyduğum her anda sonsuz sabrı ve desteğiyle yanımda olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. M. Tayyib Kadak'a,

Deneyimleriyle bize yol gösteren ve klinik bilgilerinden faydalandığımız ablamız Uzm. Dr. R. Hülya Bingöl'e,

Anabilim dalımızın kurucusu kıymetli hocamız Prof. Dr. Levent Kayaalp'e,

Psikiyatri ve çocuk nöroloji rotasyonlarında bilgilerinden yararlandığım Prof Dr. Alaattin Duran, Prof. Dr. Sema Saltık, Doç. Dr. Serhat Güler, Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel, Doç. Dr. Sedat Batmaz'a ve tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma

Tokat'ta geçirdiğim asistanlık süresi boyunca anılarımı güzelleştiren Dr.Zekiye Çelikbaş, Dr. Hanife Kocakaya, Hemşiremiz Gülay Temiz ve Hanife Kılıç'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım Dr. Kübra Çakı, Dr.Hazal Akman, Dr.Serap Kaya, Dr.Meryem Seçen, Dr.Elif Hacıvelioğlu, Dr. Zehra Koyuncu, Dr. Nihal Serdengeçti, Dr. Nazan Ekinci, Dr.Barika Mercan, Dr. Tuğçe Öncü, Dr. Ceren Kaya, Dr.Burçin Ateş, Dr. Z. Seda Albayrak, Dr. Abas Haşimoğlu, Dr. Yasin Çalışkan Dr. Gizem Durcan, ,Dr. Neşe Erdim, Dr. Tuncay Sandıkçı, Dr. Yavuz Meral, Dr Hilal Kavak, Dr.Beste Dogar, Dr.Aslı Begüm Can, Psikolog Dr. Elif Dayıoğlu'na

Özellikle tezimde büyük emeği olan asistan arkadaşım Dr. Büşra Arslan'a

Çalışma süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen hemşirelerimiz Hazel Arvit, Ebrar Dereli, Yıldız Çomalak ve tüm çocuk psikiyatrisi ekibine

Varlıklarıyla hayatımı anlamlandıran, beni bugünlere getiren başta annem Nadide Tabak, babam Cemal Tabak, kardeşlerim Zişan Tabak, Sena Tabak ve dedem Abdülmecit Kocaoğlan'a

Kalbinin sıcaklığını her nerede olursa olsun hep yanımda hissettiğim, uzakları bana yakın kılan eşim İlker Güneysu'ya

Sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Seda Güneysu

İstanbul,2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İRRİTABİLİTE VE İRRİTABİLİTE İLE İLİŞKİLİ KAVRAMLARIN TANIMI.....	3
2.2. İRRİTABİLİTE ARAŞTIRMALARI KAPSAMINDA YIKICI DUYGUDURUMU DÜZENLEYEMEME BOZUKLUĞU.....	3
2.3. İRRİTABİLİTENİN PATOFİZYOLOJİSİ.....	5
2.4. GENETİK ETKENLER.....	7
2.5. ÇEVRESEL ETKENLER.....	7
2.6. GEN-ÇEVRE ETKİLEŞİMİ.....	8
2.7. EPİDEMİYOLOJİ.....	8
2.8. İRRİTABİLİTENİN PSİKOPATOLOJİLERLE İLİŞKİSİ.....	9
2.8.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	9
2.8.2. ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE DEPRESYON.....	10
2.8.3. BİPOLAR BOZUKLUK.....	11
2.8.4. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU.....	11
2.8.5. DİĞER PSİKOPATOLOJİLER.....	12
2.9. İRRİTABİLİTEDE TEDAVİ YAKLAŞIMI.....	13
2.9.1. PSİKOLOJİK TEDAVİLER.....	13
2.9.2. PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİLER.....	15
2.10. MİZAÇ.....	16
2.10.1. EBEVEYN MİZACI.....	19
3. YÖNTEM.....	21
3.1. ÖRNEKLEM.....	21
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.3. İŞLEM.....	24
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
7. KISITLILIKLAR.....	71
8. KAYNAKLAR.....	72
9. EKLER.....	97

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılar ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri	27
Tablo 2. Katılımcı Çocuk ve Ergenlerin; Ailede Ruhsal veya Organik Hastalık Öykülerine, Birlikte Yaşadığı Kişilere, Akraba Evliliği Durumuna, Ebeveynlerin Boşanma Durumu ve Ailede Vefat Eden Ebeveyn Durumuna Göre Dağılımı	29
Tablo 3. Katılımcıların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Varlığı ve Psikiyatrik Hastalık Tanılarına Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4. Katılımcıların Psikotrop İlaç Kullanımına Göre Dağılımı	31
Tablo 5. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Çocuk ve Ebeveyn Formunun Karşılaştırılması.....	32
Tablo 6. Ebeveynlerin; TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Medyan Değerleri ve Dağılımı	33
Tablo 7. Katılımcı Ebeveynlerinin Belirti Tarama Ölçeği Puanlarının Medyan Değeri ve Ortalama Değerleri	34
Tablo 8. Duygusal Reaktif İndeksi Çocuk ve Ebeveyn Formlarının Medyan Değerleri ve Ortalama Skorları	34
Tablo 9. Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeğinin Medyan ve Ortalama Değeri.....	35
Tablo 10. Duygusal Reaktif İndeksinin Ergen Formunun Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.....	36
Tablo 11. Duygusal Reaktif İndeksinin Ebeveyn Formunun Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.....	37
Tablo 12. Duygusal Reaktif İndeksi Ebeveyn Formu ile Çocuk Formu Arasındaki İlişki.....	38
Tablo13.Ebeveyn Duygusal Reaktif İndeksi ile Çocuk Duygusal Reaktif İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38

Tablo 14. Mizaç Değerlendirme Ölçeği ile Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki	39
Tablo 15. Belirti Tarama Ölçeği Skorları ile Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki	41
Tablo 16. Duygusal Reaktifite İndeksi ile Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki	42
Tablo 17. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) ile Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki	43
Tablo 18. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) ile Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki	45
Tablo 19. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) İle TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği Skorları Arasındaki İlişki	46
Tablo 20. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) Skorları ile TEMPS-A Mizaç ölçeği Skorları Arasındaki İlişki	47
Tablo 21. Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk ve Ebeveyn formu ile TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki	48
Tablo 22. Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk ve Ebeveyn Formu ile Belirti Tarama Ölçeği Arasındaki İlişki	49
Tablo23 Duygusal Reaktivite İndeksi ile Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) Arasındaki İlişki.....	50
Tablo24. Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk ve Ebeveyn Formu ile Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) Arasındaki İlişki	51
Tablo25. Belirti Tarama Ölçeği Skorları İle Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 26. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) Skorları ile Belirti Tarama Ölçeği Arasındaki İlişki.....	55

KISALTMALAR

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

YDDB : Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

NIMH :National Institute of Mental Health

KOKGB: Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu

RDoC: Research domain criteria

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

ŞDDB: Şiddetli duygudurumu düzenleyememe bozukluğu

YDB: Yıkıcı Davranım Bozukluğu

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OSB : Otizm Spektrum Bozukluğu

DRİ: Duygusal Reaktivite İndeksi

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

PMT: Parent Management Training

SSGİ: Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörleri

FDA: Food and Drug Administration

TCI: Temperament and Character Inventory

RD: Reward Dependence

T- DSM- IV-Ö: Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire

SCL-90-R: Symptom Check List

ÖÖB: Özgül öğrenme Bozukluğu

SDQ:The Strength and Difficulties Questionnaire

ÇDDÖ : Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

S.S: Standart Sapma

Ort: Ortalama

ÖZET

Amaç: İrritabilite, gelişimsel dönemin normal bir davranış özelliği olarak bulunabilirken aynı zamanda çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarında önemli bir belirti olarak karşımıza çıkabilmektedir. İrritabilite aynı zamanda çocuk ve gençlerin psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmelerinin en sık sebeplerinden biridir. Çocuklarda görülen irritabilitenin etiyolojisinde ebeveyn faktörü ile ilgili pek çok genetik ve çevresel mekanizma saptanmıştır. Bu çalışmada klinik popülasyonda çocuk ve ergenlerde görülen irritabilitenin ebeveyn affektif mizaç özellikleri ve hem çocuk hem de ebeveyn psikopatoloji semptomları ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Örnekleme Cerrahpaşa Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 329 çocuk ve ebeveyni dahil edilmiştir. Sosyodemografik veri formu, Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği (T- DSM- IV-Ö), Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) ebeveyn ve çocuk formu, TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği, Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R), Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) çocuk ve ebeveyn formu kullanılmıştır. Veriler kolmogorov simirnov, wilcoxon, ki-kare test, fischer test, mann whitney u ve spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Duygusal Reaktivite İndeksi ebeveyn formunda bildirilen irritabilite skorlarıyla, ebeveyn anksiyöz, depresif, irritabl ve siklotimik mizaç puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Ergen formundaki irritabilite puanları ile ise sadece ebeveyn anksiyöz mizaç puanları anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir. Her iki formdaki irritabilite puanları ile ebeveyn hipertimik mizaç puanları arasında ise ilişki bulunmamıştır. Ergen öz bildirim irritabilite düzeyi ile ebeveyn anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Bununla birlikte ebeveyn tarafından bildirilen çocuk irritabilite düzeyi ile ebeveyn depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif, paranoid düşünce, fobik anksiyete, öfke, somatizasyon, psikotizm, ek maddeler (uyku, iştah, suçluluk) puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir. Duygusal Reaktivite İndeksi hem çocuk hem de ebeveyn anketlerinde toplam irritabilite skoru ile dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, toplam dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Ayrıca hem ebeveyn hem de çocuk ve ergen tarafından bildirilen çocuk ve gençlerdeki anksiyete ve

depresyon skorlarıyla, çocuk ve ergendeki iritabilite düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Kendilerini iritabl olarak niteleyen çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde anksiyöz mizaç özellikleri dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte çocuklarını iritabl gören ebeveynlerde ise siklotimik, depresif, iritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerini değerlendirmek gerekmektedir. Hem çocuk hem de ebeveyn tarafından bildirilen iritabilite düzeyinin yüksek olması ebeveynde ve çocukta psikopatoloji semptomlarının yüksek düzeyde bildirilmesiyle ilişkili bulunmuştur. Kliniğe iritabilite nedeniyle başvuran çocuk ve ergenlerin psikopatoloji değerlendirmelerinin yanısıra ebeveynlerinin de mizaç ve psikopatolojisinin araştırılmasının klinik gidişat ve uygulanacak tedavi ya da terapi yöntemi açısından klinisyene yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İritabilite, çocuk psikopatoloji, ebeveyn psikopatoloji, mizaç

ABSTRACT

Purpose: Irritability may be a normal behavioral feature of the developmental period, but it may also be an important symptom in childhood psychiatric disorders. Irritability is also one of the most common reasons why children and adolescents refer to psychiatric evaluation. Many genetic and environmental mechanisms related to parental factors have been identified in the etiology of irritability in children. The aim of this study was to investigate the relationship between parental affective temperament characteristics and both child and parent psychopathology symptoms of irritability in children and adolescents in the clinical population.

Method: This is a cross-sectional study. The study sample consist of 329 children and adolescents with their parents who applied to Cerrahpaşa Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic. Sociodemographic data form, Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavioral Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S), Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) Parent and Child version, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A), The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R), Affective Reactivity Index (ARI) child and parent forms were used. Data were evaluated using kolmogorov simirnov, wilcoxon, chi-square test, fischer test, spearman correlation analysis. SPSS 22.0 program was used in the analyzes.

Findings: A significant positive correlation was found between the irritability scores reported in the Affective Reactivity Index- parent scale and parental anxious, depressive, irritable and cyclothymic temperament scores. There was a significant positive correlation between irritability scores in adolescent scale and parental anxious temperament scores only. There was no correlation between irritability score and parental hyperthymic temperament scores in both scales. Significant positive correlation was found between pediatric self-report irritability and parental anxiety, depression and obsessive-compulsive disorder scores. However, there was a significant positive correlation between parental anxiety, obsessive-compulsive, paranoid thought, phobic anxiety, anger, somatization, psychotism, additional substances (sleep, appetite, guilt) scores and irritability score of child reported by the parent. A significant correlation was found between total irritability score in Affective Reactivity Index and attention deficit, hyperactivity-impulsivity, total attention deficit and hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorder score. In addition, there was a significant relationship between anxiety and depression scores and irritability levels in children and adolescents reported by both parents and children and adolescents.

Conclusion: Anxious temperament characteristics should be considered in the parents of children and adolescents who identify themselves as irritable. However, it is necessary to evaluate the characteristics of cyclothymic, depressive, irritable and anxious temperament in parents who define their children as irritable. The high level of irritability reported in both the parent and the child and adolescent was associated with high reporting of psychopathology symptoms in both the parent and the child. In addition to the psychopathology evaluations of children and adolescents who apply to the clinic for irritability, it can be considered that their parents temperament and psychopathology evaluation will help the clinician in terms of clinical course and treatment or therapy.

Key Words: Irritability, child psychopathology, parental psychopathology, temperament



1.GİRİŞ VE AMAÇ

İrritabilite, gelişimsel dönemin normal bir davranış özelliği olarak bulunabilirken aynı zamanda çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarında önemli bir belirti olarak karşımıza çıkabilmektedir^{1,2}. İrritabilite aynı zamanda çocuk ve gençlerin psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmelerinin en sık sebeplerinden biridir³. Anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikopatolojilerle bağlantılı olmasına ek olarak çocuk ve gençlik döneminde görülen iritabilite, erişkin dönemde önemli ölçüde işlevsellikte bozulma, akademik problemler, yoksulluk ve intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur⁴⁻¹⁰.

Çocuk ve gençlerde iritabilite konusunda yapılan araştırmalar son on yılda giderek artmaya başlamıştır¹¹. Kronik ve şiddetli iritabilite, DSM-V'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) yeni bir tanı olan Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu'nun (YDDB) birincil belirtisidir¹². İritabilite ayrıca diğer birçok pediatrik hastalığın da bir belirtisi olarak karşımıza çıkmaktadır¹³⁻¹⁷.

İritabilite, gençlik döneminde süreklilik arz eden bir özellik olarak görülmektedir¹⁸. Bu da iritabilitenin ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü [National Institute of Mental Health (NIMH)] Araştırma Alanı Ölçütleri [Research domain criteria (RDoC)] arasında yer almasına neden olmuştur¹⁹. RDoC yaklaşımı, ruhsal bozuklukların patofizyolojik mekanizmasını, davranışların fonksiyonunu translasyonel bir modelle açıklamak için tasarlanmıştır. Aslında, iritabilitenin nörobiyolojik ve davranışsal yönleri, hayvan türleri arasında paralellikler gösterir. Bununla birlikte halk sağlığı üzerine olan önemli etkileri ve bilimsel araştırmaların artmasına rağmen, iritabilite halen daha ileri çalışmalara gereksinim duyulan bir konu olarak görülmektedir^{3,4,8,9}.

Genetik ve aile öyküsünde psikopatoloji varlığı iritabilite patofizyolojisi üzerinde araştırılan konulardan olmaktadır. İritabilitenin kalıtımsallığı, unipolar depresyon ve anksiyete bozukluğuna benzer oranlarda yaklaşık %30-40 oranındadır²⁰⁻²². Genetiğin iritabilite üzerine etkisini inceleyen ikiz çalışmalarında, hem genetik hem de çevresel etkenlerin birlikte gelişimsel olarak etkidiğini göstermiştir^{23,24}.

Aile öyküsünde depresyon olması, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun (KOKGB) iritabl alt ölçütünde yüksek skor alımıyla ilişkili bulunmaktadır²⁵. Ayrıca anne depresyonu ve çocuk depresyonu arasındaki ilişkiye çocuklarda erken dönemde görülen iritabilitenin aracılık ettiği düşünülmektedir²⁶. Maternal depresyon ve çocuk iritabilitesi arasındaki ilişki muhtemelen hem genetik hem de çevresel bileşenlere sahiptir. Bununla birlikte, araştırmalar henüz bu ilişkilerin kesin doğasını açıklamamaktadır.

Çocukların ebeveynlerinden öğrendikleri davranış kalıpları irritabilite için çevresel faktörlerden biridir. İrritabl çocuklar, sıklıkla istenmeden yıkıcı davranışları ödüllendirebilecek tutarsız ödül ve ceza veren ortamlarda yaşarlar²⁷⁻²⁹. Tutarsız ebeveyn davranışları çocuklarda öfke, saldırganlık ve dışa vurum sorunları ile ilişkilendirilmiştir²⁷⁻²⁹.

Araştırmalar ebeveyn mizaç ve kişilik özelliklerinin ebeveynlik tutumlarında, inanç ve uygulamalarında ve ayrıca çocukların davranışlarında payı olduğu ve bu her iki değişkenin de aile sistemine etkidiğini göstermiştir³⁰⁻³². Ebeveyn mizaç özellikleri ebeveynlerin çocuklarına karşı davranışlarını etkilemektedir. Böylelikle ebeveyn mizacı, çocuklarda irritabilite üzerine etkisi olan önemli bir faktör olabilir.

Son yıllarda yapılan iki çalışmada irritabilitenin tanısal bir kriter olduğu KOKGB gibi yıkıcı davranım bozukluklarının komorbidite olarak sık eşlik ettiği dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanımlı çocukların ebeveynlerinde mizaç özellikleri araştırılmaktadır^{33,34}. Bilgiç ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada 542 DEHB çocuk ve ebeveynleri değerlendirilmiş. TEMPS-A kullanılarak ebeveyn mizaç özellikleri ölçülmüş. Paternal siklotimik ve maternal irritabl mizaç KOKGB skorları ile, maternal depresif mizaç ise davranım bozukluğu (DB) skorlarıyla ilişkili bulunmuştur³⁴.

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda kliniğimize başvuran 6-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerde

1-) İrritabilitenin ebeveyn affektif mizaç özellikleri ve psikopatoloji skorlarıyla ilişkisinin incelenmesi

2-) İrritabilitenin çocuk ve ergenlerde sık görülen bozuklukların (dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik- dürtüsellik, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk) semptomlarıyla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İrritabilite ve irritabilite ile ilişkili kavramlarının tanımı

İrritabilite, içinde bulunan durumla orantısız olarak kızgınlık, huzursuzluk veya öfke ile tepki verme eğilimi olarak tanımlanmıştır^{35,36}.

Çocukluk çağı irritabilitesi konusunda son NIMH uzman çalıştayında³⁷ irritabilitenin tonik ve fazik olmak üzere 2 komponenti tanımlanmıştır. Tonik bileşen, sürekli kızgın, huysuz veya huzursuz bir duygudurumu ifade ederken; fazik bileşen, öfkenin yoğun davranışsal patlamaları olarak tanımlanır³⁵. Bu iki irritabilite bileşeni, YDDB'nin iki temel semptomunu oluşturur: Şiddetli tekrarlayan öfke patlamaları (yani fazik irritabilite) ve bu öfke patlamaları arasında kızgın irritabl duygudurum (yani tonik irritabilite)¹².

Bununla birlikte bu konuda ilk yapılan çalışmalarda tonik ve fazik irritabilitenin birbirleriyle yüksek oranda korelasyon gösterdiği ve ayırım yapmanın zor olduğu gösterilmiştir³⁵. YDDB tanısı için hem fazik hem tonik irritabilitenin birlikte olması koşulu aranırken, bu iki yapının birbirlerinden bağımsız olduğuna dair ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

İrritabilite, frustrasyon, öfke ve agresyon birbiriyle ilişkili yapılardır³⁸⁻⁴⁰. Frustrasyon, amaca yönelik bir etkinliğin engellenmesi sonucu ortaya çıkan ilk normatif duygusal tepkiyi ifade eder⁴¹. Kızgınlık sık sık frustrasyon ile birlikte ortaya çıkan bir duygudur⁴². Öfke ise hedefe ulaşmaya yönelik çabaları artırmasıyla ilişkili olarak adaptif bir işleve hizmet edebilir^{40,43}. Agresyon, öfke veya frustrasyon ile birlikte sözel ifade veya motor davranış olarak kendini gösterir^{44,45}.

Özet olarak irritabilite; engellenmeye yönelik öfke eşliğinin düşmesi ve bunun sonucunda sıklıkla da sözel ve/veya fiziksel agresyonun artması şeklinde kavramsallaştırılabilir⁴⁶.

2.2. İrritabilite Araştırmaları Kapsamında Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

İrritabilite, klinikte çocuk ve ergenlerde şiddetli görülmekle birlikte işlevsellikte bozulma yaparak sık başvuru sebepleri arasında olmaktadır. 1990'larda kliniğe kronik ve şiddetli irritabilite ve aşırı uyarılmışlık semptomlarıyla başvuran fakat hiç mani veya hipomani epizodu geçirmeyen çocuk ve ergenlerin, bipolar bozukluğun gelişimsel görünümü oldukları düşünülmekteydi⁴⁶.

1994-2003 yılları arasında ABD'de kliniklere ayaktan başvuran çocuk ve gençlere bipolar bozukluk tanı koyma oranının 40 kat arttığı görülmüştür⁴⁷. Klinik uygulamada pediatrik

bipolar bozukluk için, klinik olarak tanımlanmış hipomani veya mani ataklarına ek olarak, epizodik olmayan irritabilite ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının da eklenmesiyle kriterlerin genişlemesi, tanıdaki bu dramatik artış için muhtemel bir açıklama olabilir⁴⁶.

Leibenluft ve arkadaşları şiddetli irritabilitenin, pediatrik popülasyonda bipolar bozukluğun gelişimsel görünümü olup olmadığını test etmek için ampirik çalışmalar yapmışlardır. Klinik olarak erişkin bipolar bozukluğuna benzeyen, mani veya hipomani için süre ölçütünü karşılayan, baskın duygulanımın taşkın veya grandiyozite olduğu çocuklarda görülen bipolar bozukluk tipine "Bipolar bozukluk - dar fenotip" ismini önerdiler⁴⁸. Şiddetli irritabilite ve aşırı uyarılmışlık semptomları gösteren çocuklara ise "şiddetli duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (Severe mood dysregulation disorder)" adında bir bozukluk önerdiler. Bu bozuklukla "dar fenotip" kriterlerini karşılayan çocukları karşılaştırdılar^{48,49}. Şiddetli duygudurumu düzenleyememe bozukluğunun (ŞDDB) aşırı uyarılmışlık belirtileri; hem DEHB hem de hipomani ve maninin B kriteri semptomları (basınçlı konuşma, distraktibilite, uykusuzluk gibi) ile örtüşüyordu.

ŞDDB tanısı için uykusuzluk, ajitasyon, dikkat dağınıklığı, düşünce hızlanması ya da uçuşması, basınçlı konuşma ve aşırı girişkenlik gibi belirtilerin en az üçünün karşılanması gerekmektedir. Burada önemli olan nokta bu semptomların epizodik değil kronik özellikte seyretmesidir. Hastalığın uzunlamasına seyrini⁵⁰, ailesel tanıların toplanmasını⁵¹, patofizyolojik ve klinik olarak ŞDDB ve "bipolar bozukluk-dar fenotip" arasındaki ayrımı araştıran bir dizi çalışma yapıldı. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda gelecekteki hipomanik veya manik ataklar için riskin bipolar bozukluk-dar fenotip tanılı gençlerde ŞDDB tanılı gençlere göre 50 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir⁵⁰.

Yapılan çalışmalarda irritabilite düzeyi yüksek olan gençlerin yaşamın ilerleyen zamanlarında anksiyete bozukluğu ve unipolar depresyon açısından risk altında olduğu görülmüştür^{7,36,50,52,53}. Ayrıca ŞDDB kriterlerini karşılayan gençlerin ebeveynlerinde bipolar bozukluk tanısı alma oranının, dar fenotip bipolar bozukluk tanısı olan gençlerin ebeveynlerinden önemli ölçüde daha az olduğu görülmüştür⁵¹.

Bu çalışmalarda ortak nokta olarak, kronik irritabilite ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının, bipolar bozukluğun gelişimsel görünümü olmadığı, ayrı bir fenotip olduğu sonucuna varıldı.

Kronik irritabilite ve pediatrik bipolar bozukluğun farklı fenotipler olduğunu gösteren başka bir araştırmada⁴⁹, irritabilitenin kendi başına önemli bir klinik antite olacağı kabul edilmeye başlandı. Örneğin, birkaç çalışmada kronik irritabilitesi olan gençlerin yüksek düzeyde işlevselliklerinde bozulma gözlemlendiği⁵⁰ ve intihar girişiminde bulunma risklerinin yüksek olduğu gösterilmiştir^{8,9,54}.

Yetişkin dönemde, diğer psikiyatrik semptomların ve tanılarının etkileri istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra bile iritabilitenin yalnız başına, süregiden işlevsellikte bozulmayla olan ilişkisi gösterilmiştir^{36,53}.

2.3. İritabilitenin Patofizyolojisi

İritabilite, organizmanın tehdit durumuna ya da ödül yokluğuna cevap olarak içinde bulunulan duruma uygun olmayan şekilde anormal sıklıkta, uzun süreli, yüksek amplitüdü, fiziki ya da sözlü olabilen saldırganlık olarak kavramsallaştırılabilir¹¹.

Bu kavramsallaştırma iki temel patofizyolojik yapıda ifade edilir: ödül temelli disfonksiyon ve tehdit temelli disfonksiyon. Son yapılan çalışmalarda iritabl gençlerin anormal ödül yolağına bağlı olarak ödül yokluğunda engellenme durumunu daha fazla yaşadıklarını göstermektedir.

İritabl gençler değerlendirildiğinde;

- 1)Enstrümental öğrenmede zorluk yaşarlar. Yani ne zaman ödül bekleyecekleri ve davranışlarını değişen ödül koşullarına göre nasıl ayarlayacakları konusunda zorlanırlar.
- 2) İnhibisyon durumunda ve inhibisyona karşı cevap verme sürecinde defisit yaşarlar.
- 3) Ödülü aldıklarında ve ihmal ettiklerinde belirgin nöral ve davranışsal tepki gösterirler¹¹.

Frustrasyon deneyimi iritabilitede merkezi bir öneme sahiptir. Olumlu sonuçlanması umulan bir eyleme ya da bir hedefe (ödül gibi) ulaşmada başarısızlık olduğunda frustrasyon ortaya çıkar. İritabl çocuk ve ergenler ödül işlemlerinde defisitleri olduğu için engellenmeye özellikle daha duyarlı olmaktadır. Birçok çalışma şiddetli iritabilite ve buna bağlı klinik problemleri olan gençlerin anormal ödül işlemlerinin olduğunu göstermiştir. Davranışsal defisitlerin prefrontal korteks, striatum, anterior singulat ve amigdaladaki disfonksiyona karşılık geldiği gözlenmiştir⁴⁶.

Ödül Öğrenimi ve Hata Tahmininde Defisit

Şiddetli iritabilite gösteren çocuk ve ergenler, ödül ve ceza koşullarından öğrenme konusunda yetersizlik göstermektedir^{55,56}. Ödül öğrenmeyi araştıran tipik laboratuvar paradigmlarında, bir bireyin bir uyarana verdiği yanıt (örneğin, bir tuşa basma) bir ödülle (örneğin parasal kazanç) güçlendirilir.

Tepki tersine çevirme paradigmları, gençlerin içinde buldukları koşullar değiştiğinde davranışlarını tespit etme ve değiştirme yeteneklerini incelemek için kullanılabilir. Spesifik olarak, ilk öğrenmenin ardından, daha önce ödüllendirilmiş bir uyarının artık ödüllendirilmediği tersine çevirme denemeleri sunulur. Katılımcılar, ödül almaya devam etmek ve davranışlarını buna göre uyarlamak için yeni bir koşul kümesi (örneğin, farklı bir uyarana

cevap verme) öğrenmek zorundadırlar⁵⁷. Bu paradigmalarda karşısında, şiddetli irritabilite gösteren gençler, başlangıç koşullarını öğrenmede ve davranışlarını anahtar durumdaki koşullara adapte etmede eksiklik göstermektedir. Bu eksiklikler, tipik olarak gelişmekte olan sağlıklı gençlerle karşılaştırıldığında, bu çocuklar için daha sık engellenme deneyimine yol açabilir^{55,56}.

Ödül öğrenimindeki davranışsal eksiklikler, orta beyindeki dopamin nöronlarını içeren hata tahmin sinyalindeki bozulmalardan kaynaklanabilir^{58,59}. Hata tahmini, beklenen bir sonuç ile alınan bir sonuç arasındaki farkı kodlayan nöral sinyalleşmeyi ifade eder. Örneğin, beklenen bir ödülü almamak, büyük (negatif bir şekilde sapma) tahmin hatası sinyali üretecektir. Hata tahmini, beklentileri deneme bazında güncellemeye, öğrenme süreciyle birlikte en uygun davranışı göstermek için yardımcı olmaktadır. İrritabilitesi ve saldırganlığı olan çocuklarda anormal hata tahmin sinyali gösterilmiştir. İrritabl gençlerin daha güçsüz davranış göstermeleri ödül yokluğunda engellenme deneyimini daha sık yaşamalarından sorumlu olabilir⁴⁶.

Tehdit İşlevinde Disfonksiyon

Korku ve öfkenin ikisi de tehlikenin yakınlığına bağlı olarak tehdite yönelik adaptif yanıtlar olabilir⁶⁰⁻⁶³. Anksiyetenin klinik önemi göz önüne alındığında, tehdide karşı patolojik tepkileri inceleyen çoğu insan araştırması abartılı korku ve kaçınma davranışına odaklanmıştır. Bununla birlikte, reaktif saldırganlık biçimindeki tehdide karşı uyumsuz yaklaşım yanıtları da klinik olarak önemlidir⁶⁴.

Tehdit sürecinde yer alan nörobiyolojik devre ventromedial prefrontal korteks, amigdala, hipotalamus ve periakvaduktal gri cevheri içerir^{60,63}.

İrritabl gençlerde tehdit sistemindeki disfonksiyonu açıklayan üç farklı tip davranışsal paradigma mevcuttur. İlki dikkati tehdite yönlendirmiştir. İkinci ise düşmanca davranmaya yatkınlıktır. Yani belirsiz ya da nötral sosyal uyarılar sanki tehdit olarak yorumlanmaya eğilimlidir. Üçüncü paradigma ise çeşitli duyguların yüzlerden açık veya örtülü olarak anlaşılıp işlenmesini içerir.

Bu maladaptif tehdit işleme biçimleri, irritabilitesi olan gençlerin tehditi algılamaya eşiklerini düşürerek saldırgan cevap vermelerine sebep olabilir¹¹.

2.4. Genetik Etkenler

İrritabilitenin kalıtımı, unipolar depresyon ve anksiyete bozukluğuna benzer şekilde yaklaşık %30-40 oranındadır²⁰⁻²². İrritabilite üzerine genetik etkiyi inceleyen ikiz çalışmalarında, hem genetik hem de çevresel bileşenlerin birlikte gelişimsel olarak etkidiğini göstermiştir^{23,24}.

Gelişimsel periyotta genetik etkinin erkekler üzerinde etkisi zamanla artarken, kadınlarda azaldığı görülmüştür²³. Uzunlamasına yapılan klinik çalışmalar erken dönemde görülen irritabilitenin daha sonraki dönemlerde ortaya çıkan anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğunu göstermiştir⁶⁵. Ayrıca çalışmalarda maternal depresyon ve çocuk irritabilitesi arasında boylamsal karşılıklı ilişki olduğu bulunmuştur^{26,66}. İrritabilite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen iki ikiz çalışmasında ise genetiğin kesmen etkili olduğu görülmüştür^{22,67}.

İrritabilite konusunda yapılan birkaç genetik çalışmada genom çapında önemli bir bulgu saptanmamıştır. İrritabilite ve depresyon arasındaki ilişkide genetik ve çevrenin etkisini birlikte inceleyen uzunlamasına ve kesitsel çalışmalara ihtiyaç vardır¹¹.

İkiz çalışmalarından elde edilen genetik bilgiler sonucunda, irritabilite ve depresyon arasında ailesel ilişki olduğu bildirilmiştir^{26,68}. Aile öyküsünde depresyon olması, KOKGB'nin irritabl alt ölçütünde yüksek puan alımıyla ilişkili bulunmaktadır²⁵. Ayrıca anne depresyonu ve çocuk depresyonu arasındaki ilişkiye çocuklarda erken dönemde görülen irritabilitenin aracılık ettiği düşünülmektedir²⁶.

Maternal depresyon ve çocuk irritabilitesi arasındaki ilişki muhtemelen hem genetik hem de çevresel bileşenlere sahiptir. Bununla birlikte, araştırmalar henüz bu ilişkilerin kesin doğasını açıklamamaktadır.

2.5. Çevresel Etkenler

İkiz çalışmalarında, irritabilitedeki varyansın %70 oranda olması aynı çevresel faktörleri paylaşmamakla açıklanmaktadır²². Çocukların ebeveynlerinden öğrendikleri davranış kalıpları irritabilite için çevresel faktörlerden biridir. İrritabl çocuklar sıklıkla istenmeden yıkıcı davranışları ödüllendirebilecek tutarsız ödül ve ceza veren ortamda yaşamaktadırlar²⁷⁻²⁹. Tutarsız ebeveyn davranışları çocuklarda öfke, saldırganlık ve dışsallaştırma sorunları ile ilişkilendirilmiştir²⁷⁻²⁹.

Ebeveynlik müdahaleleri, ebeveynleri maladaptif davranışları ödüllendirmeyi bırakmaları ve uyum sağlayıcı davranışları ödüllendirmeye başlamaları için eğitmektedir⁶⁹⁻⁷⁴.

Bu tür müdahalelerin randomize kontrollü çalışmalarından elde edilen sonuçlar⁷⁵⁻⁷⁸, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu gibi yıkıcı davranış bozuklukları için en etkili tedaviler arasında

olduklarını göstermektedir. 77 çalışmanın meta-analizi, bu tedavilerin kritik bir yönü olarak çocukların davranışlarının iyileşmesi sonucunda ebeveynlerin tutarlılığının arttırıldığını göstermiştir⁷⁹. Ayrıca, ebeveynlik müdahalelerinin, gençlerde stres reaktivitesini ve kortizol seviyelerini azaltmasını sağlaması gibi patofizyolojiyi etkilediği gösterilmiştir⁸⁰.

2. 6. Gen ve Çevre Etkileşimi

Gençlerde irritabilitenin görünümü üzerinde genetik ve çevresel bileşenlerin etkileşimi vardır⁸¹. Genetik bileşene sahip olan ödül ve tehditle ilgili sistemlerindeki defisitler, ebeveynlerde belli davranışları uyandırabilir. Ebeveynlerin ödül ve ceza sistemindeki tutarsız davranışları da bu defisitlerle açıklanabilir. Bu tür gen-çevre korelasyonu, gençlerde irritabilite ile ilgili zorlukları daha da artırabilir.

2. 7. Epidemiyoloji

Sık öfke patlamaları okul öncesi dönemde nispeten normal olarak karşılanabilir^{35,66,82}. Öfke patlaması okul öncesi en yüksek seviyede olup geç çocukluk ve erişkinliğe doğru azalan bir gidişat izlemektedir⁸³. Bazı çalışmalar şiddetli irritabilitenin prevalansını belirlemek için semptom dağılımını kullanırken, başka araştırmalar spesifik kategorik eşik kullanmaktadırlar⁴⁶. Kategorik tanımlamalar arasında ŞDDB⁵², YDDB^{53,84-87}, KOKGB irritabl alt tipi¹⁰ ve diğer kronik irritabilitenin kategorik kavramsallaştırması yer almaktadır⁷.

ŞDDB ile ilişkili olarak gençlerde aşırı uyarılmışlık ve şiddetli irritabilite belirtilerinin sıklığının araştırıldığı Great Smoky Mountains çalışmasında Brotman ve arkadaşları (2006) 9-19 yaş grubu çocuk ve gençlerde sıklığı %3.3 olarak bulmuşlardır. Ancak okulda veya evde işlevsellikte bozulma dikkate alınmamıştır. İşlevsellikte bozulma kriteri de dahil edildiğinde prevalans %1.8'e düşmektedir⁵².

YDDB ile ilgili olarak, Copeland ve arkadaşları (2013), üç toplum örneğinde üç aylık YDDB prevalansının %0,8 ile %3,3 arasında olduğunu, en yüksek oranın da okul öncesi çocuklarda görüldüğünü bildirmiştir⁸⁵. Althoff ve arkadaşları (2016), YDDB için en katı sıklık kriterleri (haftada üç veya daha fazla öfke patlaması) uygulandığında ve yükselmiş/taşkın duyguduruma sahip gençler dışlandığında ergenlerin sadece %0,1'inin tanı kriterlerini karşıladığını bulmuştur. Bununla birlikte, öfke patlaması için sıklık sınırı kaldırıldığında ve yükselmiş/taşkın duygudurumu olan gençler de kapsam dahiline alındığında, ergenlerin %5,3'ünün YDDB kriterlerini karşıladığı bulunmuştur.⁸⁴

Irritabilitenin prevalansını araştıran çalışmalar, ŞDDB ve YDDB sıklığını araştıran çalışmalarla uyumlu sonuçlar bulmuştur. Althoff ve arkadaşları (2010) 4-16 yaş arası Hollandalı gençlerin

%3.5'inin Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinde (ÇDDÖ) agresif davranış, dikkat problemleri, anksiyete ve depresyon alt ölçek puanlarının birlikte yüksek oranda karşıladığını bulmuşlardır⁸⁸⁻⁹⁰.

En yüksek prevalans sıklığı, ciddiyet ve süreyi kapsayan tek bir irritabilite maddesi kullanarak yapılan bir çalışmada % 20 olarak bulunmuştur⁹¹.

2.8.İrritabilitenin Psikopatolojilerle İlişkisi

Kesitsel olarak bakıldığında gençlerde pek çok psikiyatrik bozuklukta irritabilite sık görülen bir semptomdur. Bununla birlikte depresyon ve anksiyete ile irritabilite arasındaki uzunlamasına ilişkilerin belirgin olduğu görülmektedir. İrritabilite ve diğer bozukluklar arasındaki ilişkinin nedenleri tam olarak anlaşılmamıştır, ancak irritabilitenin etiyolojik riskleri (tipik olarak doğada genetik olan) diğer hastalıklarla paylaştığı bir model desteklenmektedir. Paylaşılan genetik faktörlerin altında yatan mekanizmalar bilinmemektedir ancak olası bir mekanizma ödül ve emosyonel uyarıların anormal bir şekilde işlenmesini içerebilir⁹².

2.8.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

İrritabilite tanısal bir belirti olmamasına rağmen DEHB'de çok sık görülür. DEHB'de irritabilite emosyonel disregülasyon içine dahil edildiğinde ise %25-45 düzeylerinde gibi yüksek düzeyde görülmektedir⁹³. Son yıllarda yapılan çalışmalarda KOKGB'nin irritabl alt tipi tanımlanmaktadır¹⁰. Bu tip; sık sık kontrol kaybı (tepesinin atması), alınganlık gösterme ve kolay kızma, öfkeli, kırgın, içerlemiş ve gücenik olma gibi semptomlarla kendini göstermektedir. KOKGB'nin irritabl alt tipinin hem eş zamanlı hem de daha sonra ortaya çıkabilecek olan içe yönelim bozukluklarıyla ilişkisi açıklanmıştır. DSM-V'te yer alan YDDB'nin yerine, literatürün gözden geçirilmesi farklı bir çözüm olarak "KOKGB kronik sinirli/öfkeli alt tipi" tanısını desteklemektedir. KOKGB'deki irritabilite semptomları DEHB'de de çok yaygın olarak görülmektedir. İrritabilite genel popülasyonda emosyonel bozukluklara ve depresyona karşı artmış riski beraberinde getirir^{10,22,25,65,94}. Ama bu semptomların DEHB'de ağır boyutta olmasının duygudurum bozuklukları için erken belirteç olup olmadığı konusu henüz bilinmemektedir⁹⁵. Toplum örnekleminde elde edilen sonuçlar DEHB tanısı olanların %4,3-23'ünün YDDB tanı kriterlerini karşıladığını göstermektedir^{85,96}. Bu nedenle, bugüne kadarki bulgular YDDB'nin DEHB tanısı olanlarda genel popülasyona göre daha sık görüldüğünü göstermektedir. Literatürde DEHB örnekleminde YDDB tanısı ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada depresyon ile bir ilişki bulunamamıştır⁹⁶. Ama bu çalışmada örneklemin prepubertal olması ve depresyon başlangıcı için riskli yaş

grubunda olmamaları dikkate alınmalıdır. İlginç olarak bu çalışmada anksiyete ile ilişki gösterilmiştir ki anksiyetenin, genel olarak depresyonun prepubertal prediktörlerinden olduğu bilinmektedir⁹⁷.

Yaş ortalamaları 11 olan DEHB tanılı 696 çocukta, YDDB ile irritabilite semptomlarının sıklığı ve bunların eşlik eden komorbidite ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada çocukların %91'inin en azından bir irritabilite semptomunu gösterdiği, 3 aylık YDDB prevalansının %31 olduğu, YDDB tanısı alan grubun ve yüksek irritabilite gösteren grubun daha fazla anksiyete, depresyon eş tanısının olduğu ve ebeveynlerinde depresyon öyküsü olduğu bulunmuştur⁹⁸.

2.8.2. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon

Çocuklarda depresyon ve irritabilite arasında güçlü uzunlamasına ilişki metaanalizlerle kanıtlanmıştır⁹⁹. Vidal-Ribas ve arkadaşlarının (2016) yaptığı uzunlamasına çalışmada risk 1.8 kat olarak bulunmuştur¹⁰⁰. 1 yıldan 20 yıla kadar yapılan takip çalışmalarının birçoğunda sonuç olarak irritabilite varlığının depresyon gelişimini öngördüğü (başlangıçta depresyon varlığı kontrol edildikten sonra) bulunmuştur. Buna ilaveten irritabilitenin yanında anksiyete, riskli gençlerde depresyona yol açan major sebeplerden biridir¹⁰¹. Yapılan birkaç çalışmada irritabilite aynı zamanda uzun dönemde anksiyete ile de ilişkilendirilmiştir⁶⁵.

İrritabl çocukların depresyona girmelerini açıklayan hipotezlerden biri, irritabilitenin depresyona yatkın ortam yarattığı iddiasıdır. İrritabl çocuk davranışlarıyla akranlarını, öğretmenlerini, ailesini kızdıracak davranışlarda bulunur. Bu davranışları okuldan uzaklaştırma, suç teşkil eden davranışlarda bulunma gibi olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşmalarına sebep olarak duygudurumlarını olumsuz etkiler. Makul görülen bu fikri destekleyecek az sayıda kanıt mevcuttur.

Hem kesitsel hem de uzunlamasına yapılan iki adet irritabilite çalışması, depresyon ve irritabilite arasındaki ilişkinin en iyi ortak genetik faktörler tarafından açıklandığını göstermiştir. Depresyona yatkın ortam hipotezinin aksine irritabilite ve depresyon ilişkisinde çevrenin rol almadığını iddia etmektedir^{67,102}. Bazı çalışmalarda anksiyete ve irritabilite arasındaki ilişkinin de genetik sebepli olduğu bulunmuştur⁶⁷.

Kronik irritabilite gösteren gençlerde depresyon çoğu kez teşhis edilmez. Çünkü klinisyenler, ebeveynler ve öğretmenlerin gözünde depresyon yıkıcı semptomların gölgesinde kalır. Bu tanı alamama, irritabl gençlerin büyüdükçe depresyon geliştirme ihtimalinin yüksek olduğu hakkında sunulan kanıtlar göz önüne alındığında düşündürücü olabilir. İrritabilite, elbette depresif bir dönem sırasında ortaya çıkabilir ki bu epizodik irritabilite, gençlerde depresyonun

kriteri olmakla birlikte yetişkinlerde kriter değildir². Ayrıca yapılan çalışmalarda adölesan dönemde içe yönelim bozuklukları (depresyon, anksiyete bozukluğu) ile irritabilite arasındaki ilişkiye emosyon regülasyonundaki defisit aracılık ettiği bulunmuştur¹⁰³.

2.8.3. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk DSM-V kriterinde belirli bir sürede ‘‘anormal, süreklilik arzeden taşkın, yükselmiş ya da irritabl duygudurum’’ görülmesi olarak belirtilmiştir. DSM-V major depresif epizod kriterinin aksine, manik epizod ve bipolar bozuklukta başlıca duygudurumun irritabilite olması açısından çocuk ve erişkinlerin arasında ayırım yapmaz.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) klavuzunu uygulayan ülkelerde irritabilite tek başına, taşkın ve yükselmiş duygudurumla birlikte olmadan çocuklarda mani tanısını koydurtmaz. Bu karar Birleşik devletlerdeki fazla bipolar bozukluk tanısına karşı önlem olması için alınmıştır.

DSM kriterlerinde dahi, bipolar tanısı için baskın duygudurum irritabilite olduğunda ek olarak dört mani semptomu gerekmektedir. Oysa taşkın ve yükselmiş duygudurum var ise üç mani semptomu yeterli olmaktadır¹⁰⁴. Bu da irritabilitenin epizodik olsa dahi duygudurumda yükselme kriterinden daha az patagomonik olduğunu göstermektedir.

Bipolar bozukluk tanısı olan gençlerle yapılan bir çalışmada epizodik irritabilite yaygın görünürken, duygudurumda yükselme olmadan başlıca semptomun irritabilite varlığı vakaların yalnızca %10'unda saptanmaktadır¹⁰⁵. Sadece irritabilite semptomu olanların, duygudurumunda yükselme olanlardan veya başlıca semptom olarak coşku ve irritabiliteye sahip olanlardan anlamlı derecede daha genç olduğu görülmüştür⁹⁹.

Epizodik irritabilite hastanın çevresi ile etkileşiminden güçlü bir şekilde etkilenir. Dezinhibisyon semptomları ağırlaştıkça, hastanın ailesi ve ruh sağlığı profesyonelleri tarafından kısıtlanması artar⁹⁹. Aşırı para harcama gibi davranışlar engellenince frustrasyona zemin hazırlanmış olur. Aslında aşırı öforinin şiddetli irritabiliteye dönmesi karakteristik olmakta ve bu da agresyon riskini artırmaktadır⁹⁹.

2.8.4. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

İrritabilite otizm spektrum bozukluğunda adölesan dönemde klinisyenlerin yönetiminde en çok zorlandığı aynı zamanda psikiyatri servislerine sık başvuru sebepleri arasında yer alır. İrritabilitenin şiddeti otizmin şiddeti ile ilişkili bulunmazken, yüksek komorbidite oranları (DEHB, anksiyete gibi) ve özellikle okulda olmak üzere işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunmuştur⁹⁹. Otizm spektrum bozukluğu ve irritabilitesi olan gençlerin akrabalarında,

yalnızca otizm olan gençlerin akrabalarına göre daha fazla affektif bozukluk bulunduğu saptanmıřtır¹⁰⁶. Aynı zamanda bu çalışmada kart sıralama ile değerlendirilen kognitif rijiditenin irritabilite ile ilişkili olduğu bulunmuřtur¹⁰⁶. Ayrıca bu türden bir katılıkta rutin programdaki değişiklik yapılıncaya çocukların yaşadığı zorluklar, ebeveynleri tarafından öfke patlamaları olarak bildirilmektedir. Fakat bu ilişkinin gücünün zayıf olduğu bulunmuřtur¹⁰⁶.

OSB'li çocuklarda irritabilite riskini artıracak başka risk faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü bu çocuklar içsel durumlarını ve ağrı gibi fiziksel semptomları iletişim zorlukları nedeniyle ifade edemediklerinden bu semptomlar dikkatle deęerlendirilmelidir¹⁰⁷.

Bir çalışmada irritabilitesi olan OSB'li çocuklarda anormal stres reaktivitesi bulunmuřtur¹⁰⁸. Ayrıca bu çalışmada irritabl OSB'li çocukların, kortizole yanıtlarının köreldiği ve irritabl olmayanlara kıyasla, stres testinde kalp hızında artma reaktivitesinin azaldığı gösterilmiřtir¹⁰⁸. Bu bulgular tipik gelişen KOKGB'li çocuklarda ortaya çıkan ve stres yanıtlarının köreldiğini gösteren önceki sonuçlara paraleldir. DSM'ye göre YDDDB tanısı için OSB tanısının olmaması gerekir⁹⁹. OSB'de irritabilitenin ölçümünde Sorun Davranışlar Kontrol Listesi'nin irritabilite için alt ölçeği kullanılabilir^{99,109}. Bu ölçek bağırma, çığlık atma, ağlama gibi irritabiliye özgü olmayan maddeler de içerir. İrritabiliteyi değerlendirmek için ocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeđi¹¹⁰ kullanılabilir. Yüksek fonksiyonlu otizimli ocuklarda Duyusal Reaktivite İndeksi-DRİ (Affective Reactivity Index-ARI) ölçeđinin¹¹¹ hem ebeveyn hem de ocuk öz bildirim formlarının, tipik gelişen çocuklar kadar iyi yanıtladığı bulunmuřtur¹⁰⁸. OSB'de irritabilite değerlendirilirken tetikleyici faktör, duygu, davranış ve sonuçları iyi değerlendirmek gerekir⁹⁹. Çünkü herhangi bir duyusal hassasiyet ve rutin değişikliği ile ilgili olunan durumlarda müdahale edildiğinde irritabilite azaltılabilir⁹⁹.

2.8.5. Diğer Psikopatolojiler

İrritabilite diğer bir çok psikopatolojide sık görülür. Travma sonrasında görülen irritabilite DSM'de travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerinde yer almaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan çocuklar, özellikle komorbid depresyon geçirdiklerinde, şiddetli sinir krizi yařayabilir¹¹². Ancak, öfke nöbetleri, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) sonrası azalan OKB semptomlarının tedavisine engel teşkil etmez¹¹².

2.9. İrritabilitede Tedavi Yaklaşımı

Kronik, şiddetli iritabilite tedavisi için araştırmalar henüz başlangıç aşamasındadır. Özellikle, bu çalışmaların birçoğu öncelikle iritabiliteyi hedeflememiştir. Bunun yerine, iritabilite genellikle diğer bozukluklar bağlamında incelenmiştir. Son zamanlarda iritabilite konusunda yapılan çalışmalardan gelen ilk sonuçlardan kanıt temelli olanların sayısı yeterli değildir. Klinisyenler iritabl hastalara yaklaşımda; iritabiliteyi, eşlik eden komorbiditeyi veya her ikisini de tedavi etme konusunda karar vermek durumunda kalırlar⁹⁹.

Bu sebeple önce kanıta dayalı tedaviler kullanarak herhangi bir komorbid durumu tedavi etmeye çalışarak başlamak mantıklı bir yol olarak gelir. Bunun sebebi olarak ise iritabilite tedavisi üzerinde DEHB, depresyon, anksiyete kadar çalışma olmamasıdır. Stimülanların iritabilite ve DEHB'nin çekirdek semptomları üzerindeki etkinlikleri göz önüne alındığında, bu iki durumun birlikteliğinde ilk tercih olarak kullanılmaktadırlar⁹⁹.

Bu yaklaşıma paralel ya da bir sonraki adım olarak iritabilitenin tedavisinde küçük çocuklar için ebeveyn müdahaleleri, gençler içinse Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) eklenebilir. Farmakolojik tedavi iritabilite için daha geç aşamalarda düşünülmelidir⁹². Buna istisna olarak acil medikal müdahale gerektiren şiddetli iritabilite durumları ve psikososyal müdahalelerin işe yaramayacağı durumlar örnek gösterilebilir¹¹³. Bu araştırmaların az sayıda olması, yeni farmakolojik ve psikolojik tedavilere olan ihtiyacı vurgulamaktadır⁹².

2.9.1. Psikolojik Tedaviler

İritabilite ile ilişkili klinik sendromlar için psikososyal müdahaleler temelde 2 gruba ayrılır: Ebeveyn yönetimi eğitimi ve BDT.

Ebeveyn Yönetimi Eğitimi

Edimsel koşullanma davranış araştırmalarından ve Patterson ile arkadaşları tarafından gözlenen ebeveyn çocuk etkileşimlerinden türetilen Ebeveyn Yönetimi Eğitimi [Parent Management Training (PMT)] çocukların agresif davranışlarının altında yatan olumsuz aile etkileşim modellerini hedef alır. Spesifik olarak, sinirlilik ve öfke ile başa çıkmak için, PMT sırasında, ebeveynlere çocukların olumlu sosyal davranışlarını pekiştirmeleri ve öfke patlaması gibi uyumsuz davranışları pekiştirmemeleri öğretilmektedir¹¹⁴. Olumlu pekiştirme yoluyla hedeflenen bir davranış gerçekleştikten sonra ebeveynlere, çocuklarına övgü veya ödül yoluyla yaklaşarak olumlu davranışlarına odaklanmaları istenir. Sorunlu bir davranışta ise ailelerden aktif ihmal etme, mola gibi yöntemleri kullanması istenir. Davranışsal ve nöral

bulgular göz önüne alındığında, irritabl çocuk ve gençler için ödül varlığı ve yokluğunun tutarlı olması önem taşır. Diğer bir deyişle, irritabl çocuk ve gençler tutarsız ebeveyn koşullarına karşı özellikle hassas olabilir. Çünkü ödül ihtimalini öğrenmekte zorluk çekerler^{55,56}. Ödüllere ve engellenen hedeflere karşı daha hassaslardır^{82,115-117}. Bu hassasiyet striatal, ve limbik fonksiyon bozukluğu sebebiyle sergilenmektedir^{55,115}. Çok sayıda metaanalitik çalışmada KOKGB ve DB gibi yıkıcı davranım bozuklukları olan çocuklarda PMT'nin davranım sorunları ve yıkıcı davranışlar üzerine azaltıcı etkisi olduğunu gösterilmiş olup, kör değerlendirmeleri kullanan çalışmalar için orta düzeyde bir etki büyüklüğü (0,5 civarında) vermektedir^{28,72,75,118-121}.

Ebeveyn müdahale girişimlerinin OSB'li çocuklarda yıkıcı davranışların ele alınmasında faydalı olduğuna dair artan kanıtlar mevcuttur¹²². Bununla birlikte, PMT'nin özellikle irritabilite, ŞDDB veya YDDB semptomları için etkinliğini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur^{70,123}. Bu çalışmalarda PMT'nin hem bireysel hem de grup temelli formatlarda etkili olduğu gösterilmiştir^{69,77}. Başka bir çalışma, özellikle ŞDDB'li gençler için öfke ve irritabiliteyi hedef alan grup temelli bir ebeveynlik müdahalesinin uygulanabilirliğini göstermiştir⁶⁹. Çalışmadaki ön sonuçlar PMT'nin etkin olduğunu göstermektedir. İrritabilitesi olan gençlerin ebeveynlik müdahalelerine özellikle duyarlı olabileceğini düşündürmektedir¹²⁴.

Bilişsel Davranışçı Terapi

Ebeveynlerle yürütülen PMT'nin aksine, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) terapistin doğrudan çocuk ve gençle çalışmasını içerir. BDT'nin öfke ve saldırganlık sorunları olan gençler için etkili olduğu gösterilmiştir. Terapi sırasında çocuk, öfkelendiği durumlarda uyumsuz bilişlerini ve davranışsal tepkilerini azaltma becerileri öğrenir¹²⁵. BDT'de yıkıcı davranışlar için geliştirilen bilişsel becerilerin çoğu, Dodge ve meslektaşlarının^{64,126} sosyal bilgi işlem modeline dayanmaktadır. Bu modelde, çocukların başkalarının sosyal ipuçlarını işlemesi bir dizi adımları içerir: ipuçlarını kodlamak, yorumlamak, ipuçlarına cevap aramak, bu yanıtlardan birini seçmek ve seçilen yanıtı uygulamak. Bu işlemlerin bir veya daha fazlasındaki işlev bozukluğunun öfke ve agresif davranışsal tepkiler için riski arttırdığı farz edilir. Bu da irritabilitenin ŞDDB ve YDDB'nin patofizyolojik modeliyle uyumluluk gösterir. Yani, irritabl çocuk ve gençlerin, sağlıklı çocuklara kıyasla yüz ifadelerinden duyguları yanlış yorumlamaları, belirsiz ve nötral yüz ifadelerini tehdit edici algılamaları daha muhtemeldir^{127,128}. Bu da yüz ifadelerinden duygu işleme sürecinde amigdala ve prefrontal korteksteki nörol disfonksiyona karşılık gelir^{127,129-131}. BDT, irritabl ve saldırgan

gençlere öfke ve saldırganlığa yol açan sosyal durumları yorumlamak ve bunlara cevap vermek için daha uyumlu yöntemler öğretir⁴⁶.

Sinirlilik ve saldırganlık yönetimi için birkaç BDT protokolü geliştirilmiştir: Kazdin (2010) tarafından geliştirilen Problem Çözme Eğitimi (Problem-Solving Training), Lochman ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen grup temelli Öfke Kontrol Eğitimi (Anger Control Training) ve son zamanlarda Sukhodolsky ve Scahill (2012) tarafından geliştirilen öfke ve saldırganlık için çocuğa özgü BDT protokolü.^{125,132,133} Sukhodolsky ve Scahill'in klavuzunda üç odak noktası mevcuttur: emosyonel uyarılmayı yönetmek, sosyal uyanların düşmanca yorumlanmasına yönelmek ve sosyal beceriler geliştirmek¹³⁴. Bu amaçlarla tutarlı olarak, yıkıcı davranış bozuklukları için BDT uygulamalarını içeren bir metaanaliz çalışmasında, en etkili müdahalelerin sosyal becerileri geliştirmek, çocuğa doğrudan geri bildirim sağlamak ve uygun davranışları modellemek olduğu gösterilmiştir^{134,135}.

2.9.2. Psikofarmakolojik Tedaviler

Klinik ve patofizyolojik nitelikteki bir çalışma, erken dönemde görülen iritabilitenin bipolar bozukluğun gelişimsel bir görünümü olarak düşünülmemesi gerektiğini göstermiştir⁴⁶. Bipolar bozukluk tipik olarak duygudurum dengeleyicileri ve atipik antipsikotiklerle tedavi edilirken, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ), mani indüksiyonuyla ilgili endişeler nedeniyle nispeten kontrendikedir⁴⁶. Gençlerde şiddetli iritabilitede ilaç tedavisini araştıran sadece bir randomize kontrollü bir çalışmada, ŞDDB'li gençlerde lityumun plaseboya üstünlüğü bulunamamıştır¹³⁶. Lityum bipolar bozukluk için birinci basamak ajan olmasına rağmen, şiddetli iritabilite tedavisinde etkili olmayışı, gençlerde bipolar bozukluk ile şiddetli iritabilitenin ayırt edilmesi için ayrıca ek kanıt sağlamaktadır⁴⁶.

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

Çocuklarda iritabilitede SSGİ kullanımına ilişkin kanıtlar dolaylı olarak yetişkin çalışmalarına bağlıdır. Yetişkin çalışmalarında SSGİ'lerin, aralıklı patlayıcı bozukluğu tedavisinde ve depresyon kapsamı içinde iritabilite ve öfke patlamaların tedavisinde etkili olabileceğini göstermektedir. Spesifik olarak, aralıklı patlayıcı bozukluğu olan erişkinlerle çift kör, randomize, plasebo kontrollü yapılan bir çalışmada, fluoksetin saldırganlığı ve iritabiliteyi azaltmıştır¹³⁷. Benzer şekilde, SSGİ'lerle (fluoksetin veya sertralin) veya trisiklik bir antidepresanla (imipramin) tedavi edilen bir grup depresyon hastasında öfke krizleri de azalmıştır¹³⁸. Literatüre bakıldığında SSGİ'lerin premenstürel iritabilite tedavisinde etkili

olduğunu bulmuştur¹³⁹. SSGİ'lerin irritabilite tedavisinde ümit vaat eden kanıtlarına rağmen, gençler için kullanımında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır¹⁴⁰.

Stimülanlar

SSGİ'lere ek olarak, stimülanlar DEHB'li gençlerde irritabilite ve agresyon tedavisinde önemli umut vaat etmektedir^{141,142}. Connor ve arkadaşları (2002) stimülanların agresyon üzerindeki etkisini inceleyen bir meta-analiz çalışması yürütmüştür. 28 çalışmada, yazarlar DEHB tanılı gençlerde saldırgan davranışın azaltılması konusunda uyarıcıların etkisinin orta ile yüksek düzeyde (0,69-0,84) olduğunu bulmuşlardır¹⁴³. Bu sonuçlar, DEHB'deki emosyonel değişkenliğin stimülanlarla etkin bir şekilde tedavi edilebileceğini gösteren raporlarla tutarlıdır¹⁶. Ayrıca, DEHB'li çocukların Multimodal Tedavi Çalışması'nda, stimülanların (veya stimülanlarla birlikte davranışsal yönetimin) irritabilite tedavisinde tek başına davranışsal yönetimden daha üstün olduğunu bulmuştur¹⁴⁴. Stimülan monoterapisinin (ek olarak davranışsal tedavinin) DEHB ve agresyonu olan geniş bir genç popülasyon kohortunda agresif davranışları ve öfke patlamalarını azalttığı gösterilmiştir^{70,141,142}.

Atipik Antipsikotikler

Atipik antipsikotiklerin otizm spektrum bozuklukları bağlamında irritabilite semptomlarının azaltılmasındaki etkinliği önemli kanıtlarla desteklenmiştir¹⁴⁵. İkinci kuşak antipsikotiklerden, risperidon ve aripiprazol, irritabilite tedavisi için ABD Gıda ve İlaç Dairesi (US Food and Drug Administration –FDA) endikasyonu almış yegane farmakolojik ajanlardır. Ancak endikasyon olarak reçetelenmeleri otizm tanısına spesifiktir^{146,147}. ŞDDB'li (otizm tanısı olmayan) gençlerde risperidon tedavisi açık etiketli bir çalışmada incelenmiştir¹⁴⁸. Sonuçlar irritabilitede önemli düzeyde azalma olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, özellikle genç yaşlarda atipik ajanların iyi bilinen yan etki yükü göz önüne alındığında, irritabl çocuklarda kullanımda göreceli maliyetini ve faydalarını araştırmak için ek çalışmaya ihtiyaç vardır¹⁴⁸.

2.10. MİZAÇ

Mizaç genellikle kendi kendini düzenleme ve olaylara tepki vermek konusunda doğuştan bir yatkınlık olarak kavramsallaştırılır. Davranışsal ve fizyolojik sistemlerin uyarılabilirliğindeki kişisel farklılıkların yanısıra duygusal yanıtları ve bu yanıtların düzenlenmesindeki bireysel farklılıkları yansıtır¹⁴⁹. Mizacın zaman geçtikçe sabit kaldığı ve güçlü genetik bağlantısının

olduğu düşünülmektedir^{150,151}. Ayrıca mizaç, davranıştaki bireysel farklılıklar ile biyolojik ve psikolojik temelleri arasında ilişki kurarak süreç odaklı modeller de sağlar^{152,153}.

Son yıllarda mizaç alanında yapılan çalışmalarda köklü bir değişim olmaktadır. Mizacın, teorik olarak affektif bozuklukların biyolojik ve psikolojik yönleri arasında bir köprü düşünülmesinden ayrı olarak, kişiliğin emosyonel alanıyla ilgili olduğu görülmüştür. Klasik olarak mizaç; kişiliğin geçici olarak sabit biyolojik “çekirdeğini” tanımlar ve bireyin aktivite seviyesini, ritmini, ruh hallerini ve bununla ilgili bilişlerini ve değişkenliklerini belirtirken kişilik; daha geniş bir fenotip, kazanılmış karakteristik belirleyiciler ve kişilerarası ilişkiler anlamına gelir¹⁵⁴.

Kişiliğin kökenleri muhtemelen mizaçta öne sürülenlerle aynı süreçte bulunur¹⁵⁵. Karmaşık tarihsel ve epistemolojik nedenlerden ötürü mizaç, bireyin emosyonel alanını ifade etmeye başlamıştır. Farklı mizaç türlerinin yapısal temelli davranış türleri olduğu anlayışı, Hipokrat'ın humoral teorisine kadar uzanabilir¹⁵⁶.

Yaklaşık 90 yıl önce Krapelin dört temel affektif tip (depresif, manik, siklotimik ve irritabl) tanımlamıştır. Krapelin bu tiplerin subklinik formlar olduğunu, çoğu zaman major affektif psikozun öncülü olduklarını ve adölesan dönemde dahi birey üzerine etkilerinin görüldüğüne inanmaktadır¹⁵⁷. Aynı zamanda bu dört temel affektif tipin manik depresif hastaların kan bağı olan akrabalarında sık görüldüğünü tanımlamıştır¹⁵⁷.

Literatürde mizaç kavramı çeşitli modeller kullanılarak tanımlanmıştır. Cloninger kişiliği oluşturan mizaç ve karakterdeki varyasyonları tanımlayarak psikobiyolojik bir kişilik modeli tanımlamıştır¹⁵⁸⁻¹⁶⁰. Bu modelde yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, zarardan kaçınma, sebat etme olmak üzere 4 mizaç boyutu tanımlanmaktadır. Cloninger'in modeli ayrıca kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma gibi üç karakter boyutunu da içermektedir. Karakterin daha çok çevresel kültürel etkilerden etkilendiği mizacın ise doğuştan getirildiği düşünülmektedir. Cloninger aynı zamanda kişiliği değerlendiren Mizaç ve Karakter Envanteri [Temperament and Character Inventory (TCI)] adında “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanan 240 maddeden oluşan özbildirim şeklinde olan ölçeği geliştirmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Sayar ve Köse tarafından yapılmıştır¹⁶¹.

Affektif mizacın modern kavramsallaştırılması Akiskal ve arkadaşları¹⁶²⁻¹⁶⁵ tarafından başlangıçta hem Kraepelin¹⁵⁷ ve Kretschmer'in¹⁶⁶ çalışmalarından temel alınıp, hem de teorik ve klinik gözlemlerin elde edilerek oluşturulmuştur. Bu kavram depresif, siklotimik, hipertimik ve irritabl mizaçları değerlendirmek için ilk olarak yarı yapılandırılmış bir araç olarak yayınlanan Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirmesi görüşme versiyonu (TEMPS-I) adlı bir araca dönüştürüldü^{167,168}. Daha sonra, sadece basit bir “evet”

veya “hayır” cevabını gerektiren, anksiyöz mizacın eklenmesi de dahil olmak üzere 110 maddeden (erkekler için 109) oluşan anket sürümü (TEMPS-A) geliştirilmiştir^{164,165}.

Araştırmalarda en çok kullanılan modellerden biri olan affektif mizaç; depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaç olmak üzere beş boyutta karakterize edilir. Mizaç alt tipleri normallikten psikopatolojiye doğru geniş bir alanda yayılır. Sıklıkla da affektif bozukluklara yatkınlık için belirleyici olarak gösterilir¹⁶⁹. Affektif bozuklukların yanısıra son çalışmalar affektif mizacı anksiyete bozuluğu, suisidalite, güvensiz bağlanma ve madde bağımlılığı gibi birçok psikopatoloji paterni ve işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirmiştir¹⁷⁰⁻¹⁷³. Bunun yanında affektif mizaç birçok psikopatolojiye yatkınlık ve bu patolojilerin subklinik varyantı olarak gözükmektedir. Yetişkin affektif mizaç özelliklerini inceleyen bir çalışmada hipertimik ve irritabl mizacın erkeklerde; depresif, anksiyöz ve siklotimik mizacın ise kadınlarda daha sık görüldüğünü bulmuştur¹⁷⁴.

Affektif mizaç bir duygudurum bozukluğu için hastalık dönemi tanı kriterlerini karşılamamaktadır. Tanısal olarak geçerliliği olmakla birlikte belirlenen bir tedavi stili yoktur. Yapısal ve genetik geçişi mevcuttur¹⁷⁵. Affektif mizaç tipleri özellikleri şu şekilde belirtilmektedir¹⁷⁶:

Hipertimik Mizaç: Eşik altı hipomanik özellikler ve nadiren araya giren ötimi, günde 6 saatten daha az uyku gereksinimi, inkar mekanizmasını çok sık kullanma, irritabl, mutlu, coşkulu olma, kendine fazla güvenme, fazla övünme, abartılı ve gösterişli olma, çok fazla plan yapma, sonunu düşünmeden, bitmez tükenmez bir enerjiyle koşturma, çok konuşma, sıcakkanlı, dışa dönük, başkalarının işine burnunu sokma, baskılanmayan, uyaran arama veya rastgele cinsel ilişkide bulunma gibi Schneiderian hipomanik kişilik özelliklerini de içeren mizaç türüdür.

Siklotimik Mizaç: Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler bir dönemden diğerine öznel görünüm (bitkinlik, yorgunluk, öfori, kötümserlik, iyimserlik, mental karışıklık, sivrileşmiş ve yaratıcı düşünce, özgüven düşüklüğü ile aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısında değişkenlik) ile davranışsal görünüm (konuşma miktarı azalması, çok konuşma, çok uyuma, fazla uyku gereksinimi duyma, sebepsiz ağlama, aşırı esprili olma, içe kapanma sınırsız insan arama, üretkenlikte gözle görülür değişiklik) arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli görünümü içeren mizaç türüdür.

İrritabl Mizaç: Nadir ötimik dönemleri ama çoğunlukla karamsar ruh hali, irritabl ve kolay kızma, sık sık derin düşüncelere dalma, aşırı yargılama ve şikayet etme hoş olmayan şakalar yapma, istenmediği halde insanlara sokulup rahatsızlık verme, disforik yerinde duramama,

dürtüsel olma ile karakterize mizaç türüdür. Belirtiler antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ölçütlerini karşılamaz.

Anksiyöz Mizaç: Davranışsal inhibisyona yatkın olma, stress verici yaşam olayları karşısında tepkisel olma, anksiyete sinyallerinin zarar verici olarak yorumlanması inancı, günlük yaşam değişikliklerine uymada zorluk anksiyete ve psikosomatik hastalıklara eğilimli olma gibi özellikler içerebilir.

Depresif Mizaç: Başka bir duruma bağlı gelişmeyen aralıklı, düşük şiddette depresyon, günde 9 saatten daha fazla uyuma alışkanlığı, sabah saatlerinde daha belirgin olmak üzere derin derin düşünme, zevk alamama ve psikomotor enerji azlığı ile birlikte ümitsiz, kötümser, neşesiz olma, sessiz, pasif ve kararsız, şüpheli, aşırı eleştirme veya şikayet etme, vicdanlı, kendi kendini disipline etme, eleştirme, cezalandırma, başarısızlıklar, yetersizlikler ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yorma gibi Schneiderian depresif kişilik özellikleri gösterir.

2.10.1. EBEVEYN MİZACI

Mizaç ve psikopatoloji alanında bu zamana kadar yapılan çalışmaların çoğu bilgi vermekle birlikte, çocuk veya ebeveyn özelliği ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi etkileşimsel veya uyum hipotezi [goodness of fit] ile değerlendirmekten ziyade doğrudan doğrusal etkileri üzerinden ele aldığı görülmektedir. Thomas ve Chess tarafından geliştirilen uyum hipotezi kavramı, bir çocuk veya ebeveyndeki belirli bir özellik veya davranışın kendi başına problemlili olmayacağını, ancak belirli koşullar dahilinde aralarında bir uyumsuzluk olduğunda çatışmaya ve daha sonra da davranış sorunlarına yol açtığını göstermektedir^{177,178}.

Araştırmalar ebeveyn mizaç ve kişilik özelliklerinin ebeveynlik tutumlarında, inanç ve uygulamalarında ve çocukların davranışlarında payı olduğu ve bu her iki değişkenin de aile sistemine etkidiğini göstermiştir³⁰⁻³². Genetik mirasın kişilik özelliklerinde varyansın %50'sini karşılayabileceği göz önüne alındığında pek çok araştırmacı ebeveynlerin davranış stillerini tanımlarken “mizaç” ve “kişilik” terimlerini birbirlerinin yerine kullanmıştır¹⁴⁹.

Spesifik olarak, bireylerin kendine özgü mizaçları ve sosyal hayatlarını ve işlevselliklerini etkileyen özel davranışları vardır (Lerner 1993; A. Thomas et al. 1963; A. Thomas and Chess (1977) ayrıca, mizaç modellerinin birey ve çevrenin nasıl bir etkileşime girdiğine dair tahminleri sıklıkla yordadığı için “mizacın davranışsal stil terimi ile eşleştirilebileceğini” önermiştir¹⁵³.

Bir çalışmada yıkıcı davranış bozukluğu olan çocukların babalarında yüksek nevroitiklik ve düşük uyumlu olma¹⁸¹ bildirilmesine rağmen, ebeveyn kişiliği ile ocuk psikopatolojisi arasında daha az bağlantı bulunmuřtur¹⁸². Ebeveynlerin mizacı ve kişiliği ile ilgili kısıtlı literatürün aksine, yapılan araştırmaların çoğunda ocuk mizacı, ebeveynlik ve ocuk uyumu arasında önemli ilişkiler olduğunu göstermiştir ¹⁸³. Literatür, ebeveynlik tarzı ile ebeveyn kişiliği ve mizacı arasındaki ilişkileri tanımlamaya yakın zamanda başlamıştır^{184,185}. Bir çalışmada düşük ödül bağımlılığı [Reward Dependence(RD)] mizaç özellikleriyle ilişkili olarak ebeveyn-ocuk ilişkisindeki sıcaklığın daha az olduğu ve bunun da dışa vurum sorunlarını yordadığı gsterilmiştir^{186,187}. İe atım bozuklukları olan ocuk ve ergenlerde; ebeveynlerinde aşırı korumacı tavır, reddedici tutum ve yaşam olaylarını deneyimlemeden kaçınma bulunmuřtur¹⁸⁸. Bu da zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme dahil olmak üzere çeşitli mizaç boyutlarındaki değişkenliği yansıtabilir ¹⁸⁹.

3. YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine Mart 2019 – Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran 6-18 yaş arası toplam 364 çocuk ve ergenle ebeveyni alındı. 23 kişi formları eksik doldurma, 4 kişi zihinsel yetersizlik, 8 kişi de primer bakım verene ulaşamama nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya 329 çocuk ve ergenle, anne ya da babaları dahil edilmiştir. Ebeveynleri çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve kendisinden de sözlü ve yazılı onam alınmayan çocuk ve ergenler çalışma dışında bırakılmıştır. Mental retardasyon (anlıksal yeti yitimi), herhangi bir majör komorbid nörolojik/nöropsikiyatrik bozukluk veya genetik sendrom (tüberoz skleroz, epilepsi, tourette sendromu gibi), otizm spektrum bozukluğu, şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk manik ya da psikotik ve karma özellikli depresif epizod tanısı alan çocuk ve ergenler çalışmaya alınmamıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formunda (EK-I) çocuğun yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, tıbbi veya psikiyatrik hastalık tanısı varlığı, ilaç kullanımı, kardeş sayısı, anne-babalarının yaşları, eğitim düzeyi, meslekleri ve kronik tıbbi ve psikiyatrik hastalıklarının varlığı, aile bütünlüğü bilgileri yer almış olup yazılı olarak ebeveyn tarafından doldurulmaları istenmiştir.

Duygusal Reaktivite İndeksi-DRİ [Affective Reactivity Index- (ARI)] Çocuk ve Ebeveyn Formu

İrritabilitenin değerlendirilmesi ve izleminde kullanılan DRİ'nin, hem ebeveyn formu hem de ergenler için (11-17 yaş aralığı) öz bildirim formu mevcuttur. İrritabilitenin boyutsal bir ölçümü olarak Stringaris ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur¹¹¹. Son 6 aydaki iritabilite semptomlarını değerlendiren bu anket altı maddeden oluşmakta ve yedinci maddesi işlevsellikte bozulmayı içermektedir. Ankette katılımcılardan 3 puanlık bir skalayı (0=doğru değil, 1=bazen doğru, 2=kesinlikle doğru) kullanarak cevaplamaları istenmektedir. DRİ'nin tipik olarak gelişen çocuklarda güvenilirliği ve geçerliliği bildirilmiştir^{111,190}. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kocael (2015) tarafından yapılmıştır¹⁹¹. Toplam DRİ puanı ilk altı maddenin toplamı olarak 0-12 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar yüksek iritabilite

düzeşini yansıtmaktadır. Bu çalışmada da ilk altı maddeden alınan puanların toplamı kullanılmıştır (Ek-II).

Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği (T- DSM- IV-Ö)

Atilla Turgay tarafından hazırlanan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır^{192,193}. Ölçeğin DSM-IV kriterlerini içeren DEHB, KOKGB ve DB için üç alt ölçeği vardır. Bu alt ölçeklerde DEHB için 9 dikkat eksikliği, 6 hiperaktivite, 3 dürtüsellik maddesi, KOKGB ile ilgili 8 madde ve DB için 15 madde olmak üzere 41 madde yer almaktadır. Ölçeği hazırlayanlar her bir semptomun ciddiyetini “hiç”, “biraz”, “oldukça fazla” ve “çok fazla” olarak tanımlamıştır. DEHB tanısı için, dikkat eksikliği alt ölçeği veya hiperaktivite-dürtüsellik alt ölçeğindeki kriterlerden en az altı tanesinin; KOKGB tanısı için alt ölçekteki kriterlerin en az dördünün, DB için ise en az 3 maddenin karşılanması gerekir. (Ek-III)

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y) Ebeveyn ve Çocuk Formu [(Revised Child Anxiety and Depression Scales, Child and Parent Version (RCADS-C, RCADS-P)]

ÇADÖ-Y ebeveyn ve çocuk formu, çocuk ve ergenlerdeki DSM-IV tanı kriterlerine göre depresyon ve anksiyete bozukluklarını değerlendirmek için tasarlanmış 47 maddelik ankette oluşun ölçektir. Yanıt seçenekleri, dörtlü likert tipi ölçeklere dayanmaktadır (0=asla, 1=bazen, 2=sık sık ve 3=her zaman). Her iki versiyon da altı alt ölçek (ayrılma kaygısı bozukluğu, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk) ve ayrıca total anksiyete skoru (beş anksiyete alt ölçeğinin toplamı) ve total anksiyete ve depresyon (içe yönelim bozukluğu) skoru (altı alt ölçeğin tamamının toplamı) sunmaktadır^{194,195}. ÇADÖ-Y'nin ebeveyn ve çocuk formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır^{196,197}. (Ek-IV)

TEMPS-A Mizacı Değerlendirme Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire)

Ölçek, Akiskal ve arkadaşları tarafından baskın affektif mizacı değerlendiren 110 soruluk anketten oluşmuştur. Depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizacı ölçen 110 maddeden oluşan öz bildirim şeklindedir¹⁶⁵. Vahip ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır¹⁹⁸. Ölçeğin Türkçe versiyonunda 99 madde yer almaktadır (Ek-V).

Belirti Tarama Ölçeği–SCL-90-R[Symptom Distress Check List(SCL-90-R)]

Genel psikiyatrik belirti şiddetini belirlemek için kullanılır. 'Hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli likert tipinde yanıtlanan 90 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcıların, son 3 ayı gözетerek yanıtlamaları beklenir. Dereogatis tarafından geliştirilen ölçeğin¹⁹⁹ Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır²⁰⁰. (Ek-VI).

3.3. İşlem

Kliniğimize Mart 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran 6-18 yaş arası çocuk ve ergenler ile ebeveynleri değerlendirilmeye alınmıştır. Çocuk ve ergenler ile ailelerinden hem yazılı hem de sözlü onam alınmıştır. Sosyodemografik veri formu ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk formu, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş çocuk formu, çocuk ve ergenler tarafından ebeveynlerinden ayrı olarak doldurulmuştur. TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği, Belirti Tarama Ölçeği, Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş ebeveyn formu ise ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Ebeveyn formlarının numaraları ile ergen formlarının numaraları eşleştirilmiş olup ölçeklerin doldurulması yaklaşık 40 dakika sürmüştür.

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır.

Değişkenlerin dağılımını kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Bağımsız verilerin analizinde mann-whitney u testi ve bağımlı verilerin analizinde wilcoxon testi kullanıldı.

Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı.

Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.



4.BULGULAR

Çalışmamız Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları poliklinik bölümünde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya polikliniğimize başvuran 329 çocuk ve ergen ile ebeveynleri dahil edilmiştir.

Katılımcılar ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcının cinsiyeti, annenin yaşı, annenin eğitim durumu, annenin mesleği, babanın yaşı, babanın eğitim durumu, babanın mesleği gibi veriler nitel değerler için sayı ve yüzde; nicel değerler için minimum ve maksimum değerler, medyan, ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiştir. Katılımcı yaşının; minimum değeri 6, maksimum değeri 18 olarak, medyan değeri 11, ortalama $11,52 \pm 3,2$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %56,8'i (n=187) erkek %43,2'si (n=142) kız olarak saptanmıştır.

Katılımcıların annelerinin yaşı; minimum değeri 25, maksimum değeri 59, medyan değeri 38, ortalama değeri $38,86 \pm 5,9$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların annelerinin eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde %0,3'ü (n=1) okula gitmemiş, %47,1'i (n=155) ilköğretim mezunu, %34'ü (n=112) lise mezunu, %17,3'ü (n=57) üniversite mezunu, %1,2'si (n=4) yüksek lisans veya üniversite mezunu olarak bulunmuştur.

Katılımcıların annelerinin mesleğe göre dağılımına bakıldığında; %74,8'i (n=246) ev hanımı, %8,5'i (n=28) işçi, %5,8'i (n=19) memur, %10,3'ü (n=34) serbest meslek, %0,6'sı (n=2) emekli olarak bulunmuştur.

Katılımcıların babalarının yaşları; minimum değeri 24, maksimum değeri 70, medyan değeri 42, ortalama değeri $43 \pm 6,7$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre dağılımı; %0,6'sı (n=2) okula gitmemiş, %45,5'i (n=143) ilköğretim mezunu, %35,3'ü (n=116) lise mezunu, %17,6'sı (n=58) üniversite mezunu, %3'ü (n=10) yüksek lisans veya üniversite mezunu olarak bulunmuştur.

Katılımcıların babalarının mesleğe göre dağılımı; %3,6'sı (n=12) işsiz, %40,1'i (n=132) işçi, %11,2'si (n=37) memur, %43,8'i (n=144) serbest meslek, %1,2'si (n=4) emekli olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %17,9'unun (n=59) tek çocuk olduğu saptanmıştır. %58,1'inin (n=191) bir kardeşi, %24'ünün (n=79) ise iki ve daha fazla sayıda kardeşi vardır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcılar ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri

		Minimum	Maksimum	Medyan	Ortalama	Sayı	±Standart Sapma/%
Yaş		6,0	18,0	11,0	11,52		±3,2
Cinsiyet	Erkek					187	56,8
	Kız					142	43,2
Anne Yaşı		25,0	59,0	38,0	38,86		±5,9
Anne Eğitim Durumu	Okula Gitmemiş					1	0,3
	İlköğretim					155	47,1
	Lise					112	34,0
	Üniversite					57	17,3
	Yüksek Lisans/ Doktora					4	1,2
Anne Meslek	Ev Hanımı					246	74,8
	İşçi					28	8,5
	Memur					19	5,8
	Serbest					34	10,3
	Emekli					2	0,6
Baba Yaşı		24	70	42	43		±6,7
Baba Eğitim Durumu	Okula Gitmemiş					2	0,6
	İlköğretim					143	43,5
	Lise					116	35,3
	Üniversite					58	17,6
	Yüksek Lisans/ Doktora					10	3,0
Baba Meslek	İşsiz					12	3,6
	İşçi					132	40,1
	Memur					37	11,2
	Serbest					144	43,8
	Emekli					4	1,2
Toplam Kardeş Sayısı	I					59	17,9
	II					191	58,1
	III ve daha fazla					79	24

Katılımcıların; ailelerinde ruhsal veya organik hastalık öyküleri, birlikte yaşadığı kişiler, akraba evliliği durumu, ebeveynlerin boşanma durumu ve ailede vefat eden ebeveyn durumunun dağılımı sayı ve yüzde olarak belirlenmiştir. Katılımcıların annelerinde organik hastalık öyküsü bulunmayanlar %82,4 (n=27), organik hastalık öyküsü bulunanların %17,6 (n=58) olarak saptanmıştır. Katılımcıların annelerinde; ruhsal hastalık öyküsü bulunmayanlar %75,4 (n=248), ruhsal hastalık öyküsü bulunanların sayısı %24,6 (n=81) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların babalarında organik hastalık öyküsü bulunmayanlar %79,9 (n=263), organik hastalık öyküsü bulunanlar %19,8 (n=68), ruhsal hastalık öyküsü bulunmayanlar %90,6 (n=298) ruhsal hastalık öyküsü bulunanlar %9,1 (n=30) olarak saptanmıştır.

Katılımcı çocuk veya ergenlerin kardeşlerinde ruhsal bozukluk olanlar %10,6 (n=35), organik hastalık öyküsü olanlar %3 (n=10), herhangi bir hastalık öyküsü olmayanlar %69,3 (n= 228) olduğu katılımcıların %17'sinin (n=56) de kardeşinin olmadığı (tek çocuk) saptanmıştır.

Katılımcıların; %86,6'sı (n=285) anne ve babası ile %12,2'si (n=40) annesi ile, %1,2'si (n=4) babası ile yaşamaktadır. Katılımcı ebeveynleri arasında %89,1'inde (n=293) akraba evliliği bulunmazken, %10,9'unda (n=36) akraba evliliği bulunmaktadır.

Katılımcı ebeveynlerinin %92,4'ü (n=304) evli, %7,6'sı (n=25) boşanmıştır. Katılımcıların %96,7'sinin (n=318) anne ve babasının hayatta olduğu, %0,6'sının (n=2) annesinin vefat ettiği, %2,7'sinin (n=9) babasının vefat ettiği saptanmıştır. Belirlenen özellikler Tablo 2' de özetlenmiştir.

Tablo2. Çocuk ve Ergenlerin; Ailede Ruhsal veya Organik Hastalık Öykülerine, Birlikte Yaşadığı Kişilere, Akraba Evliliği Durumuna, Ebeveynlerin Boşanma Durumu ve Ailede Vefat Eden Ebeveyn Durumuna Göre Dağılımı

		n	%
Annede Organik Hastalık	Yok	271	82,4
	Var	58	17,6
Annede Ruhsal Hastalık	Yok	248	75,4
	Var	81	24,6
Babada Organik Hastalık	Yok	263	79,9
	Var	65	19,8
Babada Ruhsal Hastalık	Yok	298	90,6
	Var	30	9,1
Kardeşler	Psikiyatrik Hastalık	35	10,6
	Organik Hastalık	10	3,0
	Sağlıklı	228	69,3
	Kardeş yok	56	17,0
Birlikte Yaşadığı Ebeveyn	Anne-Baba ile	285	86,6
	Anne ile	40	12,2
	Baba ile	4	1,2
Akraba Evliliği	Yok	293	89,1
	Var	36	10,9
Boşanma	Yok	304	92,4
	Var	25	7,6
Ailede Ölüm	Anne-Baba Yaşıyor	318	96,7
	Anne Vefat Etmiş	2	0,6
	Baba Vefat Etmiş	9	2,7

Katılımcıların soygeçmişte ruhsal hastalık olup olmamasına göre dağılımı; %45'inde (n=148) aile öyküsü varken %55'inde (n=181) aile öyküsü bulunmamaktadır. Katılımcı grubunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olanlar %34 (n=112), depresyon tanısı olanlar %6.4 (n=21), özgül fobi tanısı olanlar %1.2 (n=4), anksiyete bozukluğu tanısı olanlar %22.2 (n=73), davranım bozukluğu tanısı olanlar %0.6 (n=2), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu tanısı olanlar %8.5 (n=28), obsesif kompulsif bozukluğu olanlar %7 (n=23), enkoprezis tanısı olanlar %0.6 (n=2), enürezis nokturna tanısı olanlar %1.8 (n=6), tik bozukluğu tanısı olanlar %2.4 (n=8), travma sonrası stres bozukluğu olanlar %1.2 (n=4), konuşma bozukluğu olanlar %2.4 (n=8), kekemelik tanısı olanlar %1.8 (n=6) konversiyon bozukluğu tanısı olanlar %0.3 (n=1), cinsel kimliğinden hoşnut olmama tanısı olanlar %0.6 (n=2), trikotilomani tanısı olanlar %0.6 (n=2), özgül öğrenme bozukluğu tanısı olanlar %19.5 (n=64) oranında bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Soygeçmişte Ruhsal Hastalık Öyküsü Varlığı ve Psikiyatrik Hastalık Tanılarına Göre Dağılımı

		n	%
Soygeçmişte Ruhsal Hastalık Öyküsü	(-)	148	45,0
	(+)	181	55,0
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu		112	34,0
Depresyon		21	6,4
Özgül Fobi		4	1,2
Anksiyete Bozukluğu		73	22,2
Davranım Bozukluğu		2	0,6
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu		28	8,5
Obsesif Kompulsif Bozukluk		23	7,0
Enkoprezis		2	0,6
Enürezis Nokturna		6	1,8
Tik Bozukluğu		8	2,4
Travma Sonrası Stres Bozukluğu		4	1,2
Konuşma Bozukluğu		8	2,4
Kekemelik		6	1,8
Konversiyon Bozukluğu		1	0,3
Cinsel Kimliğinden Hoşnut Olmama		2	0,6
Trikotillomani		2	0,6
Özgül Öğrenme Bozukluğu		64	19,5

Çalışmaya katılanların %67.8'inde (n=223) herhangi psikotrop ilaç kullanımı yokken, %31.9'u (n=105) en az bir psikotrop ilaç kullanıyordu. İlaç kullananların dağılımı ise; metilfedinat kullananlar %17.3 (n=57), atomoksetin kullananlar %3.6 (n=12), antipsikotik kullananlar %8.8 (n=29), seçici serotonin geri alım inhibitörü kullananlar %15.2 (n=50), duygudurum dengeleyici kullananlar %0.3 (n=1) ve diğer ilaç kullananlar (serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri) %0.6 (n=2) olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Psikotrop İlaç Kullanımına Göre Dağılımı

		n	%
Psikotrop İlaç Kullanımı	(-)	223	67.8
	(+)	105	31.9
Metilfedinat		57	17.3
Atomoksetin		12	3.6
Antipsikotik		29	8.8
Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü		50	15.2
Duygudurum Dengeleyici		1	0.3
Trisiklik Antidepresan		1	0.3
Diğer		2	0.6

Katılımcıların ÇADÖ-Y çocuk formunun alt ölçek değerlerinin minimum-maksimum değeri, medyan değeri ve ortalama değerleri hesaplanmıştır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt ölçeğinin minimum değeri 36, maksimum değeri 80, medyan değeri 53, ortalama değeri 54.7 ± 12.3 olarak hesaplanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeğinin minimum değeri 26, maksimum değeri 80, medyan değeri 48.5, ortalama değeri 50.02 ± 12.5 olarak hesaplanmıştır. Panik bozukluğu alt ölçeğinin minimum değeri 36, maksimum değeri 80, medyan değeri 51, ortalama değeri 54.49 ± 14.0 olarak hesaplanmıştır.

Sosyal fobi alt ölçeğinin minimum değeri 24, maksimum değeri 80, medyan değeri 46, ortalama değeri 47.17 ± 13.3 olarak hesaplanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk alt ölçeğinin minimum değeri 29, maksimum değeri 80, medyan değeri 53, ortalama değeri 53.41 ± 12.9 , depresyon alt ölçeğinin minimum değeri 29, maksimum değeri 80, medyan değeri 52, ortalama değeri 9.22 ± 6.7 olarak hesaplanmıştır.

Toplam anksiyete alt ölçeğinin minimum değeri 27, maksimum değeri 80, medyan değeri 50 ve ortalama değeri 52.44 ± 14.0 olarak hesaplanmıştır. Toplam anksiyete ve depresyon ölçeğinin minimum değeri 26 maksimum değeri 80, medyan değeri 51 ve ortalama değeri 53.01 ± 14.7 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5).

Katılımcıların ÇADÖ-Y ebeveyn formunun alt ölçek değerlerinin minimum-maksimum değeri, medyan değeri ve ortalama değerleri hesaplanmıştır. Ayrılık anksiyetesi alt ölçeğinin minimum değeri 36, maksimum değeri 80, medyan değeri 55, ortalama değeri 57.02 ± 13.8 olarak hesaplanmıştır.

Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeğinin minimum değeri 29, maksimum değeri 80, medyan değeri 51,0, ortalama değeri $54,23 \pm 13,2$ olarak hesaplanmıştır. Panik bozukluğu alt ölçeğinin minimum değeri 37, maksimum değeri 80, medyan değeri 52, ortalama değeri $56,97 \pm 14,2$ olarak hesaplanmıştır. Sosyal fobi alt ölçeğinin minimum değeri 28, maksimum değeri 80, medyan değeri 48, ortalama değeri $50,22 \pm 13,3$ olarak hesaplanmıştır. Obsesif

kompulsif bozukluk alt ölçeğinin minimum değeri 31, maksimum değeri 80, medyan değeri 54, ortalama değeri $56,82 \pm 12,9$ olarak hesaplanmıştır.

Depresyon alt ölçeğinin minimum değeri 31, maksimum değeri 80, medyan değeri 58, ortalama değeri $60,12 \pm 13,9$ olarak hesaplanmıştır. Toplam anksiyete alt ölçeğinin minimum değeri 28, maksimum değeri 80, medyan değeri 52,5 ve ortalama değeri $55,78 \pm 14,4$ olarak hesaplanmıştır. Toplam anksiyete ve depresyon ölçeğinin minimum değeri 27 maksimum değeri 80, medyan değeri 55 ve ortalama değeri $57,27 \pm 14,4$ olarak hesaplanmıştır. Ebeveyn formunda Ayrılık Anksiyete Bozukluğu T Skoru, Yaygın Anksiyete Bozukluğu T Skoru, Panik Bozukluk T Skoru, Sosyal Fobi T Skoru, Obsesif Kompulsif Bozukluk T Skoru, Depresyon T Skoru, Ebeveyn formu Total Anksiyete T Skoru, Total Anksiyete-Depresyon T Skoru, çocuk formuna göre anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Çocuk ve Ebeveyn Formunun Karşılaştırılması

	Çocuk Formu			Ebeveyn Formu			p
	Ort.±s.s.	Medyan	Min-Mak	Ort.±s.s.	Medyan	Min-Mak	
ÇADÖ-Y							
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu T Skoru	54,7±12,3	53,0	36-80	57,0±13,8	55,0	36,0-80	<.001 ^w
Yaygın Anksiyete Bozukluğu T Skoru	50,0±12,5	48,5	26-80	54,2±13,2	51,0	29,0-80	<.001 ^w
Panik Bozukluk T Skoru	54,5±14,0	51,0	36-80	57,0±14,2	52,0	37,0-80	<.001 ^w
Sosyal Fobi T Skoru	47,2±13,3	46,0	24-80	50,2±13,3	48,0	28,0-80	<.001 ^w
Obsesif Kompulsif Bozukluk T Skoru	53,4±12,9	53,0	29-80	56,8±12,9	54,0	31,0-80	<.001 ^w
Depresyon T Skoru	53,3±15,1	52,0	29-80	60,1±13,9	58,0	31,0-80	<.001 ^w
Total Anksiyete T Skoru	52,4±14,0	50,0	27-80	55,8±14,4	52,5	28,0-80	<.001 ^w
Total Anksiyete-Depresyon T Skoru	53,0±14,7	51,0	26-80	57,3±14,4	55,0	27,0-80	<.001 ^w
^w Wilcoxon test							

Belirgin mizaç özelliği gösteren katılımcı ebeveynlerinin; TEMPS-A mizaç değerlendirme ölçeğiyle değerlendirilen mizaç puanlarının minimum-maksimum değerleri, medyan değerleri ve dağılımı saptanmıştır. Ebeveynlerin depresif mizaç skorlarının medyan değeri 5, ortalama değeri $5,96 \pm 3,5$ olarak hesaplanmıştır. Depresif mizaç gösteren ebeveynler ise %4.9 (n=16)

oranında saptanmıştır. Ebeveyn siklotimik mizaç skorlarının medyan değeri 6, ortalama değeri 7.05 ± 4.7 olarak hesaplanmıştır. Siklotimik mizaç özelliğini gösteren ebeveynler ise %0.3 (n=1) oranında saptanmıştır. Ebeveynlerin hipertimik mizaç skorlarının medyan değeri 9, ortalama değeri 9.67 ± 4.6 olarak hesaplanmıştır. Hipertimik mizaç özelliği gösteren ebeveynler ise %0.6 (n=2) oranında saptanmıştır. Ebeveynlerin irritabl mizaç skorlarının medyan değeri 2, ortalama değeri 2.87 ± 3.1 olarak hesaplanmıştır. İrritabl mizaç gösteren ebeveynler ise %0.9 (n=3) oranında saptanmıştır. Ebeveynlerin aldığı anksiyöz mizaç skorlarının medyan değeri 5, ortalama değeri 6.11 ± 5.2 olarak hesaplanmıştır. Anksiyöz mizaç gösteren ebeveynler ise %3.6 (n=12) oranında saptanmıştır. Belirgin mizaç özelliği gösteren katılımcı ebeveynlerinin; TEMPS-A ile ölçülen mizaç puanlarının minimum-maksimum değerleri, medyan değerleri ve dağılımı Tablo 6’ de özetlenmiştir.

Tablo 6. Ebeveynlerin; TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Medyan Değerleri ve Dağılımı

	MEDYAN DEĞER	ORTALAMA DEĞER± SS	SAYI (YÜZDE%)
DEPRESİF MİZAÇ	5	5.96 ± 3.5	16(4.9%)
SİKLOTİMİK MİZAÇ	6	7.05 ± 4.7	1(0.3%)
HİPERTİMİK MİZAÇ	9	9.67 ± 4.6	2(0.6%)
İRRİTABL MİZAÇ	2	2.87 ± 3.1	3(0.9%)
ANKSİYÖZ MİZAÇ	5	6.11 ± 5.2	12(3.6%)

Katılımcı ebeveynlerinin SCL-90-R alt ölçeklerinin medyan değeri ve ortalama değerleri hesaplanmıştır. Somatizasyon alt ölçeği medyan değeri 0.7, ortalama değeri 0.85 ± 0.8 olarak hesaplanmıştır. Obsesif kompulsif alt ölçeğinin medyan değeri 0.7, ortalama değeri 0.9 ± 0.7 olarak hesaplanmıştır. Kişiler arası duyarlılık alt ölçeğinin medyan değeri 0.6, ortalama değeri 0.76 ± 0.7 olarak hesaplanmıştır. Depresyon alt ölçeğinin medyan değeri 0.6, ortalama değeri 0.84 ± 0.8 olarak hesaplanmıştır. Anksiyete alt ölçeğinin medyan değeri 0.3, ortalama değeri 0.56 ± 0.6 olarak hesaplanmıştır. Öfke alt ölçeğinin medyan değeri 0.3, ortalama değeri 0.55 ± 0.6 olarak hesaplanmıştır. Fobik düşünce alt ölçeğinin medyan değeri 0.1 ortalama değeri 0.34 ± 0.5 olarak hesaplanmıştır. Öfke alt ölçeğinin medyan değeri 0.34, ortalama değeri 0.34 ± 0.5 olarak hesaplanmıştır. Paranoid düşünce alt ölçeğinin medyan değeri 0.5, ortalama değeri 0.69 ± 0.7 olarak hesaplanmıştır. Psikotizm alt ölçeğinin medyan değeri 0.3, ortalama değeri 0.45 ± 0.5

olarak hesaplanmıştır. Ek madde alt ölçeği medyan değeri 0.9, ortalama değeri 1.02 ± 0.5 olarak hesaplanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcı Ebeveynlerin Belirti Tarama Ölçeği Puanlarının Medyan Değeri ve Ortalama Değerleri

SCL-90-R	MEDYAN DEĞER	ORTALAMA DEĞER± SS
Somatizasyon	0.7	0.85±0.8
Obsesif Kompulsif	0.7	0.9±0.7
Kişiler Arası Duyarlılık	0.6	0.76±0.7
Depresyon	0.6	0.84±0.8
Anksiyete	0.3	0.56±0.6
Öfke	0.3	0.55±0.6
Fobik Düşünce	0.1	0.34±0.5
Paranoid	0.5	0.69±0.7
Psikotizm	0.3	0.45±0.5
Ek Maddeler (uyku, iştah ve suçluluk)	0.9	1.02±0.5

Duygusal reaktifite indeksi çocuk ve ebeveyn formlarının medyan değerleri ve ortalama skorları hesaplanmıştır. Duygusal reaktifite indeksi çocuk formu medyan değeri 4, ortalama değeri 4.85 ± 3.3 olarak hesaplanmıştır. Duygusal reaktifite indeksi ebeveyn formu medyan değeri 5, ortalama değeri 5.14 ± 3.5 olarak hesaplanmıştır. Duygusal reaktifite indeksi çocuk ve ebeveyn formlarının medyan değerleri ve ortalama skorları tablo 8’ de belirtilmiştir.

Tablo 8. Duygusal Reaktifite İndeksi Çocuk ve Ebeveyn Formlarının Medyan Değerleri ve Ortalama Skorları

	MEDYAN DEĞERİ	ORTALAMA DEĞERİ± STANDART SAPMA
Duygusal Reaktifite İndeksi Çocuk Formu	4	4.85±3.3
Duygusal Reaktifite İndeksi Ebeveyn Formu	5	5.14±3.5

T-DSM-IV-Ö alt ölçeklerinin medyan ve ortalama skorları hesaplanmıştır. Dikkat eksikliği alt ölçeğinin medyan değeri 10, ortalama değeri 11.2 ± 7.1 olarak saptanmıştır. Aşırı hareketlilik-dürtüsellik alt ölçeğinin medyan değeri 7, ortalama değeri 9.17 ± 7 olarak saptanmıştır. Total dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik (Bileşik görünüm) alt ölçeği medyan değeri 18, ortalama değeri 20.34 ± 12.8 olarak saptanmıştır. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu alt ölçeğinin

medyan değeri 7, ortalama değeri 8.8±5.8 olarak saptanmıştır. Davranım bozukluğu alt ölçeğinin medyan değeri 2, ortalama değeri 2.55±2.6 olarak saptanmıştır. T-DSM-IV-Ö alt ölçeklerinin medyan ve ortalama skorları tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Turgay-DSM-IV’ e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeğinin Medyan ve Ortalama Değeri

	MEDYAN DEĞERİ	ORTALAMA DEĞERİ
Dikkat Eksikliği	10	11.2±7.1
Aşırı Hareketlilik- Dürtüsellik	7	9.17±7
Bileşik Görünüm	18	20.34±12.8
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	7	8.8±5.8
Davranım Bozukluğu	2	2.55±2.6

Çocuk duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı erkek cinsiyette 4,56±3,40, kız cinsiyette 5,15±3,25 olarak hesaplanmıştır. Çocukların bildirdiği irritabilite düzeylerinde cinsiyet açısından anlamlı fark gözlenmemiştir (p=0.148). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı 5,06±3,25 iken olmayanlarda 4,77±3,37 olarak hesaplanmıştır. DEHB tanısı olanlarda DEHB olmayanlara göre öz bildirim irritabilite düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.541) (Tablo 10).

Depresyon tanısı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı 6,71±3,16 iken, olmayanlarda 4,63±3,29 olarak hesaplanmıştır. Depresyon tanılı çocuklarda depresyon olmayanlara göre öz bildirim irritabilite düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.005) (Tablo 10). Anksiyete bozukluğu tanısı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı 5,64±3,41 iken olmayanlarda 4,55±3,27 olarak hesaplanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanılı çocuklarda anksiyete tanısı olmayanlara göre öz bildirim irritabilite düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.041) (Tablo 10). Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı 5,82±2,99 iken olmayanlarda 4,79±3,35 olarak hesaplanmıştır. KOKGB tanısı olanlarla olmayanlar arasında öz bildirim irritabilite düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.274) (Tablo 10).

Özgül öğrenme bozukluğu olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı 4,53±3,41 iken olmayanlarda 4,91±3,27 olarak bulunmuştur. ÖÖB tanısı olanlarla olmayanlar arasında öz bildirim irritabilite düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.641) (Tablo 10). Soygeçmişte ruhsal hastalığı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı 4,65±3,20 iken olmayanlarda 5,13±3,53 olarak hesaplanmıştır. Soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü

olanlarla olmayanlar arasında öz bildirim iritabilite düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.387$) (Tablo 10).

Psikotrop ilaç kullananlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $4,54\pm 3,00$ iken psikotrop ilaç kullanmayanlarda $5,00\pm 3,49$ olarak hesaplanmıştır. İlaç kullananlarla kullanmayanlar arasında öz bildirim iritabilite düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.465$) (Tablo 10).

Tablo 10. Duygusal Reaktifite İndeksinin Çocuk Formunun Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

	Duygusal Reaktifite İndeksi Çocuk Formu				
		N	Ort±SS	Mann Whitney U	P
Cinsiyet	ERKEK	104	4,56±3,40	4.545.000	.148
	KIZ	99	5,15±3,25		
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	YOK	149	4,77±3,37	3.798.000	.541
	VAR	54	5,06±3,25		
Depresyon	YOK	182	4,63±3,29	1.202.000	0.005
	VAR	21	6,71±3,16		
Anksiyete Bozukluğu	YOK	148	4,55±3,27	3.313.500	0.041
	VAR	55	5,64±3,41		
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	YOK	192	4,79±3,35	849.500	.274
	VAR	11	5,82±2,99		
Özgül Öğrenme Bozukluğu	YOK	169	4,91±3,27	2.728.000	.641
	VAR	34	4,53±3,41		
Soygeçmişte Ruhsal Hastalık Öyküsü	YOK	82	5,13±3,53	4607	0,387
	VAR	121	4,65±3,20		
Psikotrop İlaç Kullanımı	YOK	136	5,00±3,49	4270	0,465
	VAR	67	4,54±3,00		

Ebeveyn duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı erkek cinsiyette $5,09\pm 3,50$, kız cinsiyette $5,21\pm 3,55$ olarak hesaplanmıştır. Ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeylerinde cinsiyet açısından anlamlı fark gözlenmemiştir ($p=0.822$). DEHB tanısı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $6,13\pm 3,55$ iken olmayanlarda $4,64\pm 3,45$ olarak hesaplanmıştır. DEHB tanısı olanlarda, DEHB olmayanlara göre ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$) (Tablo11). Depresyon tanısı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $6,52\pm 3,23$ iken, olmayanlarda $5,06\pm 3,55$ olarak hesaplanmıştır. Depresyon tanısı olanlarda depresyon olmayanlara göre ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeyi

arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.58$) (Tablo11). Anksiyete bozukluğu tanısı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $5,64\pm3,41$ iken olmayanlarda $4,55\pm3,27$ olarak hesaplanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı olanlarda ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$) (Tablo11). Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $8,75\pm2,51$ iken olmayanlarda $4,81\pm3,44$ olarak hesaplanmıştır. KOKGB tanısı olanlarda ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeyi KOKGB olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$) (Tablo11). ÖÖB tanısı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $5,39\pm3,79$ iken ÖÖB olmayanlarda $5,09\pm3,49$ olarak hesaplanmıştır. ÖÖB tanısı olanlarda ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeyi ile ÖÖB olmayanların iritabilite düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.647$) (Tablo11). Soygeçmişte ruhsal hastalığı olanlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $5,71\pm3,55$ iken olmayanlarda $4,45\pm3,42$ olarak hesaplanmıştır. Soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü bulunmayanlara göre ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$) (Tablo11). Psikotrop ilaç kullananlarda duygusal reaktifite indeksi ortalama puanı $5,72\pm3,44$ iken psikotrop ilaç kullanmayanlarda $4,88\pm3,57$ olarak hesaplanmıştır. Psikotrop ilaç kullananlarda ilaç kullanmayanlara göre ebeveynin bildirdiği iritabilite düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.037$) (Tablo 11).

Tablo 11. Duygusal Reaktifite İndeksinin Ebeveyn Formunun Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

	Duygusal Reaktifite İndeksi Ebeveyn Formu				
		N	Ort±SS	Mann Whitney U	P
Cinsiyet	ERKEK	187	5,09±3,50	13.086.000	.822
	KIZ	142	5,21±3,55		
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	YOK	216	4,64±3,45	9.200.000	<.001
	VAR	112	6,13±3,55		
Depresyon	YOK	307	5,06±3,55	2.431.000	.058
	VAR	21	6,52±3,23		
Anksiyete Bozukluğu	YOK	255	4,67±3,47	6.012.500	<.001
	VAR	73	6,84±3,30		
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	YOK	300	4,81±3,44	1.603.000	<.001
	VAR	28	8,75±2,51		
Özgül Öğrenme Bozukluğu	YOK	264	5,09±3,49	8.137.500	.647
	VAR	64	5,39±3,79		
Soygeçmişte Ruhsal Hastalık Öyküsü	YOK	148	4,45±3,42	10618,5	0.001
	VAR	181	5,71±3,55		
Psikotrop İlaç Kullanımı	YOK	223	4,88±3,57	10044,5	0,037
	VAR	105	5,72±3,44		

Ebeveyn duygusal reaktifite indeksi ile çocuk duygusal reaktifite indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($p<.001$) (Tablo12).

Tablo 12. Duygusal Reaktifite İndeksi Ebeveyn Formu ile Çocuk Formu Arasındaki İlişki

		Duygusal Reaktifite İndeksi Çocuk Formu
Duygusal Reaktifite İndeksi Ebeveyn Formu	r	0,497
	p	<.001
Spearman Korelasyon		

Çocuk duygusal reaktifite indeksi ortalama değeri $4,85\pm3,3$ ve medyan değeri 4,0 olarak bulunurken ebeveyn duygusal reaktifite indeksi ortalama değer $5,14\pm3,5$ ve medyan değeri 5,0 olarak bulunmuştur. İki testin ortalama değerleri arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,351$) (Tablo13).

Tablo13. Duygusal Reaktifite İndeksi Ebeveyn Formu ile Çocuk Formunun Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çocuk Formu		Ebeveyn Formu		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
Duygusal Reaktifite İndeksi	4,85 ± 3,3	4,0	5,14 ± 3,5	5,0	0,351 ^w

^w Wilcoxon test

TEMPS-A depresif mizaç skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı-hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm (toplam dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 14).

TEMPS-A siklotimik mizaç skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı-hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm (toplam dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 14).

TEMPS-A hipermitik mizaç skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı-hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm (toplam dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik), karşıt

olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p>0.05$) pozitif korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 14).

TEMPS-A irritabl mizaç skoru ile T-DSM- IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm (toplam dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 14).

TEMPS-A anksiyöz mizaç skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm (toplam dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği ile Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

	TEMPS-A				
	Depresif Mizaç	Siklotimik Mizaç	Hipertimik Mizaç	İrritabl Mizaç	Anksiyöz Mizaç
T-DSM-IV-Ö					
Dikkat Eksikliği	r 0,231	0,169	0,000	0,130	0,223
	p <.001	0.002	0,996	0.019	<.001
Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik	r 0,191	0,205	0,101	0,163	0,202
	p <.001	<.001	0,068	0.003	<.001
Bileşik Görünüm	r 0,241	0,211	0,043	0,158	0,241
	p <.001	<.001	0,442	0.004	<.001
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	r 0,292	0,265	0,006	0,252	0,317
	p <.001	<.001	0,916	<.001	<.001
Davranım Bozukluğu	r 0,165	0,178	0,056	0,210	0,207
	p 0.003	0.001	0,310	<.001	<.001

Spearman Korelasyon

SCL-90-R somatizasyon skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir. (Tablo 15)

SCL-90-R obsesif kompulsif skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<0.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir. (Tablo 15)

SCL-90-R kişiler arası duyarlılık skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir. (Tablo 15)

SCL-90-R depresyon skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 15).

SCL-90-R anksiyete skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 15).

SCL-90-R öfke skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 15).

SCL-90-R fobik anksiyete skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 15).

SCL-90-R paranoid düşünce skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 15).

SCL-90-R psikotizm skoru ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo15).

Tablo 15. Belirti Tarama Ölçeği Skorları ile Turgay-DSM-IV' e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

		T-DSM-IV-Ö				
		Dikkat Eksikliği	Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik	Bileşik Görünüm	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	Davranım Bozukluğu
SCL-90-R						
Somatizasyon	r	0,207	0,224	0,244	0,339	0,234
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Obsesif Kompulsif	r	0,262	0,218	0,272	0,356	0,240
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Kişiler arası duyarlılık	r	0,213	0,186	0,227	0,344	0,225
	p	<.001	0.001	<.001	<.001	<.001
Depresyon	r	0,244	0,196	0,250	0,334	0,218
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Anksiyete	r	0,222	0,210	0,241	0,340	0,195
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	0.001
Öfke	r	0,157	0,188	0,190	0,295	0,226
	p	0.005	0.001	0.001	<.001	<.001
Fobik anksiyete	r	0,218	0,226	0,253	0,324	0,244
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Paranoid Düşünce	r	0,192	0,185	0,214	0,310	0,221
	p	0.001	0.001	<.001	<.001	<.001
Psikotizm	r	0,171	0,186	0,199	0,274	0,185
	p	0.002	0.001	<.001	<.001	0.001
Ek Maddeler	r	0,228	0,142	0,199	0,233	0,134
	p	<.001	0,013	<.001	<.001	0.018

Spearman Korelasyon

Duygusal reaktivite indeksi çocuk formu ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 16).

Duygusal reaktivite indeksi ebeveyn formu ile T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Duygusal Reaktifite İndeksi ile Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

	T-DSM-IV-Ö				
	Dikkat Eksikliği	Aşırı Hareketlilik -Dürtüsellik	Bileşik Görünüm	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	Davranım Bozukluğu
Duygusal Reaktivite İndeksi					
Çocuk Formu	r 0,270	0,304	0,312	0,439	0,334
	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Ebeveyn Formu	r 0,456	0,529	0,543	0,752	0,499
	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001

Spearman Korelasyon

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) ayrılık anksiyetesi bozukluğu T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) yaygın anksiyete bozukluğu T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) panik bozukluğu T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) sosyal fobi T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) obsesif kompulsif bozukluk T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) depresyon T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) total anksiyete T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

ÇADÖ-Y (ebeveyn formu) total anksiyete-depresyon T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) ile Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

	T-DSM-IV-Ö					
	Dikkat eksikliği	Aşırı Hareketlilik-dürtüsellik	Bileşik Görünüm	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	Davranım Bozukluğu	
ÇADÖ-Y (Ebeveyn Formu)						
Ayrılık Anksiyetesi	r	0,218	0,251	0,253	0,300	0,125
Bozukluğu T Skor	p	<.001	<.001	<.001	<.001	0.035
Yaygın Anksiyete	r	0,223	0,221	0,249	0,350	0,121
Bozukluğu T Skor	p	<.001	<.001	<.001	<.001	0.042
Panik Bozukluk T Skor	r	0,235	0,263	0,280	0,380	0,206
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Sosyal Fobi T Skor	r	0,356	0,197	0,326	0,380	0,136
	p	<.001	0.001	<.001	<.001	0.021
Obsesif Kompulsif Bozukluk T Skor	r	0,189	0,248	0,243	0,423	0,251
	p	0.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Depresyon T Skor	r	0,483	0,336	0,466	0,598	0,309
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Total Anksiyete T Skor	r	0,319	0,283	0,342	0,461	0,199
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	0.001
Total Anksiyete-Depresyon T Skor	r	0,374	0,306	0,387	0,511	0,230
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001

ÇADÖ-Y (çocuk formu) ayrılık anksiyete bozukluğu T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenirken, davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($p=0,170$) (Tablo 18).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) yaygın anksiyete bozukluğu T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo18).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) panik bozukluk T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 18).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) sosyal fobi T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, bileşik görünüm, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmişken, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p>0.05$) korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 18).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) obsesif kompulsif bozukluk T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenirken, aşırı hareketlilik-dürtüsellik skoru arasında ise anlamlı ($p>0.05$) korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 18).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) depresyon T skoru ile T-DSM-IV-Ö; dikkat eksikliği, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenirken, aşırı hareketlilik-dürtüsellik skoru arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) ile Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

		T-DSM-IV-Ö				
		Dikkat eksikliği	Aşırı Hareketlilik - Dürtüsellik	Bileşik Görünüm	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	Davranım Bozukluğu
ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)						
Ayrılık Anksiyete Bozukluğu T Skor	r	0,172	0,130	0,168	0,179	0,082
	p	0.004	0.029	0.005	0.003	0,170
Yaygın Anksiyete Bozukluğu T Skor	r	0,228	0,129	0,207	0,253	0,144
	p	<.001	0.030	<.001	<.001	0.015
Panik Bozukluk T Skor	r	0,169	0,141	0,181	0,287	0,248
	p	0.004	0.018	0.002	<.001	<.001
Sosyal Fobi T Skor	r	0,266	0,093	0,212	0,206	0,106
	p	<.001	0,119	<.001	0.001	0,077
Obsesif Kompulsif Bozukluk T Skor	r	0,128	0,088	0,126	0,234	0,152
	p	0.032	0,140	0.035	<.001	0.011
Depresyon T Skor	r	0,205	0,113	0,193	0,385	0,230
	p	0.001	0,059	0.001	<.001	<.001
Total Anksiyete T Skor	r	0,239	0,136	0,219	0,298	0,195
	p	<.001	0.023	<.001	<.001	0.001
Total Anksiyete-Depresyon T Skor	r	0,235	0,135	0,218	0,337	0,215
	p	<.001	0.024	<.001	<.001	<.001
Spearman Korelasyon						

TEMPS-A depresif mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (çocuk formu); ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p < 0.05$) pozitif korelasyon gözlenirken, sosyal fobi, panik bozukluk ve depresyon T skoru ile anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

TEMPS-A siklotimik mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (çocuk formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total

anksiyete ve total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p>0.05$) korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 19).

TEMPS-A hipertimik mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (çocuk formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p>0.05$) korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 19).

TEMPS-A irritabl mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (çocuk formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p>0.05$) korelasyon gözlenmezken, obsesif kompulsif bozukluk T soru arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 19).

TEMPS-A anksiyöz mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (çocuk formu); yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo19).

Tablo 19. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) İle TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği Skorları Arasındaki İlişki

		TEMPS-A				
		Depresif Mizaç	Siklotimik Mizaç	Hipertimik Mizaç	İrritabl Mizaç	Anksiyöz Mizaç
ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)						
Ayrılık Anksiyete Bozukluğu T Skor	r	0,122	0,074	-0,009	-0,054	0,114
	p	0.041	0,215	0,879	0,370	0,056
Yaygın Anksiyete Bozukluğu T Skor	r	0,153	0,071	0,037	0,094	0,179
	p	0.010	0,237	0,534	0,118	0.002
Panik Bozukluk T Skor	r	0,107	0,054	-0,062	0,067	0,174
	p	0,072	0,367	0,303	0,261	0.003
Sosyal Fobi T Skor	r	0,116	0,042	0,017	0,021	0,119
	p	0,052	0,480	0,772	0,722	0.047
Obsesif Kompulsif Bozukluk T Skor	r	0,154	0,118	0,079	0,135	0,161
	p	0.010	0,051	0,188	0.024	0.007
Depresyon T Skor	r	0,111	0,086	-0,051	0,039	0,175
	p	0,064	0,152	0,393	0,514	0.003
Total Anksiyete T Skor	r	0,147	0,066	0,023	0,055	0,170
	p	0.013	0,269	0,701	0,363	0.004
Total Anksiyete-Depresyon T Skor	r	0,150	0,071	0,000	0,052	0,181
	p	0.012	0,232	0,994	0,389	0.002

TEMPS-A depresif mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total

anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 20). TEMPS-A siklotimik mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 20). TEMPS-A hipertimik mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn Formu) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p>0.05$) korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 20). TEMPS-A irritable mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 20). TEMPS-A anksiyöz mizaç skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) Skorları ile TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği Skorları Arasındaki İlişki

		TEMPS-A				
		Depresif Mizaç	Siklotimik Mizaç	Hipertimik Mizaç	İrritable Mizaç	Anksiyöz Mizaç
ÇADÖ-Y (Ebeveyn Formu)						
Ayrılık Anksiyete Bozukluğu T Skor	r	0,251	0,229	0,070	0,125	0,248
	p	<.001	<.001	0,238	0.036	<.001
Yaygın Anksiyete Bozukluğu T Skor	r	0,319	0,273	0,064	0,221	0,338
	p	<.001	<.001	0,282	<.001	<.001
Panik Bozukluk T Skor	r	0,283	0,257	0,007	0,198	0,328
	p	<.001	<.001	0,912	0.001	<.001
Sosyal Fobi T Skor	r	0,360	0,310	0,064	0,237	0,352
	p	<.001	<.001	0,279	<.001	<.001
Obsesif Kompulsif Bozukluk T Skor	r	0,272	0,252	0,060	0,170	0,311
	p	<.001	<.001	0,313	0.004	<.001
Depresyon T Skor	r	0,348	0,214	-0,067	0,201	0,372
	p	<.001	<.001	0,257	0.001	<.001
Total Anksiyete T Skor	r	0,357	0,302	0,070	0,230	0,386
	p	<.001	<.001	0,239	<.001	<.001
Total Anksiyete-Depresyon T Skor	r	0,384	0,302	0,030	0,236	0,411
	p	<.001	<.001	0,612	<.001	<.001

Duygusal reaktivite indeksi çocuk formunda irritabilite skoru ile ebeveyn depresif mizaç, siklotimik mizaç, hipertimik mizaç, irritabl mizaç skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamışken ($p>0,05$), anksiyöz mizaç skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,02$) (Tablo 21).

Duygusal reaktivite indeksi ebeveyn formunda irritabilite skorları ile depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuşken ($p<0,05$). hipertimik mizaç arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0,556$) (Tablo 21)

Tablo 21. Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk ve Ebeveyn formu ile TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

		TEMSP-A				
		Depresif Mizaç	Siklotimik Mizaç	Hipertimik Mizaç	İrritabl Mizaç	Anksiyöz Mizaç
Duygusal Reaktivite İndeksi						
Çocuk Formu	r	0,111	0,111	-0,084	0,098	0,213
	p	0,117	0,115	0,232	0,166	0,002
Ebeveyn Formu	r	0,260	0,237	0,033	0,230	0,289
	p	<.001	<.001	0,556	<.001	<.001

Spearman Korelasyon

Duygusal reaktivite indeksi (çocuk formu) irritabilite skorları ile SCL-90 alt ölçekler; somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunamazken ($p>0,05$) obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 22).

Duygusal reaktivite indeksi (ebeveyn formu) irritabilite skorları ile SCL-90 alt ölçekler; somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<.001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk ve Ebeveyn Formu ile Belirti Tarama Ölçeği Arasındaki İlişki

		Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk Formu	Duygusal Reaktivite İndeksi Ebeveyn Formu
SCL-90-R			
Somatizasyon	r	0,069	0,310
	p	0,333	<.001
Obsesif Kompulsif	r	0,147	0,351
	p	0.039	<.001
Kişiler arası duyarlılık	r	0,118	0,305
	p	0,099	<.001
Depresyon	r	0,159	0,342
	p	0.025	<.001
Anksiyete	r	0,199	0,336
	p	0.005	<.001
Öfke	r	0,107	0,302
	p	0,136	<.001
Fobik anksiyete	r	0,119	0,290
	p	0,097	<.001
Paranoid Düşünce	r	0,042	0,273
	p	0,555	<.001
Psikotik Semptom	r	0,110	0,244
	p	0,125	<.001
Ek Maddeler	r	0,076	0,217
	p	0,289	<.001

Duygusal reaktivite indeksi çocuk formu ile ÇADÖ-Y (Çocuk Formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 23).

Duygusal reaktivite indeksi ebeveyn formu ile ÇADÖ-Y (Çocuk Formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Duygusal Reaktivite İndeksi ile Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) Arasındaki İlişki

		Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk Formu	Duygusal Reaktivite İndeksi Ebeveyn Formu
ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)			
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu T Skor	r	0,221	0,270
	p	0.002	<.001
Yaygın Anksiyete Bozukluğu T Skor	r	0,220	0,306
	p	0.002	<.001
Panik Bozukluk T Skor	r	0,209	0,375
	p	0.003	<.001
Sosyal Fobi T Skor	r	0,167	0,346
	p	0.017	<.001
Obsesif Kompulsif Bozukluk T Skor	r	0,281	0,397
	p	<.001	<.001
Depresyon T Skor	r	0,322	0,529
	p	<.001	<.001
Total Anksiyete T Skor	r	0,267	0,413
	p	<.001	<.001
Total Anksiyete-Depresyon T Skor	r	0,292	0,458
	p	<.001	<.001

Spearman Korelasyon

Duygusal reaktivite indeksi çocuk formu ile ÇADÖ-Y (Ebeveyn Formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 24).

Duygusal reaktivite indeksi ebeveyn formu ile ÇADÖ-Y (Ebeveyn Formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk ve Ebeveyn Formu ile Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) Arasındaki İlişki

		Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk Formu	Duygusal Reaktivite İndeksi Ebeveyn Formu
ÇADÖ-Y (Ebeveyn Formu)			
Ayrılık Anksiyetesi	r	0,344	0,175
Bozukluğu T Skor	p	<.001	0.003
Yaygın Anksiyete	r	0,417	0,215
Bozukluğu T Skor	p	<.001	<.001
Panik Bozukluk T Skor	r	0,403	0,247
	p	<.001	<.001
Sosyal Fobi T Skor	r	0,333	0,180
	p	<.001	0.002
Obsesif Kompulsif	r	0,408	0,194
Bozukluk T Skor	p	<.001	0.001
Depresyon T Skor	r	0,460	0,294
	p	<.001	<.001
Total Anksiyete T Skor	r	0,464	0,256
	p	<.001	<.001
Total Anksiyete-Depresyon	r	0,495	0,274
T Skor	p	<.001	<.001

Spearman Korelasyon

SCL-90-R somatizasyon skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R obsesif kompulsif bozukluk skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R kişiler arası duyarlılık skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R depresyon skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R anksiyete skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, total anksiyete-depresyon T skorları arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R öfke skoru ile ÇADÖ-Y (ebeveyn formu); obsesif kompulsif bozukluk T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler skoru ile ÇADÖ-Y alt ölçekler (ebeveyn formu); ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler skoru ile ÇADÖ-Y alt ölçekler (ebeveyn formu) yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

SCL-90-R psikotizm skoru ile ÇADÖ-Y alt ölçekler (ebeveyn formu) yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, total anksiyete, total anksiyete-depresyon T skoru arasında anlamlı ($p<.001$) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Belirti Tarama Ölçeği Skorları İle Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ebeveyn Formu) Arasındaki İlişki

	SCL-90												
	Somatizasyon	Obsesif	Kompulsif	Kişiler arası	duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Öfke	Fobik anksiyete	Paranoid	Düşünce	psikotizm	Ek Maddeler
ÇADÖ-Y- T Scor (Ebeveyn Formu)													
AyrılıkAnksiyetesi	r 0,303	0,284	0,278	0,291	0,280	0,181	0,259	0,251	0,302	0,219			
Bozukluğu	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0,003	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Yaygın Anksiyete	r 0,349	0,390	0,367	0,388	0,377	0,255	0,345	0,347	0,358	0,262			
Bozukluğu	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Panik Bozukluk	r 0,374	0,329	0,331	0,329	0,345	0,245	0,308	0,292	0,348	0,266			
	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Sosyal Fobi	r 0,311	0,377	0,407	0,417	0,346	0,298	0,345	0,393	0,358	0,364			
	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Obsesif Kompulsif	r 0,319	0,350	0,345	0,361	0,334	0,223	0,286	0,315	0,347	0,245			
Bozukluk	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Depresyon	r 0,377	0,365	0,374	0,398	0,392	0,286	0,367	0,358	0,369	0,303			
	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Total Anksiyete	r 0,384	0,406	0,411	0,420	0,398	0,292	0,367	0,382	0,412	0,340			
	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Total Anksiyete-	r 0,413	0,425	0,436	0,449	0,424	0,316	0,400	0,411	0,437	0,362			
Depresyon	p <.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Spearman													
Korelasyon													

ÇADÖ-Y (çocuk formu) ayrılık anksiyetesi T skoru ile SCL-90-R; somatizasyon, depresyon, fobikanksiyete arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). ÇADÖ-Y (çocuk formu) ayrılık

anksiyetesi T skoru ile; SCL-90-R obsesif kompulsif, kişiler arası duyarlılık, anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo26).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) yaygın anksiyete T skoru ile SCL-90-R; depresyon, fobik anksiyete, obsesif kompulsif, anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). ÇADÖ-Y (çocuk formu) yaygın anksiyete T skoru ile; SCL-90-R somatizasyon, kişiler arası duyarlılık alt ölçeği, öfke ve ek madde alt ölçek skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) panik bozukluk T skoru ile SCL-90-R; somatizasyon, depresyon, fobik anksiyete, obsesif kompulsif alt ölçeği, anksiyete alt ölçeği, paranoid düşünce alt ölçeği, psikotizm alt ölçeği ve ek madde alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) panik bozukluk T skoru ile; SCL-90-R kişiler arası duyarlılık alt ölçeği ve ek madde skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) sosyal fobi T skorları ile SCL-90-R obsesif kompulsif, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde alt ölçek skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$). ÇADÖ-Y(çocuk formu) panik bozukluk T skoru ile SCL-90-R somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, öfke ve fobik anksiyete alt ölçeği skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) obsesif kompulsif alt ölçeği T skoru ile SCL-90 somatizasyon, obsesif kompulsif alt ölçeği, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde alt ölçek skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 26).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) depresyon alt ölçeği T skoru ile SCL-90; somatizasyon, obsesif kompulsif alt ölçeği, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$). ÇADÖ-Y (çocuk formu) depresyon alt ölçeği T skoru ile ; SCL-90-R öfke ve ek madde skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) toplam anksiyete alt ölçeği T skoru ile SCL-90-R; somatizasyon, obsesif kompulsif alt ölçeği, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde alt ölçek skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). ÇADÖ-Y (çocuk formu) toplam anksiyete alt ölçeği T skoru ile; SCL-90-R öfke alt ölçeği skoru arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır($p>0,05$) (Tablo 26).

ÇADÖ-Y (çocuk formu) toplam anksiyete-depresyon alt ölçeği ile SCL-90-R; somatizasyon, obsesif kompulsif alt ölçeği, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete,

paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$). ÇADÖ-Y (çocuk formu) toplam anksiyete-depresyon alt ölçeği SCL-90-R öfke alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır($p>0,05$) (Tablo26).

Tablo 26. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Çocuk Formu) Skorları ile Belirti Tarama Ölçeği Arasındaki İlişki

	SCL-90										
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif	Kişiler arası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Öfke	Fobik anksiyete	Paranoid Düşünce	psikotizm	Ek Maddeler	
ÇADÖ-Y Alt Ölçekler											
(Çocuk Formu) - T Skor											
AyrılıkAnksiyetesi	r	0,142	0,096	0,090	0,124	0,119	0,019	0,158	0,053	0,119	0,036
Bozukluğu	p	0.019	0,118	0,139	0.042	0,051	0,755	0.009	0,388	0,052	0,561
YaygınAnksiyete	r	0,082	0,179	0,119	0,173	0,163	0,079	0,148	0,122	0,156	0,111
Bozukluğu	p	0,179	0.003	0,051	0.004	0.008	0,198	0.015	0.046	0.010	0,069
Panik Bozukluk	r	0,154	0,195	0,108	0,131	0,137	0,091	0,169	0,151	0,152	0,118
	p	0.011	0.001	0,077	0.032	0.024	0,137	0.005	0.013	0.013	0,055
Sosyal Fobi	r	0,102	0,177	0,117	0,162	0,136	0,076	0,119	0,147	0,165	0,149
	p	0,096	0.004	0,056	0.008	0.026	0,216	0,051	0.016	0.007	0.015
Obsesif Kompulsif	r	0,136	0,206	0,176	0,221	0,196	0,152	0,184	0,235	0,196	0,179
Bozukluk	p	0.026	0.001	0.004	<.001	0.001	0.013	0.002	<.001	0.001	0.003
Depresyon	r	0,157	0,160	0,146	0,162	0,161	0,063	0,162	0,156	0,154	0,113
	p	0.010	0.009	0.017	0.008	0.008	0,308	0.008	0.011	0.012	0,066
Total Anksiyete	r	0,148	0,207	0,138	0,188	0,172	0,087	0,175	0,168	0,187	0,138
	p	0.016	0.001	0.024	0.002	0.005	0,154	0.004	0.006	0.002	0.024
TotalAnksiyete-Depresyon	r	0,151	0,209	0,148	0,191	0,174	0,087	0,181	0,175	0,189	0,135
	p	0.014	0.001	0.015	0.002	0.004	0,157	0.003	0.004	0.002	0.028

Spearman Korelasyon

5. TARTIŞMA

Sosyodemografik Veriler ve Ailesel Özellikler

Çalışmaya 6-18 yaş grubu çocuk ve ergenler ile aileleri dahil edildi. Çocuklarda irritabilitenin hem ebeveyn bildiriminde hem de ergen özbildirimindeki düzeyi ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi araştırıldı. Hem ebeveyn hem de ergen tarafından bildirilen irritabilite skorlarında cinsiyet açısından fark bulunmamıştır. Benzer şekilde genel popülasyonda irritabilite düzeyini inceleyen bir çalışmada da cinsiyet açısından fark bulunmamıştır³⁵. Bununla birlikte adölesan depresyonunda irritabilitenin genetik bağlantısını ve fenotipik özelliklerle ilişkisini inceleyen bir ikiz çalışmasında ise, kızlarda irritabilite düzeyinin erkeklerden daha yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur¹⁰². Her iki çalışmada da irritabilite düzeyi yaşla birlikte azalırken, bu çalışmada yaşla irritabilite düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmanın genel popülasyonda yapılmamış olması, kesitsel nitelikte ve örneklemin aktif şikayeti olan kliniğe başvuran çocuklardan oluşması yaşla irritabilite düzeyinin ilişkisinin olmamasını açıklayabilir.

Kliniğe başvuran hastaların dosya tarama yöntemiyle ulaşılan klinik tanılarıyla irritabilite düzeyi arasında ilişki incelenmiştir. DEHB tanısı olanların DEHB olmayanlara göre ebeveyn bildiriminde irritabilite toplam puanı daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çocuk özbildiriminde DEHB tanısı olanlar daha yüksek irritabilite skoru belirtirken, istatistiksel olarak DEHB tanısı olanlarla olmayanlar arasında irritabilite düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

İrritabilite DEHB’de tanısal bir belirti olmamasına rağmen kliniğe çok sık oranda başvuru sebeplerinden biridir. Emosyon disregülasyonunun geniş bir tanımına dahil edildiğinde ise irritabilitenin DEHB’li çocuklarda görülme oranı %25-45 düzeylerine ulaşır²⁰¹.

Yapılan çalışmalarda DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde irritabilite varlığı depresyon ile, daha küçük yaşlarda ise anksiyete ile ilişkili bulunmuştur⁹⁸. DEHB’ye anksiyete ve depresyon eşlik etmediğinde çocuklar irritabilite düzeyini daha az bildirebilirler. İrritabilite hem dışa yönelim hem de içe yönelim bozukluklarında sık görülen bir belirtidir. Ayrıca DEHB’de en sık eşlik eden tanı KOKGB’dir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda KOKGB’nin irritabl alt tipi tanımlanmaktadır. Ebeveynler tarafından KOKGB semptomları gibi dışavurum belirtileri çocuklara kıyasla daha sık bildirilmektedir. Bütün bu sebepler irritabilite düzeyinin ergen bildirimine kıyasla ebeveyn tarafından daha çok bildirilmesini açıklayabilir.

Çalışmada depresyon tanılı çocuklarda depresyon olmayanlara göre ebeveynin bildirdiği irritabilite düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken, çocuk ergen özbildiriminde depresyon

tanısı olanlarda irritabilite puanı daha yüksek olup, anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda depresyon tanı kriterlerini taşıyan gençlerde başlıca depresif duygudurum % 58,7 gibi yüksek oranda hakim olmaktadır. Depresif ve irritabl duygudurum % 35,6 iken tek başına irritabl duygudurum daha az %5.7 oranda görülmektedir². Ayrıca irritabl duygudurum depresyon tanılı çocuklarda erişkinlere göre daha sık görülmektedir. Klinikte çocukların içe yönelim bozukluklarını ebeveynlerinden daha iyi bildirdikleri gözlenmektedir²⁰². İrritabilitenin içe yönelim bozukluklarıyla ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, ebeveynler depresyonda olan gençlerde irritabiliteyi gençlere oranla daha düşük düzeyde bildirmiş olabilirler.

Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu tanısı olanlar ile olmayanlar arasında hem ergen özbildirim hem de ebeveyn irritabilite skorlarında anlamlı fark bulunmuştur. Genel popülasyonda ebeveynler çocuklarının semptomlarının daha az farkında olurlar²⁰³. Çünkü çocuklarında ruhsal hastalık varlığını beklemezler. Fakat klinik popülasyonda özellikle semptomları hakkında bilgi vermeyen ya da aksini iddia eden gençler bulunmaktadır. Bununla birlikte ebeveynleri çocuklar hakkında daha fazla kaygılanıp çocuklarının daha yakından duygu ve davranışlarını gözlemlemektedirler²⁰³. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada çeşitli toplumlarda klinik örnekleme genel popülasyona göre ebeveyn ve çocuk bildirimlerindeki uyumunun daha fazla olduğu gösterilmiştir²⁰³. Anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerde kaçınma, aşırı bağıllık, güvence isteme, somatik yakınmalar sık görülen davranış kalıpları arasındadır. Ebeveynler bu ve benzeri aile ve okul işleyişini de etkileyen, dışarıdan farkedilen davranışsal ifadeleri bildirmekte daha iyi olabilirler^{117,204,205}. Bu nedenle çocukların semptomları incelenirken ebeveyn ve çocuk arasındaki tutarsızlıkların, farklı bakış açılarının, motivasyonların ve bilgi veren kişinin özelliklerinin bağlamı kapsamında değerlendirilmesi gerekir²⁰⁶.

Bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde olan başka bir çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuklarda Duygusal Reaktivite İndeksi¹¹¹ kullanılarak hem özbildirim hem de ebeveyn tarafından bildirilen irritabilite düzeyi, sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde ve işlevsellikte daha fazla bozulmayla ilişkili bulunmuştur. İrritabilite ve anksiyete arasındaki ilişkinin patofizyolojisinin incelenmesi, prognoz ve tedavi üzerine etkilerini incelemek için gelecek araştırmalara ihtiyaç vardır²⁰⁷.

Bu çalışmada KOKGB tanısı olanlarda ebeveyn formunda irritabilite düzeyi KOKGB tanısı olmayanlara göre daha yüksek olup anlamlı fark saptanırken, çocuk ergen formunda fark saptanmamıştır. DRİ'nin hem çocuk hem de ebeveyn formu kullanılarak ortalama yaşı 10.7 olan YDDB, KOKGB tanılı çocuklar ve benzer yaş grubundan sağlıklı kontrollerle yapılan bir çalışmada, KOKGB ve YDDB tanılı ergenler arasında özbildirim irritabilite düzeyleri

açısından fark saptanmamıştır. Ayrıca KOKGB tanısı olanlarla sağlıklı ergenler arasında da aynı şekilde öz bildirim irritabilite düzeyleri açısından fark saptanmamıştır. YDDB tanılı gençlerle sağlıklı kontroller arasında ise öz bildirim irritabilite düzeyleri YDDB tanılı çocuklarda daha yüksek olup, aralarında anlamlı fark bulunmuştur. Aynı çalışmanın ebeveyn bildiriminde ise en yüksek irritabilite puanı YDDB tanılı çocuklar alırken, KOKGB tanılı olan çocukların da irritabilite düzeyi sağlıklı kontrollerden daha yüksek olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlar bu yaş grubunda irritabilite konusunda öz farkındalığın sınırlı olduğu anlamına gelebilir²⁰⁸. Yapılan çalışmalarda KOKGB'nin irritabl alt tipi tanımlanmaktadır. Bu tip; sık sık kontrol kaybı, alınganlık gösterme ve kolay kızma, öfkeli kırgın içerlemiş ve gücenik gibi kendini göstermektedir²⁰⁹. Başka bir araştırmada KOKGB'nin irritabl alt tipinin; hem eş zamanlı hem de daha sonra ortaya çıkabilecek olan içe atım bozukluklarıyla ilişkisi açıklanmıştır²¹⁰. KOKGB'de irritabiliteyi değerlendirirken DEHB'de olduğu birden fazla kaynaktan (öğretmen, ebeveyn, çocuk ve gencin kendisi)¹² bilgi almak faydalı olabilir.

Özgül Öğrenme Bozukluğu, yaşa göre eğitim becerilerinin beklenenden daha düşük olduğu, okul veya meslek hayatı ile ilgili günlük aktiviteleri büyük ölçüde etkileyen bir durumdur²¹¹. ÖÖB'de psikiyatrik eş tanı varlığı yüksek oranda görülmektedir. Toplum temelli yapılan bir araştırmada ÖÖB tanısı olan çocukların %30'unda davranışsal ve emosyonel problemlerin olduğu gösterilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda eş tanı sıklığı %30 iken, klinik çalışmalarda %62.5 gibi yüksek oranlarda görülmektedir^{212,213}. Beitchman ve ark (1997) yaptığı çalışmada DEHB %10-60 arasında ÖÖB'ye eşlik etmektedir. Bunun yanında depresyon, anksiyete bozukluğu, KOKGB, DB de sık görülen eştanılar arasındadır. Literatüre bakıldığında ÖÖB ve irritabilite ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmaya katılanların %19.5'i (n=64) ÖÖB tanısı almıştır. Hem ebeveyn hem de çocuk formunda ölçülen irritabilite skorlarıyla ÖÖB tanısı alanlarla olmayanlar arasında fark bulunamamıştır. Bununla birlikte ÖÖB tanılı çocuk ve gençlerde DEHB'nin yüksek oranda görülmesi ve irritabilitenin DEHB'de depresyon gelişimi riski açısından yatkınlık oluşturduğu göz önüne alındığında, ÖÖB ve DEHB birlikteliğinde irritabilitenin depresyon ve diğer içe yönelim bozuklukları için belirleyici olup olmadığı konusunda çalışmalara ihtiyaç duyulacaktır.

Çalışmada ebeveynlere ayrıca ailede psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında sorular soruldu. Ebeveyndeki yaşam boyu hastalık öyküsünün yanı sıra çocuğun diğer birinci ve ikinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık öyküsünü de içerecek şekilde bilgi alındı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre irritabilite skorlarında ebeveyn bildiriminde daha yüksek skorlar gözlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, çocuk öz bildiriminde anlamlı fark bulunamamıştır. DEHB tanılı çocuklarda irritabilitenin

depresyonla ilişkisini inceleyen bir çalışmada, ebeveynler tarafından bildirilen irritabilite skorları ailede depresyon öyküsü ile ilişkili bulunmuştur⁹⁸. Ayrıca başka bir çalışmada çocuklarda KOKGB'nin irritabl alt tipinin maternal depresyon tanısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur²⁵. Toplum temelli bir kohort çalışmasında şiddetli irritabilite gösteren çocukların annelerinde tekrarlayan depresyon öyküsü bulunmuştur⁶⁸. Bu çalışmada çocuklarda irritabilite düzeyinin ebeveynlerinkinin tersine aile öyküsündeki psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olmamasının nedeni olarak ebeveynlerin öz bildiriminde geriye dönük bilgi vermedeki eksiklikler, hatırlama güçlükleri, söylenen tanıların doğruluklarının teyit edilmemesi, spesifik bir tanıya yönelik (örneğin depresyon) ilişkiye bakılamamış olması, birinci ve ikinci derece akraba ayırımının yapılamamış olması sayılabilir.

Çalışmaya alınan çocukların %31.9'u (n=105) psikotrop ilaç kullanmaktaydı. Psikotrop ilaç kullananların ilaç kullanmayanlara göre, irritabilitenin ebeveyn bildiriminde daha yüksek skorlar gözlenip anlamlı fark saptanırken, çocuk bildiriminde anlamlı fark saptanmamıştır. Klinisyenler daha çok irritabiliteye eşlik eden tanıların tedavisini yapmaya yönelmektedirler⁹². Bir çalışmada DEHB semptomlarını hedef alan tedavilerin irritabilitenin tedavisinde de faydalı olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte irritabilite varlığının DEHB tedavisinden alınan yanıtı azaltmadığı gösterilmiştir¹⁴⁴. Yakın zamanlı bir çalışmada ise DEHB ve YDDB birlikteliğinde, uzun etkili metilfenidat tedavisinin çocuk ve ergenlerin bildirdiği irritabilite düzeyinde azalmada ılımlı düzeyde bir etkisi olduğu, ebeveynlerinin çocuklarında bildirdiği emasyon regülasyonunda iyileşmede ise daha büyük bir etki düzeyinin olduğu bulunmuştur²¹⁵. Bir gözden geçirme çalışması hem YDB tanılı çocuklarda irritabilite tedavisinde hem de depresyon tanılı çocuklardaki irritabilite ve agresyon gibi davranışsal belirtilerin tedavisinde SSGİ'lerin etki büyüklüğünün küçük olduğunu bulmuştur¹⁴⁰.

Çocuklarda anksiyete bozuklukları ve depresyon skorlarının, ebeveyn ve çocuk bildirimlerinin karşılaştırılması

Çalışmada çocuk öz bildirim ÇADÖ-Y alt ölçek puanları (ayrılık anksiyetesi bozukluğu, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete, toplam anksiyete ve toplam anksiyete- depresyon puanları) ebeveyn formundaki puanlardan anlamlı olarak daha düşük bulundu. Klinisyenler çocuklarda anksiyete ve depresyonun tanımlanmasında genellikle yetişkinlerden alınan bilgiye başvurmaktadırlar. Fakat çocuk ve ergenlerden doğrudan bilgi alınmadan içe atım semptomlarının değerlendirilmesi sınırlı olmaktadır. Ebeveynler çocuklarının duygularının, düşüncelerinin ve içe dönük belirtilerinin farkında olmayabilirler. Bu da bir kısım çocuğun sağlık hizmetinden yoksun kalmasına sebep

olabilir. Bununla birlikte araştırmalar, çocukluk çağında emosyonel bozuklukların değerlendirilmesinde çoklu bilgi veren yaklaşımın önemini vurgulamaktadır²¹⁶. Çocuklar içsel sıkıntılarının daha farkında olabilir ve semptomların kendileri üzerindeki ciddiyetini/etkisini daha iyi tanımlayabilirler. Bununla birlikte, ebeveynler, kaçınma davranışı, güvence isteme, aşırı bağlılık ve aile ve okul işleyişı üzerindeki etkiler gibi dışarıdan farkedilen davranışsal ifadeleri bildirmekte daha iyi olabilirler^{117,204,205}.

Anksiyete, çocukları sosyal olarak hoş karşılanan cevap vermeye itebilir. Semptomlarını doğru anlama ve aktarma yeteneğinden yoksun bırakabilir²¹⁷. Bu nedenle, ebeveyn bilgisine başvurmak, çocuğun kaygı ve depresif belirtilerinin çeşitliliğini ve derinliğini anlamak için kritik öneme sahiptir. Ayrıca bir çalışmada ailedeki psikolojik sorunların, özellikle annede depresyon tanısı ve sosyal desteğin az olmasının anksiyete semptomları bildiriminde ebeveyn ve çocuk uyumunu azalttığı gösterilmiştir²¹⁸.

Literatürde ebeveynlerden çocuk hakkında alınan bildirimlerin tanıyla daha fazla ilişkili olduğunu öneren bazı kanıtlar mevcuttur²¹⁹. Bununla birlikte bazı çalışmalarda çocuk-ebeveyn uyum oranının ebeveynin kendi psikiyatrik semptomlarıyla ilişkili olduğunu önermiştir²²⁰. Yani çocukların semptomlarını olduğundan daha az bildirmelerinin ebeveyn beyanını daha güvenilir hale getirirebileceği ya da ebeveynin kendi psikopatolojisi nedeniyle çocuklarının semptomlarını abartılı şekilde sunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuklarda irritabilite düzeyinin ebeveyn ve çocuk bildirimlerinin karşılaştırılması

Bu çalışmada irritabilite toplam puanında ebeveyn ile çocuk bildirimleri arasında anlamlı farklılık gözlenmemiş olup, ayrıca istatistiksel anlamda pozitif korelasyon bulunmuştur. J. Stoddard ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı olan gençlerde, hem ebeveyn hem de çocuğun bildirdiği irritabilite düzeyinin, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur²⁰⁷. İrritabiliteye bağlı işlevsellikte bozulma ise anksiyete bozukluğu olan gençlerde sağlıklı kontrollere göre daha fazla gözlenmiştir²⁰⁷. Ayrıca ŞDDB ve bipolar bozukluk tanılı çocuklar kendilerinde, ailelerinin değerlendirmelerinden daha düşük düzeyde irritabilite bildirilmektedir. Bunun ŞDDB ve bipolar bozukluk tanılı gençlerin duygu tanıma ile ilgili yetersizliklerinden kaynaklanabileceği düşünölmüştür. Ayrıca bipolar bozukluk ve ŞDDB tanılı gençlerin anksiyete bozukluğu tanılı ve sağlıklı gençlere oranla yüzden duygu tanımada daha fazla zorlanma yaşadığı gösterilmiştir^{222,223}. ŞDDB ve bipolar bozukluk tanılı çocuk ve ergenler kendilerinde duyguları tanımlamada ve bildirmede sorun yaşıyor olabilirler. Klinik popölyasyonlarda irritabilite değerlendirilirken, klinisyenler ve araştırmacılar hem ebeveyn bildirimini hem de özbildirimi dikkate almalıdır, çünkü genellikle davranışsal ve

emosyonel semptomların ebeveyn ve öz bildirim raporu hem genel hem de klinik popülasyonlarda farklı sonuçlanabilmektedir²⁰⁷.

Ebeveyn affektif mizaç tiplerinin çocuk psikopatolojisiyle ilişkisi

Affektif mizaç tipleri belli bir psikopatoloji olarak sayılmaması ve tedavi gerektirmemesine rağmen psikopatolojilerin subklinik varyantı olarak kabul edilebilirler. Araştırmalar ebeveyn mizaç ve kişilik özelliklerinin ebeveynlik tutumlarında, inanç ve uygulamalarında ve çocukların davranışlarında payı olduğu ve bu her iki değişkenin de aile sistemine etkidiğini göstermiştir³⁰⁻³².

Maternal depresyon, özellikle erken çocukluk döneminde, çocukların olumsuz davranışları için önemli risk faktörleri arasındadır. Depresyonda olan annelerin çocuklarında uyum problemleri riski fazla olmakla birlikte emosyonel ya da davranışsal sorunları olan çocukların annelerinin depresyonu da içerecek şekilde annelik işlevinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur²²⁴. Ebeveyn psikopatolojisi, kalıtım, ebeveynlik tarzı aile sistemine etkiyerek çocuklarda yıkıcı davranım bozukluğu sebepleri arasında bulunur²²⁵⁻²²⁸.

Literatürde çocuk mizacıyla yıkıcı davranım sorunları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar fazla olmakla birlikte ebeveyn mizacını içeren çalışmalar daha az sayıdadır. DEHB’de ebeveyn mizaç özellikleri ile yıkıcı davranım bozukluğu arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada DEHB tanılı, ilaç kullanmayan 542 çocuk ve ebeveyni değerlendirilmiş. TEMPS-A mizaç ölçeği kullanılarak ebeveyn mizaç özellikleri ölçülmüştür. Maternal anksiyöz ve irritabl mizaç ile paternal siklotimik mizacın KOKGB skorlarıyla, maternal depresif mizaç ve paternal siklotimik mizacın ise DB skorlarıyla ilişkili bulunduğu gösterilmiştir³⁴.

Bu çalışmada ise ebeveyn anksiyöz, siklotimik, irritabl ve depresif mizaç skorlarıyla çocuk dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve impulsivite, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu skorlarıyla anlamlı ilişki gösterilirken hipertimik mizaç skorlarıyla ise ilişki gözlenmemiştir.

Affektif mizaç özellikleri aylar ve yıllar içinde kişilere tekrar test edildiğinde sadece aktif psikopatolojiye dayalı olarak skorlar hafif dalgalanmakla birlikte çok az değişkenlik gösterir. Özellikle duygudurum bozukluklarından depresyon hastalarında anksiyöz, irritabl ve siklotimik mizacın TEMPS-A ile ölçülen skorları yüksek bulunmaktadır^{229,230}. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerinde anksiyete ve depresyon tanısı olan çocukların, sağlıklı ebeveyni olan çocuklara kıyasla anksiyete bozukluğu geliştirme ihtimali daha fazla bulunmaktadır²³¹⁻²³⁷.

Bu çalışmada ebeveyn anksiyöz ve depresif mizaç puanları, ÇADÖ-Y’nin hem ebeveyn hem de çocuk formunda anksiyete ve total anksiyete-depresyon skorları ile ilişkili bulunmuştur.

Affektif mizaç tiplerinin psikopatolojilerin subklinik varyantı olarak düşünüldüğünde; ebeveynlerde anksiyöz ve depresif mizacın varsayımsal olarak çocuklarda anksiyete bozuklukları ve depresyon ile ilişki olduğu düşünülebilir.

Çocuklarda irritabilitenin psikopatolojiyle ilişkisi

Duygusal Reaktivite İndeksi hem çocuk hem de ebeveyn anketlerinde toplam irritabilite skoru ile dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, toplam dikkat eksikliği ve hiperaktivite, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu skorları arasında anlamlı pozitif ilişki gözlenmiştir. Şiddetli ve epizodik olmayan irritabilite YDDB'nin tanımlayıcı bir belirtisidir¹³¹. Ayrıca irritabilite DEHB ve KOKGB'de de sıklıkla görülür⁸⁵. Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak DEHB, KOKGB ve DB skorları ile irritabilite arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Benzer şekilde Stringaris ve arkadaşları yaptıkları çalışmada DRİ ile ölçülen irritabilitenin, Güçler ve Güçlükler Anketi²³⁸ alt ölçek skorlarıyla (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, sosyal davranış, duygusal sorunlar) olumlu yönde ilişki gösterdiğini, yalnızca gençlerin öz bildirim ölçeğinde belirtilen akran sorunları kısmı ile ilişkisinin olmadığını bulmuştur¹¹¹. Bir metaanaliz çalışmasında kronik irritabilitenin, gelecekte KOKGB tanısının önemli bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur¹⁰⁰.

Yapılan çalışmalarda irritabilite çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve davranış bozukluğu ile ilişkili bulunmaktadır^{25,86,209}. Bugüne kadar yapılan birçok çalışmada klinik açıdan önemli olan irritabilitenin genel olarak anksiyete bozukluklarında özellikle de aynı zamanda tanı kriterlerinden biri de olduğu için YAB'de sık görüldüğünü bildirmektedir²³⁹⁻²⁴². Başka bir çalışmada şiddetli duygurumu düzenleyememe bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanısı olan gençlerle psikopatolojisi olmayan gençlerin hem öz bildirim hem de ebeveyn bildirimindeki irritabilite düzeyleri karşılaştırılmıştır. Psikopatolojisi olmayan gençlerin ve ebeveynlerinin bildirdiği irritabilite düzeyi, anksiyete bozukluğu tanısı olan gençlerin ve ebeveynlerinin bildirimindeki irritabilite düzeyinden daha düşük seviyede bulunmuştur. ŞDDB tanısı olan gençler ise öz bildirimlerinde ebeveynlerine kıyasla irritabilite düzeyini daha düşük bildirmişlerdir. Anksiyete bozukluğu olan gençler ve ebeveynlerinin ise irritabilite değerlendirmesi açısından aralarında fark bulunmamıştır²⁰⁷. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hem ebeveyn hem de çocuk ve ergen ÇADÖ-Y formu anksiyete ve depresyon skorlarıyla, ebeveyn ve çocuk tarafından bildirilen irritabilite düzeylerinde anlamlı ilişki bulunmuştur. ÇADÖ-Y ve DRİ arasındaki ilişkiye bakıldığında zaman depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek gençlerin daha fazla irritabilite belirtisi gösterdiği düşünülebilir. Kronik irritabilitenin gençlerde yüksek düzeyde işlevsellikte bozulmaya sebep olduğu⁵⁰ ve intihar için

önemli bir risk faktörü olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir^{4,8,9}. Tüm bu etkileri göz önüne alındığında klinisyenlerin depresyon ve anksiyete bozukluğu olan gençlerde irritabilitenin işlevsellik ve psikopatoloji üzerine etkisini araştırmasının tedavi ve klinik gidişat açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca irritabilite ile kliniğe başvuran gençlerde anksiyete ve depresyon varlığını araştırmak da önem arz etmektedir.

Çocuk anksiyete ve depresyon skorlarının dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu skorlarıyla ilişkisi

İstatistiksel psikiyatri modellerinde komorbid psikiyatrik bozukluklar erişkinde ve çocukta içe yönelim ve dışa yönelim bozuklukları şeklinde iki geniş banda ayrılır^{243,244}. Dışa yönelim spektrumu saldırganlık, davranış sorunları, karşıt olma, hiperaktivite ve dikkat problemleri dahil olmak üzere çeşitli dışa odaklanmış davranışsal belirtiler içerirken; içe yönelim spektrumu, kaygı içeren çeşitli aşırı inhibe edilmiş veya içsel odaklı semptomlar içerir; korku, üzüntü/depresyon, sosyal çekilme ve somatik şikayetler gibi. Bu alanlar arasındaki belirgin farklılığa rağmen, çocuklarda yapılan birçok çalışma birbirleriyle pozitif olarak korele bulmaktadır^{245,246}. Epidemiyolojik araştırmaların çoğu, çocuk psikopatolojisinin prevalansına sadece kesitsel bir bakış açısı sunduğundan, eş tanılığın zaman içinde nasıl geliştiği açık değildir. Dışsallaştırma ve içselleştirme alanları arasındaki eşanlılığın, zaman içinde artması mümkündür. Çünkü ilk semptomlar, diğer alandan ek semptomların gelişmesi için risk faktörleri haline gelir ve zaman içinde birikim göstererek yeni bir patoloji ortaya çıkar. Bununla birlikte davranışsal genetik model ise hem içe yönelim hem de dışa yönelim bozukluklarının eş zamanlı olarak ortaya çıktığını, ortak genetik yapı nedeniyle komorbiditenin zaman içinde stabil kaldığını belirtmiştir^{247,248}. Bu çalışmada da literatürle uyumlu şekilde ÇADÖ-Y hem ebeveyn hem de çocuk formunda alt ölçek skorları ile dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, bileşik görünüm, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir.

Çocuklarda irritabilite düzeyinin ebeveyn affektif mizaç tipleri ve ebeveyn psikopatoloji skorlarıyla ile ilişkisi

Genetik ve aile öyküsünde psikopatoloji varlığı irritabilite patofizyolojisi üzerinde araştırılan konulardan olmaktadır. İrritabilitenin kalıtımı, unipolar depresyon ve anksiyete bozukluğuna benzer oranlarda yaklaşık %30-40 oranındadır²⁰⁻²².

Yapılan çalışmalarda maternal depresyon ve çocuk irritabilitesi arasında boylamsal karşılıklı ilişki olduğu görülmüştür^{26,66}. Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada depresif mizacın unipolar

depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur¹⁶⁵. Literatürde ebeveyn mizacı ile çocuk irritabilitesi ilişkisini inceleyen kesitsel ve uzunlamasına çalışma bulunmamaktadır.

Karam ve arkadaşlarının affektif mizaç özellikleri ve ruhsal bozukluk tanıları arasındaki ilişkiyi araştırdığı epidemiyolojik çalışmada siklotimik, depresif, anksiyöz, irritabl mizaç özellikleri ile psikopatolojiler arasında anlamlı pozitif ilişki saptanırken, hipertimik mizaç özellikleri ile negatif yönde ilişki bulunmuştur²⁴⁹. Ayrıca ruhsal bozuklukların sayısı, hipertimik mizaç skorlarında yüksek puan alan hastalarda anlamlı derecede azalırken diğer mizaç türlerinden yüksek puan alanlarda artmıştır²⁴⁹. İritabilitenin patofizyolojisinde tutarsız ebeveyn davranışı ve ailede depresyon öyküsünün bulunması önemli genetik ve çevresel faktörlerdendir. Yapılan çalışmalarda ebeveynde depresyon öyküsü olması ebeveynin çocuğuna karşı davranışında negatif yönde tutum izlemesine sebep olmaktadır²⁵⁰. Ayrıca ebeveyn davranış stili ve çocuklarda psikopatoloji semptomları arasındaki ilişki iki yönlü olmakta ve birbirini karşılıklı etkilemektedir²⁵¹⁻²⁵³.

Literatürde depresif mizaç depresyon tanısıyla ilişkili iken, anksiyöz mizaç ise anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur^{254,255}. Yapılan çalışmalarda anksiyöz ve depresif ebeveynlerin psikopatolojisi olmayan ebeveynlere kıyasla çocuklarında daha fazla klinik semptom bildirdiği gösterilmiştir²⁵⁶⁻²⁶⁰. Anksiyöz ve depresif ebeveyn beyanlarının yorumlanması hakkında iki farklı varsayım öne çıkmaktadır. İlki ebeveynlerin kendi negatif yanlılığı sebebiyle semptomları olduğundan daha fazla bildirmeleridir²⁶¹. İkinci varsayım ise depresif ebeveynlerin çocuklarının kaygı veya depresyonla ilgili semptomatolojisini değerlendirmede daha hassas olduğunu açıklamaktadır. Bu, depresyondaki kişilerin “üzgün ama daha bilgili” denilen, depresif olmayan insanlardan daha doğru ve gerçekçi yargılarda bulunduğunu gösteren depresyon-gerçekçilik etkisiyle desteklenir^{262,263}.

Akiskal, hipertimik mizaç ve daha az oranda siklotimik mizaç tiplerinin bipolar-I bozukluğunda, siklotimik mizacın daha fazla oranda bipolar-II bozukluğunda ve depresyonda, depresif mizaç tipinin ise unipolar depresyonda görüldüğünü bildirmiştir^{165,264}. Anksiyöz mizaç ve depresif mizacın olarak sık birlikte görüldüğü ve ortak bir kalıtımı olduğu düşünülmektedir^{156,198}. Özellikle duygudurum bozukluklarından depresyon hastalarında anksiyöz, irritabl ve siklotimik mizacın TEMPS-A ile ölçülen skorları yüksek bulunmaktadır^{229,230}.

Bu çalışmada Duygusal Reaktivite İndeksi ebeveyn formunda bildirilen irritabilite skorlarıyla, ebeveyn anksiyöz, depresif, irritabl ve siklotimik mizaç puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Çocuk ve ergen formunda ise irritabilite puanları yalnız ebeveyn anksiyöz mizaçla anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir. Hem ebeveyn hem de çocuk

formunda bildirilen irritabilite düzeyi ile ebeveyn hipertimik mizaç puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Literatürde hipertimik mizaç özellikleri gösteren kişilerin daha az ruhsal bozukluk gösterdiği bulunmuştur. Ruhsal bozukluğu olmayan ebeveynlerin ise çocuklarını daha yansız olarak değerlendirme eğiliminde oldukları görülmüştür. Hipertimik mizaçlı ebeveynlerde daha az psikopatoloji bulunması çocukların semptomlarını daha doğru şekilde değerlendirmeleri ile ilişkili olabilir. İrritabilitenin patofizyolojisinde önemli genetik ve çevresel etkilerden biri ebeveynde depresyon öyküsü bulunmasıdır. Hipertimik mizaçlı ebeveynlerin depresyon da dahil daha az psikopatoloji göstermeleri çocuklarda irritabilite düzeyinin daha düşük olmasını açıklayabilir.

Bu çalışmada ebeveynde anksiyöz mizaç skorları ile hem ebeveyn hem de çocuğun bildirdiği irritabilite skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Whaley ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anksiyöz annelerin anne-çocuk etkileşimlerinde daha az sıcak ilişki kurduklarını, çocuklarına daha az özerklik verdiğini ve depresif belirtiler kontrol ettikten sonra bile sağlıklı annelere kıyasla daha eleştirel ve yıkıcı davrandıkları göstermiştir²⁶⁵. Başka bir çalışmada ebeveyn kaygısının ebeveynlik uygulamaları üzerindeki olumsuz etkisini ortaya koymuştur²⁶⁶. Ebeveynlerde anksiyöz mizacın anksiyete ve depresyon tanılarıyla ilişkisi ve ebeveyn davranış stilleri üzerine olan olumsuz etkisi göz önünde bulundurulduğunda bu ebeveynlerin çocuklarında irritabilitenin yüksek düzeyde görülebileceği düşünülebilir. Kendini irritabl olarak tanımlayan çocuklarda ebeveyn anksiyöz mizaç özellikleri dikkate alınmalıdır. Aksine çocuklarını irritabl gören ebeveynlerde ise siklotimik, depresif, anksiyöz, irritabl mizaç durumlarının irritabilite değerlendirmesini genel olarak etkilediğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Çocuk ve gençlerde irritabilitenin yönetiminde patofizyolojide de önemli bir yeri olan tutarsız ebeveyn davranışlarına yönelik ebeveyn yönetimi eğitimi önemli bir yer almaktadır. Ebeveyn davranış stilini belirleyen önemli unsurlardan biri de mizaç olarak görülmektedir. Ayrıca ebeveynler mizaçları ve psikopatolojileri doğrultusunda çocuklarını abartılı veya tam tersine daha hassas bir şekilde değerlendirebilirler. Ebeveyn mizaç unsurlarının göz önünde bulundurulmasının klinisyenlere çocuklarda irritabilitenin yönetimi konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada çocuk ve ebeveynleri tarafından bildirilen irritabilite düzeyi ile ebeveynlerdeki psikopatoloji skorları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Çocuk öz bildirim irritabilite düzeyi ile ebeveyn anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Bununla birlikte ebeveyn tarafından bildirilen çocuk irritabilite düzeyi ile ebeveyn depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif, paranoid

düşünceler, fobik anksiyete, öfke, somatizasyon, psikotizm, ek maddeler (uyku, iştah, suçluluk) skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir.

Bir çalışmada okul öncesi dönemdeki çocuklarda görülen irritabilitenin, ailede anksiyete ve depresyon öyküsü ile bağlantılı olduğu bulunmuştur²⁶⁷. Benzer şekilde Krieger ve arkadaşları (2013) 6-12 yaş arası çocuklarda yaptığı çalışmada KOKGB'nin irritabl alt tipinin ailede depresyon öyküsü ile ilişkili olduğunu bulmuştur²⁵. Bu bulgular gençlerde görülen irritabilitenin yaşamın ilerleyen yıllarında ortaya çıkan anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu^{52,268} ve irritabilitenin duygudurum ve anksiyete bozuklukları ilişkisi dahilinde kavramsallaştırmasını destekler niteliktedir. Yetişkinlerde yapılan ikiz çalışmasına dayalı olarak Stringaris ve arkadaşları (2012) irritabilite ve depresyon arasındaki ilişkinin ortak genlerle açıklandığını bulmuşlardır¹⁰². Bu bilgi ebeveynde depresyon ve anksiyete tanısı ile erken dönemde çocukta görülen irritabilitenin arasındaki ilişkiyi belirleyen mekanizmaları araştırmak için önem taşır. Mevcut çalışmada da literatürle uyumlu olarak ebeveyn psikopatolojisinin çocuklarda gözlenen irritabilite ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ebeveyn psikopatolojisi ve irritabilite arasındaki ilişkiye başka bir yönden bakılacak olduğunda davranış sorunları olan çocukların anneleri, sağlıklı çocukların annelerine kıyasla daha yüksek stres belirtip, ebeveynlik vasfından daha az memnuniyet duymaktadırlar²⁶⁹. Stres, ebeveynlerde irritabilite ve olumsuz eleştirme davranışını öngörebilir²⁷⁰. Bu da ebeveynlerin hem kendi hem de çocuklarının davranışlarını olduğundan daha olumsuz görmelerine neden olabilir. Bu olumsuz ebeveyn algısı çocuklarda karşıt etki olarak hatalı davranışların gelişmesiyle ilişkili bulunmuştur^{271,272}. Başka bir deyişle ebeveynin bildirdiği ve çocukta gözlenen olumsuz davranışların tutarsızlığın yüksek olması ailenin yardıma ihtiyacı olduğunun göstergesi olabilir.

Ebeveyn pskiopatoloji - çocuk psikopatoloji skorlarının birbiriyle ilişkisi

Ruhsal bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına kıyasla anksiyete bozukluğu gelişme riski daha yüksek olarak bulunmuştur²³¹⁻²³⁷. Bu çocuklar aynı zamanda depresyon ve davranışsal bozukluklar, okul problemleri, artan tıbbi ilaç kullanımı, ruh sağlığı birimlerine müracaat ve sürekli tedavi gereksinimi açısından da önemli bir risk altındadır^{231,232,234,235,273,274}. Ayrıca, hem ailede hem de toplumda işlevselliklerinde azalma gözlenir²⁷⁵. Bir çalışmada ebeveyn özbidirimlerindeki anksiyete ve depresyon semptomlarının eş zamanlı olarak çocuklarda anksiyete bozukluğu tanısı alma ile ilişkili olduğu bulunmuştur²⁷⁶. Bu çalışmada ise ebeveyn ÇADÖ-Y alt ölçek (ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, total anksiyete, total anksiyete ve depresyon) skorları ile ebeveyn SCL-90-R alt

ölçek [depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif, paranoid düşünceler, fobik anksiyete, öfke, somatizasyon, psikotizm, ek maddeler (uyku, iştah, suçluluk)] skorlarının arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Çocuk formunda ise benzer şekilde anksiyete bozuklukları alt skorları, total anksiyete, total anksiyete-depresyon skorları, ebeveynde SCL-90-R alt ölçek skorlarıyla ilişkili bulunurken yalnızca öfke semptomu skoruyla ilişkili bulunmamıştır. Bununla birlikte ÇADÖ-Y obsesif kompulsif bozukluk skoruyla ebeveynde öfke skoru ilişkili bulunmuştur. Ebeveynlerin semptomları çocuklarda psikopatoloji gelişimi için yatkınlık oluşturabildiği gibi, çocukların semptomları da ebeveynlerinde anksiyete ve depresyon ortaya çıkarabilir ya da arttırabilir. Psikopatolojilerin nesiller arası aktarımında çevresel etkilerin ve genetik mekanizmaların katkısının karmaşık olmasına karşın, ebeveyn psikopatolojisi ile çocukta ruhsal bozukluk gelişimi arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir^{277,278-281}. Literatürde DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin, DEHB tanısı olmayan çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek oranlarda depresyon ve DEHB'yi de içerecek şekilde psikopatoloji gösterdiği bulunmuştur²⁸²⁻²⁸⁵. Ayrıca bazı çalışmalarda DEHB'ye KOKGB veya DB eşlik eden çocukların ebeveynlerinin, yalnızca DEHB tanılı çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek oranda psikopatolojiye sahip oldukları gösterilmiştir²⁸⁴⁻²⁸⁸.

Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak ebeveyn SCL-90-R alt ölçek skorlarıyla, çocuk dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, bileşik görünüm, KOKGB ve DB skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. DEHB olan çocukları değerlendirirken, klinisyenler için ebeveyn ruh sağlığı sorunlarının sıklığının farkında olmaları önemli olabilir²⁸⁹. Özellikle ebeveynin ruhsal sağlık sorunları varsa, ailelerin karşılaştıkları çoklu zorlukları göz önüne almak da önemli olabilir. Randomize kontrollü çalışmalarda depresyon tanısı olan ebeveynlerin tedavi edildikten sonra çocuklarında davranım problemlerinde iyileşme gözlenmiştir²⁹⁰. Bir başka açıklama olarak ise çocuğun ebeveyn ruh sağlığı üzerine doğrudan etkisi olabilir. Yapılan çalışmalarda çocukta DEHB semptomları tedavi edildikten sonra anne-çocuk ilişkisinin iyileştiği görülmüştür²⁹¹

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

- Hem ebeveyn hem de çocuk ve ergen tarafından bildirilen iritabilite skorlarında çocukların yaş ve cinsiyeti açısından fark bulunmamıştır.
- Çocukta depresyon olması durumunda çocuklar ebeveynlerinden daha yüksek iritabilite düzeyi tariflemişlerdir. DEHB, KOKGB, psikotrop ilaç kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması durumunda ise ebeveynler, çocuklardan daha fazla iritabilite düzeyi bildirmişlerdir.
- Çocuklarda anksiyete bozukluğu tanısında, anksiyete bozukluğu olmayanlara göre hem ebeveyn hem de çocuk öz bildiriminde iritabilite düzeyi daha yüksek bildirilmiştir.
- Hem ebeveyn hem de çocuk formunda ölçülen iritabilite toplam puanında ÖÖB tanısı alanlarla almayanlar arasında fark bulunmamıştır.
- Çocuklarda görülen iritabilitenin değerlendirilmesi açısından ebeveyn bildirim ve çocuk öz bildirim arasında fark bulunmamış olup, anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır.
- Ebeveyn anksiyöz, siklotimik, iritabl ve depresif mizaç özelliklerinin olması durumunda çocukta dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve impulsivite, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu semptomları daha fazla görülmekteyken, ebeveyn hipertimik mizaç özellikleriyle bu semptomlar arasında ilişki saptanmamıştır.
- İritabilite düzeyi arttıkça dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu semptomlarının da arttığı gözlenmiştir. İritabilite bulunan bireylerde, genel popülasyona göre artmış emosyonel bozukluk ve depresyon riski göz önünde bulundurulduğunda DEHB'li çocuklarda iritabilite varlığını belirlemek eş tanı olasılıklarını değerlendirmek açısından faydalı olabilir.
- Depresyon ve anksiyete semptomlarını fazla bildiren gençlerde iritabilite düzeyi daha yüksek olarak görülmektedir. Klinisyenlerin depresyon ve anksiyete bozukluğu olan gençlerde iritabilitenin işlevsellik ve psikopatoloji üzerine etkisinin araştırmasının tedavi ve klinik gidişatı açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca aynı şekilde iritabilite ile kliniğe başvuran gençlerde anksiyete ve depresyon varlığını belirlemek de önem arz etmektedir.
- Ebeveyn anksiyöz, siklotimik, iritabl ve depresif mizaç özellikleri arttıkça çocuklarda dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve impulsivite, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu semptomları daha fazla görülmektedir. Hipertimik mizaç özellikleri ile ise ilişki gözlenmemiştir. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine yıkıcı davranım bozukluğu

semptomlarıyla başvuran çocukların değerlendirilmesinde ebeveyn mizaç özelliklerini incelemenin prognoz ve tedavi yönetimi açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

- Ebeveynin anksiyöz ve depresif mizaç özelliklerinin olması durumunda, çocukta anksiyete ve depresyon semptomları daha fazla gözlenmektedir. Affektif mizaç tipleri psikopatolojilerin subklinik varyantı olarak düşünüldüğünde, anksiyöz ve depresif mizaçlı ebeveynlerin daha fazla anksiyete bozukluğu ve depresyon semptomlarını gösterdiği düşünülebilir.
- Çocuk ve gençlerde anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon semptomları ile irritabilite düzeyleri arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Yaygın anksiyete bozukluğunun tanı kriterlerinden biri olan irritabilitenin bu çalışmada diğer anksiyete bozuklukları ile de anlamlı ilişkisinin olması dikkat çekicidir. Klinik açıdan bu olguların değerlendirilmesinde irritabilitenin işlevsellik ve klinik gidişat üzerine etkilerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.
- Duygusal Reaktivite İndeksi ebeveyn formunda bildirilen irritabilite puanlarıyla ebeveyn anksiyöz, depresif, irritabl ve siklotimik mizaç puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur.
- Çocuk ve ergenin bildirdiği irritabilite düzeyi ile sadece ebeveyn anksiyöz mizaç skorları anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir.
- İritabilite ile ebeveyn hipertimik mizaç puanları arasında ise ilişki bulunmamıştır.
- Çocuk özbildirim irritabilite düzeyi ile ebeveyn anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk skorlarıyla anlamlı pozitif korelasyon bulundu. Ebeveyn tarafından bildirilen çocuk irritabilite düzeyiyle ise anksiyete ve depresyon da dahil diğer tüm SCL-90-R psikopatoloji semptomları arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir. İritabilite semptomuyla kliniğe başvuran çocuk ve ergenleri değerlendirirken ebeveyn psikopatolojisini sorgulamak, ebeveynlerin psikiyatrik yardım arayışına yönlendirilmesinde dolayısıyla aileyi de içerecek şekilde tedavi ve müdahale yöntemleri ihtiyacının belirlenmesinde önem arz edebilir.

Genetik ve aile öyküsünde psikopatoloji varlığı irritabilite patofizyolojisi üzerinde araştırılan konulardan olmaktadır. İritabilitenin kalıtımsallığı, unipolar depresyon ve anksiyete bozukluğuna benzer oranlarda yaklaşık %30-40 oranındadır²⁰⁻²². Ayrıca çocuk ve gençlerde irritabiliteye yaklaşımda patofizyolojide de önemli bir yeri olan tutarsız ebeveyn davranışlarına yönelik ebeveyn yönetimi eğitimi önemli psikolojik müdahalelerden biridir. Ebeveyn davranış

stilini belirleyen önemli unsurlardan biri mizaç olarak görülmektedir. Ebeveynler mizaçları ve psikopatolojileri doğrultusunda çocuklarını daha abartılı veya tam tersine daha hassas bir şekilde değerlendiriyor olabilirler. Ebeveyn yönetimi eğitiminde ebeveyn mizaç unsurlarının göz önünde bulundurulmasının klinisyenlere çocuklarda irritabilitenin yönetiminde yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Kliniğe başvuran çocuk ve gençlerde psikopatoloji değerlendirmesinin yanında ayrıca erişkin döneme geldiklerinde işlevsellikte bozulma, akademik problemler ve intihar davranışı gibi ciddi sorunlarla ilişkili olması göz önüne alındığında irritabilitenin ve irritabilitenin hem patofizyoloji hem de tedavisinde ilişkili olduğu düşünülen ebeveynlerle ilgili faktörlerin araştırılması önemli olmaktadır

Bununla birlikte irritabilitenin çocuk ve gençlerde işlevselliği önemli derecede etkileyen duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarına aracı olma rolünün incelenmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmada yer alan kısıtlılıklardan ilki, çalışma grubumuzun sadece klinik popülasyondan oluşması, verileri karşılaştırmak için sağlıklı kontrol grubunun çalışmaya dahil edilmemesidir. Ayrıca çalışmanın alt gruplarında kişi sayılarının ve tanılarının dengeli dağılmamış olması sonuçların yorumlanmasını zorlaştırmıştır.

Çalışmaya Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne başvuran çocuk ve ergenler ile ebeveynleri dahil edildiği için tek merkezli bir çalışma olması nedeniyle genellenebilirliği düşüktür.

Çocuklar, zeka düzeyleri okul başarıları gözönünde bulundurularak çalışmaya dahil edilmiştir. Psikometrik olarak bilişsel düzeyleri belirlenmemiştir.

Çocukların dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu belirtileri için yalnız ebeveynlerden bilgi alınmıştır. Psikopatolojilerin değerlendirilmesi için farklı ortamlardaki gözlemler önemli olmaktadır. Özellikle davranım sorunları bazen izole olarak yalnız okul veya yalnız evde olabilmektedir. Gençlerle yalnız görüşmede bu davranım sorunlarını saklayabildikleri gözlenmektedir²⁹². Bu durumda ebeveynden ve okul öğretmeninden bilgi almak önemli olmaktadır. Bu çalışmada öğretmenlerden bilgi alınmamıştır. Çocuğun vaktinin büyük bir kısmının geçtiği ve akran ilişkilerinin gözlemlendiği okul ortamında öğretmenden bilgi alınması bütüncül bir yaklaşım sağlayabilir.

Çalışmaya ebeveynlerden sadece birisi (poliklinik başvurusunda çocuğa eşlik eden anne ya da babadan biri) dahil edilmiştir. Anne ve babanın birlikte mizaç özellikleri ile çocukta görülen irritabilitenin karşılaştırılması yapılamamıştır.

Çocuk ve gençlerin bir kısmının klinik tanısına dosya tarama ile ulaşılmıştır. Görüşmeciler eşliğinde tüm katılımcılara uygulanacak yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış bir yöntemle psikiyatrik tanıların belirlenmesi ve irritabilitenin bu tanıları üzerinden ilişkisinin araştırılması daha doğru sonuçlar vermesi açısından yarar sağlayabilir.

Ebeveynde psikopatoloji araştırması ölçek üzerinden yapılmış olup, klinik yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme ile bir tanı koyma yöntemi kullanılmamıştır.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bilgisi ebeveyn beyanı yoluyla alınmıştır. Psikiyatrik tanı ismine ve kullanılan psikotrop ilaçlara hatırlama güçlükleri, geriye dönük bilgi vermede eksiklik gibi nedenlerle ulaşılamamıştır.

8. KAYNAKLAR

1. Loeber R, Burke JD. Developmental Pathways in Juvenile Externalizing and Internalizing Problems. *J Res Adolesc.* 2011;21(1):34-46. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00713.x
2. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: Prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(8):831-840. doi:10.1016/j.jaac.2013.05.017
3. Peterson BS, Zhang H, Santa Lucia R, King RA, Lewis M. Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(9):1162-1173.
4. Conner KR, Meldrum S, Wieczorek WF, Duberstein PR, Welte JW. The Association of Irritability and Impulsivity with Suicidal Ideation Among 15- to 20-year-old Males. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2004;34(4):363-373. doi:10.1521/suli.34.4.363.53745
5. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171(6):668-674. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13091213
6. Cornacchio D, Crum KI, Coxe S, Pincus DB, Comer JS. Irritability and Severity of Anxious Symptomatology Among Youth With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(1):54-61. doi:10.1016/j.jaac.2015.10.007
7. E. L, P. C, T. G, J.S. B, D.S. P. Chronic versus episodic irritability in youth: A community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2006.
8. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2007;48:703-713. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x
9. Pickles A, Aglan A, Collishaw S, Messer J, Rutter M, Maughan B. Predictors of suicidality across the life span: The Isle of Wight study. *Psychol Med.* 2010;40:1453-66. doi:10.1017/S0033291709991905
10. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(4):404-412. doi:10.1097/CHI.0b013e3181984f30

11. Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in Youths: A translational model. *Am J Psychiatry*. 2017. doi:10.1176/appi.ajp.2016.16070839
12. Am. Psychiatr. Assoc. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
13. Ambrosini PJ, Bennett DS, Elia J. Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *J Affect Disord*. 2013. doi:10.1016/j.jad.2012.07.014
14. Burke JD, Boylan K, Rowe R, et al. Identifying the irritability dimension of odd: Application of a modified bifactor model across five large community samples of children. *J Abnorm Psychol*. 2014. doi:10.1037/a0037898
15. P.S. J, E.A. Y, H. S, et al. Consensus report on impulsive aggression as a symptom across diagnostic categories in child psychiatry: Implications for medication studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007.
16. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. *Reviews and Overviews Mechanisms of Psychiatric Illness Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder.*; 2014.
17. Stoddard S. Disability Statistics Annual Report. *Univeristy New Hampsh*. 2014.
18. Stringaris A, Taylor E. *Disruptive Mood: Irritability in Children and Adolescents*. 2015th ed. Oxford, UK: Oxford Univ. Press; 2015.
19. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167:48–51.
20. Eley TC. Behavioral genetics as a tool for developmental psychology: anxiety and depression in children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1999;2:21–36. doi:10.1023/A:1021863324202
21. Coccaro EF, Bergeman CS, Kavoussi RJ, Seroczynski AD. Heritability of aggression and irritability: A twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects. *Biol Psychiatry*. 1997;41:273–284. doi:10.1016/S0006-3223(96)00257-0
22. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry*. 2012;169:47–54. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10101549
23. Roberson-Nay R, Leibenluft E, Brotman MA, et al. Longitudinal Stability of Genetic and Environmental Influences on Irritability: From Childhood to Young Adulthood. *Am J Psychiatry*. 2015;172:657–664. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14040509

24. Hudziak JJ, Derks EM, Althoff RR, Copeland W, Boomsma DI. The genetic and environmental contributions to oppositional defiant behavior: A multi-informant twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:907–914. doi:10.1097/01.chi.0000169011.73912.27
25. Krieger FV, Polanczyk GV, Goodman R, et al. Dimensions of oppositionality in a brazilian community sample: Testing the DSM-5 proposal and etiological links. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(4). doi:10.1016/j.jaac.2013.01.004
26. Whelan YM, Leibenluft E, Stringaris A, Barker ED. Pathways from maternal depressive symptoms to adolescent depressive symptoms: The unique contribution of irritability symptoms. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2015;56:1092–1100. doi:10.1111/jcpp.12395
27. Becht AI, Prinzie P, Deković M, Van Den Akker AL, Shiner RL. Child personality facets and overreactive parenting as predictors of aggression and rule-breaking trajectories from childhood to adolescence. *Dev Psychopathol*. 2016;28(2):399-413. doi:10.1017/S0954579415000577
28. Knapp P, Chait A, Pappadopulos E, Crystal S, Jensen PS. Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines I. Engagement, assessment, and management. *Pediatrics*. 2012;129(6). doi:10.1542/peds.2010-1360
29. Shortt JW, Stoolmiller M, Smith-Shine JN, Mark Eddy J, Sheeber L. Maternal emotion coaching, adolescent anger regulation, and siblings' externalizing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2010;51(7):799-808. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02207.x
30. Coplan R, Reichel M, differences KR-P and individual, 2009 undefined. Exploring the associations between maternal personality, child temperament, and parenting: A focus on emotions.
31. Prinzie P, Stams GJJM, Deković M, Reijntjes AHA, Belsky J. The Relations Between Parents' Big Five Personality Factors and Parenting: A Meta-Analytic Review. *J Pers Soc Psychol*. 2009;97(2):351-362. doi:10.1037/a0015823
32. Rettew DC, Stanger C, McKee L, Doyle A, Hudziak JJ. Interactions between child and parent temperament and child behavior problems. *Compr Psychiatry*. 47(5):412-420. doi:10.1016/j.comppsy.2005.12.008
33. Yurumez E, Yazici E, Gumus YY, Yazici AB, Gursoy S. Temperament and character traits of parents of children with ADHD. *J Atten Disord*. 2018;22(13):1200-1206.

34. Bilgiç A, Yılmaz S, Özcan Ö, et al. The relationship between parental affective temperament traits and disruptive behavior disorders symptoms in children with ADHD. *J Atten Disord*. 2018;22(13):1235-1245.
35. Copeland WE, Brotman MA, Costello EJ. Normative Irritability in Youth: Developmental Findings From the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(8):635-642. doi:10.1016/j.jaac.2015.05.008
36. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*. 2009. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08121849
37. Avenevoli S, Blader JC, Leibenluft E. Irritability in Youth: An Update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(11):881-883. doi:10.1016/j.jaac.2015.08.012
38. BUSS AH, DURKEE A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol*. 1957;21(4):343-349.
39. Caprara G V., Cinanni V, D'Imperio G, Passerini S, Renzi P, Travaglia G. Indicators of impulsive aggression: Present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Pers Individ Dif*. 1985. doi:10.1016/0191-8869(85)90077-7
40. Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. *Dev Psychopathol*. 2013;25(4 PART 2):1473-1487. doi:10.1017/S0954579413000722
41. AMSEL A. The role of frustrative nonreward in noncontinuous reward situations. *Psychol Bull*. 1958;55(2):102-119.
42. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 18(3):207-232.
43. Carver CS, Harmon-Jones E. Anger is an approach-related affect: evidence and implications. *Psychol Bull*. 2009;135(2):183-204. doi:10.1037/a0013965
44. Berkowitz L. Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychol Bull*. 1989;106(1):59-73.
45. Dollard J, Miller N, Doob L, Mowrer O, Sears R. *Frustración y Agresividad*. Yale University Press; 1939. doi:10.1037/10022-000
46. Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-044941
47. C. M, C. B, A.B. S, M. O, H. J, G. L. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007.
48. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. 2003. doi:10.1176/appi.ajp.160.3.430

49. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050766
50. Stringaris A, Baroni A, Haimm C, et al. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):397-405.
51. Brotman MA, Kassem L, Reising MM, et al. Parental diagnoses in youth with narrow phenotype bipolar disorder or severe mood dysregulation. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1238-1241. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06101619
52. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, et al. Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. *Biol Psychiatry*. 2006;60(9):991-997. doi:10.1016/j.biopsych.2006.08.042
53. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2014;171(6):668-674. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13091213
54. Conner KR, Meldrum S, Wieczorek WF, Duberstein PR, Welte JW. The Association of Irritability and Impulsivity with Suicidal Ideation Among 15- to 20-year-old Males. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2004;34:363-373. doi:10.1521/suli.34.4.363.53745
55. Adleman NE, Kayser R, Dickstein D, Blair RJR, Pine D, Leibenluft E. Neural correlates of reversal learning in severe mood dysregulation and pediatric bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:1173–85. doi:10.1016/j.jaac.2011.07.011
56. Dickstein DP, Nelson EE, McClure EB, et al. Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:341–55. doi:10.1097/chi.0b013e31802d0b3d
57. Costa VD, Tran VL, Turchi J, Averbeck BB. Reversal learning and dopamine: A Bayesian perspective. *J Neurosci*. 2015;35:2407–16. doi:10.1523/JNEUROSCI.1989-14.2015
58. Schultz W. Getting formal with dopamine and reward. *Neuron*. 2002:241–63. doi:10.1016/S0896-6273(02)00967-4
59. Tobler PN, Fiorillo CD, Schultz W. Adaptive coding of reward value by dopamine neurons. *Science (80-)*. 2005;307:1642–45. doi:10.1126/science.1105370
60. Blair RJR. Psychopathy, frustration, and reactive aggression: The role of ventromedial prefrontal cortex. *Br J Psychol*. 2010;101:383–399. doi:10.1348/000712609X418480
61. Blair RJR. Considering anger from a cognitive neuroscience perspective. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2012;3:65–74. doi:10.1002/wcs.154

62. Fanselow MS. Neural organization of the defensive behavior system responsible for fear. *Psychon Bull Rev.* 1994;1:429–438. doi:10.3758/BF03210947
63. Panksepp J. Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry. *Prog Neuro-Psycho pharmacology Biol Psychiatry.* 2006;30:774–784. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.01.004
64. Crick NR, Dodge KA. A Review and Reformulation of Social Information-Processing Mechanisms in Children’s Social Adjustment. *Psychol Bull.* 1994;115:74–101. doi:10.1037/0033-2909.115.1.74
65. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55:556–570. doi:10.1016/j.jaac.2016.04.014
66. Wiggins JL, Mitchell C, Stringaris A, Leibenluft E. Developmental trajectories of irritability and bidirectional associations with maternal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:1191–1205. doi:10.1016/j.jaac.2014.08.005
67. Savage J, Verhulst B, Copeland W, Althoff RR, Lichtenstein P, Roberson-Nay R. A genetically informed study of the longitudinal relation between irritability and anxious/depressed symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(5):377-384. doi:10.1016/j.jaac.2015.02.010
68. Wiggins JL, Mitchell C, Stringaris A, Leibenluft E. Developmental trajectories of irritability and bidirectional associations with maternal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(11):1191-1205.e4. doi:10.1016/j.jaac.2014.08.005
69. Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Belin P, et al. A Randomized Clinical Trial of an Integrative Group Therapy for Children with Severe Mood Dysregulation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(3):196-207. doi:10.1016/j.jaac.2015.12.011
70. Waxmonsky J, Pelham WE, Gnagy E, et al. The efficacy and tolerability of methylphenidate and behavior modification in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and severe mood dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2008;18(6):573-588. doi:10.1089/cap.2008.065
71. Kazdin AE, Siegel TC, Bass D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(5):733-747. doi:10.1037//0022-006x.60.5.733

72. Comer JS, Chow C, Chan PT, Cooper-Vince C, Wilson LAS. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: A meta-analytic examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(1):26-36.
doi:10.1016/j.jaac.2012.10.001
73. Barlow J, Parsons J, Stewart-Brown S. Preventing emotional and behavioural problems. *Child Care*. 2005;31:33-42.
74. Patterson GR. *Families: Applications of Social Learning to Family Life*. Champaign, Ill, Research Press; 1975.
75. Furlong M DM, Furlong M, McGilloway S, et al. 03-3. Cochrane Database of Systematic Reviews Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review) Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev Art*. 2012;(2). doi:10.1002/14651858.CD008225.pub2
76. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(8):835-847.e5. doi:10.1016/j.jaac.2014.05.013
77. Pilling S, Gould N, Whittington C, Taylor C, Scott S. Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *BMJ*. 2013;346(mar27 1):f1298-f1298. doi:10.1136/bmj.f1298
78. Scott S, Briskman J, O'Connor TG. Early prevention of antisocial personality: Long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *Am J Psychiatry*. 2014;171(6):649-657.
doi:10.1176/appi.ajp.2014.13050697
79. Wyatt Kaminski J, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(4):567-589. doi:10.1007/s10802-007-9201-9
80. Brotman LM, Gouley KK, Huang KY, Kamboukos D, Fratto C, Pine DS. Effects of a psychosocial family-based preventive intervention on cortisol response to a social challenge in preschoolers at high risk for antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1172-1179. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1172

81. O'Connor TG, Deater-Deckard K, Fulker D, Rutter M, Plomin R. Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Dev Psychol.* 1998;34(5):970-981.
82. Wakschlag LS, Estabrook R, Petitcherc A, et al. Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of Early Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(8):626-634. doi:10.1016/j.jaac.2015.05.016
83. Wakschlag LS, Choi SW, Carter AS, et al. Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: Implications for developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012;53(11):1099-1108. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02595.x
84. Althoff RR, Crehan ET, He JP, Burstein M, Hudziak JJ, Merikangas KR. Disruptive Mood Dysregulation Disorder at Ages 13-18: Results from the National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(2):107-113. doi:10.1089/cap.2015.0038
85. 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(2):173-179. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12010132
86. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: Correlates and predictors in young children. *Psychol Med.* 2014;44(11):2339-2350. doi:10.1017/S0033291713003115
87. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Kessel EM, Carlson GA, Klein DN. Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and clinical and functional outcomes 3 years later. *Psychol Med.* 2016;46(5):1103-1114. doi:10.1017/S0033291715002809
88. Althoff RR, Verhulst FC, Rettew DC, Hudziak JJ, Van Der Ende J. Adult outcomes of childhood dysregulation: A 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49(11). doi:10.1016/j.jaac.2010.08.006
89. Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the child behavior checklist and child behavior profile. *Burlington, VT Univ Vermont.* 1983.
90. Erol N. The adaptation and standardisation of the child behavior checklist among 6-18 year-old Turkish children. *Eunethydis Eur Approaches to Hyperkinetic Disord.* 1995.
91. Pickles A, Aglan A, Collishaw S, Messer J, Rutter M, Maughan B. Predictors of suicidality across the life span: The Isle of Wight study. *Psychol Med.* 2010;40(9):1453-1466. doi:10.1017/S0033291709991905

92. Stringaris A, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Leibenluft E. Practitioner Review: Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2018;59(7):721-739. doi:10.1111/jcpp.12823
93. Philip Shaw ASJNEL. Emotional dysregulation and AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):276.
94. Whelan YM, Stringaris A, Maughan B, Barker ED. Developmental continuity of oppositional defiant disorder subdimensions at ages 8, 10, and 13 years and their distinct psychiatric outcomes at age 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(9):961-969. doi:10.1016/j.jaac.2013.06.013
95. Eyre O, Langley K, Stringaris A, Leibenluft E, Collishaw S, Thapar A. Irritability in ADHD: Associations with depression liability. *J Affect Disord.* 2017. doi:10.1016/j.jad.2017.03.050
96. Mulraney M, Schilpzand EJ, Hazell P, et al. Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6–8-year-old children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25(3):321-330. doi:10.1007/s00787-015-0738-9
97. Pine DS, Fox NA. Childhood Antecedents and Risk for Adult Mental Disorders. *Annu Rev Psychol.* 2015;66(1):459-485. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015038
98. Eyre O, Langley K, Stringaris A, Leibenluft E, Collishaw S, Thapar A. Irritability in ADHD: Associations with depression liability. *J Affect Disord.* 2017;215:281-287. doi:10.1016/j.jad.2017.03.050
99. Stringaris A, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Leibenluft E. Practitioner Review: Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(7):721-739. doi:10.1111/jcpp.12823
100. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(7):556-570. doi:10.1016/j.jaac.2016.04.014
101. Rice F, Sellers R, Hammerton G, et al. Antecedents of New-Onset Major Depressive Disorder in Children and Adolescents at High Familial Risk. *JAMA psychiatry.* 2017;74(2):153-160. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3140
102. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry.* 2012;169(1):47-54. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10101549

103. Malhi GS, Byrow Y, Outhred T, Das P, Fritz K. Irritability and internalizing symptoms: Modeling the mediating role of emotion regulation. *J Affect Disord.* 2017;211:144-149. doi:10.1016/j.jad.2016.12.021
104. Morriss R, Kendall T, Braidwood R, et al. The NICE guideline on the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. *Br Psychol Soc R Coll Psychiatr.* 2014.
105. Hunt J, Birmaher B, Leonard H, et al. Irritability without elation in a large bipolar youth sample: Frequency and clinical description. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(7):730-739. doi:10.1097/CHI.0b013e3181a565db
106. Simonoff E, Jones CRG, Pickles A, Happé F, Baird G, Charman T. Severe mood problems in adolescents with autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53(11):1157-1166. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02600.x
107. Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF, Cater J, Campbell M. A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(7):649-654. doi:10.1001/archpsyc.57.7.649
108. Mikita N, Hollocks MJ, Papadopoulos AS, et al. Irritability in boys with autism spectrum disorders: An investigation of physiological reactivity. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2015;56(10):1118-1126. doi:10.1111/jcpp.12382
109. Sucuoğlu B. Sorun Davranışlar Kontrol Listesi Türkçe Formu'nun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Türk Psikol Derg.* 2003;18(52):77-91.
110. Gassaloğlu SI, Baykara B, Avcı S, İl, Dem YI. Validity and reliability analysis of Turkish version of childhood autism rating scale. *Türk Psikiyat Derg.* 2016;27(4):1-10. doi:10.5080/u11197
111. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, et al. The Affective Reactivity Index: A concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012;53(11):1109-1117. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x
112. Krebs G, Bolhuis K, Heyman I, Mataix-Cols D, Turner C, Stringaris A. Temper outbursts in paediatric obsessive-compulsive disorder and their association with depressed mood and treatment outcome. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2013;54(3):313-322. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02605.x
113. Scott S, Dadds MR. Practitioner review: When parent training doesn't work: Theory-driven clinical strategies. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2009;50(12):1441-1450. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02161.x

114. Barkley RA. Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents (3rd ed.). *Tak Charg ADHD Complet authoritative Guid parents (3rd ed) xvi, 363 pp New York, NY, US Guilford Press US*. 2013.
115. Deveney CM, Connolly ME, Haring CT, et al. Neural mechanisms of frustration in chronically irritable children. *Am J Psychiatry*. 2013;170(10):1186-1194. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070917
116. Rich BA, Carver FW, Holroyd T, et al. Different neural pathways to negative affect in youth with pediatric bipolar disorder and severe mood dysregulation. *J Psychiatr Res*. 2011;45(10):1283-1294. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.04.006
117. Rich BA, Schmajuk M, Perez-Edgar KE, Fox NA, Pine DS, Leibenluft E. Different psychophysiological and behavioral responses elicited by frustration in pediatric bipolar disorder and severe mood dysregulation. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):309-317. doi:10.1176/ajp.2007.164.2.309
118. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):215-237. doi:10.1080/15374410701820117
119. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014;14(1). doi:10.1186/1471-2458-14-1040
120. (Great NCC for MH. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. 2013.
121. Sandler IN, Schoenfelder EN, Wolchik SA, MacKinnon DP. Long-Term Impact of Prevention Programs to Promote Effective Parenting: Lasting Effects but Uncertain Processes. *Annu Rev Psychol*. 2011;62(1):299-329. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131619
122. Bearss K, Johnson C, Smith T, et al. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2015;313(15):1524-1533. doi:10.1001/jama.2015.3150
123. Waxmonsky JG, Wymbs FA, Pariseau ME, et al. A Novel Group Therapy for Children With ADHD and Severe Mood Dysregulation. *J Atten Disord*. 2013;17(6):527-541. doi:10.1177/1087054711433423

124. Scott S, O'Connor TG. An experimental test of differential susceptibility to parenting among emotionally-dysregulated children in a randomized controlled trial for oppositional behavior. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012;53(11):1184-1193. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02586.x
125. Weisz AK. Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. - Google'da Ara. In Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, ed. J , pp. New York: Guilford Press. 2nd ed.
126. Dodge KA. Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Dev.* 1980;51(1):162-170.
127. Brotman MA, Rich BA, Guyer AE, et al. Amygdala activation during emotion processing of neutral faces in children with severe mood dysregulation versus ADHD or bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2010;167(1):61-69. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010043
128. Stoddard J, Sharif-Askary B, Harkins EA, et al. An Open Pilot Study of Training Hostile Interpretation Bias to Treat Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(1):49-57. doi:10.1089/cap.2015.0100
129. Thomas LA, Brotman MA, Muhrer EJ, et al. Parametric modulation of neural activity by emotion in youth with bipolar disorder, youth with severe mood dysregulation, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(12):1257-1266. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.913
130. Tseng W-L, Thomas LA, Harkins E, Pine DS, Leibenluft E, Brotman MA. Neural correlates of masked and unmasked face emotion processing in youth with severe mood dysregulation. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2016;11(1):78-88. doi:10.1093/scan/nsv087
131. Wiggins JL, Brotman MA, Adleman NE, et al. Neural Correlates of Irritability in Disruptive Mood Dysregulation and Bipolar Disorders. *Am J Psychiatry.* 2016;173(7):722-730. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15060833
132. Lochman JE, Boxmeyer CL, Powell NP, Barry TD, Pardini DA. 2010. Anger control training for aggressive youths. In Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, ed. AE Kazdin, JR Weisz, pp. 227-42. New York: Guilford Press -
133. Sukhodolsky DG, Scahill L. *Cognitive-Behavioral Therapy for Anger and Aggression in Children.* Guilford Press; 2012.

134. Sukhodolsky DG, Smith SD, McCauley SA, Ibrahim K, Piasecka JB. Behavioral Interventions for Anger, Irritability, and Aggression in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26(1):58-64. doi:10.1089/cap.2015.0120
135. Sukhodolsky DG, Wyk BCV, Eilbott JA, et al. Neural Mechanisms of Cognitive-Behavioral Therapy for Aggression in Children and Adolescents: Design of a Randomized Controlled Trial Within the National Institute for Mental Health Research Domain Criteria Construct of Frustrative Non-Reward. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26(1):38-48. doi:10.1089/cap.2015.0164
136. Dickstein DP, Towbin KE, Van Der Veen JW, et al. Randomized double-blind placebo-controlled trial of lithium in youths with severe mood dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(1):61-73. doi:10.1089/cap.2008.044
137. Cocco EF, Lee RJ, Kavoussi RJ. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in patients with intermittent explosive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(5):653-662. doi:10.4088/JCP.08m04150
138. Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 15:21-24.
139. Dimmock PW, Wyatt KM, Jones PW, O'Brien PM. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet (London, England)*. 2000;356(9236):1131-1136. doi:10.1016/s0140-6736(00)02754-9
140. Kim S, Boylan K. Effectiveness of Antidepressant Medications for Symptoms of Irritability and Disruptive Behaviors in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26(8):694-704. doi:10.1089/cap.2015.0127
141. Blader JC, Pliszka SR, Jensen PS, Schooler NR, Kafantaris V. Stimulant-responsive and stimulant-refractory aggressive behavior among children with ADHD. *Pediatrics*. 2010;126(4). doi:10.1542/peds.2010-0086
142. Blader JC, Pliszka SR, Kafantaris V, et al. Prevalence and Treatment Outcomes of Persistent Negative Mood among Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Aggressive Behavior. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26(2):164-173. doi:10.1089/cap.2015.0112
143. Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH. Psychopharmacology and Aggression. I: A Meta-Analysis of Stimulant Effects on Overt/Covert Aggression-Related Behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(3):253-261. doi:10.1097/00004583-200203000-00004

144. Fernández de la Cruz L, Simonoff E, McGough JJ, Halperin JM, Arnold LE, Stringaris A. Treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and irritability: Results from the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(1):62-70.e3.
doi:10.1016/j.jaac.2014.10.006
145. Ji NY, Findling RL. An update on pharmacotherapy for autism spectrum disorder in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(2):91-101.
doi:10.1097/YCO.0000000000000132
146. Marcus RN, Owen R, Kamen L, et al. A Placebo-Controlled, Fixed-Dose Study of Aripiprazole in Children and Adolescents With Irritability Associated With Autistic Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(11):1110-1119.
doi:10.1097/CHI.0b013e3181b76658
147. McCracken JT, McGough J, Shah B, et al. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med*. 2002;347(5):314-321.
doi:10.1056/NEJMoa013171
148. Krieger FV, Pheula GF, Coelho R, et al. An open-label trial of risperidone in children and adolescents with severe mood dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011;21(3):237-243. doi:10.1089/cap.2010.0123
149. Schultz DP, Schultz SE. *Theories of Personality*. Cengage Learning; 2016.
150. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. *Handb child Psychol*. 2007;3.
151. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S. Roundtable Four Approaches. *Child Dev*. 1987;5(2):505-529.
152. Eysenck HJ. Personality and experimental psychology: the unification of psychology and the possibility of a paradigm. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73(6):1224.
153. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78(1):122.
154. Bouchard TJ. Genes, environment, and personality. *Sci Pap Ed*. 1994;264(5166):1700-1701.
155. von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*. 1998;51(1):1.
156. Akiskal HS. The temperamental foundations of affective disorders. *Interpers factors Orig course Affect Disord*. 1996:3-30.
157. Kraepelin E. Manic depressive insanity and paranoia. *J Nerv Ment Dis*. 1921;53(4):350.

158. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Dev psychiatry its Complex*. 1998;50(12):1-16.
159. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(6):573-588.
160. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. 1994.
161. Köse S, Sayar K, Ak I, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2004;14(3).
162. Akiskal HS. Criteria for the " soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*. 1987;23:68-73.
163. Akiskal HS, Djenderedjian AH, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry*. 1977.
164. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord*. 2005;85(1-2):3-16.
165. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire J-F, et al. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J Affect Disord*. 2005;85(1-2):29-36.
166. E. K. *Psychique Und Character*. London: Kegan; Paul; Trench; Trubner and Co. Ltd; 1936.
167. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Akiskal HS. The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14–26-year-old students. *J Affect Disord*. 1998;47(1-3):1-10.
168. Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, et al. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord*. 1998;51(1):7-19.
169. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(1):12-18.
170. Maremmani I, Pacini M, Popovic D, et al. Affective temperaments in heroin addiction. *J Affect Disord*. 2009;117(3):186-192.
171. Karam EG, Itani L, Fayyad J, et al. Temperament and suicide: A national study. *J Affect Disord*. 2015;184:123-128.

172. Asik M, Altinbas K, Eroglu M, et al. Evaluation of affective temperament and anxiety–depression levels of patients with polycystic ovary syndrome. *J Affect Disord.* 2015;185:214-218.
173. Harnic D, Pompili M, Innamorati M, et al. Affective temperament and attachment in adulthood in patients with Bipolar Disorder and Cyclothymia. *Compr Psychiatry.* 2014;55(4):999-1006.
174. Vázquez GH, Tondo L, Mazzarini L, Gonda X. Affective temperaments in general population: A review and combined analysis from national studies. *J Affect Disord.* 2012;139(1):18-22. doi:10.1016/j.jad.2011.06.032
175. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatr Derg.* 2005;16(3):164-169.
176. Sayın A, Aslan S. Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatr Derg.* 2005;16(4):276-283.
177. Thomas A, Chess S. Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. *Annu Prog Child Psychiatry Child Dev.* 1985.
178. Thomas A, Chess S. *Temperament and Development.* Brunner/Mazel; 1977.
179. Thomas A, Chess S, Birch HG, Hertzig ME, Korn S. Behavioral individuality in early childhood. 1963.
180. Lerner J V. The influence of child temperamental characteristics on parent behaviors. *Parent An Ecol Perspect.* 1993:101-120.
181. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 1998;39(2):145-159.
182. Warner MB, Morey LC, Finch JF, et al. The longitudinal relationship of personality traits and disorders. *Focus (Madison).* 2005;113(3):217-477.
183. Molfese VJ, Molfese DL, McCrae RR. Temperament and Parent-Child Relations as Interacting Factors in Children’s Behavioral Adjustment. In: *Temperament and Personality Development Across the Life Span.* Psychology Press; 2000:151-186.
184. Hooley JM, Hiller JB. Personality and expressed emotion. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(1):40.
185. Clark LA, Kochanska G, Ready R. Mothers’ personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behavior. *J Pers Soc Psychol.* 2000;79(2):274.

186. Olson SL, Bates JE, Sandy JM, Lanthier R. Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28(2):119-133.
187. Bates JE, Bayles K, Bennett DS, Ridge B, Brown MM. Origins of externalizing behavior problems at eight years of age. *Dev Treat Child Aggress*. 1991;17:93-120.
188. Lieb R, Wittchen H-U, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(9):859-866.
189. Arrindell WA, Emmelkamp PMG, Monsma A, Brilman E. The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. *Br J Psychiatry*. 1983;143(2):183-187.
190. Mulraney MA, Melvin GA, Tonge BJ. Psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Australian adults and adolescents. *Psychol Assess*. 2014;26(1):148.
191. Kocael Ö. Çocuk ve ergenlerde irritabilite: Duygusal reaktivite indeksi'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Yayınlanmamış Tıpta Uzm tezi, Bursa, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi*. 2015.
192. Turgay IV A. The DSM-IV Based child and adolescent behavior rating scale. *Ontario, Integr Ther Institute, Canada*. 1995.
193. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2001;8(3):132-144.
194. Chorpita BF, Moffitt CE, Gray J. Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behav Res Ther*. 2005;43(3):309-322.
195. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behav Res Ther*. 2000;38(8):835-855.
196. Gormez V, Kilincaslan A, Ebesutani C, et al. Psychometric properties of the parent version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample of Turkish children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017;48(6):922-933.
197. Gormez V, Kilincaslan A, Oregul AC, et al. Psychometric properties of the Turkish translation of the revised child anxiety and depression scale-child version (RCADS-CV) in a clinical sample. *Klin Psikofarmakol Bul Clin Psychopharmacol*. 2016;26(4):4.

198. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord.* 2005;85(1-2):113-125.
199. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90. *MN Natl Comput Syst.* 1994.
doi:10.4236/adr.2017.51003
200. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. / Reliability and validity of the Symptom Check List (SCL-90-R) for university students. *Türk Psikiyatr Derg.* 1991.
201. Philip Shaw ASJNEL. Emotional dysregulation and AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):276.
202. Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol.* 1982;10(3):307-324.
203. Rescorla LA, Ewing G, Ivanova MY, et al. Parent–adolescent cross-informant agreement in clinically referred samples: findings from seven societies. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2017;46(1):74-87.
204. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(2):267-283.
205. Pereira AI, Muris P, Barros L, Goes R, Marques T, Russo V. Agreement and discrepancy between mother and child in the evaluation of children's anxiety symptoms and anxiety life interference. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(3):327-337.
206. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull.* 1987;101(2):213.
207. Stoddard J, Stringaris A, Brotman MA, Montville D, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in child and adolescent anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2014;31(7):566-573.
doi:10.1002/da.22151
208. Pan P-Y, Yeh C-B. Irritability and Maladaptation Among Children: The Utility of Chinese Versions of the Affective Reactivity Index and Aberrant Behavior Checklist-Irritability Subscale. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2019;29(3):213-219.
doi:10.1089/cap.2018.0070

209. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 50(3):216-223. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x
210. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clin Psychol Rev*. 2017;53:29-45. doi:10.1016/j.cpr.2017.01.004
211. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.
212. Bäcker A, Neuhäuser G. [Internalizing and externalizing syndrome in reading and writing disorders]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 52(5):329-337.
213. McGee R, Silva PA, Williams S. Behaviour problems in a population of seven-year-old children: prevalence, stability and types of disorder--a research report. *J Child Psychol Psychiatry*. 1984;25(2):251-259. doi:10.1111/j.1469-7610.1984.tb00147.x
214. Beitchman JH, Young AR. Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1020-1032.
215. Winters DE, Fukui S, Leibenluft E, Hulvershorn LA. Improvements in Irritability with Open-Label Methylphenidate Treatment in Youth with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28(5):298-305. doi:10.1089/cap.2017.0124
216. De Los Reyes A. Strategic objectives for improving understanding of informant discrepancies in developmental psychopathology research. *Dev Psychopathol*. 2013;25(3):669-682.
217. Affrunti NW, Woodruff-Borden J. The effect of maternal psychopathology on parent-child agreement of child anxiety symptoms: A hierarchical linear modeling approach. *J Anxiety Disord*. 2015;32:56-65.
218. Popp L, Neuschwander M, Mannstadt S, In-Albon T, Schneider S. Parent-child diagnostic agreement on anxiety symptoms with a structured diagnostic interview for mental disorders in children. *Front Psychol*. 2017;8(MAR). doi:10.3389/fpsyg.2017.00404
219. Rubio-Stipec M, Canino GJ, Shrout P, Dulcan M, Freeman D, Bravo M. Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatry epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC. 2). *J Abnorm Child Psychol*. 1994;22(6):703-720.

220. Jensen PS, Traylor J, Xenakis SN, Davis H. Child psychopathology rating scales and interrater agreement: I. Parents' gender and psychiatric symptoms. 1988.
221. Stoddard J, Stringaris A, Brotman MA, Montville D, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in child and adolescent anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2014;31(7):566-573.
222. Deveney CM, Brotman MA, Decker AM, Pine DS, Leibenluft E. Affective prosody labeling in youths with bipolar disorder or severe mood dysregulation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(3):262-270.
223. Guyer AE, McClure EB, Adler AD, et al. Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(9):863-871.
224. Hails KA, Reuben JD, Shaw DS, Dishion TJ, Wilson MN. Transactional Associations Among Maternal Depression, Parent–Child Coercion, and Child Conduct Problems During Early Childhood. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(sup1):S291-S305. doi:10.1080/15374416.2017.1280803
225. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;165(9):1148-1154.
226. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 1999;106(3):458.
227. Breaux RP, Harvey EA, Lugo-Candelas CI. The role of parent psychopathology in the development of preschool children with behavior problems. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43(5):777-790.
228. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(6):369-377.
229. Karam EG, El Khoury E, Itani L. How Stable are Temperaments in the Clinical Setting: A Pilot Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal CP EMH*. 2016;12:59.
230. Kawamura Y, Akiyama T, Shimada T, et al. Six-year stability of affective temperaments as measured by TEMPS-A. *Psychopathology*. 2010;43(4):240-247.
231. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*. 2006;163(6):1001-1008.
232. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents: 10 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(10):932-940.

233. McClure EB, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque RM. Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent–child relationship in an Australian high-risk sample. *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29(1):1-10.
234. Lieb R, Isensee B, Höfler M, Pfister H, Wittchen H-U. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(4):365-374.
235. Hammen C, Burge D, Hamilton EB, Adrian C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. 1990.
236. Biederman J, Faraone S V, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(1):49-57.
237. Biederman J, Petty C, Faraone S V, et al. Parental predictors of pediatric panic disorder/agoraphobia: a controlled study in high- risk offspring. *Depress Anxiety*. 2005;22(3):114-120.
238. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish J Child Adolesc Ment Heal*. 2008;15:65-74.
239. Tracey SA, Chorpita BF, Douban J, Barlow DH. Empirical evaluation of DSM-IV generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *J Clin Child Psychol*. 1997;26(4):404-414.
240. Pina AA, Silverman WK, Alfano CA, Saavedra LM. Diagnostic efficiency of symptoms in the diagnosis of DSM- IV: generalized anxiety disorder in youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(7):959-967.
241. Kendall PC, Pimentel SS. On the physiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):211-221.
242. Comer JS, Pincus DB, Hofmann SG. Generalized anxiety disorder and the proposed associated symptoms criterion change for DSM- 5 in a treatment- seeking sample of anxious youth. *Depress Anxiety*. 2012;29(12):994-1003.
243. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull*. 1978;85(6):1275.
244. Carragher N, Krueger RF, Eaton NR, Slade T. Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(3):339-350.

245. Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *J child Psychol Psychiatry*. 1991;32(7):1063-1080.
246. Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(2):361-368.
247. Lahey BB, Van Hulle CA, Singh AL, Waldman ID, Rathouz PJ. Higher-order genetic and environmental structure of prevalent forms of child and adolescent psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(2):181-189.
248. Cosgrove VE, Rhee SH, Gelhorn HL, et al. Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(1):109-123.
249. Karam EG, Salamoun MM, Yeretzian JS, et al. The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study. *World Psychiatry*. 2010;9(2):103-110.
250. Kopala-Sibley DC, Jelinek C, Kessel EM, Frost A, Allmann AES, Klein DN. Parental depressive history, parenting styles, and child psychopathology over 6 years: The contribution of each parent's depressive history to the other's parenting styles. *Dev Psychopathol*. 2017;29(4):1469-1482. doi:10.1017/S0954579417000396
251. Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Dev*. 1984;55(1):83-96. doi:10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x
252. Patterson GR. *Coercive Family Process*. Vol 3. Castalia Publishing Company; 1982.
253. Collins WA, Maccoby EE, Steinberg L, Hetherington EM, Bornstein MH. Contemporary research on parenting. The case for nature and nurture. *Am Psychol*. 2000;55(2):218-232.
254. Perna G, Di Pasquale D, Grassi M, Vanni G, Bellodi L, Caldirola D. Temperament, character and anxiety sensitivity in panic disorder: a high-risk study. *Psychopathology*. 2012;45(5):300-304.
255. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer M. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord*. 1999;56(2-3):103-108.
256. Rothen S, Vandeleur CL, Lustenberger Y, et al. Parent-child agreement and prevalence estimates of diagnoses in childhood: direct interview versus family history method. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2009;18(2):96-109.

257. Chi TC, Hinshaw SP. Mother–child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;30(4):387-400.
258. Najman JM, Williams GM, Nikles J, et al. Mothers’ mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(5):592-602.
259. Chilcoat HD, Breslau N. Does psychiatric history bias mothers’ reports? An application of a new analytic approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(7):971-979.
260. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Schwab-Stone M. Discrepancies among mother, child, and teacher reports: Examining the contributions of maternal depression and anxiety. *J Abnorm Child Psychol.* 1996;24(6):749-765.
261. Richters JE. Depressed mothers as informants about their children: a critical review of the evidence for distortion. *Psychol Bull.* 1992;112(3):485.
262. Moore MT, Fresco DM. Depressive realism: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(6):496-509.
263. Alloy LB, Abramson LY. Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *J Exp Psychol Gen.* 1979;108(4):441.
264. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord.* 1998;50(2-3):163-173.
265. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(6):826.
266. Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, et al. Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004;33(1):169-181.
267. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, et al. Preschool irritability: Longitudinal associations with psychiatric disorders at age 6 and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(12):1304-1313. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.007
268. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry.* 2009;166(9):1048-1054. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08121849
269. Mouton PY, Tuma JM. Stress, locus of control, and role satisfaction in clinic and control mothers. *J Clin Child Psychol.* 1988;17(3):217-224.

270. Webster-Stratton C. Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *J Clin Child Psychol*. 1990;19(4):302-312.
271. De Los Reyes A. Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40(1):1-9.
doi:10.1080/15374416.2011.533405
272. Ferdinand RF, van der Ende J, Verhulst FC. Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *J Abnorm Psychol*. 2004;113(2):198-206. doi:10.1037/0021-843X.113.2.198
273. Kramer RA, Warner V, Olfson M, Ebanks CM, Chaput F, Weissman MM. General medical problems among the offspring of depressed parents: A 10- year follow- up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(6):602-611.
274. Wolkind S. Mothers' depression and their children's attendance at medical facilities. *J Psychosom Res*. 1985;29(6):579-582.
275. Silverman WK GG. *Anxiety Disorders Handbook of Child Psychopathology*. (In: Hersen M OT, ed.). New York: Plenum Press; 1998.
276. Vidair HB, Reyes JA, Shen S, et al. Screening parents during child evaluations: exploring parent and child psychopathology in the same clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(5):441-450.
277. Rutter MJ, Bishop D, Pine D, et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons; 2011.
278. Clark DB, Cornelius J, Wood DS, Vanyukov M. Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):685-691.
279. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull*. 1990;108(1):50.
280. McLaughlin KA, Gadernann AM, Hwang I, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):290-299.
281. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Familial transmission and heritability of childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167(9):1066-1074.
282. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*. 2013;34(3):1036-1043.

283. Chronis AM, Lahey BB, PELHAM Jr WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1424-1432.
284. Faraone S V, Biederman J, Jetton JG, Tsuang MT. Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychol Med*. 1997;27(2):291-300.
285. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone S V. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1432-1437.
286. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother–child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991;32(2):233-255.
287. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2001;4(3):183-207.
288. Schachar R, Wachsmuth R. Hyperactivity and parental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1990;31(3):381-392.
289. Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(2):168-192.
290. Weissman MM, Wickramaratne P, Pilowsky DJ, et al. Treatment of maternal depression in a medication clinical trial and its effect on children. *Am J Psychiatry*. 2015;172(5):450-459.
291. Schachar R, Taylor E, Wieselberg M, Thorley G, Rutter M. Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26(5):728-732.
292. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The development and well-being assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J child Psychol psychiatry*. 2000;41(5):645-655.

9.EKLER

EK-I SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sosyodemografik Veri Formu

DOLDURAN : ANNE BABA

ÇOCUĞUNUZUN					
Adı Soyadı:				Cinsiyeti:	
Doğum Tarihi:				Kardeş Sayısı:	
Yaşı:		Sınıfı:		Telefon :	

Özgeçmiş:

Çocuğunuzun tanı konmuş tıbbi bir hastalığı(epilepsi, bilinç kaybına yol açan kafa travması, diyabet, alerji, astım ...vs.) var mıdır? 1-YOK 2- VAR

VAR İSE TANISI

Soygeçmiş: Ailenizde ya da akrabalarınızda psikiyatri başvurusu olan birey var mı ?

1- yok 2- var

Var ise kim?.....

ANNENİN Yaşı:					
Tahsili:	1-Okula gitmemiş	2-İlköğretim	3- Lise	4- üniversite	5- Yüksek lisans/Doktora
Meslek:	1- Çalışmıyor	2- İşçi	3- Memur		4- Serbest
Sağlık Durumu :	1-Sağlıklı				
	2- Tıbbi Hastalık:				
	3- Psikiyatrik Hastalık:				

BABANIN Yaşı:					
Tahsili:	1-Okula gitmemiş	2-İlköğretim	3- Lise	4- üniversite	5- Yüksek lisans/Doktora
Meslek:	1- Çalışmıyor	2- İşçi	3- Memur		4- Serbest
Sağlık Durumu :	1-Sağlıklı:				
	2- Tıbbi Hastalık:				
	3- Psikiyatrik Hastalık:				

Akraba Evliliği 1-YOK 2- VAR

Ayrılık 1-YOK 2- VAR

Ayrılık var ise kaç yıldır Çocuk kiminle kalıyor.....

KARDEŞLER				
	KARDEŞ 1	KARDEŞ 2	KARDEŞ 3	KARDEŞ 4
YAŞ				
EĞİTİM DURUMU				
SAĞLIK SORUNU				

BU TABLO ARAŞTIRMACI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR			
Ekanı	TANI SÜRESİ	Kullandığı ilaçlar:	DOZ /KULLANIM SÜRESİ
DEHB:		1-MPH (Ritalin/Concerta/)	
DEPRESYON:		2- Atomoksetin (Strattera)	
ANKSİYETE:		3- Antipsikotik (Risperdal / Abilify)	
ODD:		4- SSRI:	
ÖÖB:		5- DD:	
ZEKA TESTİ:		6- Diğer:	
CGI			
K-SADS			

EK-II

ARI S (DUYGUSAL REAKTİVİTE İNDEKSİ)

Katılımcının Adı:

Yaş:

Sınıf:

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşitlarınızla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, duygularınız/davranışlarınızı ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz.

Lütfen boş bırakmayınız

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılıyorum.			
2. Sık sık öfkeden kontrolümü kaybederim.			
3. Kızgınlığım uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirliyimdir.			
5. Sıklıkla öfkelenirim.			
6. Kolayca öfkeden kontrolümü kaybederim.			
7. Genel olarak, asabiyetim problemlere neden olur.			

BU SAYFAYI ÇOCUĞUNUZA GÖRE YANITLAYINIZ

ARI P (DUYGUSAL REAKTİVİTE İNDEKSİ AİLE)

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşlarıyla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, çocuğunuzun duygu ve davranışlarını ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız.

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılır.			
2. Sık sık öfkeden kontrolünü kaybeder.			
3. Kızgınlığı uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirlidir.			
5. Sıklıkla öfkelenir.			
6. Kolayca öfkeden kontrolünü kaybeder.			
7. Genel olarak asabiyeti problemlere neden olur.			

EK-III**Turgay DSM-IV'e göre Yıkıcı Davranım Bozuklukları Tarama Ölçeği**

BU SAYFAYI ÇOCUĞUNUZA GÖRE YANITLAYINIZ				
SORUNLAR	HİÇ YOK	BİRAZ	OLDUKÇA FAZLA	ÇOK FAZLA
1.Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar				
2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır				
3.Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür				
4. Çoğu zaman emirlere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (kendisinden isteneni anlayamamaya bağlı değildir)				
5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker				
6. Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir				
7. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler)				
8. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlara kolaylıkla dağılır				
9. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanır.				
10.Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.				
11. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.				
12. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tımanır (ergenlerde sadece kendisinin algıladığı huzursuzluk duyguları olabilir)				
13. Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır				
14. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi davranır.				
15.Çoğu zaman çok konuşur.				
16.Çoğu zaman sorulan sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabını yapıştırır.				
17.Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.				
18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.(Örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar)				

BU SAYFAYI **ÇOCUĞUNUZA** GÖRE YANITLAYINIZ

SORUNLAR				
	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA FAZLA	ÇOK FAZLA
19.Sık sık öfkelenir.				
20.Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.				
21.Büyüklerinin isteklerine ve kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir şekilde karşı gelir ya da bunları reddeder.				
22.Çoğu zaman isteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar.				
23.Kendi yaramazlıkları için çoğu kez başkalarını suçlar.				
24.Çoğu zaman alıngandır, çabuk danılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.				
25.Çoğu zaman içerler, kızgın veya güceniktir.				
26.Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.				
27.Çoğu zaman kabadayılık eder ,gözdağı verir ya da gözünü korkutur.				
28.Çoğu zaman kavga, dövüş başlatır.				
29.Başkalarının ciddi bir şekilde yaralanmasına neden olacak silah kullanmıştır.(Örneğin bir değnek,taş, kırık şişe, bıçak tabanca)				
30.İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.				
31.Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.				
32.Başkasının gözü önünde çalmıştır.(örneğin ; saldırap soyma, çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun)				
33.Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.				
34.Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.				
35.İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir.				
36.Bir başkasının evine,binasına ya da arabasına zorla girmiştir.				
37.Birşey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler.(yani başkalarını 'atlatır') .				
38.Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır.(örneğin; kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalmak; sahtekarlık).				
39.13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmiştir.				
40.Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evlerinde yaşarken en az iki gece evden kaçmıştır.(ya da uzun süre geri dönmemişse bir kez).				
41.13 yaşından önce başlayarak çoğu zaman okuldan kaçmıştır.				

EK-IV Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y) Ebeveyn Formu

BU SAYFAYI ÇOCUĞUNUZA GÖRE YANITLAYINIZ					
	Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).	ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)

BU SAYFAYI ÇOCUĞUNUZA GÖRE YANITLAYINIZ					
	Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0", Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).	ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri Endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya Başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

EK-IV Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y) Çocuk Formu

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (“ Asla doğru değil ise

0’ı, Bazen doğru ise 1’i, Sık Sık doğru ise 2’yi, Her Zaman doğru ise 3’ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden Endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi Hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek İstemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüdüğümünden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissederim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK-V TEMPS-A MİZAÇ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire)

BU SAYFAYI <u>KENDİNİZE</u> GÖRE YANITLAYINIZ		
Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uyumuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.	DOĞRU	YANLIŞ
1. Üzgün, mutsuz bir insanım.	D	Y
2. İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.	D	Y
3. Hayatım boyunca çok çektim.	D	Y
4. İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.	D	Y
5. Kolay pes ederim.	D	Y
6. Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.	D	Y
7. Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.	D	Y
8. Başka insanlar kadar çok enerjim olduğumu sanmıyorum.	D	Y
9. Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.	D	Y
10. Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.	D	Y
11. Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.	D	Y
12. Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.	D	Y
13. Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.	D	Y
14. Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.	D	Y
15. Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım	D	Y
16. İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.	D	Y
17. Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.	D	Y
18. Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.	D	Y
19. (Normal olarak günde dokuz saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.	D	Y
20. Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.	D	Y
21. Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.	D	Y
22. Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.	D	Y
23. Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.	D	Y
24. Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.	D	Y
25. Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.	D	Y
26. Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.	D	Y

BU SAYFAYI KENDİNİZE GÖRE YANITLAYINIZ

Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.	DOĞRU	YANLIŞ
27. Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.	D	Y
28. Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gidip gelirim.	D	Y
29. Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.	D	Y
30. Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.	D	Y
31. Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.	D	Y
32. Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.	D	Y
33. Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.	D	Y
34. Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.	D	Y
35. Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarımla.	D	Y
36. Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.	D	Y
37. Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.	D	Y
38. Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.	D	Y
39. Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.	D	Y
40. Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.	D	Y
41. Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.	D	Y
42. Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.	D	Y
43. Kendime müthiş güvenirim.	D	Y
44. Sıklıkla büyük fikirler üretirim.	D	Y
45. Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.	D	Y
46. Birçok işi, hem de yorulmadan yapabiliirim.	D	Y
47. Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.	D	Y
48. Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.	D	Y
49. Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.	D	Y
50. Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım	D	Y
51. İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.	D	Y
52. İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.	D	Y
53. Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.	D	Y
54. Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.	D	Y
55. Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğumu hissedirim	D	Y

BU SAYFAYI KENDİNİZE GÖRE YANITLAYINIZ		
Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.	DOĞRU	YANLIŞ
56. İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.	D	Y
57. Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.	D	Y
58. Cinsel isteklerim daima fazladır.	D	Y
59. Huysuz (sinirli) bir kişiyim.	D	Y
60. Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.	D	Y
61. Çok yakınırim.	D	Y
62. Başkalarını çok eleştiririm.	D	Y
63. Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.	D	Y
64. Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.	D	Y
65. Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.	D	Y
66. Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.	D	Y
67. Terslendiğimde kavga edebilirim.	D	Y
68. İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.	D	Y
69. Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.	D	Y
70. İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır	D	Y
71. O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.	D	Y
72. Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.	D	Y
73. Küfürbaz olarak bilinirim.	D	Y
74. Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.	D	Y
75. Çok kuşkucu bir kişiyim.	D	Y
76. Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.	D	Y
77. Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.	D	Y
78. Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.	D	Y
79. Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir durumum.	D	Y
80. Endişelenmenin önüne geçemiyorum.	D	Y
81. Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.	D	Y
82. Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.	D	Y
83. Gevşemeyi beceremiyorum.	D	Y
84. Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.	D	Y
85. Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.	D	Y

BU SAYFAYI KENDİNİZE GÖRE YANITLAYINIZ		
Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.	DOĞRU	YANLIŞ
86. Sık sık midem bozulur.	D	Y
87. Heyecanlandığımda ishal olabilirim.	D	Y
88. Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.	D	Y
89. Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım	D	Y
90. Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.	D	Y
91. Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.	D	Y
92. Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.	D	Y
93. Uykum dinlendirici değil.	D	Y
94. Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.	D	Y
95. Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.	D	Y
96. Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.	D	Y
97. Kendimi güvende hissetmiyorum.	D	Y
98. Günlük işleştteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.	D	Y
99. Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.	D	Y
100. Ani sesler beni kolayca irkiltir.	D	Y

EK-VI Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R)

BU SAYFAYI KENDİNİZE GÖRE YANITLAYINIZ					
Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun, bugün de dahil olmak üzere son 15 gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / Aşırı düzeyde) uygun olanının altındaki yeri işaretleyerek seçiniz.	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Aşırı düzeyde
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı), hoşça gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık veya baş dönmeler					
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük					
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler					
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri					
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17. Titreme					
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi					
19. İştah azalması					
20. Kolayca ağlama					
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları					
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26. Olanlar için kendini suçlama					
27. Belin alt kısmında ağrılar					
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi					
29. Yalnızlık hissi					
30. Karamsarlık hissi					
31. Her şey için çok fazla endişe duyma					
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33. Korku hissi					
34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi hissi					

BU SAYFAYI KENDİNİZE GÖRE YANITLAYINIZ

<p>Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun, bugün de dahil olmak üzere son 15 gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / Aşırı düzeyde) uygun olanının altındaki yeri işaretleyerek seçiniz.</p>	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Aşırı düzeyde
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39. Kalbin çok hızlı çarpması					
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
41. Kendini başkalarından aşağı görme					
42. Adele (kas) ağrıları					
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Soğuk ve sıcak basması					
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu					
51. Hiç bir şey düşünememe hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik					
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57. Gerginlik veya coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60. Aşırı yemek yeme					
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65. Yıkama, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali					

BU SAYFAYI KENDİNİZE GÖRE YANITLAYINIZ

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun, bugün de dahil olmak üzere son 15 gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / Aşırı düzeyde) uygun olanının altındaki yeri işaretleyerek seçiniz.

	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Aşırı düzeyde
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68. Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					
74. Sık sık tartışmaya girme					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma					
79. Değersizlik duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					